



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CATARINA CORDEIRO VIVEIROS

Rastreios Cardiovasculares – Perspetiva do doente

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

ABRIL DE 2019

RASTREIOS CARDIOVASCULARES - PERSPETIVA DO DOENTE

Catarina Cordeiro Viveiros

Professor Doutor Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

Azinhaga de Santa Comba, Celas 3000-548 Coimbra

imsantiago@netcabo.pt

Aos meus pais e ao meu irmão pela lição de empenho e perseverança que sempre me transmitiram e pelo apoio incondicional ao longo de todo o meu percurso académico.

À minha avó, pelo carinho e orgulho sempre constantes no seu olhar

Ao meu orientador, Professor Doutor Luís Miguel Santiago, por toda a atenção e apoio disponibilizados.

Índice

Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Materiais e Métodos	9
Resultados	10
Conclusão	18
Referências Bibliográficas	19
Anexos	20

Resumo

Introdução: A prevenção secundária tem mantido um crescente impacto na população e é importante perceber de que forma é que esta altera as atitudes de cada indivíduo em relação à sua saúde, uma vez que este tipo de prevenção pode ter grande influência na população, quando submetida a intervenções diagnósticas e sobretudo terapêuticas desnecessárias.

Objetivo: Perceber como é que os resultados dos rastreios cardiovasculares afetam o comportamento da população, qual a importância que lhes é atribuída em contraponto às práticas que contribuem para um estilo de vida saudável.

Métodos: Estudo observacional transversal através da aplicação de um questionário com 11 perguntas elaborado com base na bibliografia consultada sobre o tema. Foi estudada uma amostra de conveniência de 190 pessoas que frequentavam Unidades de Saúde e outros locais públicos da região de S. Miguel, Açores. Foram utilizadas estatísticas descritiva e inferencial, segundo o tipo e a normalidade de dados, para estudo da amostra no software SPSS, versão 25 da IBM, com $p < 0,05$ como nível de significância.

Resultados: Para 95,6 % dos inquiridos há aceitação em realizar rastreio cardiovascular sempre que lhes é proposto verificando-se uma elevada percentagem de confiança nos resultados (99,4%) e nos conselhos dados após se submeterem aos rastreios (98,9%). A maioria (73,1%) afirmou que é mais importante ter uma boa alimentação e atividade física do que fazer análises. As gerações mais velhas dão mais importância aos exames médicos do que as gerações mais novas que demonstram uma clara preferência por um estilo de vida saudável. A frequência de consultas no Centro de Saúde no último ano mostrou-se mais elevada nas Classes sócio-económicas mais baixas.

Conclusão: Foi possível verificar que existem insuficiências por colmatar na área da Promoção da Saúde da Prevenção da Doença, contudo, continua a ser atribuída importância à prática de estilos de vida saudáveis, principalmente pelos mais jovens. O papel do médico na vertente de educação para a saúde é essencial e pode vir a contribuir para uma melhoria na perspetiva do doente em relação à influência dos hábitos saudáveis na atenuação dos fatores de risco.

Palavras-Chave: Medicina Preventiva, Rastreios Cardiovasculares, Prevenção Primordial, Promoção da Saúde, Perspetiva do doente

Abstract

Introduction: The secondary prevention has a crescent impact in the population so being important to notice in what way this alters each individual's attitudes regarding its relation to his/her health, since pervention can have an great influence in the population, allthough sometimes submitting it to unnecessary diagnostic interventions and therapeutics.

Objective: To notice how the results of proposed cardiovascular screenings affect the behavior of the population and the perceived importance in detriment of practices that contribute to a healthy lifestyle.

Methods: Observational study through the application of a 11 questions questionnaire based in the revised bibliography. A convenience sample of 190 people that frequent Health Units and other public places in S. Miguel, Azores was studied. Adapted descriptive and inferencial statistics were performed with a $p < 0,05$ as level of significance.

