



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**ANA FILIPA CORREIA DE SOUSA**

***A CAPACITAÇÃO DOS UTENTES QUANTO AOS  
RASTREIOS MÉDICOS***  
**PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE CLÍNICA GERAL**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES  
SANTIAGO  
PROFESSOR DOUTOR VITOR JOSÉ LOPES RODRIGUES**

**SETEMBRO/2014**

# **A capacitação dos utentes quanto aos rastreios médicos**

Curso de Mestrado Integrado em Medicina  
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

*Rua Estevão Lopes Morago, lote 17, 2º D – Marzovelos, Viseu, 3510-085*

*anafsousa@live.com.pt*

*“As to diseases, make a habit of two things — to help or at least to do no harm”*

*Hippocrates, Epidemics I, 400 BC*

## **Índice**

<b>Abreviaturas</b> .....	5
<b>Resumo</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	8
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Fundamentação teórica</b> .....	11
A Prevenção em Saúde – A evolução de um conceito.....	11
Rastreios Médicos e implicações éticas .....	13
Prevenção Quaternária .....	21
<b>Objectivos</b> .....	26
<b>Material e Métodos</b> .....	27
Caracterização da investigação .....	27
População e amostragem .....	27
Instrumento de colheita de dados .....	28
Critérios de inclusão.....	29
Critérios de exclusão .....	29
Recolha de dados .....	30
Variáveis do estudo .....	30
Análise estatística .....	30
<b>Resultados</b> .....	31
Caracterização da amostra em estudo .....	31

Caracterização da amostra em estudo em função da variável Unidade de Saúde ...	33
Análise das questões em função da amostra total .....	33
Análise das questões em função das variáveis em estudo .....	35
Análise comparativa entre duas populações (Viseu/Coimbra) .....	37
<b>Discussão</b> .....	40
<b>Conclusão</b> .....	44
<b>Agradecimentos</b> .....	45
<b>Referências bibliográficas</b> .....	46
<b>Anexos</b> .....	52
Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde .....	52
Anexo 2 - Autorizações .....	53
Anexo 3 - Consentimento informado e questionário .....	57
Anexo 4 - Tabela de análise das questões em função das variáveis em estudo .....	59

## **Abreviaturas**

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**UCSP** - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

**MeSH** – Medical Subject Headings

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**WONCA** – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

**USPSTF** - US Preventive Services Task Force

**PSA** - Prostate - Specific Antigen

**PLCO** - Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial

**ERSPC** - European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

## Resumo

**Introdução:** A prevenção em saúde criou grandes expectativas relativamente a alguns dos cuidados preventivos na população em geral.

**Objectivos:** Avaliar a capacitação de utilizadores de unidades de saúde quanto à realização de rastreios médicos.

**Métodos:** Aplicação de um questionário a uma amostra de conveniência de 400 indivíduos que, entre Julho e Agosto de 2014, frequentaram as quatro Unidades de Saúde do concelho de Viseu, envolvidas neste Projecto. As respostas obtidas foram estudadas em função da idade, género, toma regular de medicação, formação académica, actividade profissional e percepção da qualidade de saúde.

**Resultados:** A amostra tem idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos (média 50,7 ± 15,5 anos), 79,5% têm idade inferior a 65 anos, 67,5% são do género feminino, 64,8% consomem regularmente medicamentos, 68,3% têm uma formação académica média, 62,0% são profissionalmente activos e 51,5% avaliam a sua saúde como “razoável ou fraca”. Dos inquiridos, 93,8% aceitam a realização de um rastreio médico sempre que lhe é proposto e 87,8% julgam que essa participação permite saber que têm uma doença. Há maior aceitação dos rastreios médicos no género feminino (95,6%) e nos que qualificam a sua saúde como “razoável ou fraca” (96,6%). Nos inquiridos com grau de formação académica elevado há menor aceitação (11,8%). À questão “Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?” os utentes da UCSP respondem negativamente numa percentagem mais elevada (16,9%). Existe diferença significativa entre as motivações de aceitação dos rastreios médicos e as variáveis grupo etário, toma regular de medicamentos, grau de formação académica e qualidade em saúde ( $p < 0,001$ ).

**Discussão e Conclusão:** Há uma grande aceitação dos rastreios médicos. A maioria dos inquiridos julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença. A realização de rastreios com o intuito de querer saber que está saudável salienta a falsa sensação de protecção e garantia de saúde perante um resultado falso negativo. O conhecimento sobre o impacto da promoção e educação para a saúde é ainda insuficiente, destacando-se a necessidade de capacitação dos utentes.

**Palavras-chave:** “Prevenção Secundária”, “Rastreios Médicos”, “Prevenção Quaternária”, “Disease Mongering”, “Literacia em Saúde”

## **Abstract**

**Introduction:** Health prevention has created great expectations relative to some preventive care, in the population in general.

**Objectives:** Evaluate the capacity development of health care unit users insofar as to medical screenings.

**Methods:** Use of a questionnaire on a convenience sample of 400 individuals that between July and August of 2014 attended the four Health Care Units of the council of Viseu involved in this Project. The responses obtained were studied taking into account age, gender, regular medication-taking, education, professional activity, and perception of quality of health.

**Results:** The sample comprises individuals between the age of 18 and 89 (average age  $50,7 \pm 15,5$ ), 79,5% are less than 65 years old, 67,5% are female, 64,8% take medication regularly, 68,3% have a mid-level education, 62,0% are professionally active, and 51,5% assess their health as being "*reasonable or poor*". 93,8% of the respondents accept a medical screening whenever one is proposed to them and 87,8% believe that taking part in them enables them to know if they have a disease. There is greater acceptance of medical screenings amongst females (95,6%) and amongst those that qualify their health as "*reasonable or poor*" (96,6%). Respondents with higher education levels are less accepting (11,8%) of screenings. As to the question "*Do you believe that a screening allows detecting a disease?*", a higher percentage of UCSP users provided a negative response (16,9%). There is a significant difference as to the motivations for accepting medical screenings among the age group, regular medication-taking, education level, and quality of health variables ( $p < 0,001$ ).

**Discussion and Conclusion:** Medical screenings are widely accepted. The majority of respondents feel that medical screenings enable detecting a disease. Screenings carried out for the purpose of wanting to know one is healthy provide a false sensation of protection and guarantee of health given a false negative result. Knowledge of the impact of health promotion and education is still insufficient and there is a need to capacitate users.

**Key words:** "Secondary Prevention", "Medical Screenings", "Quaternary Prevention", "Disease Mongering", "Health Literacy"

## **Introdução**

Numa época em que o conhecimento e as novas tecnologias aumentam rapidamente, a prevenção da doença baseada em rastreios médicos é uma das áreas da Medicina Preventiva que mais cresceu nas últimas décadas.

A popularidade criada em torno do conceito de prevenção em saúde tem conduzido a expectativas irrealistas relativamente a alguns dos cuidados preventivos, nos quais a relação benefício/risco não coincide com o que inicialmente se esperava.

O rastrear de pessoas assintomáticas, em grupos populacionais progressivamente maiores e com limiares de anormalidade menores, assim como a inclusão de factores de risco no conceito de prevenção, culmina em opiniões divergentes a favor e contra os rastreios médicos.

Devido à necessidade de ponderação acerca do intervencionismo médico de forma a garantir que os benefícios superem os danos e de asseverar um dos preceitos hipocráticos, *primum non nocere*, ergue-se um novo nível de prevenção, a prevenção quaternária.

Consequentemente surge o conceito de capacitação dos utentes para a realização de decisões informadas e a necessidade de promoção da literacia em saúde, permitindo ao indivíduo adquirir competências para deliberações em saúde fundamentadas.

Neste contexto e pela escassez de investigação nesta vertente, o presente estudo visa avaliar o conhecimento dos utentes quanto ao conceito de rastrear e conhecer o grau de aceitação e motivação para a participação dos mesmos em programas de rastreio.

## **Fundamentação Teórica**

### **A Prevenção em Saúde – A evolução de um conceito**

A prevenção em saúde é indubitavelmente um desafio deste século, com um papel fundamental na actual concepção de saúde.

Apesar de se praticarem medidas de promoção de saúde e prevenção da doença desde os primórdios da civilização humana, o conceito de prevenção tem sido alvo de modificações ao longo do tempo e o seu significado no âmbito dos serviços de saúde permanece incerto.

Acredita-se que a primeira divisão e caracterização de prevenção surgiu nos anos 60, num texto de Leavell e Clark<sup>1</sup> que define os diferentes níveis de prevenção como medidas que evitam a ocorrência da doença (prevenção primária) e intervenções que visam parar ou atrasar a sua progressão, ou seja, medidas instituídas após a doença vir a existir (prevenção secundária).<sup>2</sup>

Em 1978, os níveis de prevenção foram alargados e passam a incluir a prevenção primária, para promover a saúde antes do desenvolvimento da doença ou de lesões, a prevenção secundária, para detectar a doença nos estádios iniciais em que os doentes são ainda assintomáticos e, a prevenção terciária para reverter, parar ou atrasar a progressão da doença.<sup>3</sup>

Na base de dados da *MeSH*, a prevenção terciária é definida como medidas que visam a prestação de serviços de apoio e reabilitação após uma doença prolongada ou na presença de uma lesão, para minimizar a morbilidade e maximizar a qualidade de vida.<sup>4</sup>

A *OMS*, em 1998, inclui pela primeira vez o conceito de factor de risco na definição de prevenção da doença.<sup>3</sup> Publica no *Health Promotion Glossary* que “a prevenção da doença inclui medidas não só para evitar a ocorrência de doenças, como

*a redução de factores de risco mas, também, para deter o seu progresso e reduzir as suas consequências...”.*<sup>5</sup>

Alguns autores consideram ainda outro nível de prevenção que visa evitar a emergência de condições sociais e ambientais conhecidas que podem aumentar o risco de doença, a designada prevenção primordial.<sup>3</sup> Tem como exemplos melhorar as condições sanitárias, promover estilos de vida saudáveis na infância<sup>6</sup>, nutrição adequada, abstinência tabágica e prática regular de exercício físico.<sup>7</sup> Este conceito aborda os determinantes em saúde, em vez de evitar ou remover a exposição aos factores de risco que constitui o objectivo da prevenção primária.<sup>6</sup> O exemplo mais clássico desta última é a imunização.<sup>1</sup>

A par da prevenção, o conceito de doença também tem sofrido alterações. Progressivamente, os factores de risco têm sido considerados equivalentes a doença, o que contribui para que os limites entre prevenção e tratamento sejam cada vez mais indistinguíveis.<sup>8</sup>

Desde 1997, com a declaração de Jacarta, que existe uma preocupação crescente relativamente à sobremedicalização.<sup>9</sup> É neste contexto que Marc Jamouille propõe em 1995, no encontro do *Comitê Internacional de Classificação da WONCA*, um novo nível de prevenção em saúde, a prevenção quaternária.<sup>4</sup> Este conceito é aceite pelo Comitê em 1999, que publica em 2003, no *WONCA Dictionary for General/Family Practice* <sup>2</sup>, a definição de prevenção quaternária – “*acção desenvolvida para identificar doentes em risco de sobremedicalização, para os proteger de nova intervenção médica inapropriada e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis*”.<sup>10,11</sup>

Alguns autores definem a prevenção quaternária como a reabilitação ou recuperação da função em doentes afectados por complicações graves da doença, evitando a incapacidade grave.<sup>12</sup> Outros como McDonald (1991)<sup>13</sup> e a própria OMS

(2002)<sup>1</sup> consideram que a prevenção quaternária é sinónimo de “prevenção do sofrimento”, incluída nos cuidados paliativos em oncologia.

