



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**A Importância dos Rastreios Médicos para os  
Utentes  
Numa população do ACES Douro Norte**

**Ana Sofia Granja Jesus Costa**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

Covilhã, Fevereiro de 2015



# Dedicatória

Dedico esta dissertação de mestrado aos meus pais, ao meu noivo e ao meu irmão, por todo o amor e apoio incondicional.



# Agradecimentos

Este não foi um trabalho individual, foi sim fruto de colaborações e contributos essenciais para a sua consecução. Tenho, por isso, um agradecimento muito especial:

Ao meu orientador, Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago, pela oportunidade, aprendizagem, orientação, motivação e apoio na realização deste trabalho

Ao Sr. Diretor Executivo do ACES Douro I - Marão e Douro Norte, Dr. Armando Vieira, pela receptividade e contributo

Aos Srs. Coordenadores das USF Fénix, Nuno Grande e Corgo e UCSP Sabrosa e restantes funcionários das mesmas, que tão bem me acolheram e ajudaram na realização deste trabalho

Aos meus pais, por todo o apoio, amor incondicional, sacrifícios... As maiores riquezas da minha vida

Ao Rui Pedro, parceiro do hoje e do amanhã, por ser o meu grande suporte, motivador e conselheiro

Ao meu irmão, companheiro nesta e noutras lutas, pela força e por ser o meu grande amigo e defensor

Aos meus avós e amigas, por genuinamente me apoiarem nesta minha caminhada



# Resumo

**Introdução:** A prevenção secundária, onde se incluem os rastreios médicos, objetiva a identificação dum problema de saúde numa população, em fase assintomática e precoce, visando a sua eliminação ou minimização. É defendido que os rastreios podem induzir ao excesso de diagnósticos, conduzindo ao fenómeno *disease mongering*, interesse da prevenção quaternária. Sendo o utente o alvo central de toda a prevenção em saúde importa conhecer a sua visão sobre rastreios médicos.

**Objetivo:** Estudar a importância atribuída aos rastreios médicos pelos utentes.

**Metodologia:** Estudo observacional transversal. Aplicado questionário a 361 utentes pertencentes a três Unidades de Saúde Familiar (USF) de Vila Real e uma Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) de Sabrosa, durante Setembro e Outubro de 2014. Respostas estudadas em função da idade, género, toma regular de medicação, formação académica, atividade profissional e perceção da qualidade de saúde. Na análise inferencial foi utilizado o teste X<sup>2</sup> para variáveis nominais e testes não paramétricos, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para variáveis ordinais. Considerado nível de significância de 0,05.

**Resultados:** Os inquiridos apresentam idades entre 15 e 94 anos, 65,4% com idade inferior a 65 anos, 62,9% do género feminino, 65,1% tomam medicação regularmente, 67% com formação académica média, 48,2% profissionalmente ativos e 59,8% caracteriza a sua saúde como razoável/fraca. A UCSP apresenta uma população mais idosa ( $p=0,024$ ) e com maior percentagem de formação académica baixa ( $p<0,001$ ). Em relação aos rastreios, 90% dos inquiridos aceitam participar em rastreios médicos, confirmando-se que esta aceitação está relacionada com a toma regular de medicação ( $p=0,045$ ), 91,4% acredita que os rastreios identificam a presença de doença, 80,1% pensam que mesmo fazendo um rastreio médico podem sofrer da doença e 74,2% são da opinião que podem morrer da doença. A resposta a estas últimas três questões é diferente consoante o grau de formação académica. A aceitação de realização de rastreios varia consoante o tipo de unidade: 96,1% na UCSP e 88,4% nas USF ( $p=0,045$ ). No momento de participar em rastreios, 75,3% da amostra confia nos rastreios, 71,2% aceita as suas consequências, 66,8% pretende saber se está saudável e 64,5% se tem doença.

**Discussão e Conclusão:** A maioria dos inquiridos aceita participar em rastreios, com maior adesão na UCSP, acreditando que estes detetam doenças, confiando nos mesmos e aceitando as suas consequências. Denota-se a necessidade de associarem-se esforços em prol do correto esclarecimento dos utentes no momento da tomada de decisão em relação aos rastreios,

fomentando o seu empowerment, respeitando a sua autonomia, esforços esses partilhados pelos próprios utentes, profissionais de saúde, instituições e outras entidades intervenientes.

## Palavras-chave

Prevenção Secundária; Prevenção Quaternária; Disease Mongering; Rastreamentos médicos; Medicina Geral e Familiar.



## Abstract

**Background:** Secondary prevention, where screening tests are included, aims the identification of health problems in a given population, in an asymptomatic and early stage, in order to eliminate or minimize its progression. It is argued that screening programs could contribute for overdiagnoses, leading to disease mongering phenomenon, an interest for quaternary prevention. The patient is the central concern of all prevention in health, becoming important to understand his vision about medical screenings.

**Objective:** Study the significance of medical screening tests for patients.

**Methods:** Analytical Cross-sectional study. A questionnaire was administered at a 361 patient sample of three Family Health Units (USF) from Vila Real and one Personalized Health Care Unit (UCSP) from Sabrosa, during September and October 2014. The answers were analyzed according to age, gender, regular use of medication, academic degree, professional activity and self-perceived quality of health. In the inferential analysis, the X<sup>2</sup> test was used for nominal variables and the non-parametric tests, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, for ordinal variables. Considered the 0,05 significance level.

**Results:** The surveyed people have ages between 15 and 94 years old, 65,4% with less than 65 years, 62,9% are female, 65,1% with regular use of medication, 67% have an average degree of academic education, 48,2% professionally active and 59,8% perceive their health as fair/poor. UCSP presents a more aged population than USF ( $p=0,024$ ), with a higher percentage of low academic education ( $p<0,001$ ). Regarding to the screening, 90% of the consultants accepts participate in health screening, confirming that this acceptance is related to use of regular medication ( $p=0,045$ ), 91,4% believes that medical screenings identifies the presence of disease, 80,1% thinks that even if they do a medical screening they may suffer from the disease and 74,2% agree that they may even die from the disease. The answer to these last three questions is different towards to the degree of academic education. The acceptance in participating in medical screening varies according to the type of unit: 96,1% from UCSP and 88,4% from USF ( $p=0,045$ ). At the time of participating in screenings, 75,3% of respondents trust in medical screening, 71,2% accepts their consequences, 66,8% wants to know if they're healthy and 64,5% wants to know if they have a disease.

**Discussion and conclusion:** Most of the study population accepts conducting medical screenings, with greater adhesion at UCSP, believing that these screenings detects diseases, trusting in them and accepting their consequences. This indicates the need to join up efforts in support of clarification to patients, at the time of decision-making in relation to screening, fostering the empowerment of them, respecting their autonomy. These efforts should be

shared by the patients themselves, health professionals, institutions and other entities involved.

## Keywords

Secondary Prevention; Quaternary Prevention; Disease Mongering; Medical Screening; Primary care medicine.



# Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-Chave	viii
Abstract	x
Keywords	xi
Índice	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1 Objetivo do Estudo	2
1.2 Hipóteses de Estudo	2
2. Material e Métodos	4
2.1 Tipo de Estudo	4
2.2 Variáveis	4
2.3 População e Amostra	5
2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	5
2.5 Instrumento de Colheita de Dados	6
2.6 Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	6
2.7 Análise Estatística	7
2.8 Procedimentos Formais e Éticos	7
3. Resultados	8
3.1 Caracterização Geral da Amostra	8
3.2 Análise de Dados face às Hipóteses de Investigação	9
4. Discussão dos Resultados	15
4.1 Limitações do estudo	20
5. Conclusão	21
Referências Bibliográficas	22
Anexos	



# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Cálculo do tamanho amostral segundo o número semanal de consulentes nas quatro unidades	5
Tabela 2 - Caracterização geral da amostra segundo as variáveis	9
Tabela 3 - Teste da hipótese H1	10
Tabela 4 - Teste da hipótese H2	11
Tabela 5 - Teste da hipótese H4	13
Tabela 6 - Teste da hipótese H5	14



## Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
Cb	Coimbra
EUA	Estados Unidos da América
HTA	Hipertensão Arterial
MB	Muito Boa
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
Vi	Viseu
VR	Vila Real