Results: Of those inquired 95,6% accept the submission to a cardiovascular screening whenever it is proposed. We verified na elevated percentage of trust in the screening results (99,4%) and in the advice given after they've been submitted to the screenings (98,9%). For (73,1%) it is more important to have a good nutrition and physical activity then to do blood tests. The oldest generations pay more importance to the medical examinations than the yongest generations that showed an evident preference for a healthy lifestyle. The frequency of consultations with the general practitioner doctor in the last year was higher among lower socio-economic classes.

Conclusion: There are flaws to be filled in the area of Health Promotion and Disease Prevention. However, importance continues to to be attributed to the practice of healthy lifestyles, mainly by the youngest generations. The doctor's role in health education is essential and it can contribute to the its improvement in the patient's perspective because of its influence in healthy stiles for risk factors reduction.

Keywords: *Preventive Medicine, Cradiovascular Screenings, Primordial Prevention, Health Promotion, Patient's Perspective*

Introdução

A medicina preventiva pode ser aplicada em qualquer estadió da evolução natural da doença com o objetivo de evitar a sua progressão. Ao longo dos anos o conceito de prevenção tem-se transformado de forma significativa.¹

Falamos em Prevenção Primária quando o objetivo é evitar o surgimento de uma doença, como por exemplo, através da vacinação. A Prevenção Secundária pretende detetar a doença numa fase inicial através de rastreios ou outros métodos similares e a Prevenção Terciária tem como finalidade reduzir os efeitos crónicos de uma condição clínica, minimizando as lesões funcionais provocadas pela mesma.²

Com a crescente utilização na área da saúde de novas tecnologias e a realização de um maior número de intervenções diagnósticas e terapêuticas, as quais tendem a ser cada vez mais invasivas e sofisticadas, o intervalo de segurança entre os benefícios e os riscos tem vindo a diminuir, reduzindo a segurança para o doente.³ Posto isto, compreende-se a necessidade de introduzir uma abordagem preventiva que visa evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico associado a atos médicos inapropriados e fornecer aos utentes a informação necessária para poderem tomar decisões autónomas, conhecendo as vantagens e as desvantagens dos métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos, sendo este o papel da Prevenção Quaternária.⁴

Em algumas áreas, como é o caso das Doenças Cardiovasculares, introduziu-se a designação de Prevenção Primordial.³ A Prevenção Primordial está relacionada com as doenças crónico-degenerativas e visa evitar estilos de vida que possam contribuir para um risco acrescido de doença, como por exemplo a nutrição inadequada, a prática irregular de exercício físico/sedentarismo e o tabagismo.⁵

O crescente impacto atribuído à prevenção clínica estimula a recomendação de rastreios e outras intervenções preventivas por parte dos especialistas de Medicina Geral e Familiar aos seus doentes.⁶ Os rastreios envolvem questionários, testes realizados na população para identificar os mais suscetíveis à doença e às suas complicações. No que se refere aos aspetos éticos deste tipo de Prevenção Secundária, há que ter em consideração que certas investigações e tratamentos podem ser potencialmente nocivos. Deve-se ter em conta que podem surgir prejuízos devido ao facto de que pessoas assintomáticas, após a realização do rastreio, passaram a ser catalogadas como doentes, com as implicações sociais de tais intervenções.³ Coloca-se a questão da influência desta prática na população e se, de facto, a torna mais suscetível a intervenções desnecessárias e até prejudiciais, contrabalançando os benefícios e riscos da Prevenção Secundária. Em Portugal, a grande

maioria da população adulta considera um elevado número de exames médicos necessários por ano e a maior parte da população indica que se sujeita a esses exames.⁷

As doenças do aparelho circulatório, comumente designadas doenças cardiovasculares (DCV), são a primeira causa de morte em Portugal. As doenças cerebrovasculares e a doença isquémica do coração são as principais causas de morte, mas as outras formas das doenças cardiovasculares, em ambos os sexos, justificam cerca de um terço do total de óbitos por doenças do aparelho circulatório.⁸ A elevada prevalência nacional dos fatores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção, tendo em atenção que o conceito subjacente a este termo aglutina não apenas as ações que evitam a perda da saúde mas, também, todos os cuidados que promovem a sua recuperação.⁹