Apesar de serem conceitos aparentemente divergentes, prevenção da iatrogenia versus prevenção da incapacidade grave, ambas visam melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente evitar intervenções médicas desnecessárias ou inapropriadas.<sup>7</sup>

Neste contexto, a prevenção quaternária deve ser destacada, pois permeia todos os outros níveis de prevenção, particularmente a prevenção primária<sup>1</sup> e secundária<sup>14</sup>.

No âmbito dos cuidados de Medicina Preventiva, quer da prevenção primária à quaternária, o especialista em Medicina Geral e Familiar é aquele que se encontra numa posição privilegiada para a sua prática.<sup>15</sup>

### **Rastreios Médicos e implicações éticas**

A prevenção secundária tem como finalidade detectar precocemente um problema de saúde numa dada população, de forma a condicionar favoravelmente a sua evolução.<sup>7</sup> É neste nível de prevenção que são incluídos os rastreios médicos.

Embora omnipresentes na prática médica contemporânea, os programas de rastreio continuam a ser mal compreendidos e, por vezes, erradamente utilizados.<sup>16</sup>

O conceito de rastrear tem pelo menos 150 anos, contudo, a sua popularidade aumentou após a segunda guerra mundial, surgindo sobretudo a partir de 1950 programas de rastreio com gradativa aceitação médica e pública.<sup>17</sup>

Rastrear é aplicar a pessoas saudáveis um teste com o objectivo de identificar aqueles que se encontram em risco de poder vir a desenvolver a doença.<sup>16</sup> Na prática, consiste na aplicação de um instrumento de selecção, num indivíduo assintomático, com o intuito de o classificar em um de dois grupos, elevado ou baixo risco de desenvolver clinicamente determinada condição. Assim, um dos seus objectivos é permitir a detecção

precoce da doença, antes de esta se tornar clinicamente manifestável<sup>18</sup>, com o objectivo de diminuir a mortalidade e morbilidade associadas à patologia.<sup>7</sup>

Para ser benéfico, o rastreio deve detectar a doença numa fase precoce e permitir um tratamento eficaz que proporcione melhores resultados comparativamente ao tratamento iniciado na fase sintomática da doença.<sup>19</sup>

As acções de prevenção secundária incluem duas modalidades possíveis, detecção precoce de base individual e os programas de rastreio de base populacional.<sup>20</sup>

Os grandes avanços tecnológicos das últimas décadas constituem o grande impulsionador do interesse pelos testes de rastreio, verificando-se uma progressiva massificação da sua aplicação, aparentemente sem grandes considerações sobre as suas consequências em saúde.

O desenvolvimento de testes mais sensíveis, o maior conhecimento da etiologia e percursos das doenças e a descoberta de novos tratamentos, contribui para o aumento do número de condições rastreáveis de tal forma que se fala numa “*epidemia de riscos*”.<sup>21</sup> Este facto verifica-se em populações progressivamente maiores e com limiares de anormalidade cada vez menores.<sup>22</sup>

Desde 1960, alguns autores começam a questionar a sua aplicação de forma generalizada e indiscriminada, o que proporcionou a publicação da monografia “*Principles and Procedures in the Evaluation of Screening for Disease*” pela *US Public Health Services*, em 1961.<sup>17</sup>

Posteriormente, em 1968, a *OMS* publica “*Principles and Practice of Screening for Disease*” que contempla dez critérios para a introdução de programas de rastreio, propostos por Wilson e Jungner.<sup>23</sup>

Até à actualidade, tais critérios continuam a ser considerados o gold-standart na implementação da prevenção secundária. Desta forma, a condição a rastrear deve

constituir um importante problema de saúde e a sua história natural bem conhecida desde o período de latência à doença declarada. É necessária uma fase pré-sintomática relativamente prolongada e um método de rastreamento baseado num teste adequado e aceitável para a população em termos de validade, morbidade, riscos e custos. O rastreio deve ser aplicado numa população seleccionada, que mais beneficia com o programa, segundo determinados factores. No caso de o resultado ser positivo devem estar disponíveis métodos de confirmação diagnóstica e bem estabelecidos os critérios para definir quem necessita ser tratado. Consequentemente, o tratamento deve ser facilmente acessível, efectivo e aceitável.<sup>17,19,24</sup>

A prevenção secundária na vertente de rastreios médicos pode de facto melhorar a saúde. São exemplos disso, o rastreamento da hipertensão nos adultos, do antigénio da hepatite B, do vírus HIV-1, da sífilis na grávida, a avaliação da fenilalanina nos recém-nascidos<sup>16</sup> e o rastreio da doença renal crónica nos diabéticos e hipertensos.<sup>25</sup>

Actualmente, testes são oferecidos à população em múltiplos locais como farmácias, ginásios e centros comerciais.<sup>26</sup> Porém, o facto de um teste de rastreio existir, não significa que este deva ser instituído. Assim, a implementação de programas nesta vertente é ainda nos dias de hoje, controversa.

Todos os cuidados médicos têm o potencial de provocar dano ao doente e, os preventivos, não são excepção.<sup>11</sup> As condicionantes éticas no caso dos rastreios são preponderantes, pois os riscos de prejuízo não estão contrabalançados com um risco real mas sim, com um potencial futuro de doença ou morte.<sup>27</sup> De facto, todos os efeitos adversos dos rastreios médicos são iatrogénicos e passíveis de ser evitados.<sup>16</sup>

Na análise das medidas preventivas impera analisar quatro princípios considerados *prima facie* da ética médica: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.<sup>27</sup>

Relativamente ao princípio da autonomia, mesmo um médico experiente e cuidadoso pode ter dificuldade em garantir um apropriado consentimento informado, com base numa visão realista dos benefícios e prejuízos que a realização de determinado teste acarreta.<sup>18</sup>

Considerando os princípios da maleficência e não maleficência, o médico ao propor intervenções em pacientes que não as solicitaram tem uma responsabilidade acrescida de garantir que o benefício supera qualquer dano possível.<sup>18</sup>

Quanto ao princípio da justiça, visa garantir a equidade de acesso aos programas de rastreio. Existem estudos que revelam desigualdades económicas no uso da Medicina Preventiva, com maior utilização por parte das classes socioeconómicas mais favorecidas, particularmente da mamografia e da citologia cervico-vaginal.<sup>28</sup> Nos países onde os programas de rastreio do cancro do colo do útero estão correctamente instituídos verifica-se uma diminuição significativa da incidência e mortalidade.<sup>29</sup> Contrariamente, nos países em desenvolvimento permanece como a principal causa de morte entre as mulheres.<sup>30</sup>

Indivíduos vulneráveis com elevado risco de doença são menos propensos à participação nos programas, situação que pode aumentar as diferenças em saúde.<sup>31</sup>

Estima-se que nos Estados Unidos da América os gastos com os cuidados de saúde aumentem rapidamente, atingindo 20% do seu produto interno bruto em 2017<sup>32</sup> e 30% em 2035. Situação semelhante verifica-se igualmente a nível mundial.<sup>33</sup>

Numa época de contenção de custos, a preocupação com a utilização indevida dos recursos é imprescindível e os programas de rastreios não se excluem desta temática.<sup>34</sup>

Contudo, os custos raramente são a razão pela qual as *guidelines* limitam o uso de determinados rastreios. A maior parte da controvérsia surge com o paradigma da relação entre benefício e dano.<sup>35</sup>

Uma revisão sistemática publicada no *British Medical Journal* afirma que apenas 30% dos ensaios clínicos controlados e aleatorizados se preocupam em avaliar os possíveis danos dos rastreios.<sup>27</sup>

Este dano potencial pode ocorrer na sequência de complicações do próprio teste, da possibilidade de falsos e verdadeiros positivos e ainda de malefícios provocados pela cascata diagnóstica e terapêutica de um falso positivo, frequentemente envolvendo procedimentos invasivos e dispendiosos.<sup>36</sup>

Para Marteau, a angústia psicológica de um resultado “anormal” pode ser suficientemente maliciosa para enfraquecer os benefícios<sup>37</sup> e não deve ser subestimada, particularmente no âmbito dos rastreios oncológicos<sup>19,35</sup>. No cancro da mama, mulheres encaminhadas para um seguimento mais precoce ou sujeitas a uma biópsia benigna evidenciam significativas consequências psicológicas mesmo após 11 meses.<sup>38</sup>

Em 1970, Haynes et al. descreve que a detecção e classificação de indivíduos como hipertensos se relacionam com o aumento do absentismo laboral. Desde então, fala-se na designada “*labelling-hypothesis*”. Leynen et al. afirma que o rastreio da hipertensão e da hipercolesterolemia, como estratégias de identificar indivíduos com elevado risco de doença cardiovascular, estão associados a uma maior incidência de licenças médicas e disfunção psicológica quanto à percepção de qualidade de vida.<sup>39,40,41</sup>

Cioffi defende que quando o indivíduo é sujeito a dois resultados incertos na sequência de um determinado procedimento médico, fica convencido que está doente, mesmo que o resultado final seja negativo e claro.<sup>38</sup>

O risco cumulativo de um falso positivo aumenta com o número de testes de rastreio, sendo este um parâmetro muitas vezes subestimado que importa compreender.<sup>36,42</sup>

Após 10 anos de rastreio do cancro da mama anual, mais de metade das mulheres recebem pelo menos um resultado falso positivo<sup>43,44</sup>, definido pela *OMS* como uma mamografia anormal numa mulher que não tem evidências de cancro.<sup>45</sup> Este grupo apresenta uma taxa de não-adesão ao rastreio seguinte superior ao grupo com mamografia considerada normal.<sup>38,45</sup> Subsequentemente 7 a 9% recebem uma errada recomendação para biópsia.<sup>44</sup>