# 1. Introdução

Pensar em rastreios médicos é pensar em prevenção secundária. Previamente ao entendimento do conceito de prevenção deve surgir o entendimento da doença, compreender a sua história natural permite aos médicos antecipar o seu diagnóstico e desenvolver estratégias preventivas e de controlo da mesma, melhorando assim o prognóstico.<sup>1</sup> Idealmente, a prevenção inicia-se quando sinais permitem perceber que a doença poderá desenvolver-se, justificando a aplicação de programas preventivos em populações saudáveis. É importante conhecer a distribuição da doença pela população e as estratégias de identificação de novos casos.<sup>1</sup>

Um rastreio médico é um processo através do qual se identificam “doenças”, traços ou problemas de saúde desconhecidos pelo indivíduo, usando testes que podem ser aplicados de forma célere, numa população numerosa<sup>2</sup>, distinguindo os indivíduos em dois grupos: um com maior risco de desenvolver a doença e outro em menor risco.<sup>2,3</sup> Não são testes diagnósticos, identificam a presença de fatores conhecidos na história natural da doença e que pressupõem um seguimento e tratamento adequados.<sup>4</sup>

Se todos os rastreios médicos parecem lógicos, é necessária atenção e ponderação em relação à sua aplicação, pois muitos rastreios idealizados não corresponderam às expectativas quando aplicados.<sup>5</sup>

Atualmente encontram-se descritos cinco níveis de prevenção, desde a primária até à quinquenária.<sup>6</sup> Estudar a importância dos rastreios médicos merece uma reflexão aprofundada sobre prevenção secundária, mas também sobre prevenção quaternária, pois facilmente podem ser alvo do excesso de medicalização, conduzindo à valorização clínica ocasional e sem significado ominoso para o futuro do indivíduo ou para a sociedade que ao teste é sujeita.<sup>7</sup>

A prevenção quaternária nasce da necessidade de controlar a iatrogenia implícita na medicina.<sup>7</sup>

Tenta-se prevenir o excesso de intervenção médica, mas também se objetiva a capacitação da população para tomadas de decisão autónomas e informadas sobre os métodos de diagnóstico e terapêutica propostos, suas vantagens e desvantagens, eliminando falsas expectativas.<sup>7</sup>

A prevenção quaternária deve incluir a análise das decisões clínicas, com vista ao aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados médicos, apoiando-se na epidemiologia clínica e na medicina baseada na evidência. É defendido também que o princípio da proporcionalidade seja respeitado, através da ponderação dos riscos de determinada intervenção com potencial benefício, evitando-se a iatrogenia.<sup>8</sup>

Assume-se que a prevenção quaternária assenta em dois princípios: o de precaução (*primum non nocere*) e da proporcionalidade.<sup>8</sup>

O grande objetivo da prevenção quaternária é conter a medicalização da saúde, e

consequentemente, o fenómeno *disease mongering*. Este fenómeno traduz o ganho de benefícios económicos através da atribuição de uma doença a um indivíduo e respetivo tratamento, sem que este sinta o peso da doença, podendo apenas sentir-se doente.<sup>7</sup>

Os médicos surgem frequentemente como atores ou incentivadores da ação de rastreio, mas são os promotores de tecnologias diagnósticas e terapêuticas quem mais beneficia, transformando as circunstâncias da doença num produto de consumo, aumentando a intolerância a qualquer desconforto ou sinal criado na comunidade, sugerindo imediata resposta terapêutica. Os profissionais de saúde assumem, voluntaria ou involuntariamente, o papel de vetores transportadores e disseminadores da informação junto da população.<sup>7</sup>

A opinião pública de que todas as doenças são preveníveis ou curáveis, suportada numa crença de existência de programas médicos eficazes e infalíveis e uma atitude menos passiva em relação à autoridade médica, contribui para o estabelecimento e aceitação do *disease mongering*, ou fenómeno da venda do medo da doença.<sup>7,8,9</sup>

A indústria farmacêutica dirige ao público publicidade sobre novas doenças e medicalização da vida quotidiana, sendo importante a facultação de novas campanhas de publicidade independentes e sem fins lucrativos.<sup>8,10</sup>

Para combater este fenómeno deve investir-se na prevenção quaternária, respeito pelos valores da não-maleficência e justiça, com vista também ao controlo de custos não justificáveis.<sup>11</sup>

Os profissionais devem separar-se da tutela desnecessária da indústria, promover a contenção e, acima de tudo, ser auto-críticos em relação à sua prestação.<sup>11</sup>

No contexto desta problemática, centra-se a perspectiva dos utentes em relação ao uso de rastreios: Terão uma visão preventiva ou de procura de doença? Tal questão implica o seu estudo numa população de Vila Real, comparando os resultados com outros estudos realizados em Portugal sobre esta temática, em 2013, numa população de Coimbra e em 2014 na cidade de Viseu.

## 1.1 Objetivo do Estudo

Estudar a importância dos Rastreamentos Médicos para os Utentes.

## 1.2 Hipóteses de Estudo

H1: A aceitação de realização de rastreios está relacionada com a idade, o género, a toma regular de medicação, a formação académica, atividade profissional e perceção do estado de saúde

H2: O conhecimento sobre os rastreios (se permitem saber se tem doença, se mesmo fazendo rastreio pode vir a sofrer da doença, se mesmo fazendo rastreios pode vir a morrer da

doença) é diferente consoante a idade, género e grau de formação académica

H3: A razão/razões para opção de realização de rastreios são influenciadas pela perceção do estado de saúde

H4: As características da amostra são diferentes consoante o tipo de unidade de saúde (UCSP/USF)

H5: A aceitação de realização de rastreios e conhecimentos sobre os mesmos varia consoante o tipo de unidade de saúde

## 2. Material e Métodos

É nesta fase de investigação que se determinam os métodos a utilizar, com o objetivo de se responder às questões e hipóteses de investigação colocadas, definindo-se a população a estudar e instrumentos de colheita de dados mais apropriados.<sup>12</sup> Deve igualmente assegurar-se a fidelidade e validade dos instrumentos, com vista à fiabilidade e qualidade dos resultados da investigação.

### 2.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo define-se atendendo ao tipo de questões de investigação que correspondem à amplitude de conhecimentos que existe sobre uma determinada área de domínio.<sup>12</sup> Este é um estudo observacional analítico, transversal.

### 2.2 Variáveis

De acordo com as hipóteses de investigação previamente formuladas, serão apresentadas as variáveis deste estudo, operacionalizadas da seguinte forma:

- Idade - variável quantitativa discreta. Expressa em anos;
- Género - variável nominal, expressa em masculino/feminino;
- Toma regular de medicação - variável nominal, operacionalizada em afirmação ou negação (sim/não);
- Grau de formação académica - variável ordinal. Com opção *sabe ler e escrever*, 9º ano (4ª classe), 12º ano (7ª classe) e superior. Categorizado grau de formação académica da seguinte forma: baixo - sem escolaridade ou formação académica até ao 9º ano de escolaridade; médio - entre o 9º (inclusive) e o 12º ano de escolaridade (inclusive); alto - ensino universitário ou análogo;
- Atividade Profissional - variável nominal. Com opção agrupada pelos seguintes grupos profissionais: agricultura, comércio, indústria, serviços, doméstica, desempregado, reformado, estudante. Consideram-se ativas profissionalmente as pessoas que responderam agricultura, comércio, indústria, serviços e doméstica. Os que optaram por desempregado, reformado e estudante são considerados não ativos profissionalmente;
- Qualidade de saúde - variável ordinal. Operacionalizada segundo a classificação como ótima, muito boa, boa, razoável e fraca;
- Grupo de Unidade de Saúde (USF/UCSP) - variável nominal.

## 2.3 População e amostra

A amostra de Unidades de Saúde foi selecionada por sorteio após ordenação alfabética, aleatoriamente, numa lista de unidades do ACES Douro I - Marão e Douro Norte.

Foram selecionadas inicialmente a USF Fénix, USF Nuno Grande, USF Corgo e UCSP Mateus. Esta última unidade foi substituída pela UCSP Sabrosa, devido à ausência de resposta ao pedido de colaboração. No entanto, todas as quatro unidades em estudo concordaram em participar.

