



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

A Importância dos Rastreios Médicos para os Utentes

Ana Carolina Dias Teixeira

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

Orientador: Prof. Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

Covilhã, maio de 2015

Dedicatória

À minha mãe, pela compreensão e apoio incondicional. Por me ensinar a nunca desistir.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago pela disponibilidade, incentivo e pela orientação fundamental na concretização deste projeto.

À Dra. Maria Eugénia Calvário e restantes profissionais de saúde e funcionários do Centro de Saúde da Covilhã pela simpatia e receptividade.

A todos os utentes que, embora no anonimato, concordaram em participar neste estudo.

À Dra. Marisa Santos Silva e ao Gabinete de Gestão de Qualidade do CHCB pela ajuda na análise estatística deste trabalho.

Aos meus avós, pelos valores, pela sabedoria e paciência. Obrigada por serem um exemplo.

Às minhas irmãs, por serem o meu porto seguro, mesmo a quilómetros de distância. Pelas cumplicidades, pelas gargalhadas e por toda a força que me dão.

À minha família e à Zia, por estarem sempre presentes.

Aos meus amigos, por serem uma segunda família nestes fantásticos seis anos. A todos, muito obrigada por fazerem parte desta longa “caminhada”, ficarão para sempre no meu coração.

Prefácio

*“Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive”*

Ricardo Reis, in "Odes"

Resumo

Introdução: A prevenção secundária tem como finalidade detetar precocemente um problema de saúde num indivíduo assintomático, por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução. Nesse sentido, os rastreios em saúde são, atualmente, propostos em diversas situações, sendo, por isso, essencial perceber a importância que a população lhes atribui.

Metodologia: Estudo observacional e transversal, através da aplicação de um questionário a uma amostra de 365 utentes do Centro de Saúde da Covilhã. As respostas obtidas foram analisadas em função das variáveis grupo etário, género, atividade profissional, toma regular de medicação, grau de formação académica e qualidade de saúde.

Resultados: O questionário foi aplicado a uma amostra de 365 utentes, com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos (média de 53,6 anos \pm 16,9), dos quais 68,2% são do sexo feminino, 63% tomam medicação regularmente, 55,3% são profissionalmente não ativos, 52,6% possuem baixo grau de formação académica e 57,5% avaliam a sua saúde como sendo *fraca/razoável*. Dos inquiridos, 92,1% aceitam realizar um rastreio médico sempre que lhes é proposto e 86,8% julgam que fazer um rastreio permite saber que têm uma doença. Das razões que motivam os utentes a realizar rastreios, 70,41% dos inquiridos querem saber que estão saudáveis, 50,14% confiam nos rastreios, 40,27% querem saber que têm doença e 26,85% aceitam as consequências de os fazer.

Discussão e conclusão: É incontestável a grande aceitação da população na realização de rastreios em saúde e a maioria dos inquiridos considera que fazer um rastreio permite identificar a presença de uma doença. Importa realçar a importância de transmitir conceitos de promoção em saúde, bem como reforçar a pertinência da prevenção quaternária, através da análise das decisões clínicas na utilização eficiente dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Palavras-chave

Medicina Preventiva; Prevenção Secundária; Rastreios médicos; Prevenção Quaternária; *Disease Mongering*

Abstract

Introduction: Secondary prevention aims at detecting, at an early stage, a health problem of an asymptomatic patient, in order to favourably prevent its evolution. Therefore, health screening is currently proposed in various situations, being thus essential to understand the importance given to them by the public.

Methodology: Observational and transversal study, by applying a questionnaire to a sample of 365 users of the Health Centre in Covilhã. The responses were analysed according to the variables of the age group, gender, professional activity, regular taking of medication, qualifications and perception of health quality.

Results: The questionnaire was applied to a sample of 365 users, aged between 18 and 90 (average of 53.6 years \pm 16.9), from which 68.2% are female, 63% take medication regularly, 55.3% are professionally non-active, 52.6% have low qualifications and 57.5% consider their health as Weak/Reasonable. From the total respondents, 92.1% accepts having a health screening whenever proposed and 86.8% thinks that making a health screening allows them to know that they have a disease. From the reasons that led users to make a screening, 70.41% of the respondents wants to know if they are healthy, 50.14% trusts screenings, 40.27% wants to know that they are sick and 28.85% accepts the consequences of going through them.

Discussion and conclusion: The great acceptance of the public to health screening is unquestionable and the majority of the respondents consider that making a screening allows to identify the presence of a disease. The importance of conveying concepts for the promotion of health is noteworthy, as well as reinforcing the pertinence of the quaternary prevention, through the analysis of the clinic decisions and the efficient use of diagnostic and therapeutic methods.

Keywords

Preventive medicine; Secondary Prevention; Medical screening; Quaternary Prevention; *Disease Mongering*

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Prefácio	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice	vii
Lista de tabelas	viii
Lista de acrónimos	ix
1. Introdução	1
1.1 Evolução da Prevenção em Saúde	1
1.2 Prevenção secundária	2
1.3 Prevenção quaternária	4
1.4 Objetivos	6
2. Metodologia	7
2.1 Caracterização da investigação	7
2.2 População e Amostra	7
2.3 Instrumento e recolha de dados	7
2.3.1 Critérios de inclusão	8
2.3.2 Critérios de exclusão	8
2.4 Variáveis	8
2.5 Análise estatística	9
3. Resultados	10
3.1 Caracterização geral da amostra	10
3.2 Análise das questões do inquérito na amostra	11
3.3 Análise das questões em função das variáveis em estudo	13
3.4 Análise da variável qualidade de saúde na amostra	16
3.5 Análise comparativa entre Coimbra/Viseu/Covilhã	16
4. Discussão	18
4.1 Limitações do estudo	19
5. Conclusão	21
Referências bibliográficas	22
Anexos	24
Anexo 1 - Questionário	24
Anexo 2 - Consentimento informado	26
Anexo 3 - Autorização ACES Cova da Beira	27
Anexo 4 - Autorização Centro de Saúde Covilhã	28

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Recomendações para o rastreio oncológico em Portugal	4
Tabela 2 - Caracterização da amostra total	10
Tabela 3 - Resultados das questões do inquérito	11
Tabela 4 - Resultados das questões do inquérito em função das variáveis em estudo	13
Tabela 5 - Análise comparativa em função das variáveis	16
Tabela 6 - Análise comparativa em função das questões do inquérito	16

Lista de Acrónimos

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

OMS - Organização Mundial de Saúde

USPSTF - United States Preventive Services Task Force

CTFPHC - Canadian Task Force on Preventive Health Care

APMGF - Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

PSA - Antígeno prostático específico

PSOF - Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

WONCA - World Organization of Family Doctors

ARS - Administração Regional de Saúde

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

1. Introdução

1.1 Evolução da Prevenção em Saúde

A emergência das doenças crónicas, registada na segunda metade do século XX, e o reconhecimento de que uma parte significativa destas pode ser prevenível contribuíram para a atração crescente que hoje se verifica pela Medicina Preventiva (1).

Segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986), a promoção da Saúde consiste no “*processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.*” Assim, a saúde, mais do que um objetivo de vida, é um recurso do dia-a-dia e uma responsabilidade comum a todos os setores da sociedade (2).

Hugh Leavell e E. Guerney Clark utilizaram o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem, pela primeira vez, em 1953, um sistema de aplicação da medicina preventiva baseada em cinco níveis de atuação: a promoção da saúde, a proteção específica, o diagnóstico precoce e tratamento imediato, a limitação de deficiência e a reabilitação (3,4). Em 1967, Clark DW sugere uma definição de Prevenção em saúde: “*evitar o desenvolvimento de um estado patológico (...) inclui todas as medidas que limitam a progressão da doença em qualquer fase do seu curso*” (5).

Em 1957, a Comissão sobre as Doenças Crónicas fez a primeira distinção entre as intervenções que evitam a ocorrência de uma doença (prevenção primária) e aquelas que visam impedir ou atrasar a sua progressão e sequelas (prevenção secundária). Mais tarde, esta distinção expandiu-se, passando a incluir, na prevenção primária, a atuação ao nível dos fatores de risco, e, na prevenção secundária, a deteção de uma patologia em estádios iniciais, assintomáticos; surgiu ainda o conceito de prevenção terciária, cujo objetivo é reverter ou retardar a progressão de uma doença, através da reabilitação (5).

Em algumas áreas, como é o caso das doenças cardiovasculares, começa a introduzir-se o conceito de prevenção primordial. Este nível de prevenção, estreitamente associado à promoção da saúde, visa evitar o estabelecimento de estilos de vida que se sabe estarem ligados a um risco acrescido de doença como, por exemplo, a nutrição inadequada, o sedentarismo e o tabagismo (2,6).

Por outro lado, como nas últimas décadas o foco dos cuidados médicos nos países desenvolvidos tem vindo a mudar da cura para a prevenção, tornou-se imperativo encontrar um equilíbrio entre os riscos e os benefícios das medidas preventivas, dado que se têm observado, neste

campo, excessos de intervenção, muitas vezes para lá do clínica e cientificamente razoável e justificado (7,8).

Assim, é neste contexto que surge um outro nível de prevenção - a prevenção quaternária - proposta em 1995 pelo médico de família Marc Jamouille, que pretende evitar o excesso de intervencionismo médico (2,6).

Em Portugal, vários têm sido os autores a reforçar a pertinência da prevenção quaternária e a salientar a importância da análise das decisões clínicas na utilização eficiente dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

1.2 Prevenção Secundária

A prevenção secundária tem como finalidade detetar precocemente um problema de saúde, em indivíduos assintomáticos, de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução. É neste nível de prevenção que se inserem os rastreios em saúde (2).

O conceito de rastreio foi colocado, pela primeira vez, há mais de 150 anos. Desde então, e sobretudo nas últimas cinco décadas, o seu papel na promoção da saúde individual e da população em geral tem crescido drasticamente (9).

Os rastreios médicos consistem na aplicação de testes ou procedimentos em indivíduos saudáveis, com o objetivo de identificar aqueles que se encontram em maior risco de desenvolver uma determinada doença (10). A identificação de uma patologia no seu estágio inicial, antes desta se manifestar clinicamente, possibilita uma melhor resposta ao tratamento e, conseqüentemente, conduz a uma diminuição da mortalidade e morbidade nas populações rastreadas (2,11).

Desta forma, os rastreios são uma poderosa ferramenta de prevenção e podem melhorar a saúde das populações (10,12). São exemplo disso as evidências que associam a realização de citologias cervicais, como método de rastreio do cancro do colo do útero, a uma redução da taxa de mortalidade na ordem dos 80% (13). Outros exemplos benéficos incluem o rastreio da hipertensão arterial em adultos, as análises sanguíneas regulares com avaliação da glicémia e a pesquisa do antígeno do vírus da hepatite B, vírus do HIV-1 e da sífilis na grávida (10,11).

Porém, a aplicação ou interpretação inadequadas dos rastreios desperdiçam recursos preciosos e podem levar a um tratamento prejudicial (11), como aconteceu há várias décadas atrás, com o tratamento para a hiperlipidémia com clofibratos, que levou a um aumento de 17% na mortalidade dos pacientes do sexo masculino (10).

Encontrar o equilíbrio certo entre a prevenção e o tratamento é um desafio diário na prática clínica, uma vez que a prevenção não assume igual valor para todos os pacientes e muitas das suas medidas, porque excessivas ou desnecessárias, podem originar prejuízo e morbidade (8). Os falsos-positivos, o desconforto físico e psicológico provocado por algumas técnicas utilizadas nos exames de rastreio e os efeitos secundários de alguns fármacos usados para controlar fatores de risco são disso exemplo (6).

Elmore et al. (1998) determinaram que o risco cumulativo de falsos-positivos numa mamografia aumenta com o número de rastreios realizados, atingindo os 49,1% após 10 mamografias. Por outro lado, também aumenta o risco cumulativo de realizar uma biópsia como resultado de um falso-positivo, sendo esse risco de 6,2 % e 18,6 %, após 5 ou 10 mamografias, respetivamente (14).

Nos anos 60, alguns autores começaram a questionar a prudência de rastreios médicos que estavam a ser aplicados de uma forma generalizada, sem avaliação prévia (9). No relatório *“Principles and practice of screening for disease”* para a OMS (1968), Wilson e Jungner propõem diversos critérios para avaliar programas de rastreio antes da sua implementação, defendidos ainda hoje como os critérios *“gold-standart”* (15,16). A doença deve ser um importante problema de saúde, com história natural conhecida desde a fase latente até à doença declarada e com um período latente ou sintomático valorizável. Os testes devem ser seguros e aceites pela população, com instalações de diagnóstico e tratamento prontamente disponíveis, e os custos inerentes devem ser economicamente equilibrados e adequados. Finalmente, deve existir tratamento eficaz e acessível para os pacientes com doença reconhecida, capaz de diminuir a morbidade e mortalidade e melhorar a qualidade de vida das populações (10).