A *USPSTF* recomenda o rastreio bienal do cancro da mama nas mulheres entre os 50 e os 74 anos<sup>36</sup> e estudos randomizados demonstram que a utilização da mamografia reduz a mortalidade em cerca de 30%.<sup>19,44,46</sup> Contudo, em 2009, essa mesma entidade propõe uma controversa recomendação contra a utilização da mamografia de rotina entre os 40 e os 49 anos e defende que a decisão de iniciar o rastreio neste grupo etário deve ser individual, informada e partilhada com o seu médico, com base num contexto clínico individual.<sup>35,46</sup>

Igualmente, os falsos negativos constituem um dos riscos do rastreamento. São responsáveis pela falsa confiança e conseqüente atraso no diagnóstico.<sup>20,47</sup> No caso da mamografia, a percentagem de falsos negativos é cerca de 10 a 15%.<sup>48</sup>

A exatidão de um teste de rastreio depende de quatro variáveis, especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo e negativo.<sup>19</sup> Hespanhol e seus colaboradores propõem a utilização dos conceitos “*número necessário para rastrear/tratar*” (NNR/T) e “*número necessário para danificar*” (NND). O NNR/T representa o número de pacientes que é necessário rastrear ou tratar para evitar um evento adicional. Na prática traduz uma forma de medir o grau de beneficência de uma determinada intervenção.<sup>28</sup>

A maioria dos estudos não randomizados está contaminada por viés, erros sistemáticos na execução do estudo que manipula o resultado num determinado sentido.<sup>20</sup> Nos rastreios destacam-se os vieses de selecção, tempo ganho e duração.<sup>19</sup>

Idealmente a efectividade de um teste deve ser demonstrada por testes controlados e randomizados, contudo este tipo de evidência está disponível apenas para um número reduzido de casos.<sup>49</sup>

No que concerne aos rastreios oncológicos, com o aumento da sensibilidade dos testes de imagem, mais lesões são identificadas e catalogadas como cancro.<sup>50</sup>

Um extremo de viés, reconhecido como um dos principais riscos dos rastreios, é o designado sobrediagnóstico<sup>22</sup>, em que a doença detectada nunca irá ser clinicamente significativa ou causar a morte.<sup>51</sup>

O rastreio do cancro da próstata com o teste *PSA* contribui para o aumento da sua incidência no final dos anos 80.<sup>52,53</sup> Este tipo de cancro é possivelmente o que apresenta maior risco de sobrediagnóstico, estimado por Brawley em 50-70%.<sup>54</sup> Apesar do comportamento indolente desses tumores, 90% são tratados com radiação ou cirurgia o que acarreta morbilidade como incontinência urinária, disfunção sexual e efeitos gastrointestinais, em cerca de 15-20% dos casos.<sup>50,53</sup>

Após a publicação de dois estudos clínicos, *PLCO* e *ERSPC*, várias organizações começam a rever as suas recomendações.<sup>54</sup> Neste seguimento, a *USPSTF* publica em 2011 uma recomendação contra o rastreio com *PSA*<sup>35,55</sup>. De igual forma, a *American College of Preventive Medicine* e a *American Academy of Family Physicians* declaram que não existem evidências suficientes para aconselhar tal rastreio.<sup>53</sup>

Num estudo realizado por Wegwarth e Gigerenz, a maioria dos participantes de rastreios oncológicos de rotina refere não ter sido informado acerca do sobrediagnóstico e subsequente tratamento desnecessário. Cerca de 69% afirma não iniciar o rastreio se o sobrediagnóstico for tão elevado como é nos casos da mamografia e teste *PSA*.<sup>51</sup>

Uma das situações mais inquietantes são os testes de rastreio genéticos, já divulgados e reclamados pelas populações com maior poder económico<sup>1</sup>, particularmente

para obter informação acerca de traços genéticos e susceptibilidade para múltiplas condições.<sup>56</sup>

A nova tecnologia genómica coloca desafios quanto aos próprios objectivos tradicionais dos testes de rastreio.<sup>57</sup> Burke et al. defende a necessidade de investigação empírica para definir os potenciais riscos tais como, falsos positivos e negativos, sobrediagnóstico, resultados ambíguos difíceis de interpretar e achados acidentais.<sup>56</sup>

Progressivamente, surgem esforços no sentido da realização de decisões informadas. Para tal, o doente tem de compreender a doença ou condição para o qual é rastreado e conhecer os benefícios, riscos, limitações, alternativas e incertezas que os serviços médicos envolvem. Associadamente, tem de tomar decisões consistentes com os seus valores e preferências.<sup>58,59</sup>

Já em 1998, a *OMS* define literacia em saúde como “*competências cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos para obter acesso à compreensão e utilização da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde*”.<sup>5</sup>

Todavia, a noção da capacitação dos utentes para a tomada de decisões informadas levanta alguns problemas. A ciência pode ser difícil de comunicar por parte do médico e difícil de compreender pelo doente.<sup>35</sup> O tempo para essa discussão pode ser escasso e existem doentes que depositam no médico a capacidade de decisão.<sup>60</sup>

Da mesma forma, alguns doentes expressam a sua preferência relativamente a determinada intervenção com a qual o médico acaba por concordar, mesmo acreditando ser desnecessária. Uma das razões apontadas é a evicção do confronto e prejuízo da relação médico-doente.<sup>60,61</sup> Por outro lado, as pressões sociais e médico-legais podem influenciar essa deliberação.<sup>35</sup>

A medicina moderna tem colocado um desafio na relação médico-doente. O aspecto hipocrático da medicina com foco no doente tem sido substituído por estratégias de alvo populacional, orientadas para a comunidade.<sup>62</sup>

É necessário compreender os limites do conhecimento médico, praticar menos extrapolação dos resultados de investigação e utilizar a estatística de forma mais responsável. Só assim, a verdadeira relação entre os benefícios e os riscos pode ser correctamente compreendida.<sup>8</sup>

O desafio passa por individualizar cada caso e agir no meio de incertezas, de forma a garantir a informação dos doentes quanto aos potenciais danos. É neste âmbito que a prevenção secundária se cruza com a prática baseada no novo nível de prevenção, a prevenção quaternária.

### **Prevenção Quaternária**

A capacidade da medicina para gerar mais iatrogenia do que nunca e o risco de insustentabilidade dos sistemas de saúde contribui para o aparecimento de novos conceitos, nos quais se inclui a prevenção quaternária.<sup>63</sup>

Apesar do aumento do conhecimento médico, algumas decisões na prática clínica são ainda pautadas pela incerteza<sup>11</sup> e, frequentemente, o médico é outorgado pelo doente acerca de uma convicção que não possui.<sup>64</sup>

Segundo Jamouille, a prática da medicina clínica resulta do equilíbrio entre a “gestão da incerteza” diagnóstica e a limitação dos riscos terapêuticos.<sup>65</sup>

Surge assim, o nível mais elevado de prevenção em saúde, a prevenção quaternária, que tenta recuperar um dos fundamentos centrais da medicina, o preceito hipocrático *primum non nocere*, “primeiro não prejudicar”.<sup>1,66</sup>

Outro dos seus alicerces é o princípio da proporcionalidade, em que os ganhos potenciais de qualquer intervenção devem ser ponderados face aos riscos.<sup>67</sup>

Este quarto e último tipo de prevenção é igualmente designado “*prevenção da iatrogenia*” ou “*prevenção da prevenção*”. Segundo Gérvas, tem como objectivo não só evitar ou atenuar o intervencionismo médico<sup>68</sup> e a medicalização desnecessária<sup>14</sup> mas, também, capacitar os utentes para a tomada de decisões autónomas, fornecendo-lhes as informações necessárias acerca das vantagens e desvantagens das intervenções propostas.<sup>68</sup>

Para Kuehleln et al., a prevenção quaternária enquadra o problema da enfermidade sem doença.<sup>2</sup> Trata-se de uma exigência constante e omnipresente em toda a prática clínica, que engloba todo o tipo de actividades médicas sejam diagnósticas, terapêuticas, preventivas ou curativas.<sup>69</sup>

O desenvolvimento deste novo nível de prevenção é uma necessidade que urge sobretudo nos países desenvolvidos como consequência de uma medicina pública progressivamente insustentável<sup>63</sup> e de um aumento impetuoso dos custos no sector da saúde. Esta realidade exige uma gestão dos recursos adequada, para lá do pensamento crítico de médicos.<sup>70</sup>

Adicionalmente, estamos perante um paradoxo de uma sociedade com maior esperança de vida e melhores índices da sua qualidade, mas que está cada vez mais “doente” e mais medicada.<sup>11</sup> Por conseguinte, surge uma população cada vez mais dependente do sistema de cuidados de saúde.

Consequente ao aparecimento de uma medicina que oferece programas preventivos nem sempre apoiados por evidência científica e à criação de uma opinião pública em que tudo é evitável e curável, surge uma população com reivindicações, em

saúde, ilimitadas.<sup>63</sup> Frequentemente o excesso de intervencionismo resulta da pressão exercida pelos utentes sobre os clínicos, a designada “medicina defensiva”.<sup>7</sup>

Igualmente a sobremedicalização é um dos problemas com que se depara a sociedade actual. Nos anos 90, a iatrogenia constitui a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América, sendo responsável por 22500 a 28400 mortes por ano, devido aos efeitos secundários de uma medicação “bem prescrita”.<sup>71</sup>

O termo *factor de risco*, definido pela OMS no *Health Promotion Glossary*, refere-se a um aspecto do comportamento pessoal, a uma exposição ambiental ou a uma característica biológica, social ou económica que aumenta a susceptibilidade a uma doença específica.<sup>5</sup> Desta forma, não é condição necessária nem suficiente para a doença<sup>72</sup> mas sim, uma circunstância que se associa estatisticamente à mesma e cuja evicção diminui a sua frequência, contudo não a exclui.<sup>69</sup>

Actualmente há uma tendência para a transformação de factores de risco em doença, o que conduz à sua medicalização. São exemplos, a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hiperglicemia, obesidade e a osteoporose.<sup>64,73</sup>

Para Norman e Tesser, os idosos são um dos grupos que a prevenção quaternária deve privilegiar por se encontrarem numa posição com maior probabilidade de contracção de “doenças compostas”.<sup>14</sup>

Apesar de existir um contínuo entre saúde e enfermidade<sup>2</sup>, a tradição médica é de dicotomizá-lo em normal ou anormal, o que torna a definição de doença arbitrária. Neste contexto, surge o interesse da indústria farmacêutica para modificar os limites dessa distinção.<sup>8</sup>