A partir da análise do número habitual semanal de consulentes nas quatro unidades, foi selecionada uma amostra de conveniência de tamanho representativo da população a estudar, para um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. O cálculo do tamanho da amostra foi executado através da tecnologia <http://homepage.cs.uiowa.edu/~rlenth/Power/>.

Tabela 1 - Cálculo do tamanho amostral segundo o número semanal de consulentes nas quatro unidades

	População atendida numa semana de trabalho	Tamanho amostral
USF Fénix	812	n=92
USF Nuno Grande	719	n=82
USF Corgo	860	n=98
UCSP Sabrosa	608	n=70
<b>Total</b>	<b>2999</b>	<b>n=342</b>

Durante os meses de Setembro e Outubro de 2014, foi selecionada uma amostra de 361 utentes destas quatro unidades, onde se dirigiram neste espaço temporal, de ambos os géneros.

## 2.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão:

- Utentes que se encontravam nas respetivas unidades de saúde, nos diferentes dias calendarizados para a recolha de dados e que facultaram autorização para a participação no mesmo.

Critérios de exclusão:

- Utentes inscritos na consulta aberta;
- Utentes com inscrição esporádica;
- Utentes que por incompreensão de conceitos ou défices cognitivos mostraram

inaptidão de apreensão de noções e expressão de opinião.

## 2.5 Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário realizado e validado em 2013, aplicado já numa amostra populacional em Coimbra em 2013 e Viseu em 2014 (anexo 1). É constituído por uma página com onze perguntas. As seis primeiras são relativas às variáveis: idade, género, toma de medicamentos regularmente, grau de formação académica, grupo de atividade profissional e qualidade de saúde. As quatro questões seguintes - *aceitação de rastreios médicos, se um rastreio permite saber que tem uma doença, se mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença e se mesmo que faça um “rastreio” pode vir a morrer de uma doença* - foram respondidas segundo afirmação ou negação *sim e não*. A última questão *razão/razões pelas quais aceita fazer “rastreios”* oferece as respostas *saber que está saudável, saber que tem doença, confia nos rastreios e aceita as consequências de os fazer*.

Este questionário foi previamente testado em período anterior à realização do estudo numa amostra semelhante à amostra-alvo.

## 2.6 Aplicação do instrumento de colheita de dados

A aplicação do questionário à amostra em estudo decorreu entre os dias 22 de Setembro e 10 de Outubro de 2014, nas salas de espera das respetivas unidades, para consulta médica ou de enfermagem, com exceção da USF Nuno Grande, na qual o questionário foi aplicado em gabinete particular.

O questionário foi aplicado pela investigadora, devidamente identificada como elemento da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e com o título do projeto. Depois da apresentação pessoal e de se verificar se os utentes satisfaziam os critérios de inclusão, procedeu-se à explicação dos objetivos do estudo, solicitando-se a sua colaboração sob consentimento informado escrito (anexo 2), esclarecendo que todos os dados fornecidos seriam anónimos e confidenciais, desprovidos de qualquer análise pessoal. De seguida, procedeu-se a uma leitura individualizada de todo o questionário a cada entrevistando e posterior seleção, pela entrevistadora, das opções indicadas, para efeitos de ganho de tempo e uniformização do processo, minimizando possíveis vieses. A investigadora manteve-se imparcial quanto ao tema, não guiando os inquiridos nas suas respostas.

Atendendo à realização dos 361 questionários, o preenchimento de cada um teve uma duração de aproximadamente dois minutos.

## 2.7 Análise estatística

Para o tratamento dos dados foi utilizada a ferramenta informática *IBM SPSS Statistics* - *version 21.0*.

Na análise inferencial foi utilizado o teste chi-quadrado para as variáveis nominais e testes não paramétricos, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para as variáveis ordinais. Foi considerado o nível de significância de 0,05.

## 2.8 Procedimentos formais e éticos

Qualquer investigação realizada junto de seres humanos atende a questões morais e éticas.<sup>12</sup> Desta forma, houve uma preocupação de, no desenvolvimento deste estudo, estar sempre presente o respeito pela pessoa, garantindo o seu anonimato e vontade. Assim, cumpriram-se os seguintes procedimentos éticos:

- Autorização para a realização do estudo do Sr. Diretor Executivo do ACES Douro I - Marão e Douro Norte (anexo 3);
- Concordância dos Srs. Coordenadores das Unidades de Saúde na participação no estudo;
- Parecer favorável à realização do estudo pela Comissão de Ética da ARS Norte (anexo 4);
- Garantia de consentimento informado escrito dos entrevistados e da manutenção do anonimato dos participantes ao longo de todo o estudo, atendendo a todos os preceitos éticos e deontológicos;
- Facultada a possibilidade dos indivíduos não participarem no estudo.

## 3. Resultados

### 3.1 Caracterização Geral da Amostra

A tabela 2 apresenta a caracterização da amostra total, quanto à idade, género, grau de formação académica, toma regular de medicação, atividade profissional, auto-perceção qualidade de saúde e unidade de saúde.

Foram entrevistadas 361 pessoas, 284 (78,7%) pertencentes a USF e 77 (21,3%) a UCSP.

Os inquiridos que colaboraram no estudo apresentam idades compreendidas entre 15 e 94 anos, sendo a idade média 53,84 anos, com desvio padrão de 18,711 anos, verificando-se também que 65,4% das pessoas têm menos de 65 anos.

Continuando a análise, 37,1% das pessoas são do género masculino, enquanto 62,9% do género feminino.

Quanto ao grau de formação académica, 19,4% dos utentes possuem um grau de formação académica baixo; 67% com grau de formação académica médio; 13,6% dos utentes com grau de formação académica elevado.

Analisando toda a amostra, 65,1% dos utentes afirma estar a tomar regularmente medicação.

Quanto à atividade profissional, 48,2% dos utentes estão profissionalmente ativos.

Na auto-perceção da qualidade da saúde, 59,8% dos utentes caracteriza-a como Razoável ou Fraca; 26,9% dos utentes como Boa e 13,3% dos utentes como Muito Boa ou Ótima.

Tabela 2 - Caracterização geral da amostra segundo as variáveis

Variáveis		n (%)	Total
Unidade de Saúde	USF	n=284 (78,7%)	n=361 (100%)
	UCSP	n=77 (21,3%)	
Idade	<65 anos	n=236 (65,4%)	n=361 (100%)
	≥65 anos	n=125 (34,6%)	
Género	Masculino	n=134 (37,1%)	n=361 (100%)
	Feminino	n=227 (62,9%)	
Toma regular medicação	Sim	n=235 (65,1%)	n=361 (100%)
	Não	n=126 (34,9%)	
Grau formação académica	Baixa	n=70 (19,4%)	n=361 (100%)
	Média	n=242 (67%)	
	Alta	n=49 (13,6%)	
Atividade profissional	Ativo	n=174 (48,2%)	n=361 (100%)
	Não Ativo	n=187 (51,8%)	
Qualidade da saúde	Fraca/Razoável	n=216 (59,8%)	n=361 (100%)
	Boa	n=97 (26,9%)	
	MB/Ótima	n=48 (13,3%)	

### 3.2 Análise dos dados face às Hipóteses de Investigação

Em relação à pergunta *Sempre que lhe propõem um “rastreio” em saúde aceita fazê-lo?* incluída no questionário, 325 pessoas (90%) referem que sim, enquanto 36 (10%) afirmam que não aceitam.