É importante, e é de facto o foco deste trabalho, perceber como é que os resultados dos rastreios cardiovasculares afetam o comportamento da população e se lhes é dada demasiada importância em detrimento de práticas que contribuem para um estilo de vida saudável. Atualmente não há registo de nenhum estudo que avalie a perspetiva da população em relação a esses procedimentos e a sua influência na suscetibilidade das pessoas. O que se espera concluir com este projeto é que a população tem uma perspetiva indicativa de falhas por colmatar na área da promoção da saúde.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal pela aplicação de um questionário, elaborado especificamente para o projeto, a indivíduos que frequentam Unidades de Saúde e outros locais públicos da região de S. Miguel, Açores, como escolas, empresas e locais ao ar livre. As respostas foram dadas de forma anónima com sigilo e confidencialidade após assinatura de consentimento informado, segundo o protocolo aprovado por Comissão de Ética.

Foi estudada uma amostra de conveniência de 190 pessoas. Aplicaram-se 90 questionários em 3 Unidades de Saúde e os restantes 100 noutros espaços públicos.

Os critérios de exclusão considerados na seleção da amostra foram a idade, uma vez que se excluíram menores e a existência de perturbações psíquicas e de compreensão.

O questionário foi elaborado com base em informações presentes na bibliografia consultada e era constituído por 11 perguntas que abrangiam tópicos como: história pessoal/familiar de doenças cardiovasculares, antecedentes pessoais de doença crónica, frequência de consulta no centro de saúde no último ano, aceitação dos rastreios cardiovasculares, razões pelas quais se aceita ou não fazer rastreios cardiovasculares e atitudes perante os resultados e confiança nos mesmos.

Consideraram-se as seguintes variáveis: Idade - abrangendo 4 faixas etárias (menos de 35 anos, entre 36 e 50 anos, entre 51 e 64 anos e mais que 65 anos) -, género, contexto socioeconómico, sendo este avaliado através da introdução da variável *Classe SEDI* (socioeconomic deprivation index). Esta variável permitiu distribuir a amostra em 3 classes baseadas no seu nível de escolaridade (inferior ou superior/igual ao 9º ano de escolaridade), no fato do indivíduo viver só ou acompanhado e no seu rendimento (inferior/igual salário mínimo ou superior), com atribuição de 1 ponto por critério, de forma a que a classe 1 correspondesse às respostas que somaram 0 ou 1 ponto, a classe 2 às que somaram 2 pontos e a classe 3 às que somaram 3 pontos.

Numa fase inicial as perguntas foram testadas numa amostra de 20 pessoas. Foram tidas em consideração as dificuldades que surgiram ao longo do preenchimento das respostas e foram feitas as devidas alterações de forma a facilitar a interpretação por parte de qualquer indivíduo que pudesse vir a participar no estudo.

A amostra foi estudada no software SPSS, versão 25 da IBM com recurso a estatística descritiva e inferencial. Antes de proceder à aplicação dos testes estatísticos foram anulados 7 questionários por falta de respostas preenchidas essenciais ao estudo, deste modo, foram estudados 183 indivíduos da amostra inicial de 190. Para a estatística inferencial foram utilizados os testes de Qui quadrado, Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

Resultados

Caracterização da amostra

Na Tabela I encontram-se descritas as frequências absolutas e relativas correspondentes às variáveis que permitem caracterizar a amostra dos 183 indivíduos, relativamente ao grupo etário em que se inserem, ao nível de escolaridade, ao fato de viverem sozinhos ou acompanhados, ao seu salário e, por fim, à classe SEDI respetiva. As frequências encontram-se distribuídas por género e, como tal, cada percentagem apresentada é relativa ao total de inquiridos do sexo masculino (63) e do sexo feminino (120).