Neste âmbito, surge por Lynn Payer<sup>63</sup> o conceito de “*disease mongering*”, no qual são utilizadas estratégias de marketing que sobrestimam situações clínicas ou factores de

risco e medicalizam condições fisiológicas, transformando indivíduos saudáveis em “doentes” com fins lucrativos.<sup>11</sup>

Esta concepção de promoção da doença explora o medo do sofrimento e da morte inerentes à condição humana.<sup>8</sup>

Cada vez mais se assiste a campanhas direccionadas para o público em geral, nas quais a indústria farmacêutica procura “vender” a doença para chamar a atenção para as terapêuticas mais recentes, contribuindo para a medicalização da vida diária.<sup>74</sup>

Esta medicalização inapropriada acarreta prejuízos como a criação de rótulos desnecessários, decisões terapêuticas desadequadas, iatrogenia e desperdícios económicos que poderiam ser canalizados para pesquisas na prevenção ou terapêuticas de outras doenças graves.<sup>73</sup>

Desde a década de 50, a *Classificação Internacional das Doenças*, desenvolvida pela *OMS*, aumentou notavelmente de 300 itens para cerca de 15000. Relativamente à saúde mental, a classificação mais popular é a *DSM*, que conta com mais de 350 “condições” na sua quinta e última revisão, sendo já a timidez considerada doença.<sup>64</sup>

A saúde mental é uma das áreas mais susceptíveis ao *disease mongering*.<sup>75</sup> De facto, alguns autores defendem que a maioria das doenças constantes na *DSM* foi incluída pela influência da indústria farmacêutica.<sup>64</sup> Um dos exemplos mais frequentemente apresentados nesta área é o Défice de Atenção e Hiperactividade (ADHD).<sup>75</sup>

A prevenção quaternária exige autonomia, independência, conhecimento científico sólido e capacidade de comunicação. Muitas vezes é o simples “esperar para ver” numa vertente de atitude expectante.<sup>69</sup> Assim, deve ser desenvolvida continuamente e em simultâneo com a actividade clínica<sup>72</sup>, procurando o máximo de qualidade com o mínimo de quantidade/intervenção possível.<sup>76</sup>

Jamouille refere dois meios que pensa serem fundamentais para a aplicação da prevenção quaternária. Primeiro, o conhecimento e autodomínio próprios do médico que deve aceitar a sua incompletude e dar primazia a uma boa relação médico-doente, comunicação e empatia. Segundo, o conhecimento e a ciência baseadas em provas sempre que possível.<sup>64</sup>

A medicina baseada na evidência, originalmente desenvolvida por Sackett e seus colaboradores, representa um dos métodos preponderantes para avaliar processos médicos desnecessários.<sup>2</sup>

Outro dos caminhos defendidos é o da capacitação das populações para as decisões em saúde.<sup>1</sup>

Segundo Melo, são igualmente condições favorecedoras deste nível de prevenção, a adopção de uma perspectiva biopsicossocial, aceitação da existência de sintomas clinicamente não explicáveis, actualização constante dos conhecimentos e utilização de protocolos desenvolvidos inter pares, adaptados localmente.<sup>11,77</sup>

## **Objectivos**

O presente estudo pretende avaliar a capacitação dos utentes no que concerne à realização de rastreios médicos.

Tem como objectivos:

- conhecer o grau de aceitação dos rastreios médicos de uma amostra da população portuguesa;

- avaliar o conhecimento relativamente aos objectivos de um rastreio em saúde de uma amostra da população portuguesa;

- identificar diferenças estatisticamente significativas relativas ao conhecimento dos objectivos de um rastreio em saúde, considerando as variáveis idade, género, toma regular de medicamentos, formação académica, actividade profissional e qualidade de saúde;

- determinar qual ou quais as motivações dos utentes para a participação em programas de rastreio;

- identificar diferenças estatisticamente significativas entre os motivos de realização de rastreio e as variáveis em estudo;

- identificar diferenças estatisticamente significativas entre Unidades de Saúde.

Como objectivo secundário visa identificar se existem diferenças entre esta população e uma outra estudada em Coimbra, no ano de 2013.

## **Material e Métodos**

### **Caracterização da investigação**

Realizou-se um estudo observacional através da aplicação de um questionário a uma amostra de conveniência e de tamanho calculado para ser representativa da população inscrita nas Unidades de Saúde que abrangem o concelho de Viseu.

A entrevistadora é autora do estudo. Os entrevistados são utentes que num determinado período temporal se encontravam nas Unidades de Saúde envolvidas na investigação.

O projecto foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, a qual emitiu parecer favorável (*anexo 1*). Igualmente, foi solicitada e autorizada pelo Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões, a aplicação do questionário nas Unidades de Saúde de Cuidados de Saúde Primários, do concelho de Viseu. Adicionalmente, foi obtida aprovação da Coordenação de cada uma das Unidades incluídas na investigação (*anexo 2*).

### **População e amostragem**

Para a realização do estudo foi escolhida uma amostra representativa da população, considerando um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, com base no número total de utentes inscritos nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, do concelho de Viseu.

As unidades envolvidas na investigação foram seleccionadas através de sorteio, baseado numa lista das Unidades de Cuidados de Saúde Primários, do concelho de Viseu.

Desta forma, as Unidades incluídas no projecto são USF Grão Vasco, USF Viseu Cidade, USF Lusitana e UCSP D. Duarte, que aceitaram participar no estudo, como comprovado em anexo.

Em Março de 2014, o número de inscritos na USF Grão Vasco é 13603, que permite o cálculo do tamanho amostral para esta unidade de  $n= 79$ .

Em Março de 2014, o número de inscritos na USF Viseu Cidade é 14049, que permite o cálculo do tamanho amostral para esta unidade de  $n= 81$ .

Em Março de 2014, o número de inscritos na USF Lusitana é 16514, que permite o cálculo do tamanho amostral para esta unidade de  $n= 96$ .

Em Março de 2014, o número de inscritos na UCSP D. Duarte é 21842, que permite o cálculo do tamanho amostral para esta unidade de  $n= 126$ .

O tamanho da amostra foi calculado pelo instrumento *web Lenth, R. V. (2006-9). Java Applets for Power and Sample Size [Computer software]*. Acedido em Março de 2014, no sítio <http://www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power>, sendo necessária uma amostragem total mínima de 382 inquiridos.

A aplicação do questionário decorreu nos meses de Julho e Agosto de 2014, a utentes que nesse período se encontravam nas respectivas Unidades de Saúde, com uma amostragem final de 400 indivíduos.

### **Instrumento de colheita de dados**

O instrumento utilizado é um questionário previamente aplicado num estudo realizado em Coimbra, no ano de 2013. Foi elaborado por dois sociólogos, dois psicólogos, três médicos, duas enfermeiras e três pessoas não relacionadas com a área da saúde e validado com um pré-teste a 15 elementos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários.

O questionário é constituído por uma página com onze perguntas. As questões de caracterização incluem parâmetros relativos à idade, género, toma regular de medicação, formação académica, actividade profissional e a percepção da qualidade de saúde.

As questões relativas aos rastreios médicos englobam as seguintes temáticas “*aceitação de rastreios médicos*”, “*capacidade do rastreio permitir saber que tem a doença*” e as premissas de que “*mesmo que faça o rastreio pode vir a sofrer de uma doença*” e “*mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença*”. Estes campos têm duas opções de preenchimento, “*sim*” ou “*não*”.

Quanto à última pergunta, relativa aos motivos de aceitação dos rastreios médicos, as opções de resposta são “*saber que está saudável*”, “*confia nos rastreios*”, “*saber que tem doença*” e “*aceita as consequências de os fazer*”.

### **Critérios de inclusão**

Os indivíduos incluídos no estudo são utentes das Unidades de Saúde envolvidas no projecto, que no período de aplicação dos inquéritos se encontravam nas respectivas Unidades, a aguardar consulta médica ou de enfermagem. Outro critério de inclusão foi a autorização de participação no estudo, com base na assinatura do consentimento informado anexo ao questionário.

### **Critérios de exclusão**

São critérios de exclusão do estudo:

- analfabetismo;
- utentes com dificuldade de compreensão dos conceitos envolvidos no questionário e incapacidade de manifestar opinião.

## **Recolha de dados**

A metodologia utilizada baseou-se na aplicação do questionário pela autora do projecto, convenientemente identificada como elemento da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e após obtenção do consentimento informado por escrito (*anexo 3*).

O questionário foi preenchido pelos utentes que aceitaram participar no estudo e, em situações pontuais, houve necessidade da leitura e esclarecimento de algumas questões, por solicitação de alguns participantes.

## **Variáveis do estudo**

Neste estudo foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Idade, variável quantitativa discreta;
- Grupo etário, variável qualitativa ordinal;
- Género, variável qualitativa nominal;
- Toma regular de medicamentos, variável qualitativa nominal;
- Grau de formação académica, variável qualitativa ordinal;
- Grupo de actividade profissional, variável qualitativa nominal;
- Qualidade de saúde, variável qualitativa ordinal.
- Grupo de Unidade da Saúde (USF/UCSP), variável qualitativa nominal.

## **Análise estatística**

Para o tratamento dos dados foi utilizada a ferramenta informática “*IBM SPSS Statistics – version 22.0*”.

Na análise inferencial foi utilizado o teste  $\chi^2$  para as variáveis nominais e efectuados testes não paramétricos, *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, para as variáveis ordinais. Foi considerado o nível de significância de 0,05.

## Resultados

### Caracterização da amostra em estudo

A caracterização da amostra relativamente às variáveis Unidade de Saúde, grupo etário, género, toma regular de medicamentos, grau de formação académica, actividade profissional e qualidade de saúde é exposta na tabela I.

Para a concretização do estudo, a amostra foi obtida em quatro Unidades de Cuidados de Saúde Primários do concelho de Viseu, sendo que 21,3% (n=85) pertence à USF Viseu Cidade, 25,0% (n=100) à USF Lusitana, 21,3% (n=85) à USF Grão Vasco e 32,5% (n=130) à UCSP D. Duarte.

Relativamente às características sociodemográficas, a população amostra é constituída por indivíduos de idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos de idade, com média de  $50,7 \pm 15,5$  anos, mediana de 53 anos e moda de 60 anos.

Quanto ao grupo etário, 79,5% (n=318) pertence ao conjunto de inquiridos com idade inferior a 65 anos.

Do número total de indivíduos incluídos no presente estudo, 67,5% (n=270) é do género feminino.

Dos utentes inquiridos, 64,8% (n=259) refere consumo regular de medicamentos.

No que concerne ao grau de formação académica, 8,5% (n=34) pertence ao grupo com um grau de formação académica baixo, isto é, com escolaridade até ao 9º ano; 68,3% (n=273) tem uma formação académica média, escolaridade entre o 9º e o 12º ano e 23,3% (n=93) dos utentes refere ter uma formação superior, incluída no grau de formação académica elevado.