Através do teste chi-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e do respetivo teste de significância, foi testada a hipótese a **aceitação de realização de rastreios em saúde está relacionada com a idade, o género, a toma regular de medicação, a formação académica, atividade profissional e perceção do estado de saúde.** Analisando os resultados

apresentados na tabela 3, constatou-se que existe correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre a toma regular de medicação e a aceitação de realização de rastreios, não se verificando o mesmo para as restantes variáveis. Conclui-se que se confirma a hipótese formulada apenas para a variável toma regular de medicação - **A aceitação de realização de rastreios em saúde está relacionada com a toma regular de medicação.**

Tabela 3 - Teste da hipótese H1

Variáveis	Sempre que lhe propõem um “rastreio” em saúde aceita fazê-lo?		P	
	Sim	Não		
Idade	<65 anos	210 (89%)	26 (11%)	0,363
	≥65 anos	115 (92%)	10 (8%)	
Género	Masculino	117 (87,3%)	17 (12,7%)	0,186
	Feminino	208 (91,6%)	19 (8,4%)	
Toma regular medicação	Sim	217 (92,3%)	18 (7,7%)	0,045
	Não	108 (85,7%)	18 (14,3%)	
Grau formação académica	Baixa	65 (92,9%)	5 (7,1%)	0,340
	Média	217 (89,7%)	25 (10,3%)	
	Alta	43 (87,8%)	6 (12,2%)	
Atividade profissional	Ativo	158 (90,8%)	16 (9,2%)	0,635
	Não Ativo	167 (89,3%)	20 (10,7%)	
Qualidade da saúde	Fraca/Razoável	195 (90,3%)	21 (9,7%)	0,637
	Boa	89 (91,8%)	8 (8,2%)	
	MB/Ótima	41 (85,4%)	7 (14,6%)	

Verifica-se que em relação à questão *Julga que fazer um “rastreio” permite saber que tem uma doença?* 330 (91,4%) inquiridos responderam que sim, enquanto 31 (8,6%) são da opinião que não.

Sobre a questão *Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença?* 289 (80,1%) pessoas pensam que sim e 72 (19,9%) afirmam que não.

Da amostra inquirida 268 (74,2%) pessoas responderam afirmativamente à questão *Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a morrer de uma doença?* e 93 (25,8%) responderam não.

Através do teste chi-quadrado e Mann-Whitney e do respetivo teste de significância, foi testada a hipótese o conhecimento sobre os rastreios (se permitem saber se tem doença, se mesmo fazendo rastreio pode vir a sofrer/morrer da doença) é diferente consoante a idade, género e grau de formação académica. Analisando os resultados apresentados na tabela 4, constatou-se que são estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) a nível do grau de formação académica, não se verificando relação estatisticamente significativa entre o conhecimento sobre rastreios e a idade ou género da amostra. Conclui-se então que se confirma que o conhecimento sobre os rastreios é diferente consoante o grau de formação académica.

Tabela 4 - Teste da hipótese H2

		<i>Julga que fazer um “rastreio” permite saber que tem uma doença?</i>			<i>Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença?</i>			<i>Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a morrer de uma doença?</i>		
		Sim	Não	p	Sim	Não	p	Sim	Não	p
Idade	<65 anos	219 (92,8%)	17 (7,2%)	0,197	188 (79,7%)	48 (20,3%)	0,797	180 (76,3%)	56 (23,7%)	0,225
	≥65 anos	111 (88,8%)	14 (11,2%)		101 (80,8%)	24 (19,2%)		88 (70,4%)	37 (29,6%)	
Género	Masculino	122 (91%)	12 (9%)	0,848	107 (79,9%)	27 (20,1%)	0,940	102 (76,1%)	32 (23,9%)	0,530
	Feminino	208 (91,6%)	19 (8,4%)		182 (80,2%)	45 (19,8%)		166 (73,1%)	61 (26,9%)	
Grau formação académica	Baixa	58 (82,9%)	12 (17,1%)	0,016	48 (68,6%)	22 (31,4%)	0,021	40 (57,1%)	30 (42,9%)	<0,001
	Média	226 (93,4%)	16 (6,6%)		200 (82,6%)	42 (17,4%)		185 (76,4%)	57 (23,6%)	
	Alta	46 (93,9%)	3 (6,1%)		41 (83,7%)	8 (16,3%)		43 (87,8%)	6 (12,2%)	

Em relação à hipótese a razão/razões para opção de realização de rastreios são influenciadas pela percepção do estado de saúde, verifica-se que, dentro das 216 pessoas que caracterizam a sua saúde como *Fraca/Razoável*, 140 (64,8%) aceitam fazer rastreios porque *quer saber que está saudável*, 163 (75,5%) porque *confia nos rastreios*, 154 (71,3%) *quer saber que tem doença*, enquanto 157 (72,7%) *aceita as consequências de os fazer*.

Nesta investigação, 97 pessoas consideram a sua saúde *Boa*, sendo que 64 (66%) *quer saber que está saudável* quando aceita fazer rastreios, 78 (80,4%) *confia nos rastreios*, 56 (57,7%) pessoas *quer saber que tem doença* e 68 (70,1%) *aceita as consequências de os fazer*.

Das 48 pessoas que caracterizam a sua saúde como *Muito Boa/Ótima*, 37 (77,1%) participam em rastreios porque *quer saber que está saudável*, 31 (64,6%) porque *confia nos rastreios*, 23 (47,9%) faz rastreios porque *quer saber que tem doença*, enquanto 32 (66,7%) *aceita as consequências de os fazer*.

Testando esta hipótese, através do teste não paramétrico Kruskal-Wallis, obtém-se um  $p=0,113$ , concluindo-se então que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção do estado de saúde das pessoas e a razão/razões que conduzem à realização de rastreios.

Por motivos de curiosidade e de uso na discussão de resultados, verifica-se que, de uma forma geral, 75,3% dos inquiridos *confia nos rastreios*, 71,2% *aceita as consequências de os fazer*, 66,8% *quer saber se está saudável* e 64,5% *quer saber se tem doença*.

A tabela 5 apresenta os dados relativos às variáveis idade, género, grau de formação académica, toma regular de medicação, atividade profissional e qualidade de saúde, em função da Unidade de Saúde a que os utentes pertencem.

Através da análise com os testes chi-quadrado, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para testar a hipótese **as características da amostra são diferentes consoante o tipo de unidade de saúde (UCSP/USF)** verifica-se que existe relação estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) nas variáveis idade e grau de formação académica, não se demonstrando esta relação a nível do género, toma regular de medicação, atividade profissional e percepção da qualidade da saúde. Conclui-se desta forma que a caracterização da amostra no que diz respeito à idade e grau de formação académica é diferente na USF e na UCSP, visto que existe uma maior percentagem de consulentes mais jovens na USF e mais idosos na UCSP. Na USF existe uma maior percentagem de consulentes com grau de formação académica alta e média comparando com a UCSP, enquanto nesta unidade é maior a percentagem de consulentes com grau de formação académica baixa.

Tabela 5 - Teste da hipótese H4

Variáveis	Unidade de Saúde		Total n (%)	P	
	USF n (%)	UCSP n (%)			
Idade	<65 anos	194 (68,3%)	42 (54,5%)	236 (65,4%)	0,024
	≥65 anos	90 (31,7%)	35 (45,5%)	125 (34,6%)	
Género	Masculino	109 (38,4%)	25 (32,5%)	134 (37,1%)	0,341
	Feminino	175 (61,6%)	52 (67,5%)	227 (62,9%)	
Toma regular medicação	Sim	180 (63,4%)	55 (71,4%)	235 (65,1%)	0,189
	Não	104 (36,6%)	22 (28,6%)	126 (34,9%)	
Grau formação académica	Baixa	43 (15,1%)	27 (35,1%)	70 (19,4%)	<0,001
	Média	198 (69,7%)	44 (57,1%)	242 (67%)	
	Alta	43 (15,1%)	6 (7,8%)	49 (13,6%)	
Atividade profissional	Ativo	143 (50,4%)	31 (40,3%)	174 (48,2%)	0,116
	Não Ativo	141 (49,6%)	46 (59,7%)	187 (51,8%)	
Qualidade da saúde	Fraca/Razoável	163 (57,4%)	53 (68,8%)	216 (59,8%)	0,098
	Boa	82 (28,9%)	15 (19,5%)	97 (26,9%)	
	MB/Ótima	39 (13,7%)	9 (11,7%)	48 (13,3%)	

Comparando os resultados obtidos nos dois tipos de Unidade de Saúde, no que diz respeito à aceitação de realização de rastreios e conhecimentos sobre os mesmos, verifica-se que 88,4% dos consulentes da USF e 96,1% da UCSP aceitam realizar rastreios sempre que lhes é proposto, confirmando-se a existência de correlação estatisticamente significativa nesta questão ( $p < 0,05$ ).

Na USF, 91,2% dos utentes julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença, resultado semelhante na UCSP, visto que 92,2% dos inquiridos partilha da mesma opinião, não existindo relação estatisticamente significativa em relação a esta questão.