Tabela I Caracterização da amostra com base no género masculino/feminino

	Masculino (63)	% (34,4 %)	Feminino (120)	% (65,6%)	Total (183)	%
Grupo Etário						
<i>Menos de 35 anos</i>	20	31,7%	23	19,2%	43	23,5%
<i>36 - 50 anos</i>	19	30,2%	48	40,0%	67	36,6%
<i>51 - 64 anos</i>	20	31,7%	38	31,7%	58	31,7%
<i>Mais de 65 anos</i>	4	6,3%	11	9,2%	15	8,2%
Nível de Escolaridade						
<i>Inferior ao 9º Ano</i>	22	34,9%	38	37,7%	60	32,8%
<i>9º Ano ou superior</i>	41	65,1%	82	68,3%	123	67,2%
Vive						
<i>Só</i>	12	19,0%	20	16,7%	32	17,5%
<i>Acompanhado</i>	51	81,0%	100	83,3%	151	82,5%
Salário						
<i>Mínimo</i>	36	57,1%	53	44,2%	89	48,6%
<i>Superior ao S. Mínimo</i>	27	42,9%	67	55,8%	94	51,4%
Classe SEDI						
<i>Baixa</i>	20	31,7%	33	27,5%	53	29,0%
<i>Média</i>	26	41,3%	36	30,0%	62	33,9%
<i>Alta</i>	17	27,0%	51	42,5%	68	37,2%

Caracterização geral das repostas

As repostas dadas pelos 183 inquiridos estão representadas na Tabela II através das suas frequências absolutas e relativas.

Tabela II Caraterização das repostas dadas nos questionários

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Consulta no Centro de Saúde no último ano	141	77
Doença crónica	81	55,7
Doença cardiovascular	70	38,3
Doença cardiovascular na família	132	72,1
Aceitação do rastreio	175	95,6
Razões para aceitar fazer o rastreio		
<i>"Para saber se tenho alguma doença"</i>	57	32,4
<i>"Para saber se estou saudável"</i>	118	67,4
Confiança nos resultados	174	99,4
Aceitação dos conselhos dados	173	98,9
Atitude perante os resultados	170	97,1
O que é mais importante		
<i>"Fazer análises"</i>	47	26,9
<i>"Boa alimentação e atividade física"</i>	128	73,1
Razões para não aceitação do rastreio		
<i>"Não quero saber se tenho alguma doença"</i>	4	50,0
<i>"O que importa é o que faço e sei o que devo fazer"</i>	2	25,0
<i>"Apenas acredito no que o meu médico me diz"</i>	1	12,5
<i>"Outra: aicmofobia"</i>	1	12,5

Análise por género

Após correlacionar a variável género com outras abordadas nos questionários, verificou-se que existiam diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino no que toca ao fato de serem doentes crónicos, terem familiares com doenças cardiovasculares, aceitarem fazer os rastreios quando lhes é proposto e na aceitação dos conselhos dados. Observaram-se, ainda, respostas diferentes à pergunta “o que considera mais importante? Fazer análises ou ter uma boa alimentação e atividade física”. Na tabela III é apresentado o cruzamento de frequências absolutas e relativas referentes a essas variáveis, com ajuste da percentagem relativa ao total de indivíduos de cada género.

Tabela III Análise por género

	Masculino	%	Feminino	%	Total	%	p
Doença Crónica	21	33,3	60	50,0	81	44,3	0,031
Doença Cardiovascular na família	34	25,8	98	74,2	132	72,1	0,000
Aceitação do rastreio	56	88,9	119	99,2	175	95,6	0,001
Aceitação dos conselhos dados	54	96,5	119	100,0	173	98,9	0,040
O que é mais importante							
<i>“Fazer análises”</i>	22	38,6	25	21,2	47	26,90	0,015
<i>“Boa alimentação e atividade física”</i>	35	61,4	93	78,8	175	73,10	0,015

Análise por grupo etário

Ao testar diferenças entre o grupo etário e as restantes variáveis, observaram-se diferenças significativas em relação à presença de doença crónica e cardiovascular e ao que é considerado mais importante entre fazer análises e ter boa alimentação e atividade física, à semelhança do verificado relativamente ao género. Essas diferenças encontram-se demonstradas na Tabela IV, através das suas frequências absolutas e relativas, estas representadas pela percentagem adaptada ao total de indivíduos de cada grupo etário.