A actividade profissional mais frequente é o grupo dos serviços, 26,8% (n=107) e 62,0% (n=248) da amostra é profissionalmente activa, sendo os restantes incluídos no grupo “Reformado”, “Desempregado” ou “Estudante”.

Quanto ao grau de qualidade de saúde, 15,5% (n=62) considera a sua saúde “*ótima ou muito boa*”; 33,0% (n=132) qualifica-a como “*boa*” e 51,5% (n=206) avalia a sua saúde como sendo “*razoável ou fraca*”.

**Tabela I: Caracterização da amostra**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>Total n (%)</b>
<b>Unidade de Saúde</b>			
USF Viseu Cidade	85	(21,3)	400 (100)
USF Lusitana	100	(25,0)	
USF Grão Vasco	85	(21,3)	
UCSP D. Duarte	130	(32,5)	
<b>Grupo de Unidade de Saúde</b>			
USF	270	(67,5)	400 (100)
UCSP	130	(32,5)	
<b>Grupo Etário</b>			
≤ 35 anos	71	(17,8)	400 (100)
35 - 65 anos	247	(61,8)	
≥ 65 anos	82	(20,5)	
<b>Género</b>			
Feminino	270	(67,5)	400 (100)
Masculino	130	(32,5)	
<b>Toma regular de medicamentos</b>			
Sim	259	(64,8)	400 (100)
Não	141	(35,3)	
<b>Grau de formação académica</b>			
Baixo	34	(8,5)	400 (100)
Médio	273	(68,3)	
Alto	93	(23,3)	
<b>Atividade Profissional</b>			
Agricultura	6	(1,5)	400 (100)
Comércio	31	(7,8)	
Indústria	39	(9,8)	
Serviços	107	(26,8)	
Doméstica	65	(16,3)	
Desempregado	43	(10,8)	
Reformado	96	(24,0)	
Estudante	13	(3,3)	
<b>Grupo de actividade profissional</b>			
Ativo	248	(62,0)	400 (100)
Não Ativo	152	(38,0)	
<b>Qualidade de Saúde</b>			
Ótima/ Muito Boa	62	(15,5)	400 (100)
Boa	132	(33,0)	
Razoável/ Fraca	206	(51,5)	

**Caracterização da amostra em função da variável Unidade de Saúde**

Como evidenciado na tabela II, não existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos USF e UCSP quanto às variáveis grupo etário, género, toma regular de medicamentos, grau de formação académica, actividade profissional, grupo de actividade profissional e qualidade de saúde.

**Tabela II:** Caracterização da amostra em função da variável Unidade de Saúde

Variável	Unidade de Saúde		p
	USF n (%)	UCSP n (%)	
<b>Grupo Etário</b>			
≤ 35 anos	50 (18,5)	21 (16,2)	0,773
35 - 65 anos	161 (59,6)	86 (66,2)	
≥ 65 anos	59 (21,9)	23 (17,7)	
<b>Género</b>			
Feminino	175 (64,8)	95 (73,1)	0,061
Masculino	95 (35,2)	35 (26,9)	
<b>Toma regular de medicamentos</b>			
Sim	174 (64,4)	85 (65,4)	0,473
Não	96 (35,6)	45 (34,6)	
<b>Grau de formação académica</b>			
Baixo	24 (8,9)	10 (7,7)	0,243
Médio	188 (69,6)	85 (65,4)	
Alto	58 (21,5)	35 (26,9)	
<b>Grupo de actividade profissional</b>			
Ativo	167 (61,9)	81 (62,3)	0,539
Não Ativo	103 (38,1)	49 (37,7)	
<b>Qualidade de Saúde</b>			
Ótima/ Muito Boa	38 (14,1)	24 (18,5)	0,474
Boa	91 (33,7)	41 (31,5)	
Razoável/ Fraca	141 (52,2)	65 (50,0)	

**Análise das questões em função da amostra total**

Na tabela III apresentam-se as respostas dadas pela totalidade dos inquiridos relativamente às cinco questões constantes do questionário.

Dos 400 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão do presente estudo, 93,8% (n=375) refere aceitar a realização de um rastreio médico sempre que lhe é proposto.

Dos utentes interrogados, 87,8% (n=351) julga que a participação num rastreio permite saber que tem uma doença.

Em relação à questão sobre a possibilidade de vir a sofrer de uma doença mesmo após a realização de um rastreio, 85,5% (n=342) responde afirmativamente.

A maioria dos entrevistados, 89,0% (n=356), acredita que mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença.

Quanto aos motivos que conduzem os utentes a participar nos rastreios médicos, 69,2% (n=276) refere querer saber que está saudável; 51,2% (n=204) confia nos rastreios; 47,0% (n=187) menciona querer saber que tem doença e 45,9% (n=183) afirma aceitar as consequências de os fazer.

**Tabela III:** Resposta às questões em função da amostra total

Questão	n	(%)
<b><i>Sempre que lhe propõem um “rastreio” em saúde aceita fazê-lo?</i></b>		
Sim	375	(93,8)
Não	25	(6,3)
<b><i>Julga que fazer um “rastreio” permite saber que tem uma doença?</i></b>		
Sim	351	(87,8)
Não	49	(12,3)
<b><i>Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença?</i></b>		
Sim	342	(85,5)
Não	58	(14,5)
<b><i>Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?</i></b>		
Sim	356	(89,0)
Não	44	(11,0)
<b><i>Sabendo do seu estado de saúde por qual ou quais das razões abaixo aceita fazer “rastreios”?</i></b>		
Quer saber que está saudável	276	(69,2)
Confia nos rastreios	204	(51,2)
Quer saber que tem doença	187	(47,0)
Aceita as consequências de os fazer	183	(45,9)

### **Análise das questões em função das variáveis em estudo**

O *anexo 4* apresenta a análise das cinco questões do presente estudo em função das variáveis grupo etário, género, toma regular de medicamentos, grau de formação académica, grupo de actividade profissional, qualidade de saúde e unidade de saúde assim como, os respectivos valores de  $p$  obtidos por análise inferencial.

Relativamente à questão “*Sempre que lhe propõe um rastreio em saúde aceita fazê-lo?*” existe diferença estatisticamente significativa em relação à variável género ( $p=0,030$ ), grau de formação académica ( $p=0,038$ ) e qualidade em saúde ( $p=0,006$ ). É de notar que existe uma maior aceitação dos rastreios médicos pelo género feminino 95,6% ( $n=258$ ) em contraponto a 90,0% ( $n=117$ ) do género masculino. Adicionalmente, os indivíduos com grau de formação académica elevado são também os menos receptivos à realização dos rastreios médicos, contando com uma percentagem de 11,8% ( $n=11$ ). Os inquiridos que qualificam a sua saúde como “*razoável/fraca*” aceitam mais frequentemente a realização de rastreios médicos [96,6% ( $n=199$ )] em oposição ao grupo dos indivíduos com uma saúde “*ótima/muito boa*” em que existe uma tendência para uma menor aceitação [14,5% ( $n=9$ )].

Quanto à questão “*Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?*” apenas se verifica diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à variável “*Unidade de Saúde*” ( $p=0,048$ ). Os utentes de USF revelam uma percentagem superior de respostas afirmativas [90,0% ( $n=243$ )], enquanto os inquiridos na UCSP respondem negativamente numa percentagem mais elevada [16,9% ( $n=22$ )].

No que concerne à questão “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?*” evidencia-se diferença estatisticamente significativa quanto à variável “*toma regular de medicamentos*” ( $p=0,019$ ). É de notar que o grupo que toma regularmente medicamentos apresenta maior percentagem de respostas afirmativas comparativamente

ao grupo que não toma [88,4% (n=229) vs 80,1% (n=113)]. Assim, o grupo que não toma medicação regular apresenta maior proporção de utentes que acreditam que com a realização do rastreio médico não vão sofrer de uma doença [19,9% (n=28)].

De igual forma, na questão “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?*” observa-se diferença estatisticamente significativa na inferenciação relativa à variável “*toma regular de medicamentos*” (p=0,049). Verifica-se que quem toma medicamentos regularmente responde mais frequentemente “*sim*” [91,1% (n=236)] e quem não toma contrapõe negativamente em maior percentagem [14,9% (n=21)].

Quanto à questão relativa às motivações de aceitação dos rastreios médicos existe diferença estatisticamente significativa quanto às variáveis grupo etário, toma regular de medicamentos, grau de formação académica e qualidade em saúde (p<0,001).

Nos grupos etários mais jovens, “*<35anos*” e “*35-65 anos*”, existe uma maior percentagem de indivíduos que “*quer saber que está saudável*”, 70,3% (n=50) e 69,2% (n=171), respectivamente. Enquanto isso, no grupo etário acima dos 65 anos, a maioria dos utentes refere como motivação para a realização de rastreios médicos o facto de “*querer saber que tem a doença*” [73,1% (n=60)].

Comparativamente aos indivíduos que tomam medicação regularmente, aqueles que negam o seu consumo apresentam um valor percentual inferior no que respeita às seguintes motivações: “*quer saber que está saudável*” [70,7% (n=183) vs 65,8% (n=93)]; “*confia nos rastreios*” [59,1% (n=153) vs 36,0% (n=51)]; “*quer saber que tem doença*” [56,3% (n=146) vs 29,0% (n=41)] e “*aceita as consequências de os fazer*” [57,5% (n=149) vs 24,0% (n=34)].

No que diz respeito ao grau de formação académica verifica-se que os indivíduos de baixo grau apresentam como resposta mais frequente a aceitação das consequências dos rastreios médicos, 76,3% (n=26), enquanto os indivíduos de médio e elevado grau

referem como principal motivação para a participação nos rastreios médicos o facto de desejarem saber que estão saudáveis, 70,7% (n=193) e 64,5% (n=60), respectivamente.

Quanto à qualidade em saúde constata-se que os utentes que consideram a sua saúde “razoável/fraca” apresentam as quatro motivações numa percentagem superior aos restantes grupos: “*Quer saber que está saudável*”, 70,4% (n=145); “*Confia nos rastreios*”, (62,0% n=128); “*Quer saber que tem a doença*”, 55,8% (n=115) e “*Aceita as consequências de os fazer*”, 59,7% (n=123).

Como resultado da análise inferencial e visível no *anexo 4*, não se observa diferença estatisticamente significativa em relação a qualquer outra variável.

#### **Análise comparativa entre duas populações (Viseu/Coimbra)**

A tabela IV apresenta os resultados da análise comparativa entre a população do estudo realizado em Viseu e uma outra estudada em Coimbra, em 2013.