Verifica-se que 80,3% dos utentes da USF e 79,2% da UCSP acreditam que mesmo fazendo um rastreio pode vir-se a sofrer de uma doença, enquanto 75% dos utentes da USF e

71,4% da UCSP acreditam que se pode vir a morrer de uma doença mesmo fazendo um rastreio. Não existe relação estatisticamente significativa nestas duas questões.

Conclui-se então que a **aceitação de realização de rastreios varia consoante o tipo de unidade**, visto que os utentes da UCSP apresentam maior adesão, não se verificando o mesmo em relação aos conhecimentos sobre os rastreios.

Tabela 6 - Teste da hipótese H5

Questões	Unidade de Saúde		Total n (%)	P	
	USF n (%)	UCSP n (%)			
<i>Sempre que lhe propõem um “rastreio” em saúde aceita fazê-lo?</i>	Sim	251 (88,4%)	74 (96,1%)	325 (90%)	0,045
	Não	33 (11,6%)	3 (3,9%)	36 (10%)	
<i>Julga que fazer um “rastreio” permite saber que tem uma doença?</i>	Sim	259 (91,2%)	71 (92,2%)	330 (91,4%)	0,779
	Não	25 (8,8%)	6 (7,8%)	31 (8,6%)	
<i>Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença?</i>	Sim	228 (80,3%)	61 (79,2%)	289 (80,1%)	0,836
	Não	56 (19,7%)	16 (20,8%)	72 (19,9%)	
<i>Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a morrer de uma doença?</i>	Sim	213 (75%)	55 (71,4%)	268 (74,2%)	0,525
	Não	71 (25%)	22 (28,6%)	93 (25,8%)	

## 4. Discussão dos Resultados

Oportunamente sintetiza-se, de seguida, os resultados já analisados, procedendo-se a uma reflexão crítica através do seu confronto com o quadro de referência. Pretende-se, igualmente, evidenciar os significados e implicações dos resultados obtidos, não descurando as limitações identificadas ao longo da realização do estudo.

Este trabalho de investigação tem como grande objetivo determinar a importância que os utentes atribuem aos rastreios médicos, especificamente a nível da comunidade englobada por quatro unidades de saúde do ACES Douro I - Marão e Douro Norte - Vila Real/Sabrosa. É igualmente interesse do trabalho comparar os resultados obtidos com os resultados atingidos em estudos anteriores, realizados em Coimbra e Viseu, pela Bruna Jesus e Ana Filipa Sousa respetivamente, sobre o mesmo tema e com recurso ao mesmo instrumento de colheita de dados, cujos dados ainda não foram publicados, analisando as ilações daí derivadas, sendo estes os únicos trabalhos realizados sobre esta temática em Portugal.

Refletindo sobre a caracterização geral da amostra, pode verificar-se que a maioria dos inquiridos: apresentam idade inferior a 65 anos, são do género feminino, com grau de formação académica médio, toma regular de medicação e consideram a sua saúde como fraca/razoável. Somente a nível da atividade profissional os resultados foram semelhantes, entre as pessoas ativas e não ativas.

Analisando os resultados referentes aos estudos realizados em Coimbra e Viseu, também a maioria da amostra apresentava idade inferior a 64 anos (VR 65,4% vs Cb 67,5% vs Vi 79,5% - igual média de idade 54 anos entre população de VR e Cb), género feminino (VR 62,9% vs Cb 65% vs Vi 67,5%), com grau de formação académica médio (VR 67% vs Cb 68,5% vs Vi 68,3%), com toma regular de medicação (VR 65,1% vs Cb 72% vs Vi 64,8%), população ligeiramente mais ativa profissionalmente (VR 48,2% vs Cb 52,3% vs Vi 62,3%) e auto-perceção da saúde como fraca/razoável (VR 59,8% vs Cb 61% vs Vi 51,5%). Ou seja, pode inferir-se que a caracterização da amostra de Vila Real é idêntica à de Coimbra e de Viseu.

Na amostra estudada, 90% das pessoas aceita realizar rastreios médicos sempre que lhes é proposto. Estatisticamente confirmou-se que a aceitação de realização de rastreios em saúde está relacionada com a toma regular de medicação.

Analisando os dados, dentro do grupo das pessoas que não toma medicação regularmente, uma percentagem considerável (14,3%) não aceita realizar rastreios sempre que lhes é proposto, assumindo-se então que a toma de medicação aumenta a adesão aos rastreios, pois as doenças já diagnosticadas influenciam a tomada de decisão em relação à procura de outras, dominando aqui o já descrito fenómeno *disease mongering*, sendo então essencial apostar na prevenção quaternária. A promoção da consciencialização pública em

relação aos problemas subdiagnosticados tende a potenciar a visão dos mesmos como disseminados, sérios e curáveis. Os media e a publicidade semeiam o medo sobre doenças ou condições por forma a focarem a atenção no último tratamento disponível.<sup>13</sup>

A deteção de doentes em risco através de rastreios pode estimular a adoção de outros comportamentos não presentes anteriormente, com influência negativa no estado de saúde dos mesmos. Por exemplo, nos EUA verificou-se que o diagnóstico de HTA a trabalhadores da indústria do aço aumentou o seu absentismo e a adoção do papel de doente, independentemente do tratamento.<sup>14</sup> Mulheres que durante a gravidez foram diagnosticadas com diabetes gestacional reportaram uma deterioração da sua saúde e dos seus filhos, nos 5 anos pós diagnóstico.<sup>14</sup>

Apesar de não existir relação estatisticamente significativa com as variáveis formação académica e auto-perceção do estado de saúde, é interessante verificar que existe uma menor adesão aos rastreios pelas pessoas com formação académica alta (talvez por serem detentoras de mais informação sobre rastreios e saúde em geral) e que percebem a sua saúde como muito boa/ótima (pois o seu bem-estar não motiva a procura de alterações no seu estado de saúde que potencialmente poderiam interferir nesse mesmo bem-estar, ou seja, o medo da doença e a procura da mesma poderão estar relacionados com a auto-perceção da qualidade de saúde).

No estudo realizado em Coimbra não se verificou relação entre as variáveis com a aceitação em participar nos rastreios e no de Viseu verificou-se existir relação com as variáveis género (as mulheres aderem mais), formação académica (as pessoas com formação académica alta aderem menos aos rastreios) e qualidade de saúde (as pessoas com perceção da saúde como razoável/fraca aderem mais aos rastreios).

O conhecimento sobre os rastreios foi avaliado através das questões *Julga que fazer um “rastreamento” permite saber que tem uma doença? Mesmo que faça um “rastreamento” pode vir a sofrer de uma doença? Mesmo que faça um “rastreamento” pode vir a morrer de uma doença?* Da amostra, 91,4% das pessoas afirma que o rastreio permite saber que tem uma doença, 80,1% que se pode sofrer da doença mesmo fazendo o rastreio e 74,2% é da opinião que se pode morrer da doença, apesar da realização de rastreios. Ou seja, apenas 8,6% das pessoas acredita que os rastreios nem sempre detetam doenças.

Desta forma, podem-se interpretar estes resultados da seguinte forma: a maioria dos consulentes considera que os rastreios permitem detetar doenças (crença errada sobre a capacidade diagnóstica dos rastreios), no entanto, esta mesma maioria (mas em valor percentual decrescente) acredita que mesmo fazendo rastreios que detetam estas doenças, pode vir-se a sofrer e morrer das mesmas. Conclui-se então que não contemplam os rastreios como ferramentas eficazes na prevenção secundária.

A população detém um crescente conhecimento sobre questões de saúde, devido ao fácil acesso à informação. Temos vindo a assistir, também, à exigência por melhores cuidados, com a crença de que diagnósticos precoces desencadeados pelos rastreios

conduzem invariavelmente a melhores *outcomes* em saúde. Os rastreios são alvo igualmente de interesses comerciais, o que motiva a sua maior disseminação. Apesar destes factos e da maior disponibilidade de programas de rastreio, a confiança pública sobre os mesmos tem vindo a diminuir devido a erros publicitados.<sup>15</sup> Em Portugal temos o caso recente, por exemplo, de uma utente que faleceu de cancro do colon-retal e que aguardou 2 anos pela colonoscopia incluída no rastreio deste cancro. E com certeza muitos dos inquiridos são conhecedores quer de situações de sucesso como de situações de pessoas que detetaram doenças através dos rastreios mas que mesmo assim padeceram das mesmas com as respetivas consequências, acreditando-se que algo falha na prevenção secundária, não necessariamente no teste em si, mas também no encaminhamento, seguimento, diagnóstico ou tratamento decorrentes.