Desde a publicação do referido relatório, as descobertas sobre as origens e os precursores das doenças e as novas abordagens de tratamento têm tornado os rastreios médicos um tema de crescente importância e controvérsia (15).

Com o objetivo de avaliar a evidência científica e emitir recomendações sobre as atividades preventivas, surgem várias entidades, das quais se destacam a USPSTF e a CTFPHC. Em Portugal, surge, em 1990, o Plano Oncológico Nacional e, mais recentemente, o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 e as Recomendações do Núcleo de Atividades Preventivas da APMGF (1,13,18).

Desta forma, os clínicos obtiveram um conjunto de recomendações que os orienta na seleção das medidas preventivas mais adequadas a aplicar aos seus pacientes.

Em Portugal, a evidência científica atual é consensual sobre a utilidade de programas de rastreio oncológico em três áreas: cancro do colo do útero, da mama e do cólon e reto. Nestas patologias foi possível demonstrar que a instituição do rastreio conduzia a uma diminuição das taxas de mortalidade na ordem dos 80%, 30% e 20%, respetivamente. O mesmo ainda não se

verifica em relação ao cancro da próstata, para o qual a evidência científica é insuficiente para determinar se o rastreio melhora ou não a morbilidade e mortalidade, apesar do uso do teste do PSA ser prática corrente na clínica diária (13,18).

Na tabela 1 encontram-se sistematizadas as recomendações propostas por diversas entidades para os rastreios do cancro da mama, colo do útero, colon e reto e próstata (18,19,20,21).

Tabela 1 - Recomendações para o rastreio oncológico em Portugal

	Procedimento	População	Periodicidade
Cancro da Mama	Mamografia	Mulheres: 50-69 anos	2-2 anos
Cancro do Colo do Útero	Citologia cervical	Mulheres: 25-64 anos	3-3 anos (após 2 citologias anuais consecutivas normais)
Cancro do Colon e Reto	PSOF Sigmoidoscopia Colonoscopia	50-74 anos	Anual 5-5 anos 10-10 anos
Cancro da Próstata	Evidência científica insuficiente		
	Toque retal Doseamento PSA total	Homens: 50-74 anos	Anual

1.3 Prevenção quaternária

Nas últimas décadas, o número de fatores de risco em populações saudáveis tem vindo a aumentar, ao ponto de se falar numa “epidemia de riscos” (2). Segundo Gérvas e Fernández, o risco epidemiológico, ou seja, a simples associação estatística entre um fator e uma doença, quase se converte numa doença ou numa causa necessária e suficiente da mesma (22).

Assim, com a diminuição progressiva dos limiares de diagnóstico das “pré-doenças”, como é o caso da hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e a hiperglicemia, e à medida que os fatores de risco são considerados equivalentes a doenças, a fronteira entre prevenção e cura está a tornar-se cada vez mais indistinta (5).

Este facto, associado a limiares de intervenção cada vez mais baixos, faz com que indivíduos saudáveis sejam rotulados como estando “em risco” e tenham necessidade de cuidados médicos - trata-se da “medicalização” dos fatores de risco (2). Esta incorreta interpretação do conceito de risco leva a uma intervenção médica mórbida, exacerbada e desnecessária, o que representa uma ameaça para o doente que contacta com o sistema de saúde (8,23).

A prevenção quaternária, também designada de prevenção da iatrogenia, é definida pela WONCA como “a deteção de indivíduos em risco de sobretratamento, de forma a protegê-los

de novas intervenções médicas inapropriadas, sugerindo-lhes alternativas eticamente aceitáveis” (2,6).

Isto implica não só respeito pela autonomia do utente, ao possibilitar que este tome decisões após ter sido devidamente informado sobre as vantagens e desvantagens das intervenções propostas, mas também a prescrição criteriosa e racional de métodos diagnósticos e terapêuticos pelos clínicos (2,6). Implica ainda o compromisso ético e profissional de “*não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é doença, fator de risco e saúde.*” (23).

Para Jamouille et al., a prática da medicina clínica resulta do equilíbrio entre a gestão da incerteza diagnóstica e a limitação dos riscos terapêuticos (2).

Assim sendo, a prevenção quaternária deve incluir uma análise das decisões clínicas, apoiando-se na epidemiologia e na medicina baseada na evidência, com o objetivo de complementar e fortalecer o ato médico, devendo ser orientada por dois princípios éticos fundamentais: o da proporcionalidade (os ganhos devem superar os riscos) e o da precaução, *primum non nocere* (2,6).

Este nível de prevenção é particularmente pertinente nos idosos que, pela sua multimorbilidade, apresentam um risco acrescido de iatrogenia, nomeadamente farmacológica (24).

Por outro lado, alguns autores têm chamado a atenção para a alegada promoção da doença pela indústria farmacêutica, o designado “*disease mongering*”, que, recorrendo a um “marketing do medo”, sobrestima situações clínicas e fatores de risco na população, com o objetivo de aumentar o mercado para os seus fármacos (2,25,26).

A atenção crescente dirigida às causas iatrogénicas nos problemas de saúde e a adição da prevenção quaternária às atividades preventivas apontam para a necessidade de incluir a iatrogenia explicitamente como uma influência sobre a saúde (27).

É fundamental que tanto a classe médica como a população estejam sensibilizadas para as potenciais consequências de um resultado alterado num exame. A orientação e correta valorização de uma alteração num exame pedido a um doente assintomático constituem um desafio, dado implicar, na maioria das vezes, a realização de exames adicionais. Não raras vezes, todo este processo condiciona um elevado stress psicológico e sofrimento ao doente (28).

Assim, é essencial os médicos considerarem as possíveis intervenções com cuidado, ponderando os riscos e os benefícios individualmente e tendo em conta os diferentes contextos biológico, cultural, social e económico dos pacientes e as suas preferências, recorrendo, sempre que se considerar prudente, a uma atitude expectante, o simples “esperar para ver” (6,7).

1.4 Objetivos

Esta investigação tem como objetivo principal estudar a importância atribuída pelos utentes do Centro de Saúde da Covilhã aos rastreios médicos.