No que concerne às variáveis do presente estudo, verifica-se existir diferença estatisticamente significativa entre as duas populações quanto ao grupo de actividade profissional (p=0,003), toma regular de medicamentos (p=0,017), qualidade em saúde (p=0,015) e unidade de saúde (p<0,001).

No que diz respeito à Unidade de Saúde, 67,5% (n=270) dos inquiridos em Viseu pertencem a uma USF, enquanto em Coimbra apenas 50,2% (n=201).

Similarmente, verifica-se que a amostra de estudo utilizada em Viseu apresenta uma percentagem superior de inquiridos que estão profissionalmente activos [62,0% (n=248)] e que não consomem medicação regular [35,3% (n=141)].

Quanto à qualidade em saúde, os inquiridos que consideram a sua saúde “*ótima/muito boa*” e “*boa*” representam uma percentagem superior em Viseu, 15,5% (n=62) e 33,0% (n=132), respectivamente.

No que diz respeito à questão “*Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?*” constata-se que 12,3% (n=49) dos inquiridos em Viseu respondem negativamente, comparativamente a apenas 6,8% (n=27) em Coimbra (p=0,005).

Quanto à questão relacionada com os motivos para a participação nos rastreios médicos observa-se igualmente diferença estatisticamente significativa entre as duas populações (p<0,001).

Comparativamente aos indivíduos inquiridos em Coimbra, os utentes incluídos no estudo de Viseu apresentam um valor percentual superior no que respeita às seguintes motivações: “*quer saber que está saudável*” [69,2% (n=276) vs 43,5% (n=173)]; “*confia nos rastreios*” [51,2% (n=204) vs 36,2% (n=144)]; “*quer saber que tem doença*” [47,0% (n=187) vs 28,5% (n=113)] e “*aceita as consequências de os fazer*” [45,9% (n=183) vs 23,7% (n=94)].

**Tabela IV: Análise comparativa entre duas populações**

Variável	Concelho		p
	Viseu n (%)	Coimbra n (%)	
<b><i>Toma regular de medicamentos</i></b>			
Sim	259 (64,8)	288 (64,8)	0,017
Não	141 (35,3)	112 (28,0)	
<b><i>Grupo de actividade profissional</i></b>			
Ativo	248 (62,0)	209 (52,3)	0,003
Não Ativo	152 (38,0)	191 (47,8)	
<b><i>Qualidade de Saúde</i></b>			
Ótima/ Muito Boa	62 (15,5)	55 (13,8)	0,015
Boa	132 (33,0)	101 (25,3)	
Razoável/ Fraca	206 (51,5)	244 (61,0)	
<b><i>Unidade de Saúde</i></b>			
USF	270 (67,5)	201 (50,2)	<0,001
UCSP	130 (32,5)	199 (49,8)	
<b><i>Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?</i></b>			
Sim	351 (87,8)	373 (93,3)	0,005
Não	49 (12,3)	27 (6,8)	
<b><i>Sabendo do seu estado de saúde por qual ou quais das razões abaixo aceita fazer “rastreios”?</i></b>			
Quer saber que está saudável	276 (69,2)	173 (43,5)	<0,001
Confia nos rastreios	204 (51,2)	144 (36,2)	
Quer saber que tem doença	187 (47,0)	113 (28,5)	
Aceita as consequências de os fazer	183 (45,9)	94 (23,7)	

## **Discussão**

Com este estudo denota-se que existe uma grande aceitação dos rastreios médicos [93,8% (n=375)].

Quanto aos indivíduos que consideram a sua saúde “*razoável/fraca*” a maior tendência que evidenciam na aceitação da participação em rastreios médicos pode estar ligada ao facto de se encontrarem numa fase de maior fragilidade ou pela possibilidade de uma maior utilização dos cuidados de saúde. Num estudo realizado por Nguyen e seus colaboradores, os indivíduos que utilizam os cuidados de saúde de forma mais regular apresentam uma probabilidade três vezes superior de adesão aos rastreios.<sup>78</sup>

Este resultado corrobora um estudo realizado por Cooper e seus colaboradores, no qual a adesão ao rastreio diminui com um melhor estado de saúde.<sup>79</sup>

Igualmente, o género feminino é aquele que mais frequentemente quer e consente a realização de rastreios médicos. Factores culturais ou sociais podem estar associados a este resultado bem como o sucesso da implementação de programas de rastreio médicos dirigidos exclusivamente ao género feminino. São exemplos, o rastreio do cancro da mama e do colo do útero, que se encontram amplamente instituídos na região centro do país. Para Odgen, a forma como os Serviços de Saúde estão estruturados pode ter implicações no grau de adesão, que é facilitada se existir uma boa acessibilidade.<sup>80</sup>

Associadamente, as mulheres recorrem mais aos serviços de cuidados de saúde primários que os homens<sup>81</sup>, o que pode motivar esta diferença de género, tendo por base o estudo de Nguyen acima referido.

No que concerne ao grau de formação académica verifica-se que o grupo com formação mais elevada aceita menos frequentemente a realização de rastreios médicos. Esta situação pode estar relacionada com o facto de este grupo consentir numa percentagem inferior as consequências dessa participação. Neste contexto, será

importante em estudos futuros avaliar quais os conhecimentos dos utentes relativamente às consequências que a realização de um rastreio implica.

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os inquiridos pertencentes a USF ou UCSP, verifica-se que existe diferença entre a variável “*Unidade de saúde*” e a questão “*Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?*”. Os utentes da UCSP respondem negativamente numa percentagem mais elevada, o que pode ser justificado pela possibilidade de desigualdade no conhecimento dos fundamentos e objectivos dos rastreios médicos. Este resultado pode ainda ser condicionado por uma actividade de oferta de rastreios diferente entre as duas unidades de saúde. Já em Coimbra, resultado similar foi encontrado, o que indicia uma necessidade de avaliar possíveis diferenças na oferta de rastreios médicos e na literacia em saúde, em função da tipologia de Unidade de Saúde.

Surpreendentemente, 87,8% (n=351) dos inquiridos julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença, o que demonstra a presença de uma crença errada acerca da capacidade diagnóstica deste método de prevenção secundária e um défice na literacia em saúde. Visto existir uma grande aceitação dos rastreios médicos, este resultado evidencia que a participação nos mesmos recai na tomada de decisões em saúde não fundamentadas.

O grupo dos utentes que toma medicamentos regularmente apresenta uma percentagem superior de indivíduos que sabem que o rastreio não elimina a possibilidade de vir a sofrer ou morrer por uma doença. Habitualmente, os utentes que consomem regularmente medicamentos recorrem com mais frequência aos cuidados de saúde. Neste âmbito, existe a possibilidade de uma relação médico-doente de maior proximidade e continuidade, que favoreça o conhecimento e o esclarecimento de dúvidas relativas aos

rastreios médicos. De facto, é na relação médico-doente que radica a possibilidade de uma efectiva prevenção quaternária e de promoção da capacitação dos utentes.

Relativamente às motivações de participação nos rastreios médicos evidenciam-se como principais as seguintes: “*querer saber que está saudável*”, 69,2% (n=276) e “*confia nos rastreios*”, 51,2% (n=204). O facto de os utentes realizarem rastreios com o intuito de querer saber que estão saudáveis, destaca a necessidade de considerar um dos riscos dos rastreios, a falsa sensação de protecção e garantia de saúde perante um resultado falso negativo.

Os mais jovens mencionam como principal motivação para a realização dos rastreios o desejo de saber que estão saudáveis. Contrariamente, os mais idosos referem numa percentagem superior a razão “*querer saber que tem a doença*”. Esta diferença pode dever-se ao maior risco de deterioração do estado de saúde neste grupo etário, com o aparecimento de patologias inerentes à condição do envelhecimento e ainda, de uma separação cada vez mais ténue entre o conceito de saúde e doença. É neste contexto de procura pelo conhecimento da doença e de medo de morrer, sobretudo nos mais idosos, que assume particular destaque o conceito de “*disease mongering*”.

A presença de uma diferença estatisticamente significativa quanto às razões de participação nos rastreios médicos em função da toma regular de medicamentos e da qualidade em saúde, pode relacionar-se com a maior percepção de saúde como “*fraca/razoável*” por parte dos utentes que estão sob medicação crónica.

A metodologia considerada mais adequada e que foi utilizada nesta investigação baseou-se na aplicação de um questionário aos utentes que, por ocasião, se encontravam nas diferentes unidades de saúde inseridas no estudo. Assim, uma das limitações reside no facto da amostra utilizada ser de conveniência e não aleatória, apesar de representativa da população.

Após obtenção do consentimento informado por escrito, o questionário foi preenchido pelos próprios utentes, de forma a evitar o viés do entrevistador. Contudo, a utilização do analfabetismo como critério de exclusão pode ter conduzido a uma menor representatividade de indivíduos sujeitos a maiores desigualdades sociais e habitualmente de uma faixa etária mais elevada.

De igual forma, a aplicação dos questionários pela própria investigadora, que involuntariamente acaba por eleger os utentes que interpela, pode ter sido um factor de viés. A aplicação de inquéritos com base na voluntariedade poderia ter contornado esta circunstância. No entanto, os resultados obtidos talvez fossem diferentes visto que o grupo de voluntários poderia representar uma amostra de inquiridos com melhor qualidade em saúde ou que mais frequentemente aceita os rastreios, o que conduziria a um viés de auto-selecção.

A própria ansiedade criada pelo aguardar de uma consulta e o facto de não ter sido utilizada uma sala específica para o efeito podem também ter influenciado os resultados.

De igual modo, a aplicação do questionário exclusivamente em Unidades de Saúde pode ser um factor de confundimento uma vez que os utentes que utilizam com maior frequência estas unidades podem ser aqueles que estão mais adstritos à oferta de cuidados preventivos e que participam mais em rastreios.

Para estudos futuros, seria importante avaliar se os resultados obtidos em instituições de saúde são semelhantes aos encontrados numa amostra populacional fora deste contexto.

Contudo, os objectivos deste Projecto foram amplamente cumpridos.

É de notar, que existe ainda um conhecimento insuficiente sobre o impacto da promoção e educação para a saúde.

## **Conclusão**

Com o estudo realizado é possível afirmar a grande aceitabilidade demonstrada pela população relativamente aos rastreios médicos, particularmente no género feminino e nos indivíduos que consideram a sua saúde como *“fraca/razoável”*.

Apesar da maioria dos inquiridos acreditar na capacidade diagnóstica dos rastreios médicos, esta crença é superior nos frequentadores de USF. De igual forma, a maior parte dos utentes afirma que mesmo realizando um rastreio em saúde poderá vir a sofrer ou morrer de uma doença.