Tabela IV Análise por grupo etário

	< 35 anos	%	36 - 50 anos	%	51 - 64 anos	%	>65 anos	%	P
Doença crónica	10	23,3	26	38,8	33	56,9	12	80,0	0,000
Doença cardiovascular	4	9,3	20	29,9	33	56,9	13	86,7	0,000
O que é mais importante									
Fazer análises	9	22,5	9	14,1	20	35,7	9	60,0	0,001
Boa alimentação e atividade física	31	77,5	55	85,9	36	64,3	6	40	0,001

Análise por Classe SEDI

Ao comparar a Casse SEDI com as restantes variáveis, a análise estatística demonstrou alguma disparidade entre as 3 classes, verificando-se diferenças significativas nas respostas às questões sobre: consulta no centro de saúde no último ano, existência de doença crónica e cardiovascular, razões para aceitar fazer o rastreio e o que é mais importante entre fazer análises ou ter boa alimentação e atividade física, como demonstrado na tabela V. As percentagens apresentadas correspondem às frequências relativas ao total de inquiridos pertencentes cada classe.

Tabela V Análise por classe SEDI

	Baixa	%	Média	%	Alta	%	P
Consulta no centro de saúde no último ano	48	90,6	53	85,5	40	58,8	0,000
Doença crónica	39	73,6	19	30,6	23	33,8	0,000
Doença cardiovascular	40	75,5	14	22,6	16	23,5	0,000
Razões para aceitar fazer o rastreio							0,019
<i>"Para saber se tenho alguma doença"</i>	23	45,1	19	31,7	15	23,1	
<i>"Para saber se estou saudável"</i>	28	54,9	41	68,3	50	76,9	
O que é mais importante							0,000
<i>"Fazer análises"</i>	23	45,1	15	25,0	9	14,1	
<i>"Boa alimentação e atividade física"</i>	28	54,9	45	75,0	55	85,9	

Análise baseada na frequência de consultas no Centro de Saúde no último ano

Após conclusão da análise estatística inferencial, as únicas diferenças significativas foram as relacionadas com a frequência de consulta no centro de saúde no último ano e a existência de doença crónica/cardiovascular, de doenças cardiovasculares na família e classe SEDI. Assim, na tabela Tabela VI encontram-se as frequências absolutas e relativas das variáveis referidas, sendo a percentagem calculada relativamente ao total de frequentadores de consultas no Centro de Saúde no último ano.

Tabela VI Análise baseada na frequência de consultas no Centro de Saúde no último ano

	Consulta no Centro de Saúde no último ano	%	p
Doença Crónica	68	48,2%	0,048
Doença Cardiovascular	60	42,60%	0,029
Doenças Cardiovasculares na família	107	75,9%	0,038
Classe SEDI			0,000
<i>Baixa</i>	48	34,0%	
<i>Média</i>	53	37,6%	
<i>Alta</i>	40	28,4%	

Discussão

Os factos de 95,6 % dos inquiridos aceitar fazer um rastreio cardiovascular sempre que lhes é proposto e de se verificar uma elevada percentagem de confiança nos resultados (99,4%) e nos conselhos dados após se submeterem aos rastreios (98,9%), vêm corroborar, o que foi referido anteriormente por *Carlos Martins et al*⁷ acerca da população portuguesa e a sua perceção em relação à necessidade de recorrer a exames médicos e à periodicidade dos mesmos. No mesmo artigo é discutido o fato dos portugueses não terem capacidade para discriminar os testes com recomendação baseada na evidencia científica dos que não o são⁷. Em contrapartida e, contrariamente ao concluído por *Luísa Sá et al* num estudo semelhante⁶, a maioria (73,1%) afirma que é mais importante ter uma boa alimentação e atividade física do que fazer análises, o que pode significar que quando apresentada mais do que uma hipótese de escolha é demonstrada uma capacidade de relativizar e concluir corretamente sobre o que é mais saudável. Esta interpretação remete-nos para a importância do papel do médico e da comunicação, na transmissão de conhecimentos básicos sobre hábitos de saúde, fatores de risco e outros determinantes essenciais para a Promoção da Saúde que, segundo Carta de Ottawa (OMS,1986) consiste no processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar¹⁰. Este conceito é fundamentado por *Alberto Pinto Hespanhol et al* que o descrevem paralelamente ao conceito de Medicina Preventiva.³ Segundo os autores agir em prol da Promoção da Saúde implica desenvolver diferentes atividades, sistematizadas em três vertentes de ação inter-relacionadas e complementares: educação para a saúde, prevenção da doença e proteção da saúde. É na vertente de educação para a saúde que surge o papel do médico, uma vez que representa um processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde³.