Objetivos específicos:

1. Conhecer o grau de aceitação dos rastreios numa determinada população.
2. Determinar as razões que motivam os utentes a realizar rastreios e determinar a sua opinião quanto à possibilidade de identificação de uma doença.
3. Avaliar a autoperceção dos utentes quanto ao seu estado de saúde.
4. Identificar diferenças estatisticamente significativas nas variáveis género, grupo etário, grau de formação académica, atividade profissional, toma regular de medicação e qualidade de saúde em função das questões do inquérito.
5. Comparar os resultados obtidos entre a população da Covilhã e outras populações estudadas em Coimbra, em 2013, e Viseu, em 2014.

2. Metodologia

2.1. Caracterização da investigação

Estudo observacional, transversal, realizado através da aplicação de um questionário (Anexo 1) a uma amostra de conveniência representativa da população inscrita no Centro de Saúde da Covilhã.

A autora do estudo é a entrevistadora e os entrevistados são os utentes que, num determinado período temporal, se encontravam na sala de espera da Unidade de Saúde referida a aguardar por uma consulta médica ou de enfermagem.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Centro. Foi igualmente solicitada a autorização ao ACES Cova da Beira e a aprovação da Coordenação do Centro de Saúde da Covilhã.

2.2. População e amostra

Para a realização do estudo foi calculada uma amostra representativa da população a estudar, para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, com base em dados fornecidos pelo Gabinete de Estática da ARS Cova da Beira. A população atendida no Centro de Saúde da Covilhã, num mês de trabalho, corresponde a um universo esperado de 5000 consulentes mensais. Desta forma, determinou-se que a amostra teria de conter, pelo menos, 357 indivíduos.

2.3 Instrumento e recolha de dados

O instrumento utilizado é um questionário, utilizado, pela primeira vez, num estudo realizado em Coimbra, no ano de 2013, elaborado por dois psicólogos, dois sociólogos, três médicos, duas enfermeiras e três pessoas não ligadas à área da saúde, e validado após a aplicação de um pré-teste a 15 indivíduos numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários.

O questionário é constituído por onze perguntas e inclui o preenchimento de parâmetros de caracterização da população em estudo relativos à idade, género, toma diária de medicamentos, grau de formação académica, atividade profissional e qualidade de saúde. Compreende também cinco questões destinadas a avaliar a opinião dos utentes quanto aos rastreios médicos como “Sempre que lhe propõem um “rastreo” em saúde aceita fazê-lo?”,

“Julga que fazer um “rastreio” permite saber que tem uma doença?”, “Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença?” e “Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a morrer de uma doença?”, para as quais as respostas possíveis são “sim e “não”. A última questão, relacionada com as “razões para aceitar fazer “rastreios”, inclui as respostas “saber que está saudável”, “saber que tem doença”, “confia nos rastreios” e “aceita as consequências de os fazer”.

Quanto à variável grau de formação académica, considerou-se existir um grau de formação académica baixa para os utentes sem escolaridade mas sabendo ler e escrever ou formação académica até ao 9º ano de escolaridade, grau de formação académica média para a frequência entre o 9º e o 12º anos de escolaridade e grau de formação académica elevada para mestrado, bacharelato ou licenciatura.

O questionário foi aplicado pela autora do projeto, devidamente identificada como aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da UBI, após obtenção do consentimento informado por escrito. Posteriormente, procedeu-se à leitura do questionário a cada utente, sendo as opções indicadas assinaladas pela entrevistadora.

2.3.1 Critérios de inclusão

O estudo incluiu os utentes que se encontravam no Centro de Saúde da Covilhã a aguardar por uma consulta médica ou de enfermagem, durante o período calendarizado para a recolha de dados, e que autorizaram a sua participação no mesmo, através da assinatura do consentimento informado.

2.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os utentes que, por dificuldade de compreensão dos conceitos envolvidos no questionário, demonstraram incapacidade de manifestar opinião.

2.4 Variáveis

Nesta investigação foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Grupo etário (variável ordinal);
- Género (variável nominal);
- Toma regular de medicação (variável nominal);
- Grau de formação académica (variável ordinal);
- Qualidade de saúde (variável ordinal).

2.5 Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi realizado com o auxílio do software “SPSS software for Windows - version 21.0” (SPSS Inc, Chicago, IL). Foi feita análise descritiva e inferencial, com utilização dos testes não paramétricos Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

3. Resultados

3.1. Caracterização geral da amostra

Para a realização deste estudo, foi analisada uma amostra de n=365 utentes do Centro de Saúde da Covilhã que aguardavam na sala de espera por uma consulta médica ou de enfermagem.

A tabela 2 apresenta a caracterização da amostra quanto ao grupo etário, género, toma regular de medicação, grau de formação académica, atividade profissional e qualidade de saúde.

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino [68,2% (n=249)], de idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos (média de 53,6 anos \pm 16,9), que tomam medicação regularmente [63% (n=230)] e que se encontram profissionalmente não ativos [55,3% (n=202)].

Quanto ao grau de formação académica, 52,6% (n=192) dos utentes apresentam baixo grau de formação académica, 28,2% (n=103) dos utentes têm grau de formação académica média e 19,2% (n=70) dos utentes têm grau de formação académica alta.

No que diz respeito à autoavaliação da qualidade de saúde, 57,5% (n=210) dos utentes consideram-na “*fraca/razoável*”, 34,5% (n=126) consideram-na “*boa*” e apenas 7,9% (n=29) dos utentes a consideram “*muito boa/ótima*”.

Tabela 2 - Caracterização da amostra total

Variável	n (%)	Total n (%)
Grupo Etário		
≤ 35 anos	54 (14,8%)	365 (100%)
35 - 64 anos	201 (55,1%)	
≥ 65 anos	110 (30,1%)	
Género		
Masculino	116 (31,8%)	365 (100%)
Feminino	249 (68,2%)	
Toma regular de medicação		
Sim	230 (63,0%)	365 (100%)
Não	135 (37,0%)	
Grau de formação académica		
Baixo	192 (52,6%)	365 (100%)
Médio	103 (28,2%)	
Alto	70 (19,2%)	
Atividade profissional		
Ativo	163 (44,7%)	365 (100%)
Não ativo	202 (55,3%)	
Qualidade de Saúde		
Fraca/Razoável	210 (57,5%)	365 (100%)
Boa	126 (34,5%)	
MB/OPT	29 (7,9%)	

3.2. Análise das questões do inquérito na amostra

A tabela 3 apresenta os resultados das respostas dadas pelos utentes às questões do inquérito.

Na amostra total de utentes inquiridos verificou-se que 92,1% (n=336) destes aceitam realizar rastreios médicos sempre que estes lhes são propostos, enquanto 7,9% (n=29) dos inquiridos nem sempre os aceitam.