Quanto à motivação para a participação nos rastreios destaca-se o desejo dos inquiridos em saber que estão saudáveis.

A necessidade de capacitação dos utentes afigura-se ser fundamental, particularmente no conhecimento acerca dos objectivos, limitações, benefícios e riscos dos rastreios em saúde.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Doutor Luiz Miguel Santiago pela disponibilidade, incentivo e colaboração no solucionar de dúvidas e problemas e pela orientação fundamental na concretização deste Projecto.

Agradeço ao Doutor Vítor Rodrigues pela co-orientação e disponibilidade demonstrada.

Aos Coordenadores e restantes profissionais de saúde das USF Viseu Cidade, USF Lusitana, USF Grão Vasco e UCSP D. Duarte pela simpatia e receptividade.

A todos os Utes que, embora no anonimato, concordaram participar no estudo.

À minha família, pela compreensão e apoio incondicional.

### **Referências bibliográficas**

1. Oliveira CC, Reis A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(4):1485-1502.
2. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*. 2010; 1-10. [cited 2014 July 1]. Available from: [http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368\\_ELPS\\_engl.pdf](http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_engl.pdf).
3. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray?. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62:580-583.
4. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. 11th Congress of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2011; 1-11.
5. Health Promotion Glossary. World Health Organization. 1998; vi: 1-21. [cited 2014 July 1]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
6. AFMC Primer on Population Health. Chapter 4: Basic Concepts in Prevention, Surveillance, and Health Promotion. 2007. [cited 2014 July 1]. Available from: <http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/TheStagesOfPrevention>
7. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(1):91-96.
8. Heath I. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. *PLoS Medicine*. 2006; 3(4):0448-0451.
9. Organização Mundial de Saúde. A declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI. 1997; 1-8. [cited 2014 July 1]. Available from: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)
10. Bentzen N et al. WONCA dictionary of general/family practice. WONCA International Classification Committee. 2003; 1-147. [cited 2014 July 1]. Available from: [http://www.cff.org.br/userfiles/5%20-%20BENTZEN%20N\\_%20Wonca%20Dictionary%20of%20General%20Family%20Practice.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/5%20-%20BENTZEN%20N_%20Wonca%20Dictionary%20of%20General%20Family%20Practice.pdf).
11. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral*. 2007; 23:289-293.
12. Mensah GA, et al. Prevention and control of coronary heart disease and stroke: nomenclature for prevention approaches in public health: a statement for public health practice from the Centers for Disease Control and Prevention. *Am J Prev Med*. 2005; 29(5S1):152-157.

13. Gray A, Ezzat A. Palliative care for patients with advanced cancer. *J Family Community Med.* 1997; 4(2):41–46.
14. Norman AH, Tesser CD. Prevenção Quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(9):2012-2020.
15. 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.
16. Grimer DA, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. *The Lancet.* 2002; 359: 881-884.
17. Harris R, Sawaya GF, Moyer VA, Calonge N. Reconsidering the Criteria for Evaluation Proposed Screening Programs: Reflections From 4 Current and Former Members of the U.S. Prevention Services Task Force. *Epidemiol Rev.* 2011; 33:20-35.
18. AFMC Primer on Population Health. Chapter 9:Screening.2007. [cited 2014 July 1]. Available from: <http://phprimer.afmc.ca/Part3-PracticeImprovingHealth/Chapter9Screening/Goalsofscreening>.
19. Brawley OW, Kramer BS. Cancer Screening in Theory and in Practice. *J Clin Oncol.* 2005; 23:293-300.
20. Granja M. Rastreios Oncológicos conceitos, orientações e práticas. *Acta Médica Portuguesa.* 2001; 14:441-447.
21. Getz L, Sigurdsson J, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?. *British Medical Journal.* 2003; 327: 498-500.
22. Harris R. Overview of Screening: Where Are and Where We May Be Headed. *Epidemiol Rev.* 2011; 33:1-6.
23. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. World Health Organization. 1968; 1-163.
24. 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.
25. Komenda P et al. Cost-effectiveness of Primary Screening for CKD: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis.* 2014; 63(5):789-797.
26. Wallace EA, Schumann JH, Weinberg SE. Ethics of Commercial Screening Tests. *Annals of Internal Medicine.* 2012; 157(10):747-748.
27. Norman AH, Ética médica e rastreamento: em quais as evidências deveríamos nos apoiar?. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014; 9(31):105-107.
28. Hespanhol AP, Couto L, Martins C. A medicina preventiva. *Rev Port Clin Geral.* 2008; 24:49-64.

29. Denny L. Cytological screening for cervical cancer prevention. Elsevier Ltd. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2011; 26:189-196.
30. Denny L, Sankaranarayanan R. Secondary prevention of cervical cancer. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2006; 94(1):S65-S70.
31. Velden KVD, Fleming DM, Abrahamse H. Screening in primary care: health for all? A study in Dutch general practice. Eur J Public Health. 1991; 9(4):290-293.
32. Meropol NL et al. American Society of Clinical Oncology Guidance Statement: The Cost of Cancer Care. J Clin Oncol. 2009; 27:3868-3874.
33. Hood VL, Weinberger SE. High value, cost-conscious care: An international imperative. European Journal of Internal Medicine. 2012; 23:495-498.
34. Qaseem A et al. Appropriate Use of Screening and Diagnostic Tests to Foster High-Value, Cost-Conscious Care. Ann Intern Med. 2012; 156:147-149.
35. Woolf SH, Harris R. The Harms of Screening New Attention to an Old Concern. JAMA. 2012; 307(6):565-566.
36. Hubbard RA, Miglioretti DL. A semi-parametric censoring bias model for estimating the cumulative risk of a false-positive screening test under dependent censoring. Biometrics. 2013; 69(1):245-253.
37. Gilbert Fj et al. Breast Screening: the Psychological Sequelae of False Positive Recall in Women with and without a Family History of Breast Cancer. European Journal of Cancer. 1998; 34(13): 2010-2014.
38. Brett J, Austoker J. Women who are recalled for further investigation for breast screening: psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. Journal of Public Health Medicine. 2001; 23(4):292-300.
39. Leynen F et al. Increased absenteeism from work among aware and treated hypertensive and hypercholesterolaemic patients. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. 2006; 13:261-267.
40. Johnston et al. Effects of labelling on income, work and social functions among hypertensive employees. J Chron Dis. 1984; 37(6):417-423.
41. Rudd P et al. Consequences of Worksite Hypertension Screening, Differential Changes in Psychosocial Function. The American Journal of Medicine. 1986; 80:853-860.
42. Croswell JM et al. Cumulative Incidence of False-Positive Results in Repeated, Multimodal Cancer Screening. Ann Fam Med. 2009; 7(3):212-222.
43. Elmore JG et al. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. N Engl J Med. 1998; 338:1089-1096.

44. Mandelblatt JS. et al. Effects of Mammography Screening Under Different Screening Schedules: Model Estimates of Potential Benefits and Harms. *Ann Intern Med.* 2009; 151:738-747
45. Bond M. et al. Systematic review of the psychological consequences of false-positive screening mammograms. *Health Technology Assessment.* 2013; 17(13).
46. Ravesteyn NT, What level of risk tips the balance of benefits and harms to favor screening mammography starting at age 40?. *Ann Intern Med.* 2012; 156(9):609-617.
47. Augestad KM, Norum J, Rose J, Lindsetmo RO. A prospective analysis of false positive events in National Colon Cancer Surveillance Program. *BMC Health Services Research.* 2014; 14:137.
48. Gérvas J. Screening for serious illness, Limits to the power of medicine. *European Journal of General Practice.* 2001; 8:47-49.
49. Eddy DM. Secondary prevention of cancer: an overview. *Bulletin of World Health Organization.* 1986; 64 (3):421-429.
50. Esserman L. et al. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *Lancet Oncol.* 2014; 15:e234-e242.
51. Wegwarth O, Gigerenzer G. Overdiagnosis and Overtreatment: Evaluation of What Physicians Tell Their Patients About Screening Harms. *JAMA Internal Medicine.* 2013; 173(22):2086-2087.
52. Berg CD. The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial: The prostate cancer screening results in context. *Acta Oncologica.* 2011; 50(1):12-17.
53. Rove KO, Craeford ED. Randomized controlled screening trials for prostate cancer using prostate-specific antigen: a tale of contrasts. *World J Urol.* 2012; 30:137-142.
54. Peres J. Risks of PSA Screening Now Better Understood. *JNCI Oxford Journals.* 2013; 105(21):1590-1592.
55. Linder SK et al. Primary care physicians' reported use of pre-screening discussions for prostate cancer screening: a cross-sectional survey. *BMC Family Practice.* 2009; 10:19.
56. Burke W, Tarini B, Press NA, Evans J. Genetic Screening. *Epidemiol Rev.* 2011; 33:148-164.
57. Khoury MJ, McCabe LL, McCabe ER. Population screening in the age of genomic medicine. *N Engl J Med.* 2003; 348(1):50-58.
58. Briss P et al. Promoting Informed Decisions About Cancer Screening in Communities and Healthcare Systems. *Am J Prev Med.* 2004; 26(1):67- 80.

59. Mullen PD et al. Measures Used in Studies of Informed Decision Making About Cancer Screening: A systematic Review. *Ann Behav Med.* 2006; 32(3):188-201.
60. Brett AS, McCullough LB. Addressing Requests by Patients for Nonbeneficial Interventions. *JAMA.* 2012; 307(2):149-150.
61. Haggerty J et al. Patients' anxiety and expectations, How they influence family physicians' decisions to order cancer screening tests. *Can Fam Physician.* 2005; 51:1658-1659.
62. Antoniou SA et al. Reflections of the hippocratic oath in modern medicine. *World J Surg.* 2010; 34:3075-3079.
63. Martínez González C, et al. Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *An Pediatr (Barc).* 2014. [cited 2014 July 20]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.04.029>.
64. Jamouille M, Gomes LF. Prevenção quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014; 9(31):186-191.
65. Jamouille M et al. Working Fields and Prevention Domains in General Practice / Family Medicine. 2002. [update: 2002 Sept. 18; cited 2014 July 20]. Available from: <http://docpatient.net/mj/prev.html>.
66. Tesser CD. Quaternary Prevention for the humanization of Primary Health Care. *O Mundo da Saúde.* 2012; 36(3):416-426.
67. Byock I. Completing the Continuum of Cancer Care: Integrating Life-Prolongation and Palliation. *Cancer J Clin.* 2000; 50(2):123-132.
68. Gérvas J, Fernández MP. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria.* 2003; 32(3):158-62.
69. 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.
70. Ladouceur R. Ups and downs of evidence and practice guidelines. *Canadian Family Physicians. Le Médecin de famille canadien.* 2013; 59:1143.
71. Lobo AO, Rojo VI. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85:513-523.
72. 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.
73. Moynihan R, Heath I, Henry H. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ.* 2002; 324:886-891.

74. Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized?. *Global Health Action*. 2014; 7:23998.
75. Isaacs D. Disease Mongering. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2013; 49: 509-510.
76. Gérvas J. Innovación Tecnológica en Medicina: Una Visión Crítica. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22:723-727.
77. Broeiro P, Maio V. Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24:625-631.
78. Nguyen M, Larocque D, Paquete D. Quebec breast cancer screening program. A study of the perceptions of physicians in Laval, Que. *Canadian Family Physician*. 2009; 55:614-20.
79. Cooper CP, Gelb CA, Hawkins NA. How many “Get Screened” messages does it take? Evidence from colorectal cancer screening promotion in the United States. Elsevier Inc. *Preventive Medicine*. 2012; 60:27-32.
80. Ogden, J. *Health Psychology. A Textbook*. Buckingham: Open University Press. 1999.
81. Gomes R, Nascimento E, Araújo F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-574.



## Anexo 2 – Autorizações



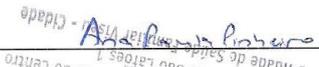
MINISTERIO DA SAUDE



# Declaração

Ana Paula Pinheiro, Coordenadora da USF Viseu Cidade, autoriza a aplicação de questionários pela estudante de Medicina Ana Filipa Correia de Sousa, no âmbito da tese de Mestrado “A capacitação dos utentes quanto aos rastreios médicos” na USF Viseu-Cidade.

Por ser verdade e me ter sido pedido passo o presente certificado que dato e assino

  
\_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde Familiar Viseu - Cidade  
ACES Dão Lafões 1  
Administração Regional de Saúde do Centro  
Ana Paula Pinheiro

Viseu, 21 de Julho de 2014

**USF LUSITANA**

## **DECLARAÇÃO**

Doris Martins Lopes , Coordenadora de USF LUSITANA no ACESS DÃO LAFOES, autoriza a aplicação de questionários pela estudante de Medicina ANA FILIPA CORREIA DE SOUSA , no âmbito da tese de mestrado **“A Capacitação dos Utentes Quanto aos Rastreios Médicos”** na USF LUSITANA.

Por ser verdade e me ter sido pedida passo a presente declaração que dato e assino

Viseu , 30 de Julho de 2014

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DO ACESS DÃO LAFOES, EP  
  
ACES DÃO LAFOES  
Doris Martins Lopes  
U. S. F. LUSITANA



**GRÃO VASCO**  
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Ministério da Saúde  
**ARSC I.P.**  
ACES Dão Lafões I



## DECLARAÇÃO

Graça Maria Figueiredo Barreto Martins, Coordenadora da USF Grão Vasco, autoriza a aplicação de questionários pela estudante de Medicina Ana Filipa Correia de Sousa, no âmbito da tese de Mestrado “ A capacitação dos utentes quanto aos rastreios médicos” na USF Grão Vasco.

Por ser verdade e me ter sido pedido passo a presente declaração que dato e assino

\_\_\_\_\_  
Graça Martins, Dr<sup>a</sup>

Viseu, 05 de Agosto de 2014



ACES DÃO LAFÕES



UCSP D.DUARTE

## DECLARAÇÃO

Carla Alexandra Neves Moreira, Coordenadora da UCSP D. Duarte, autoriza a aplicação de questionários pela estudante de Medicina Ana Filipa Correia de Sousa, no âmbito da tese de Mestrado “A Capacitação dos utentes quanto aos rastreios médicos” na UCSP D. Duarte.

Por ser verdade e ter sido solicitada passo a presente que depois de datada e assinada vai autenticada com o carimbo em uso nestes serviços.

Viseu, 25-08-2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CENTRO IP  
ACES Dão Lafões  
U. C. S. P. D. DUARTE  
F. Madre Rita Jesus  
Viseu

A Coordenadora da UCSP D. Duarte

(Carla Moreira, DI)

### **Anexo 3- Consentimento informado e questionário**

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Caro Utente,

Este questionário tem como objectivo avaliar a capacitação dos doentes no que concerne à realização dos rastreios médicos.

O material utilizado será um questionário realizado em português.

O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população, realizada nos Centros de Saúde de Viseu (USF Grão Vasco, USF Lusitana, USF Viseu-Cidade e UCSP D. Duarte), 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 Filipa Correia de Sousa

Aluna de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

---

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

Dá-se cada vez mais importância aos “rastreios” de doenças, numa atitude de prevenção, por análises ou questionários. Para sabermos a opinião pública sobre “rastreios” 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 <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	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Sempre que lhe propõem um “rastreo” em saúde aceita fazê-lo?  Sim  Não

3. Julga que fazer um “rastreo” permite saber que tem uma doença?  Sim  Não

4. Mesmo que faça um “rastreo” pode vir a sofrer de uma doença?  Sim  Não

5. Mesmo que faça um “rastreo” 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 “rastreios”?

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 4** – Tabela de análise das questões em função das variáveis em estudo.

Variável	Grupo Etário (anos)			Género		Toma regular de medicamentos		Grau de formação académica			Grupo de atividade profissional		Qualidade de saúde			Unidade de Saúde	
	≤ 35	35 – 65	≥ 65	Masculino	Feminino	Sim	Não	Baixo	Médio	Alto	Ativo	Não ativo	Ótima/ Muito Boa	Boa	Razoável/ Fracá	USF	UCSP
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>“Sempre que lhe propõem um rastreio em saúde aceita fazê-lo?”</i>																	
Sim	64 (90,1)	234 (94,7)	77 (93,9)	117 (90,0)	258 (95,6)	246 (95,0)	129 (91,5)	32 (94,1)	261 (95,6)	82 (88,2)	233 (94,0)	142 (93,4)	53 (85,5)	123 (93,2)	199 (96,6)	253 (93,7)	122 (93,8)
Não	7 (9,9)	13 (5,3)	5 (6,1)	13 (10,0)	12 (4,4)	13 (5,0)	12 (8,5)	2 (5,9)	12 (4,4)	11 (11,8)	15 (6,0)	10 (6,6)	9 (14,5)	9 (6,8)	7 (3,4)	17 (6,3)	8 (6,2)
<b>p</b>	0,370			<b>0,030</b>		0,124		<b>0,038</b>			0,483		<b>0,006</b>			0,956	
<i>“Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?”</i>																	
Sim	59 (83,1)	219 (88,7)	73 (89,0)	117 (90,0)	234 (86,7)	225 (86,9)	126 (89,4)	32 (94,1)	241 (88,3)	78 (83,9)	219 (88,3)	132 (86,8)	55 (88,7)	119 (90,2)	177 (85,9)	243 (90,0)	108 (83,1)
Não	12 (16,9)	28 (11,3)	9 (11,0)	13 (10,0)	36 (13,3)	34 (13,1)	15 (10,6)	2 (5,9)	32 (11,7)	15 (16,1)	29 (11,7)	20 (13,2)	7 (11,3)	13 (9,8)	29 (14,1)	27 (10,0)	22 (16,9)
<b>p</b>	0,419			0,217		0,289		0,266			0,373		0,497			<b>0,048</b>	

<i>“Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?”</i>																				
Sim	60 (84,5)	210 (85,0)	72 (87,8)	107 (82,3)	235 (87,0)	229 (88,4)	113 (80,1)	29 (85,3)	228 (83,5)	85 (91,4)	210 (84,7)	132 (86,8)	52 (83,9)	113 (85,6)	177 (85,9)	232 (85,9)	110 (84,6)			
Não	11 (15,5)	37 (15,0)	10 (12,2)	23 (17,7)	35 (13,0)	30 (11,6)	28 (19,9)	5 (14,7)	45 (16,5)	8 (8,6)	38 (15,3)	20 (13,2)	10 (16,1)	19 (14,4)	29 (14,1)	38 (14,1)	20 (15,4)			
<i>p</i>	0,797			0,135			<b>0,019</b>			0,177			0,344			0,922			0,728	
<i>“Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?”</i>																				
Sim	61 (85,9)	221 (89,5)	74 (90,2)	112 (86,2)	244 (90,4)	236 (91,1)	120 (85,1)	30 (88,2)	237 (86,8)	89 (95,7)	221 (89,1)	135 (88,8)	53 (85,5)	117 (88,6)	186 (90,3)	242 (89,6)	114 (87,7)			
Não	10 (14,1)	26 (10,5)	8 (9,8)	18 (13,8)	26 (9,6)	23 (8,9)	21 (14,9)	4 (11,8)	36 (13,2)	4 (4,3)	27 (10,9)	17 (11,2)	9 (14,5)	15 (11,4)	20 (9,7)	28 (10,4)	16 (12,3)			
<i>p</i>	0,646			0,138			<b>0,049</b>			0,061			0,510			0,563			0,562	
<i>“Sabendo do seu estado de saúde por qual ou quais das razões abaixo aceita fazer rastreios?”</i>																				
Quer saber que está saudável	50 (70,3)	171 (69,2)	55 (67,0)	88 (67,7)	188 (69,7)	183 (70,7)	93 (65,8)	23 (67,4)	193 (70,7)	60 (64,5)	173 (69,8)	103 (67,8)	40 (64,5)	91 (69,0)	145 (70,4)	183 (67,9)	93 (71,6)			
Confia nos rastreios	14 (19,7)	132 (53,3)	58 (70,6)	65 (49,9)	139 (51,5)	153 (59,1)	51 (36,0)	24 (70,5)	147 (54,0)	33 (35,5)	120 (48,4)	84 (55,3)	17 (27,4)	59 (44,8)	128 (62,0)	137 (50,7)	67 (51,5)			
Quer saber que tem doença	17 (23,9)	110 (44,4)	60 (73,1)	61 (46,8)	126 (46,6)	146 (56,3)	41 (29,0)	22 (64,5)	137 (50,3)	28 (30,2)	111 (44,8)	76 (50,0)	20 (32,2)	52 (39,4)	115 (55,8)	122 (45,4)	65 (50,1)			
Aceita as consequências de os fazer	14 (19,7)	113 (45,6)	56 (68,3)	60 (46,1)	123 (45,6)	149 (57,5)	34 (24,0)	26 (76,3)	132 (48,4)	25 (27,0)	105 (42,3)	78 (51,3)	10 (16,1)	50 (37,9)	123 (59,7)	130 (48,2)	53 (40,8)			
<i>p</i>	<b>&lt; 0,001</b>			0,920			<b>&lt; 0,001</b>			<b>&lt; 0,001</b>			0,100			<b>&lt; 0,001</b>			0,923	