Nenhum teste é 100% sensível e/ou 100% específico, é normal surgirem falsos negativos ou falsos positivos.<sup>5</sup> Atendendo a este facto, mesmo aderindo aos rastreios, no caso dos falsos negativos, a doença e suas consequências podem surgir. As pessoas aderem aos rastreios por inúmeros motivos, alguns comprovadamente benéficos, no entanto, a participação em rastreios pode conduzir à discriminação dos (não)participantes, pressão social em participar submetendo-se a tratamentos e intervenções, stress psicológico quando não há cura para a doença detetada, exposição a riscos físicos e psicológicos com ganhos em saúde limitados, criação de expectativas que não podem ser cumpridas, graves efeitos adversos nos falsos positivos, atraso no diagnóstico de falsos negativos e relação custo/benefício desfavorável.<sup>15</sup>

Uma particularidade interessante deste estudo foi verificar que o conhecimento sobre os rastreios é diferente consoante o grau de formação académica. Para as três questões houve relação estatisticamente significativa a nível da formação académica. Denota-se então que as pessoas com baixa formação académica apresentam opiniões díspares quando comparadas com as pessoas com formação média e alta, com maior percentagem de negação em relação às três questões. Vários fatores podem contribuir para este aspeto, como por exemplo, desconhecimento ou incompreensão em relação aos propósitos dos rastreios, sua utilidade ou influência na sua saúde e dificuldades no acesso à informação disponível.

No estudo realizado em Coimbra não se confirmou relação entre estas questões e as variáveis. No estudo de Viseu verificou-se que a toma regular de medicação tem relação estatisticamente significativa com as respostas às questões *mesmo fazendo rastreio pode-se vir a sofrer da doença e a morrer da doença*.

A hipótese *a razão/razões para opção de realização de rastreios são influenciadas pela percepção do estado de saúde* não foi confirmada (no estudo de Viseu esta hipótese foi confirmada). Esta foi definida segundo a curiosidade suscitada pela possível relação entre o grau de bem-estar das pessoas e o porquê da adesão aos rastreios, se o facto de se sentirem mais ou menos saudáveis motivava a procura da doença ou o assegurar do estado saudável, se influencia o grau de confiança ou o suportar das consequências.

É interessante verificar que de uma forma geral, independentemente da perceção do estado de saúde, é atribuída semelhante importância às quatro razões apresentadas, sendo a mais escolhida *confia nos rastreios* e a menos *quer saber que tem doença*. As pessoas que caracterizam a sua saúde como muito boa/ótima aceitam realizar rastreios para saber que tem doença em menor proporção quando comparadas com os outros estados de saúde. É importante evidenciar que a maioria das pessoas confia nos rastreios e aceita as consequências de os fazer.

Idealmente, a prevenção deve surgir antes do desenvolvimento da doença, justificando a aplicação de programas de prevenção em populações saudáveis. Os rastreios médicos são então programas de prevenção secundária, que devem ser disponibilizados a uma população saudável, mas será este o motivo por que as pessoas aderem aos rastreios? Para saber se estão saudáveis? A prevenção secundária tem como objetivo detetar precocemente patologias em doentes assintomáticos com possível retorno ao estado saudável anterior ou controlo da sua progressão<sup>16</sup>, com vista à redução da sua prevalência e morbimortalidade.<sup>3</sup>

Os rastreios não são diagnósticos, identificam a presença de fatores de risco<sup>4</sup> e pressupõem um follow-up e tratamento adequados. Todo o efeito adverso que derive de um rastreio é iatrogénico e prevenível. Um rastreio pode ser inconveniente (teste O` Sullivan para diabetes gestacional), desagradável (colonoscopia) ou dispendioso (mamografia) e os respetivos falsos/verdadeiros positivos podem conduzir a intervenções de risco.<sup>14</sup> No entanto, apesar da possibilidade da existência de falsos positivos/negativos, que podem oferecer uma falsa sensação de proteção e garantia de saúde, 75,3% dos consulentes confiam nos rastreios e apesar das suas consequências, 71,2% das pessoas aceitam realizá-los. É portanto notória a necessidade de se investir mais na correta informação dos utentes, sobre todas as vertentes dos rastreios.

Como referido anteriormente na análise de resultados, a caracterização da amostra das USF e UCSP é diferente quanto à idade (resultado igualmente obtido no estudo de Coimbra) e grau de formação académica.

Existe uma maior percentagem de consulentes mais jovens na USF e mais idosos na UCSP. Na USF existe uma maior percentagem de consulentes com grau de formação académica alta e média comparando com a UCSP, enquanto nesta unidade é maior a percentagem de consulentes com grau de formação académica baixa.

Para este resultado pode contribuir o facto da UCSP se localizar no concelho de Sabrosa, cuja população é maioritariamente rural, menos urbana por isso que a população abrangida pelas USF, que se localizam na cidade de Vila Real. Assim, não é de admirar que a UCSP apresente uma população mais idosa, tendo em vista o panorama de desertificação dos ambientes rurais, contribuindo também para o menor nível de formação académica. Desta forma, embora não seja estatisticamente significativo, é normal verificar-se que, devido à população mais envelhecida, a amostra da UCSP também apresente maior percentagem de

peças que tomam medicação, de pessoas não ativas (contribuindo principalmente os reformados) e percepção da saúde como razoável/fraca.

A aceitação de realização de rastreios varia consoante a unidade, visto que os consulentes da UCSP aderem mais aos rastreios (96,1% vs 88,4%). Esta conclusão corrobora o que foi escrito anteriormente, pois verificou-se que a toma de medicação, formação académica baixa e percepção de saúde fraca/razoável contribuem para maior adesão aos rastreios e existe maior percentagem destas variáveis na UCSP.

A nível das questões no âmbito dos conhecimentos sobre os rastreios não se verificou diferenças significativas nas duas unidades. Esta é uma diferença encontrada em relação ao estudo de Coimbra, que concluiu existir relação estatisticamente significativa na questão *Julga que um rastreio lhe permite saber se tem uma doença?*, na qual os inquiridos pertencentes à UCSP atribuíram maior percentagem negativa de respostas.

É sabido e comprovadamente aceite que vários programas de rastreios são eficazes nos seus propósitos, proporcionando ganhos efetivos em saúde. No entanto, como já se foi verificando ao longo deste trabalho, e por toda a aceitação positiva em torno dos rastreios pela população motivada por várias ideias (algumas distorcidas do ideal), é importante os profissionais de saúde conhecerem os limites do *to heal/to harm*. Surge então a prevenção quaternária, conjunto de intervenções e atenções que os profissionais devem rotineiramente ter presente na sua prática, pretendendo-se evitar o excesso de ação médica através da identificação de utentes em risco de tratamento excessivo.<sup>8</sup>

Os programas de rastreios são vistos como uma via para o excesso de diagnósticos numa pessoa assintomática, detetando “doenças” que muitas vezes nunca causarão sintomas ou morte precoce<sup>17</sup>, promovendo o seu tratamento<sup>18</sup> ou detetando fatores de risco, atualmente considerados frequentemente como doenças.<sup>19</sup> Para os resultados obtidos podem ter contribuído os fenómenos da venda do medo e da doença, fomentados por várias entidades, algumas com interesses financeiros. No combate ao *disease mongering* o médico deve centrar o processo de cuidados no utente, evitar rótulos, apostar na relação médico/utente, envolvendo-o e capacitando-o na tomada de decisão, decidir ações baseadas na evidência, segundo protocolos atualizados, respeitando sempre a autonomia dos utentes<sup>9,11</sup> devidamente informados pela evidência e não pela publicidade.<sup>20</sup>

Ao longo da realização deste trabalho foram surgindo várias questões, possíveis focos de interesse para projetos de investigação futuros: Estará o fenómeno *disease mongering* relacionado com a qualidade de saúde dos utentes? Os profissionais de saúde estarão a informar os utentes corretamente sobre rastreios? É facultada a informação necessária aos profissionais pelas entidades responsáveis? Um tema interessante poderia ser *A importância dos rastreios médicos para os profissionais de saúde*.