Quanto à questão “Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?”, 86,8% (n=317) dos inquiridos responderam afirmativamente, enquanto 13,2% (n=48) dos utentes consideram que os rastreios médicos não permitem determinar a presença de uma doença.

Em relação às questões “Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?” e “Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?” verificou-se que, respetivamente, 87,7% (n=320) e 90,4% (n=330) dos inquiridos respondem afirmativamente.

No que concerne à última questão, que estabelece as razões que levam os inquiridos a aceitar realizar rastreios médicos, 70,4% (n=257) destes querem saber que estão saudáveis, 50,1% (n=183) confiam nos rastreios, 40,3% (n=147) querem saber que têm doença e 26,9% (n=98) aceitam as consequências de os fazer.

Tabela 3 - Resultados das questões do inquérito

Questões	n (%)
Sempre que lhe propõem um “rastreamento” em saúde aceita fazê-lo?	
Sim	336 (92,1%)
Não	29 (7,9%)
Julga que fazer um “rastreamento” permite saber que tem uma doença?	
Sim	317 (86,8%)
Não	48 (13,2%)
Mesmo que faça um “rastreamento” pode vir a sofrer de uma doença?	
Sim	320 (87,7%)
Não	45 (12,3%)
Mesmo que faça um “rastreamento” pode vir a morrer de uma doença?	
Sim	330 (90,4%)
Não	35 (9,6%)
Sabendo do seu estado de saúde por que aceita fazer “rastreamentos”?	
Quer saber que está saudável	257 (70,4%)
Confia nos rastreios	183 (50,1%)
Quer saber que tem doença	147 (40,3%)
Aceita as consequências de os fazer	98 (26,9%)

3.3. Análise das questões em função das variáveis em estudo

A tabela 4 apresenta as respostas dadas pelos utentes às questões do inquérito em função das variáveis grupo etário, género, toma regular de medicação, grau de formação académica, atividade profissional e qualidade de saúde.

Quanto à questão “Sempre que lhe propõem um rastreio aceita fazê-lo?” existe diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis grupo etário ($p=0,025$) e toma regular de medicação ($p=0,000$). Verificou-se uma maior aceitação dos rastreios médicos pelos inquiridos entre os 35 e os 64 anos [94,3% (n=183)], em comparação com os inquiridos que têm menos de 35 anos, que atribuem maior percentagem de respostas negativas à questão [16,4% (n=10)]. Por outro lado, também se pôde constatar que os inquiridos que não tomam medicação são os menos recetivos à realização de rastreios médicos [14,8% (n=20)], em oposição aos utentes que tomam regularmente medicação, em que se verifica uma maior aceitação dos rastreios [96,1% (n=221)].

No que concerne às questões “Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?”, “Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?”, “Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?” e “Sabendo o seu estado de saúde, porque aceita fazer rastreios?” não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas respostas obtidas em função de cada variável.

Tabela 4 - Resultados das questões do inquérito em função das variáveis em estudo

Questões	Grupo Etário			Género		Toma regular de medicação		Grau de formação académica			Atividade profissional		Qualidade de saúde			
	≤35 n (%)	35 - 64 n (%)	≥65 n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	Ativo n (%)	Não ativo n (%)	Fraca/ Razoável n (%)	Boa n (%)	MB/ OPT n (%)	
Sempre que lhe propõem um “rastreio” aceita?	Sim	51 (83,6) ^a	183 (94,3) ^a	102 (92,7) ^a	106 (91,4)	230 (92,4)	221 (96,1) ^b	115 (85,2) ^b	180 (93,8)	91 (88,3)	65 (92,9)	147 (90,2)	189 (93,6)	198 (94,3)	112 (88,9)	26 (89,7)
	Não	10 (16,4) ^a	11 (5,7) ^a	8 (7,3) ^a	10 (8,6)	19 (7,6)	9 (3,9) ^b	20 (14,8) ^b	12 (6,3)	12 (11,7)	5 (7,1)	16 (9,8)	13 (6,4)	12 (5,7)	14 (11,1)	3 (10,3)
Julga que fazer um “rastreio” permite saber que tem uma doença?	Sim	52 (85,2)	166 (85,6)	99 (90,0)	101 (87,1)	216 (86,7)	205 (89,1)	112 (83,0)	167 (87,0)	87 (84,5)	63 (90,0)	138 (84,7)	179 (88,6)	182 (86,7)	111 (88,1)	24 (82,8)
	Não	9 (14,8)	28 (14,4)	11 (10,0)	15 (12,9)	33 (13,3)	25 (10,9)	23 (17,0)	25 (13,0)	16 (15,5)	7 (10,0)	25 (15,3)	23 (11,4)	28 (13,3)	15 (11,9)	5 (17,2)
Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença?	Sim	53 (86,9)	169 (87,1)	98 (89,1)	103 (88,8)	217 (87,1)	201 (87,4)	119 (88,1)	164 (85,4)	92 (89,3)	64 (91,4)	141 (86,5)	179 (88,6)	182 (86,7)	114 (90,5)	24 (82,8)
	Não	8 (13,1)	25 (12,9)	12 (10,9)	13 (11,2)	32 (12,9)	29 (12,6)	16 (11,9)	28 (14,6)	11 (10,7)	6 (8,6)	22 (13,5)	23 (11,4)	28 (13,3)	12 (9,5)	5 (17,2)

Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a morrer de uma doença?	Sim	54 (88,5)	174 (89,7)	102 (92,7)	105 (90,5)	225 (90,4)	211 (91,7)	119 (88,1)	177 (92,2)	88 (85,4)	65 (92,9)	142 (87,1)	188 (93,1)	192 (91,4)	112 (88,9)	26 (89,7)
	Não	7 (11,5)	20 (10,3)	8 (7,3)	11 (9,5)	24 (9,6)	19 (8,3)	16 (11,9)	15 (7,8)	15 (14,6)	5 (7,1)	21 (12,9)	14 (6,9)	18 (8,6)	14 (11,1)	3 (10,3)
Sabendo do seu estado de saúde por que aceita fazer “rastreios”?																
Quer saber que está saudável	44 (50,6)	134 (37,7)	79 (32,5)	75 (36,2)	182 (38)	157 (33,8)	100 (48,3)	139 (34,5)	66 (41,5)	52 (42,3)	114 (41,8)	143 (34,7)	142 (33,4)	93 (42,5)	22 (53,7)	
Confia nos rastreios	21 (24,1)	98 (27,6)	64 (26,3)	59 (28,5)	124 (25,9)	138 (28,9)	45 (21,7)	103 (25,6)	47 (29,6)	33 (26,8)	68 (24,9)	115 (27,9)	120 (28,2)	55 (25,1)	8 (19,5)	
Quer saber que tem doença	12 (13,8)	72 (20,3)	63 (25,9)	45 (21,7)	102 (21,3)	110 (23,0)	37 (17,9)	98 (24,3)	27 (17)	22 (17,9)	56 (20,5)	91 (22,1)	100 (23,5)	41 (18,7)	6 (14,6)	
Aceita as consequências de os fazer	10 (11,5)	51 (14,4)	37 (15,2)	28 (13,5)	70 (14,6)	73 (15,3)	25 (12,1)	63 (15,6)	19 (12)	16 (13)	35 (12,8)	63 (15,3)	63 (14,8)	30 (13,7)	5 (12,2)	