Das disparidades encontradas entre o género masculino e feminino a mais evidente é a presença de doença crónica e história familiar de doença cardiovascular, que se verificou muito superior nas mulheres. Talvez por esta razão, o sexo feminino apresente também uma maior percentagem de aceitação de rastreios e dos conselhos dados, e de confiança nos resultados.

Um aspeto a retirar em relação às desigualdades entre grupos etários é que as gerações mais velhas dão mais importância aos exames médicos do que as gerações mais novas que demonstram uma clara preferência por um estilo de vida saudável, presenciando-se, desta forma, uma evolução crescente da mentalidade em relação a este assunto. Apesar do número de inquiridos que não aceita fazer rastreios ser muito pequeno, é de realçar que são os de idades mais jovens que se inserem neste grupo.

A frequência de consultas no Centro de Saúde no último ano mostrou-se, de forma não inesperada, mais elevada nas Classes SEDI mais baixas. Uma vez que estas classes englobam indivíduos que têm formação académica mais baixa, não recebem e vivem sós, faz sentido que recorram mais aos Centros de Saúde. Seria interessante, em continuidade averiguar se as pessoas que pertencem a classes SEDI superiores, ou seja, com maior capacidade económica, tendem realmente a recorrer a mais consultas no privado.

São, também, as classes mais baixas que desvalorizam os hábitos saudáveis comparativamente ao ato de fazer análises. As classes mais elevadas abrangem pessoas com níveis superiores de escolaridade, que têm outro tipo de formação e é importante perceber que o contexto socioeconómico tem de facto, impacto na área da Promoção da Saúde.

Relativamente aos que frequentaram consulta no Centro de Saúde no último ano, as percentagens mais elevadas correspondem a portadores de doença crónica e pessoas com história pessoal e familiar de doença cardiovascular, o que corresponde ao esperado, uma vez que estes doentes mantêm consultas de seguimento para controlo das suas patologias.

À luz dos resultados obtidos surgem questões que ficaram por abordar, tais como, perceber que outros fatores têm influência na promoção da saúde, recorrendo a uma amostra mais abrangente e noutros locais do país que permita um estudo mais pormenorizado.

Conclusão

Foi possível averiguar que existem falhas por colmatar na área de Educação para a saúde.

Com a crescente promoção da Prevenção Secundária, transformou-se a perspetiva do doente relativamente aos rastreios cardiovasculares que são extremamente acessíveis em qualquer local e por qualquer pessoa, através de uma simples pergunta, sem implicações aparentes.

Não obstante, é de salientar que continua a ser atribuída importância à prática de estilos de vida saudáveis, principalmente pelos mais jovens.

É necessário continuar a estimular o conhecimento das pessoas relativamente aos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, uma vez que, continua a ser a principal causa de morte em Portugal.

O papel do médico na vertente de educação para a saúde é essencial e é preciso transmitir ao doente que, mais importante do que fazer análises é apostar em hábitos de vida saudáveis.

Referências Bibliográficas

1. Pandve HT. Quaternary Prevention : Need of the Hour. 2014;3(4):309–10.
2. Bentzen N. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Wonca Inte. 2003. 110 p.
3. Hespanhol AP, Couto L, Martins C. A medicina preventiva. Rev Port Clínica Geral [Internet]. 2008;24(1):49–64. Available from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10462/10198>
4. En R, Familia MDE. Genética y prevención cuaternaria . El ejemplo de la hemocromatosis. 2003;
5. Alwan A. Noncommunicable diseases: a major challenge for public health in the Region. East Mediterr Heal J. 1997;3(1):6–16.
6. Sá L, Ribeiro O, Azevedo LF, Couto L, Costa-pereira A, Hespanhol A, et al. Patients ' estimations of the importance of preventive health services : a nationwide , Patients ' estimations of the importance of preventive health services : a nationwide , population-based cross-sectional study in Portugal. 2016;(October).
7. Martins C, Martins C, Azevedo LF, Ribeiro O, Sá L, Santos P, et al. A Population-Based Nationwide Cross-Sectional Study on Preventive Health Services Utilization in Portugal- What Services (.... A Population-Based Nationwide Cross-Sectional Study on Preventive Health Services Utilization in Portugal — What Services (and Frequencies) Are Deemed Necessary by Patients ? 2014;(June).
8. Doenças P, Mediterrânica R, Qrv TXH, Wrwdo K, Dqrv GR V. As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: uma perspetiva epidemiológica. 2015;(Dcv):35–44.
9. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. 2003;(Despacho nº 16415/2003 (II série)):D. R. nº 193, de 22 de Agosto.
10. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. An international conference on health promotion: The move towards a new public health.

Anexos

RASTREIOS CARDIOVASCULARES, PERSPETIVA DA POPULAÇÃO

QUESTIONÁRIO

Este questionário foi elaborado no âmbito da realização de uma tese de Mestrado em Medicina na Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra. Não há respostas certas ou erradas, apenas queremos saber a sua opinião em relação aos rastreios cardiovasculares. As suas respostas serão anónimas. Obrigada pela sua colaboração.

GRUPO ETÁRIO:

- Até 35 Anos 36-50 Anos
 51-64 Anos Mais que 65 Anos

SEXO:

- M F

NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

- Menos que 9º Ano
 Mais que 9º Ano

VIVE:

- Só Acompanhado

SALÁRIO:

- Salário Mínimo ou Pensão Mais que Salário Mínimo

1. NO ÚLTIMO ANO TEVE ALGUMA CONSULTA NO CENTRO DE SAÚDE?

- SIM NÃO

2. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA CRÓNICA?

- SIM NÃO

3. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR? (ex: Hipertensão Arterial; Enfarte; Doenças do coração; Insuficiência Cardíaca; Gorduras no sangue; Diabetes)

- SIM NÃO

4. NA SUA FAMÍLIA HÁ ALGUÉM COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES? (ex: Hipertensão Arterial; Enfarte; Doenças do coração; Insuficiência Cardíaca; Gorduras no sangue; Diabetes)

- SIM NÃO

5. ACEITA FAZER UM RASTREIO CARDIOVASCULAR SEMPRE QUE LHE É PROPOSTO? (medir Tensão Arterial, picada por causa de açúcar ou gorduras no sangue)

- SIM NÃO

Se respondeu SIM continue. Se respondeu NÃO passe para a pergunta 11

6. POR QUAL DAS RAZÕES ABAIXO ACEITA FAZER O RASTREIO?

- PARA SABER SE TENHO ALGUMA DOENÇA

OU

PARA SABER SE ESTOU SAUDÁVEL

7. CONFIA NOS RESULTADOS DOS RASTREIOS CARDIOVASCULARES?

SIM NÃO

8. APÓS A REALIZAÇÃO DO RASTREIO ACEITA OS CONSELHOS QUE SÃO DADOS?

SIM NÃO

9. APÓS A REALIZAÇÃO DO RASTREIO TOMA ALGUMA ATITUDE EM RELAÇÃO AOS RESULTADOS?

SIM NÃO

10. O QUE É QUE É MAIS IMPORTANTE?

FAZER ANÁLISES TER BOA ALIMENTAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA

11. POR QUE NÃO ACEITA FAZER O RASTREIO?

NÃO QUERO SABER SE TENHO ALGUMA DOENÇA

NÃO QUERO SABER SE ESTOU SAUDÁVEL

NÃO ACREDITO EM RASTREIOS

O QUE IMPORTA É O QUE FAÇO E SEI QUE DEVO FAZER

APENAS ACREDITO NO QUE A(O) MINHA/MEU MÉDICA/(O) ME DIZ