## 4.1 Limitações do Estudo

É importante refletir sobre as limitações do trabalho de investigação. Estas não devem ser vistas como falhas mas sim como um ponto de qualidade quando a sua reflexão e aprendizagem existem, pois são essenciais para a progressão e desenvolvimento da futura investigação.

Uma das limitações deste estudo reside no facto da amostra estudada ser de conveniência e não aleatória, apesar do seu tamanho representativo da população inscrita.

Na aplicação dos questionários foi a investigadora quem, involuntariamente, selecionou os utentes, um potencial viés portanto. De facto, os utentes poderiam ter respondido ao questionário com base na voluntariedade, por forma a contornar esta circunstância. No entanto, existiria o risco dos voluntários apresentarem características de confundimento incontornáveis.

Somente numa unidade foi utilizada uma sala própria para as entrevistas com os consulentes, facultando um ambiente propício à privacidade, diminuindo a ansiedade das pessoas. No entanto, o receio de não escutarem a chamada para a consulta também contribuiu, por vezes, à ansiedade dos mesmos. Estes fatores podem ter influenciado os resultados.

A aplicação do questionário exclusivamente em Unidades de Saúde pode ser um fator de confundimento uma vez que os utentes que utilizam estas unidades podem ser aqueles que estão mais adstritos à oferta de cuidados preventivo e, conseqüentemente, aos rastreios.

O facto de ter decorrido, num passado recente, uma campanha de rastreios auditivos e dos níveis de colesterol, em Vila Real, por motivos de propaganda comercial de empresas privadas, o que não correspondeu às expectativas dos entrevistados que participaram, conduziu, por vezes, à confusão e interpretação errada em relação ao objetivo do estudo, tendo sido necessário um esforço acrescido pela investigadora para esclarecer as dúvidas dos participantes.

## 5. Conclusão

Com este trabalho verificou-se que a grande maioria dos inquiridos aceita realizar rastreios, sendo esta opção influenciada pela toma frequente de medicação.

A esmagadora maioria dos inquiridos considera que os rastreios permitem detetar doenças, no entanto, consideram (percentagem significativa de inquiridos) que pode-se sofrer ou até morrer dessas mesmas doenças. A resposta a estas questões sobre o conhecimento dos rastreios está relacionada com o grau de formação académica dos inquiridos. As pessoas com baixa formação académica apresentam menor percentagem de concordância em relação a estas questões, comparando com as pessoas com outros graus de formação.

São razões para participar em rastreios, *confiar* nos mesmos, seguido de *aceitar as suas consequências*, *quer saber se está saudável* e, por fim, *quer saber se tem doença*. Estas razões não estão relacionadas com a auto-perceção do estado de saúde dos inquiridos.

Conclui-se então que os utentes podem não estar corretamente informados sobre rastreios, pois a inapropriada medicalização conduz, por vezes, ao rótulo desnecessário, às não partilhadas decisões terapêuticas, doenças iatrogénicas e ao desperdício económico e financeiro, desviando esforços necessários na prevenção de doenças frequentes, fonte de má qualidade de vida e passíveis de terapêutica facilmente aceitável e de resultados comprováveis.

Todo o profissional deve pautar a sua prestação segundo os cinco níveis de prevenção, não marginalizando, neste caso específico, a prevenção quaternária, tendo presente o princípio da precaução (*primum non nocere*) e o princípio da proporcionalidade, curar (*to heal*) sem causar dano (*to harm*), com utilização racional dos recursos e respeito pela autonomia do utente bem informado.

## Referências Bibliográficas

1. Natural history of disease (AFMC) [Internet]. 2014 [cited 2014 September 20]. Available from:<http://phprimer.afmc.ca/Part1Theory-ThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/Naturalhistoryofdisease>
2. Screening for disease (uOttawa) [Internet]. 2014 [cited 2014 September 10]. Available from: [http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Screening\\_e.htm](http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Screening_e.htm)
3. Goal of screening (AFMC) [Internet]. 2014 [cited 2014 September 20]. Available from: <http://phprimer.afmc.ca/Part3-PractiseImprovingHealth/Chapter9Screening/Goalofscreening>
4. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. São Paulo: Santos Editora; 2010.
5. Issues in deciding whether or not to screen (AFMC) [Internet]. 2014 [cited 2014 September 20]. Available from: <http://phprimer.afmc.ca/Part3-PractiseImprovingHealth/Chapter9Screening/Issuesindecidingwhetherornottoscreen>
6. Santos JA. Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, actuando no médico. Rpmgf. 2014 Maio/Junho; 30(3):152-54.
7. González CM, Galán IR, Jacob MS, Dios JG. Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético [Internet]. 2014 [updated 2014 April 29; cited 2014 August 18]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.04.029>
8. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2005 Janeiro/Junho; 23(1):91-96.
9. Brett AS, McCullough LB. Addressing Requests by Patients for Nonbeneficial Interventions. JAMA. 2012 January 11; 307(2):149-50.
10. López A. Las pastillas matan más que las drogas [Internet]. 2014 [updated 2014 September 14; cited 2014 October 4]. Available from: <http://www.elmundo.es/salud/2014/09/14/54133868ca474128048b4570.html>
11. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2007; 23:289-93.

12. Fortin MB. O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência; 2003.
13. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002 April 13; 324:886-91.
14. Grimes DA, Schulz FS. Uses and abuses of screening tests. *The Lancet*. 2002 March 9; 359: 881-84.
15. Holland WW, Stewart S. Screening in disease prevention: What works? Oxford: The Nuffield Trust; 2005.
16. Meireles AC. Níveis de Prevenção em Saúde [Internet]. 2008 [cited 2014 September 21]. Available from: <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>
17. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: How to stop harming the Healthy. *BMJ*. 2012 May 29; 344(3502).
18. Ruiz-Cantero MT, Cambrónero-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit*. 2011; 25(3):179-181.
19. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62:580-83.
20. Wallace EA, Schumann JH, Weinberger SE. Ethics of Commercial Screening Tests. *Annals of Internal Medicine*. 2012 November 20; 157(10):747-48.

# Anexos

## Anexo 1 - Instrumento colheita de dados: questionário

Dá-se cada vez mais importância aos “rastreamentos” de doenças, numa atitude de prevenção, por análises ou questionários. Para sabermos a opinião pública sobre “rastreamentos” pedimos-lhe que responda ao questionário abaixo, que demora 3 minutos a preencher. Ninguém saberá quem respondeu, nem como respondeu.

Assim solicitamos e agradecemos a sua opinião quanto às perguntas abaixo.

Idade:	anos	
Género:	Masculino	Feminino
Toma medicamentos regularmente	Sim	Não
Estudos:	Sabe ler e escrever 1	12.º ano (7º ano) 3
	9.º ano (4ª classe) 2	Superior 4
Atividade em que ocupa a quase totalidade do tempo e/ou em que ganha quase todo o dinheiro mensal:	Agricultura 1	Doméstica 5
	Comércio 2	Desempregado 6
	Indústria 3	Reformado 7
	Serviços 4	Estudante 8

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Sempre que lhe propõem um “rastreamento” em saúde aceita fazê-lo? Sim Não
3. Julga que fazer um “rastreamento” permite saber que tem uma doença? Sim Não
4. Mesmo que faça um “rastreamento” pode vir a sofrer de uma doença? Sim Não
5. Mesmo que faça um “rastreamento” pode vir a morrer de uma doença? Sim Não
6. Sabendo do seu estado de saúde por qual ou quais das razões abaixo aceita fazer “rastreamentos”?

Quer saber que está saudável 1	Confia nos rastreios 2
Quer saber que tem doença 3	Aceita as consequências de os fazer 4

**Agradecemos o seu precioso tempo**

## Anexo 2 - Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro Utente

Este questionário tem como objetivo avaliar a importância que o doente atribui aos rastreios médicos. Pretende saber-se o que é pensado acerca de rastreios de doenças.