^ap = 0,025; ^bp = 0,000

3.4. Análise da variável *qualidade de saúde* na amostra

Em relação à variável *qualidade de saúde* verificou-se existir uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) quanto à autoavaliação do estado de saúde dos inquiridos em função do género, grupo etário, toma regular de medicação, grau de formação académica e atividade profissional. Desta forma determinou-se que as mulheres se autoavaliam com menos saúde que os homens, que o grupo etário com idade ≥ 65 anos se autoavalia com menor qualidade de saúde em comparação com os inquiridos dos restantes grupos etários, que os utentes que referem tomar medicamentos regularmente se avaliam com menos saúde relativamente aos que não tomam medicamentos, que os utentes com maior o grau de formação académica se avaliam com melhor qualidade de saúde e, por fim, que os utentes profissionalmente ativos se avaliam com mais saúde relativamente aos não ativos.

3.5. Análise comparativa entre Coimbra/Viseu/Covilhã

As tabelas 5 e 6 apresentam a análise comparativa dos resultados obtidos na população da Covilhã e nas populações de Coimbra, em 2013, e Viseu, em 2014.

Verificou-se existir diferença estatisticamente significativa entre as populações quanto ao grupo etário ($p=0,002$), toma regular de medicação ($p=0,019$), atividade profissional ($p=0,000$) e qualidade de saúde ($p=0,001$).

A população de Viseu destaca-se por apresentar inquiridos mais jovens, essencialmente reunidos na faixa etária dos 35 aos 64 anos [62,3% (n=249)], e por manifestar uma maior percentagem de inquiridos profissionalmente ativos [87,3% (n=349)], contrariamente às populações de Coimbra e da Covilhã que se distribuem de forma muito semelhante, exibindo uma população maioritariamente não ativa.

Por outro lado, a Covilhã evidencia-se por apresentar um maior número de inquiridos não medicalizados [37,0% (n=135)], comparativamente a Coimbra que possui uma maior percentagem de utentes a consumir medicação regularmente [72,0% (n=288)].

Quanto à variável *qualidade de saúde*, verificou-se que a população da Covilhã tem menor percentagem de inquiridos a classificar o seu estado de saúde como “*muito bom/ótimo*” [7,9% (n=29)], não sendo, no entanto, a população que pior classifica a qualidade da sua saúde, com 61,0% (n=244) da população de Coimbra a avaliá-la como “*fraca/razoável*”.

Em relação à questão “Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?”, observa-se que 86,8% (n=317) da população da Covilhã, comparativamente a Coimbra [93,3%

(n=373)], apresenta um menor número de utentes a considerar que os rastreios médicos permitem determinar a presença de uma doença.

Quanto à questão “Sabendo o seu estado de saúde, porque aceita fazer rastreios?”, verifica-se que a Covilhã revela uma maior percentagem de utentes a confiar nos rastreios médicos [27% (n=183)].

Tabela 5 - Análise comparativa em função das variáveis

Variável	População			p
	Coimbra n (%)	Viseu n (%)	Covilhã n (%)	
Grupo etário				
≤ 35 anos	65 (16,3%)	69 (17,3%)	61 (16,7%)	0,002
35 - 64 anos	205 (51,3%)	249 (62,3%)	194 (53,2%)	
≥ 65 anos	130 (32,5%)	82 (20,5%)	110 (30,1%)	
Toma regular de medicação				
Sim	288 (72,0%)	259 (64,8%)	230 (63,0%)	0,019
Não	112 (28,0%)	141 (35,3%)	135 (37,0%)	
Atividade profissional				
Ativo	170 (42,5%)	349 (87,3%)	163 (44,7%)	0,000
Não ativo	230 (57,5%)	51 (12,8%)	202 (55,3%)	
Qualidade de saúde				
Fraca/Razoável	244 (61,0%)	206 (51,5%)	210 (57,5%)	0,001
Boa	101 (25,3%)	132 (33,0%)	126 (34,5%)	
MB/OPT	55 (13,8%)	62 (15,5%)	29 (7,9%)	

Tabela 6 - Análise comparativa em função das questões do inquérito

Questão	População			p
	Coimbra n (%)	Viseu n (%)	Covilhã n (%)	
Julga que fazer um “rastreo” permite saber que tem uma doença?				
Sim	373 (93,3%)	351 (87,8%)	317 (86,8%)	0,007
Não	27 (6,8%)	49 (12,3%)	48 (13,2%)	
Sabendo do seu estado de saúde por que aceita fazer “rastreios”?				
Quer saber que está saudável	199 (38%)	276 (32%)	257 (38%)	0,016
Confia nos rastreios	86 (16%)	204 (24%)	183 (27%)	
Quer saber que tem doença	142 (27%)	187 (22%)	147 (21%)	
Aceita as consequências de os fazer	101 (19%)	183 (22%)	98 (14%)	

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo determinar a importância atribuída pelos utentes aos rastreios médicos e avaliar a sua aceitação na população. A metodologia utilizada consistiu na aplicação de um questionário aos utentes que aguardavam consulta no Centro de Saúde da Covilhã. Após obtenção do consentimento informado, procedeu-se à leitura individual do questionário e ao registo das respostas pela própria entrevistadora, de modo a uniformizar o processo, diminuindo as possíveis interpretações incorretas e colmatando a impossibilidade de leitura dos questionários por consulentes sem escolaridade ou outras causas justificativas.

Relativamente à amostra deste estudo, constatou-se que esta é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (68,2%), numa faixa etária entre os 35 e os 64 anos (55,1%), que tomam medicação regularmente (63%), profissionalmente não ativos (55,3%) e que autoavaliam a sua qualidade de saúde como “*fraca/razoável*” (57,5%). Verificou-se ainda que existem diferenças na perceção individual do estado de saúde, sendo que os utentes do sexo feminino, com idade ≥ 65 anos, que tomam medicação regularmente, com baixo grau de formação académica e profissionalmente não ativos, avaliam a sua saúde mais negativamente do que os restantes grupos.

Muitos estudos apontam o sexo feminino como um importante preditor da utilização dos serviços de saúde. Isto pode estar relacionado com o facto de as mulheres apresentarem mais co-morbilidades, levando-as a procurar assistência médica, a aderir aos tratamentos e a aceitar atividades preventivas, nomeadamente os exames de rastreio. Por outro lado, importa realçar também a existência de progressos significativos, na última década, na implementação de programas de rastreios dirigidos exclusivamente ao sexo feminino, como o rastreio do cancro da mama e do colo do útero, que apresentam uma taxa de cobertura quase total na Região Centro (13,29,30).

Também se sugere a hipótese de as variáveis *qualidade de saúde* e *toma regular de medicação* estarem interligadas. Face ao progressivo envelhecimento da população, associado a um aumento das doenças crónicas e degenerativas, é expectável que a população, medicada cronicamente, avalie o seu estado de saúde como “*fraco/razoável*”.

No que diz respeito às respostas obtidas no inquérito, destaca-se a incontestável aceitação dos rastreios médicos pela população (92,1%). Constatou-se que 86,8% dos inquiridos consideram que fazer um rastreio permite identificar a presença de uma doença, com apenas 13,2% dos utentes a responder negativamente, o que demonstra lacunas nos conhecimentos sobre prevenção secundária. Os resultados deste inquérito revelaram ainda que 12,3% dos inquiridos negam a possibilidade de vir a sofrer de uma doença após a realização de um rastreio, o que

demonstra uma falsa sensação de segurança, na medida em que estes utentes parecem partir do pressuposto que a realização prévia de um rastreio médico não implica a necessidade de cuidados preventivos no futuro. Revela-se, pois, fundamental, o papel do especialista de Medicina Geral e Familiar, pela sua posição privilegiada nos cuidados de saúde, na divulgação e transmissão de conceitos de promoção e prevenção em saúde aos utentes com quem contacta diariamente.

Relativamente às razões que levam os utentes a aceitar realizar rastreios médicos, verificou-se que 70,4% dos inquiridos “*quer saber que está saudável*” e apenas 40,3% “*quer saber que tem doença*”. A prevenção secundária visa detetar precocemente um problema de saúde em indivíduos assintomáticos, com o objetivo de identificar aqueles que se encontram em maior risco de desenvolver uma determinada doença. Apesar disso, a grande maioria dos pacientes aceita ser rastreada pela “*garantia de saúde*” transmitida por um resultado negativo. Este facto poderá estar relacionado com o atual fenómeno do *disease mongering*, baseado no “*marketing do medo*”, explorando o receio da morte e do sofrimento, promovendo a doença e incentivando a medicalização.

Em relação à questão “*Sempre que lhe propõem um rastreio aceita fazê-lo?*” é de salientar que os inquiridos mais jovens (16,4%) e que não tomam medicação (14,8%) são os menos recetivos à realização de rastreios médicos. Tal situação pode advir do facto da população mais idosa, com múltiplas patologias e medicada cronicamente, recorrer com mais frequência aos cuidados de saúde, o que possibilita uma relação médico-doente de maior proximidade, permitindo o esclarecimento de dúvidas quanto às vantagens e desvantagens dos métodos de rastreio.

Por fim, importa evidenciar que a Covilhã se destaca por apresentar um maior número de inquiridos não medicalizados (37,0%), comparativamente a Coimbra que apresenta uma maior percentagem de utentes a consumir medicação regularmente (72,0%). Esta diferença poderá estar relacionada com a prática de prevenção quaternária pelos profissionais de saúde da Covilhã.

4.1 Limitações do estudo

Uma das limitações deste estudo prende-se com o facto de a amostra utilizada ser de conveniência e não aleatória, apesar de representativa da população, estando limitada ao Centro de Saúde da Covilhã.

A aplicação dos questionários pela própria investigadora, que involuntariamente seleciona os utentes que aborda, e a entoação dada à leitura das questões, condicionando inadvertidamente as opções dos inquiridos, são potenciais causas de viés.

A realização do inquérito no período que antecedeu a entrada numa consulta pode eventualmente ter influenciado os resultados, dado tratar-se de uma situação que provoca alguma ansiedade e inquietação nos utentes.

De igual modo, o facto de o estudo ser aplicado exclusivamente numa Unidade de Saúde poderá ser uma limitação, uma vez que os utentes que recorrem a estes serviços estarão mais recetivos não só à oferta de cuidados médicos, nomeadamente os preventivos, mas também à participação em rastreios.

Todavia, apesar destas limitações, os objetivos propostos foram cumpridos.

5. Conclusão

Com esta investigação evidenciou-se que a maioria da população aceita a realização de rastreios médicos quando propostos, sendo esta aceitação menos frequente nos indivíduos mais jovens e naqueles que não tomam medicação regularmente.

Apurou-se ainda que a maioria dos inquiridos julga que fazer um rastreio permite identificar a presença de uma doença.

Quanto às motivações para a realização de rastreios, destaca-se o facto de a maioria dos inquiridos querer saber que estão saudáveis.

Por outro lado, este estudo permitiu avaliar a opinião e conhecimentos dos utentes do Centro de Saúde da Covilhã e estabelecer uma ponte de comparação com outras Unidades de Saúde de Coimbra e Viseu, onde esta investigação já foi realizada.

A promoção da saúde, bem como a prevenção nas suas vertentes primária e secundária, são conceitos já bem enraizados na comunidade médica e são parte integrante do trabalho diário dos especialistas de Medicina Geral e Familiar.

Estes desempenham um papel central na prestação de cuidados, garantindo uma medicina curativa e preventiva adaptada às necessidades de cada paciente, protegendo-os, tanto quanto possível, de intervenções medicamente excessivas. Assim surge a prevenção quaternária, uma interrogação ética sobre os excessos da ação médica, que privilegia o princípio *primum non nocere*, através de uma relação médico-doente continuada, apelando ao envolvimento do utente na toma de decisões. Este tema assume particular importância dada a tendência crescente para a medicalização da sociedade, observando-se neste contexto um excesso de intervenções diagnósticas e terapêuticas, tanto por causa dos avanços tecnológicos na medicina, como pela influência da indústria farmacêutica, interessada em expandir o mercado e o consumo dos seus fármacos (*disease mongering*).

Sob esta perspetiva, afigura-se essencial reforçar a promoção e educação para a saúde, bem como capacitar os utentes para a necessidade de estarem informados acerca dos benefícios, dos riscos e das limitações dos rastreios em saúde.

Referências bibliográficas

1. Hespanhol AP, Couto L., Martins C, Viana M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2009; 25:242-52.
2. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(1):91-96.
3. Leavell, Hugh Rodman; Clark EG. *Textbook of Preventive Medicine*. Textb Prev Med. 1953;xviii:629.
4. Leavell HR. The basic unity of private practice and public health. *Am J Public Health Nations Health*. 1953;43(12):1501-6.
5. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):580-3.
6. Hespanhol A, Couto L MC. A medicina preventiva. *Rev Port Clínica Geral*. 2008;24:49-64.
7. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997-9.
8. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rpmgf Rev Port Med geral e Fam*. 2007:289-293.
9. Harris R, Sawaya GF, Moyer V a, Calonge N. Reconsidering the criteria for evaluating proposed screening programs: reflections from 4 current and former members of the U.S. Preventive services task force. *Epidemiol Rev*. 2011;33(1):20-35.
10. Grimes D a, Schulz KF. Epidemiology series Uses and abuses of screening tests. *Lancet*. 2002;359:881-4.
11. The Association of Faculties of Medicine of Canada. AFMC Primer on Population Health: Goal of screening. 2007. Available at: <<http://phprimer.afmc.ca/Part3-PracticelImprovingHealth/Chapter9Screening/Goalofscreening>>.
12. Holland WW, Stewart S, Masseria C. Screening in Europe. Geneva,Switzerland: World Health Organization/European Observatory of Health Systems and Policies; 2006. Policy brief 10
13. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas. Orientações Programáticas. 2007;2010:19-20.
14. Elmore JG, Barton MB MV. Ten-year risk of FP screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med*. 1998;338(16):1089-1096.

15. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 96(4):317-319.
16. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and Practice of Screening for Disease*. World Health Organization. 1968; 1-163.
17. Granja M. Rastreamentos Oncológicos conceitos, orientações e práticas. *Acta Médica Portuguesa*. 2001; 14:441-447
18. Hespanhol A, Couto L, Couto L, Martins C, Martins C, Viana M, et al. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(1):242-52.
19. Rosendo I, Ribeiro E, Almada-lobo F, Martins C. Cancro Do Colo Do Útero. *Recom do núcleo atividades Prev da APMCG*. :19-22.
20. Marques L. Cancro da Mama. *Rev Port Clin Geral*. 2003;19(Recomendação C):9-12.
21. Carvalho a, Ferreira P, Henriques S, Rua a, Silva M, Almada-lobo F, et al. Cancro do cólon e do recto. *Recom do núcleo atividades Prev da APMCG*. :14-7.
22. Gérvas J, Fernández MP. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria*. 2003; 32(3):158-62.
23. Gérvas J, Fernández MP. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación com la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006; 20(3):66-71.
24. Gérvas J. Quaternary prevention in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(6):266-9.
25. Melo M. A promoção da doença. A quem interessa? 2007;361-4.
26. Moynihan R, Heath I, Henry H. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002; 324:886-891.
27. Norman A, Tesser C. Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(9):2012-2020.
28. Martins C, Azevedo LF, Ribeiro O, Sá L, Santos P, Couto L, et al. A population-based nationwide cross-sectional study on preventive health services utilization in Portugal: what services (and frequencies) are deemed necessary by patients? *PLoS One*. 2013;8(11):e81256.
29. Verbrugge LM. *J Health Soc Behav*. 1985 Sep;26(3):156-82.
30. Green C, Pope C. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Soc Sci Med*. 1999;48:1363-72.

Anexos

Anexo 1 - Questionário

Dá-se cada vez mais importância aos “rastreios” de doenças, numa atitude de prevenção. Para sabermos a opinião da população sobre os “rastreios” pedimos-lhe que responda ao questionário abaixo que demora 3 minutos a preencher. A informação recolhida será absolutamente confidencial.

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

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

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima

1

Muito boa

2

Boa

3

Razoável

4

Fraca

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

Caro Utente:

Este questionário tem como o objetivo avaliar a importância que o doente atribui aos rastreios médicos. Pretende saber-se o que pensa acerca dos “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 no Centro de Saúde da Covilhã, 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 Carolina Dias Teixeira

Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

Declaro que recebi a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente no estudo.

Data:

Assinatura do participante:

Anexo 3 - Autorização ACES Cova da Beira

João Bento

De: Ana Teixeira <a24978@fcsaude.ubi.pt>
Enviado: terça-feira, 7 de Outubro de 2014 17:16
Para: joah.bento@arscentro.min-saude.pt
Assunto: Pedido de autorização
Anexos: Resumo.docx

Exmº Sr. Dr. João Henrique Bento



Sou aluna do 6º ano de Medicina na UBI e venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para aplicar um questionário aos utentes que frequentam o Centro de Saúde da Covilhã, durante os meses de Outubro e Novembro, a fim de realizar o trabalho de investigação da Dissertação de Mestrado com o tema "Importância dos rastreios médicos para os utentes", sob a orientação do Dr. Luiz Miguel Santiago.

A participação é totalmente voluntária. A informação recolhida será absolutamente confidencial e sujeita a tratamento estatístico.

Em anexo envio o resumo do projecto.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Ana Carolina Dias Teixeira

*P/ Conselho Clínico
e promoção.*

*Director Executivo do
ACES Cova da Beira*
JH
João Henrique Bento, Dr.

António José S. Silva
ACES Cova da Beira
Presidente do Conselho
Clínico e de Saúde

2014


12

2 (Prof. Doutor António José S. Silva)

Anexo 4 - Autorização Centro de Saúde Covilhã

A coordenadora do Centro de Saúde da Covilhã nada tem a obstar à realização do questionário sobre a “Importância dos rastreios médicos para os utentes” no contexto da dissertação de mestrado da Ana Carolina Dias Teixeira, sob orientação do Dr. Luiz Miguel Santiago.

Covilhã, 3 de Dezembro de 2014


ACES da Cova da Beira
Coordenadora da UGSP Covilhã

(Maria Eugénia Calvário, Dr.ª)