O material utilizado será um questionário realizado em português.

O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população, realizada na USF Fénix/USF Nuno Grande/USF Corgo/UCSP Sabrosa, com resultados discriminados por género e idade e posterior avaliação da valorização atribuída pela população aos rastreios médicos.

A participação é totalmente voluntária, podendo o utente interromper a realização do inquérito a qualquer momento. As respostas dadas serão completamente confidenciais.

Ana Sofia Granja Jesus Costa

Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade da Beira Interior

---





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

Data:

Nome do participante:

Assinatura do participante:

## Anexo 3 - Autorização para a realização do estudo do Sr. Diretor Executivo do ACES Douro Norte

			<b>ARS NORTE</b> Administração Regional de Saúde do Norte, L.P.		<b>DOURO NORTE</b> ACES
---	---	---	---	--	----------------------------

Projeto/Estudo n.º _____
Data de Recção: ____/____/____





  



### PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO


Identificação do(s) investigador(es) do estudo


Nome Completo: Ana Sofia Granja Jesus Costa
Contacto telefónico: 916832588
E-Mail: a32459@rcaude.ubi.pt
Qualificação Académica: Estudante 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina
Funções que desempenha: Instalação: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Designação do Estudo: Importância dos Rastreios Médicos para os Utentes
Área científica em que se enquadra o estudo: Tese de Mestrado
Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): Agosto e Setembro de 2014
Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Quantitativa
Palavras-chave: "Prevenção Secundária", "Prevenção Quaternária", "Disease Mongering", "Rastreios médicos"

	Rua Miguel Torga, 13º 3000-624 Vila Real	Tel. 258 300 210 Fax 258 300 400	<a href="http://www.arsnorte.rcaude.ubi.pt">www.arsnorte.rcaude.ubi.pt</a> <a href="mailto:arsnorte@arsnorte.rcaude.ubi.pt">arsnorte@arsnorte.rcaude.ubi.pt</a>		<b>ARS NORTE</b> Administração Regional de Saúde do Norte, L.P.		<b>GOVERNO DE PORTUGAL</b>	
---	---	-------------------------------------	--	---	---	---	----------------------------	---

 GOVERNO DE PORTUGAL |  MINISTÉRIO DA SAÚDE

 ARS NORTE  
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

 DOURO NORTE  
A.CeS  
Associação de Centros de Saúde do Douro - Associação de Saúde

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo Orientador)

Nome(s) Completo(s): Professor Doutor Luiz Miguel Santiago  
Instituição: USF Topázio, A.CeS Beiro Mondego, Professor Associado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: Estudar a importância atribuída pelas pessoas aos rastreios médicos

Metodologia: Trabalho epidemiológico de inquirição, com aplicação de questionário "Importância rastreios médicos para os utentes"  
População-alvo: Utentes pertencentes a quatro UCSP/ USF do A.CeS Douro Norte, seleccionadas aleatoriamente da lista de unidades do A.CeS  
Critérios de inclusão: O estudo inclui utentes de unidades de saúde que se encontrem nos respectivos locais nos diferentes dias calendarizados para a recolha de dados e que facultem autorização para a participação no mesmo.  
Método de recolha dados (em anexo)


Descrição do que consiste a colaboração do A.CeS: Facultar acesso às zonas de espera dos consultantes para a consulta nas unidades, para serem inquiridos sob consentimento informado por escrito.  
Trabalhos com esta metodologia foram já aprovados pela Comissão de Ética da ARS do Centro.


**Termo de Responsabilidade**


Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao A.CeS Douro Norte.



Data: 15 de Julho de 2014



Assinatura: *Ana Sofia Costa*





 Rua Miguel Torga, 12P  
3000-024 Vila Real  
Tel: 228 202 270  
Fax: 228 228 420  
www.arsnorte.mh-ssauor.pt  
www.douro-norte@arsnorte.mh-ssauor.pt

 ARS NORTE  
Associação de Centros de Saúde do Norte

 GOVERNO DE PORTUGAL |  MINISTÉRIO DA SAÚDE


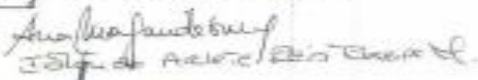
 GOVERNO DE PORTUGAL |  MINISTÉRIO DA SAÚDE


 **ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.


 **DOURO NORTE**  
ACoS


**PARÊCER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE**



Favorável  Não Favorável

Data: 21.7.2014  
Assinaturas:   
  
DIRETOR EXECUTIVO  
ACoS Douro Norte

Nada a opor à sua realização,  
  
Armando Silva Vieira

 Rua Miguel Torgal, 127 3000-824 Vila Verde | Tel: 258 202 272 Fax: 258 202 430 [www.arsnorte.pt/min-saude.pt](http://www.arsnorte.pt/min-saude.pt) [arsnorte@arsnorte.pt](mailto:arsnorte@arsnorte.pt) [www.arsnorte.pt](http://www.arsnorte.pt)

 **ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

 GOVERNO DE PORTUGAL |  MINISTÉRIO DA SAÚDE

## Anexo 4 - Parecer favorável à realização do estudo pela Comissão de Ética da ARS Norte



COMUNICAÇÃO  INFORMAÇÃO  PARECER  Nº 82 DATA: 10/outubro/14

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 82/2014

DELIBERAÇÃO AUTOMÁTICA  
13.10.2014

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.  
EXARADO NA ACTA N.º 42  
REUNIÃO DE 13.10.2014

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 82/2014 (sobre o estudo: "Importância dos rastreios médicos para os utentes"), aprovado na reunião do dia 7 de outubro de 2014, por unanimidade, para deliberação.

  
Rui Carradas  
1.º Vice-Presidente do C. D.

  
José Carlos Pedro  
Vogal C. D.

À Consideração Superior

  
Ana Paula Guedes  
Assessora CES/UC



**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**  
**PARECER Nº 02/2014**

**Sobre o estudo "Importância dos rastreios médicos para os utentes"**

**A – RELATÓRIO**

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica, iniciou o Processo n.º T340, na sequência do pedido de parecer formulado por Ana Sofia Granja Jesus Costa, estudante de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Doutor Luís Santiago, relativo ao estudo "Importância dos rastreios médicos para os utentes" que pretende estudar a importância atribuída pelas pessoas aos rastreios médicos.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: requerimento, protocolo do estudo, cronograma, formulário de consentimento informado, formulários de recolha de dados, curriculum vitae da investigadora, e declaração de confidencialidade e de entrega dos resultados à CES, e autorização dos coordenadores das unidades de saúde envolvidas.

A.3. Trata-se de um estudo observacional em que um grupo de utentes presentes nas unidades de saúde nos dias aleatoriamente selecionados para aplicação do questionário em quatro unidades de saúde do ACoS Douro Norte será inquirido pela aplicação pela investigadora de um questionário anónimo após obtenção do consentimento informado.

**B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

B.1. Reconhece-se relevância ao estudo, e interesse nos resultados esperados.

B.2. A informação dada aos participantes é a necessária para os objetivos do estudo.

B.3. Está garantido o respeito pela livre opção do doente através da obtenção do seu consentimento informado na forma escrita.

B.4. A metodologia salvaguarda os interesses dos participantes, não implicando riscos para a sua pessoa ou de terceiros, pois não serão sujeitos a intervenções que não pudessem decorrer do habitual acompanhamento clínico.

B.5. Os dados são recolhidos de forma lícita e não são excessivos, garantindo-se a sua privacidade e confidencialidade.

B.6. Está garantida a preservação da autonomia dos participantes, com respeito pelos seus valores, interesses e opções pessoais.



C – CONCLUSÃO

C.1. Face ao exposto, propõe-se que a CES delibere dar parecer favorável à autorização da realização deste estudo.

Aprovado em reunião do dia 07/10/2014, por unanimidade

O relator,

  
\_\_\_\_\_  
Doutor Paulo Santos

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

  
\_\_\_\_\_  
Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



Rua Santa Cruz, 1508  
4800-487 Vila Rica

Tel. 220 410 000  
Fax 220 410 005

servi@arsnorte.ipsa.arsnorte.pt  
www.arsnorte.ipsa.arsnorte.pt



GOVERNO DE  
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE