



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

**CONHECIMENTO E APLICAÇÃO DE MEDICINA PREVENTIVA EM DIFERENTES
ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Mestrado Integrado em Medicina – TRABALHO FINAL

Artigo Científico Original – Área científica de Medicina Geral e Familiar

Daniel Rodrigues Pinto

Trabalho realizado sob orientação de:

Professor Doutor José Augusto Rodrigues Simões

Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva

Março/2023

RESUMO

Introdução: A medicina preventiva é o campo da medicina que se foca em diminuir a ocorrência e gravidade da doença, incapacidade ou morte, atuando preventivamente no indivíduo e na comunidade. Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar se os conhecimentos preventivos de médicos de várias especialidades se encontram em concordância com as recomendações mais atuais, bem como avaliar as possíveis diferenças que possam surgir entre especialidades, entre as diferentes zonas do país e ao longo da progressão na carreira.

Materiais e Métodos: Estudo piloto observacional e transversal, realizado através de um questionário online, com caso clínico sobre diversas intervenções de carácter preventivo. O objetivo foi avaliar a concordância com as recomendações da United States Preventive Services Task Force e da American Diabetes Association, sendo particularmente dirigido a médicos especializados em MGF, medicina interna, ginecologia, urologia e endocrinologia. Efetuou-se uma análise descritiva e inferencial dos dados com comparações entre especialidades, ARS em que trabalha, serviço de saúde onde exerce e grau de carreira em que estava com o teste de Kruskal-Wallis. Foram também avaliadas correlações entre número de respostas certas, a idade e o número de anos de prática médica, com o teste de correlação de Spearman.

Resultados: A amostra foi constituída por 137 médicos. Observou-se uma taxa de respostas certas de 78,7% e verificou-se uma prevalência de respostas certas igual ou superior a 90%, em 51,5% do questionário. Não obstante, observaram-se seis perguntas em que houve um maior número de respostas incorretas: realização de toque retal; teste anti-HCV e HIV; de Clamídea e Gonorreia e na regularidade com que se realizaria medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO. Houve significativamente melhores respostas em assistentes e internos dentro dos diferentes graus de carreira ($p=0,043$), em MGF dentro das diferentes especialidades ($p<0,001$) e entre os médicos que trabalham exclusivamente no serviço público ($p=0,044$). Foi possível também constatar que o número de repostas certas se correlacionou negativa e significativamente com a idade ($p<0,001$) e número de anos de prática médica ($p<0,001$).

Discussão e conclusão: As principais limitações do estudo estão na sua amostra reduzida, especialidade em especialidades hospitalares, e de ter sido realizado online. Os médicos da amostra apresentaram conhecimentos satisfatórios de acordo com as recomendações da UPSTF e ADA, com uma taxa de respostas certas de 78,7%, concordante com estudos feitos apenas com médicos de família. A principal área em que se verificou um défice de conhecimento foi na realização de toque retal; teste anti-HCV e HIV; de Clamídea e

Gonorreia e na regularidade com que se realizaria medição da glicose em jejum/HbA1/PTGO. Constatou-se uma diferença significativa entre especialidades, entre graus de carreira, modalidade de serviço em que exerce, idade e tempo de carreira.

ABSTRACT

Introduction: Preventive medicine is the field of medicine that focuses on decreasing the occurrence and severity of disease, disability or death, preventively maintained in the individual and the community. This study was carried out with the aim of analyzing whether the preventive knowledge of physicians from various specialties is in line with the current recommendations, as well as evaluating the possible differences that may arise between physicians, between different areas of the country and throughout the Career Development.

Method: Observational and cross-sectional study, carried out through an online questionnaire, with a clinical case on various preventive interventions. The objective was to assess compliance with the recommendations of the United States Preventive Services Task Force and the American Diabetes Association, being particularly aimed at physicians specializing in internal medicine, gynecology, urology, endocrinology and family medicine. A descriptive and inferential analysis of the data was carried out with comparisons between specialties, the ARS in which they work, the health service where they work and the career level they were in with the Kruskal-Wallis test. Correlations between the number of correct answers, age and number of years of medical practice were also evaluated using Spearman's correlation test.

Results: The sample consisted of 137 physicians. There was a rate of correct answers of 78.7% and a prevalence of correct answers equal to or greater than 90%, in 51.5% of the questionnaire. However, there were six questions in which there was a greater number of incorrect answers: rectal examination; anti-HCV and HIV testing; of Chlamydia and Gonorrhea and the regularity in measuring glucose/HbA1c/PTGO. There were significantly better responses within the different career levels, specifically in assistants and interns ($p=0.043$) within the different specialties, highlighting family physicians ($p<0.001$) and the different modalities in which they exercise their service, namely in the public service ($p\text{-value}=0.044$). It was also possible to verify that the number of correct answers correlated negatively and significantly with age ($p<0.001$) and number of years of medical practice ($p\text{-value}<.001$).

Conclusions: The main limitations of the study are its reduced sample size and the fact that it was carried out online. Physicians of the specialties highlighted presented satisfactory knowledge according to the UPSTF and ADA recommendations, in agreement with studies carried out with family physicians. The main areas in which there was a lack of knowledge was in performing a digital rectal examination; anti-HCV and HIV testing; of Chlamydia and Gonorrhea and the regularity with which fasting glucose/HbA1c/PTGO measurement would be performed. A significant difference was found between specialties, between career degrees, type of service in which they work, age and length of career.

Palavras-Chave: Medicina Preventiva; Médicos portugueses; Serviços de Saúde Preventivos.

Abreviaturas:

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

USPTF - United States Preventive Task Force

ADA - American Diabetes Association

ARS – Administração regional de saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

MGF – Medicina Geral e Familiar

WHO - World Health Organization

PA - Pressão Arterial

PTGO – Prova de tolerância à glicose oral

ECG – Eletrocardiograma

HCV – Vírus da Hepatite C

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

PSA - Antígeno específico da próstata

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

Keywords: Preventive Medicine; Portuguese Doctors; Preventive Health Services.

Abbreviations:

FMUC – Faculty of Medicine of the University of Coimbra, Portugal

USPTF - United States Preventive Task Force

ADA - American Diabetes Association

ARS - Regional Health Administration

SNS - National Health Service

MGF – Family physician

WHO - World Health Organization

PA - Blood Pressure

PTGO – Oral Glucose Tolerance Test

ECG – Electrocardiogram

HCV – Hepatitis C VirusM

HIV - Human Immunodeficiency Virus

PSA - Prostate Specific Antigen

DPOC – chronic obstructive pulmonary disease

INTRODUÇÃO:

A medicina preventiva é o campo da medicina que se foca em diminuir a ocorrência e gravidade da doença, incapacidade ou morte, atuando no indivíduo e na comunidade [1]. Hespanhol afirma que medicina preventiva deve ser entendida como promoção de saúde [2], definida por "processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar", na Carta de Ottawa [3].

Até há pouco tempo eram considerados apenas quatro níveis de prevenção em saúde: a prevenção primordial, primária, secundária e terciária [4]. A prevenção primordial consiste em ações para minimizar riscos futuros à saúde, focando-se em inibir o estabelecimento de fatores que aumentem o risco de doenças. Em vez de prevenir a exposição pessoal a fatores de risco, que é o objetivo da prevenção primária, aborda os determinantes da saúde com maior amplitude [5]. A Prevenção Primária procura intervir antes do aparecimento de efeitos negativos na saúde promovendo a alteração de comportamentos de risco (má alimentação hábitos alimentares, tabágicos, etílicos) e através de medidas como vacinação, e proibição de substâncias associadas com uma doença ou condição de saúde [6]. A Prevenção Secundária já atua na doença, procurando identificá-la em estádios iniciais, antes do aparecimento dos sinais e sintomas, por meio de medidas como testes regulares de pressão arterial e mamografia [7]. A Prevenção Terciária pretendendo reduzir a incapacidade causada pela doença entra na fase pós-diagnóstica da doença, para parar ou atrasar a progressão da mesma por meio de medidas como promoção da aderência à terapêutica, reabilitação, quimioterapia e triagem de complicações [8]. A mais recente definição de prevenção quaternária, de acordo com o Wonca International Dictionary for General/Family Practice, são "ações tomadas para identificar pacientes em risco de polimedicação, para protegê-los de novas invasões médicas e para sugerir-lhes intervenções, que sejam eticamente aceitáveis." [9]. Foi proposta inicialmente Marc Jamouille, dirigindo-se principalmente a pacientes com enfermidade mas sem a doença. [10] A definição recentemente foi modificada para "uma ação tomada para proteger os indivíduos de intervenções médicas que provavelmente causarão mais danos do que benefícios" [11].

Um enorme contributo para a uniformização das medidas de carácter preventivo em vigor atualmente foi fruto da criação da Canadian Task Force on Preventive Health Care, em 1976 e em 1984 a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF). Isto acabou por permitir a incorporação de novos métodos de revisão bibliográfica, culminando na publicação de recomendações para intervenções preventivas de acordo com uma escala baseada nos níveis de evidência científica e graus de recomendação [12,13,14].

Não obstante, estão bem documentados casos de uso exagerado de testes e procedimentos diagnósticos e até cirurgias nos próprios Estados Unidos da América [15, 16]. Algumas dessas intervenções envolvem custos elevados e podem sobrecarregar financeiramente os sistemas de saúde [16-18]. Há cada vez mais evidência científica de que intervenções preventivas realizadas de forma inadequada causam dano, não só aos sistemas de saúde que as suportam como também ao paciente, sob a forma de eventual sobrediagnóstico e conseqüentemente sobretratamento [19-22]. Neste contexto, é importante garantir o cumprimento das normas protocoladas e acompanhar a sua atualização.

Em Portugal, Rodrigues, num estudo aos alunos de medicina do 3º e do 6º ano da FMUC em 2017, refere a necessidade da discussão de prevenção quaternária durante o curso, tendo observado discrepâncias em relação às recomendações [23]. Peixoto, também num estudo realizado a alunos da FMUC, desta vez do 4º ao 6º ano, em 2022, observou que ainda que haja uma evolução dos conhecimentos ao longo dos anos e a concordância com as recomendações tenha sido satisfatória, esta diminuía quando questionados sobre o intervalo recomendado para a repetição das intervenções [24]. Enquanto estes artigos foram focados em alunos, Martins, em 2014, realizou um estudo a médicos de família e reportou uma alta concordância com as recomendações da USPSTF, mas concluiu alertando para o possível uso excessivo de algumas intervenções preventivas e os danos que podem advir do mesmo [25]. Fica por esclarecer se outras especialidades também terão o mesmo tipo de conhecimentos e atitudes.

Assim, este estudo propôs-se a comparar os conhecimentos e atitudes em medicina preventiva de médicos das especialidades de medicina geral e familiar, urologia, ginecologia, medicina interna e endocrinologia. Foi realizado com o objetivo de analisar se os conhecimentos preventivos de médicos de várias especialidades se encontram em concordância com as recomendações mais atuais, bem como avaliar as possíveis diferenças que possam surgir entre especialidades, entre as diferentes zonas do país e ao longo da progressão na carreira.

DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo piloto transversal e observacional durante o mês de março de 2023 dirigido a médicos de todo o território nacional.

AMOSTRA

A amostra foi constituída por médicos portugueses, com ou sem especialidade, particularmente dirigidos aos especializados em MGF, medicina interna, ginecologia, urologia

e endocrinologia. Foi usada a ferramenta online do *Google Forms* para realização do inquérito e recolha dos dados do mesmo. A colheita dos dados foi efetuada através da divulgação deste questionário online por meio de *mailinglists*, redes sociais, metodologia “bola de neve” e através de contacto por e-mail de diversos hospitais como também as sociedades portuguesas das especialidades em foco neste artigo. A participação dos médicos foi voluntária e anónima, sendo o questionário aprovado pela Comissão de Ética da FMUC (Anexo 1).

MATERIAIS

O questionário foi adaptado, com a sua permissão, de um originalmente criado por Martins, em 2014, num estudo a médicos especializados em MGF [25], atualizando-o para as recomendações mais atuais.

O questionário começava por inquirir se estavam de acordo com as respostas serem utilizadas para efeitos estatísticos, pedindo o consentimento e de seguida tinha perguntas socio-demográfico-profissionais: idade, ARS a que pertence o local de trabalho, grau na especialidade/carreira, a especialidade, o número de anos de prática médica e em que modalidade de serviço de saúde exercia. Era, então, apresentado um caso clínico de um paciente de 52 anos, sem sexo especificado, que se apresentava numa consulta de rotina, sem apresentar nenhuma queixa, antecedentes de relevo, exames médicos prévios ou fatores de risco. No final do questionário, havia perguntas dirigidas caso o paciente fosse do sexo masculino ou do sexo feminino. (anexo 2)

Foi perguntado aos médicos quais das seguintes intervenções de carácter preventivo eles realizariam, nomeadamente: medição da pressão arterial (PA), calcular o IMC, medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO em doente com excesso de peso, prova de sangue oculto nas fezes (PSOF), Sumária de Urina/Urocultura, ecografia abdominal, eletrocardiograma (ECG), espirometria em doente fumador, ecografia da tiróide, teste anti-HCV (hepatite C), rastreio para infeção por HIV, questionar sobre o abuso de drogas, questionar sobre os hábitos tabágicos, aconselhar a cessação tabágica em doente fumador, questionar sobre os hábitos etílicos, aconselhar redução dos hábitos etílicos em doente que os tenha, aconselhar a redução de peso em doente com excesso do mesmo ou obeso, questionar sobre a atividade física, aconselhar exercício físico em doente sedentário. No caso do doente ser do sexo masculino questionou-se sobre a realização de toque retal, medição do antigénio específico da próstata (PSA), realização de ecografia prostática e realização de ecografia testicular. No caso do doente ser do sexo feminino, questionou-se sobre a realização de uma mamografia, teste de HPV, ecografia ginecológica, rastreio e Clamídea e Gonorreia se doente sexualmente ativa. Foi também inquirido a regularidade com que voltariam a realizar a intervenção, caso

tivessem optado por a realizar, assumindo um resultado normal, nas perguntas: medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO, prova de sangue oculto nas fezes (PSOF), Sumário de Urina/Urocultura, realização de mamografia, teste de HPV e ecografia ginecológica. Foram consideradas corretas as respostas que estavam em concordância com as recomendações da USPSTF [27] e da ADA [28].

PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A análise de dados foi conduzida em ambiente SPSS, versão 26. Na análise descritiva foram utilizadas frequências (n) e proporções (%). Na análise inferencial utilizaram-se testes não paramétricos pela distribuição não normal da variável do número de respostas certas (aferido pelo teste de Kolmogorov Smirnov): teste de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman[26]. O nível de significância para rejeição da hipótese nula foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra tinha 137 médicos, sendo distribuídos pelas seguintes especialidades: 87 médicos especializados em MGF, 13 especializados em urologia, 8 especializados em ginecologia, 6 especializados em endocrinologia, 16 especializados em medicina interna, 1 não especializado e 6 em outras especialidades. Na tabela 1 observa-se a distribuição dos médicos pelas ARS do país, realçando-se uma maior prevalência de médicos da ARS Centro com 78 respostas seguida da ARS Norte com 24 e a ARS Lisboa e Vale do Tejo com 19. Quanto ao grau de especialidade, a maioria eram assistentes, com 62 respostas, sendo seguido de assistentes graduados e internos com resultados próximos, 35 e 26, respetivamente

TABELA 1 – Frequência e % de respostas por ARS, grau na carreira, especialidade e serviço de saúde onde exerce.

		Frequência	Percentagem
ARS	Centro	78	56,5
	Norte	24	17,5
	Lisboa e Vale do tejo	19	13,9
	Alentejo	6	4,4
	Algarve	2	1,5
	Açores	8	5,8
Total		137	100
Grau na carreira	Assistente Graduado Sénior	13	9,5
	Assistente graduado	35	25,5
	Assistente	62	45,3
	Interno	26	19
	Medicina Privada	1	0,7
Total		137	100
Especialidade	MGF	87	63,5
	Urologia	13	9,5
	Ginecologia	8	5,8
	Endocrinologia	6	4,4
	Medicina Interna	16	11,7
	Sem especialidade	1	0,7
	Outras	6	4,3
Total		137	100
Serviço de Saúde onde exerce	Público	95	69,3
	Privado	4	2,9
	Ambos	38	27,7
Total		137	100

Na tabela 2 estão as respostas dadas ao questionário, onde se observa uma média total de 78,7% de respostas corretas. Observaram-se seis perguntas em que houve um maior número de respostas incorretas sendo: rastreio de Clamídea e Gonorreia (89%), teste anti-HCV (86%), regularidade com que realizaria medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO (82,5%), rastreio de infecção HIV (51%), toque retal (54,7%) e realização de espirometria em fumadores (50,3%). Observou-se uma prevalência de 100% de respostas corretas nas questões de Ecografia da tiroide; questionar sobre os hábitos tabágicos; Cessaçãotabágica, em fumador; Perder peso, se em excesso ou obeso; Realizaçãode mamografia.

Foi observada uma prevalência de respostas corretas acima de 90% nas perguntas sobre a medição de tensão arterial, cálculo do IMC, medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO, realizaçãode ecografia abdominal, questionar o abuso de drogas, hábitos etílicos, reduzir hábitos etílicos de risco se os tiver, questionar sobre atividade física, realizaçãode exercício físico se sedentário, ecografia prostática e ecografia testicular.

TABELA 2. Análise descritiva das respostas, sinalizado a cinzento a que obteve maior frequência.

Medidas de carácter preventivo	Respostas correta	Resposta incorreta	Percentagem de respostas corretas
Pressão arterial	134	3	97,8
IMC	136	1	99,3
Medição da glicose em jejum ou HbA1c ou PTGO	125	12	91,2
Regularidade da medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO	24	113	17,5
Teste de sangue oculto nas fezes	121	16	88,3
Regularidade do teste de sangue oculto	101	36	73,7
Sumário de Urina ou urocultura	104	33	75,9
Regularidade da Sumária de Urina ou Urocultura	102	35	74,5
Ecografia abdominal	129	8	94,2
ECG	70	67	51,1
Espirometria, em fumador	68	69	49,6

Ecografia da tireoide	137	0	100
Teste anti-HCV	19	118	13,9
Rastreo para infeção por HIV	67	70	48,9
Questionar sobre abuso de drogas	131	6	95,6
Questionar sobre os hábitos tabágicos	137	0	100
Cessaçãõ tabágica, em fumador	137	0	100
Questionar sobre os hábitos etílicos	136	1	99,3
Reduzir hábitos etílicos de risco, se os tiver	136	1	99,3
Perder peso, se em excesso ou obeso	137	0	100
Questionar sobre atividade física	136	1	99,3
Realizaçãõ de exercício físico, se sedentário	136	1	99,3
Toque retal	62	75	45,3
Pedir PSA	72	65	52,6
Ecografia prostática	132	5	96,4
Ecografia testicular	136	1	137
Realizaçãõ de mamografia	137	0	99,3
Regularidade da mamografia	116	21	84,7
Teste de HPV	120	17	87,6
Regularidade do Teste de HPV	88	49	64,2
Ecografia ginecológica	118	19	86,1
Regularidade da ecografia ginecológica	117	20	85,4
Rastreo de Clamídea e Gonorreia, se sexualmente ativa	15	122	10,9

Na tabela 3 estão descritas as médias e desvios padrão das respostas corretas por ARS, grau na carreira, especialidade e serviço de saúde onde exerce. Observa-se diferenças no grau de carreira ($p=0,043$), tendo o grau de assistente uma média de respostas certas de 26,31 e o grau de interno uma média de 26,85; nas especialidades ($p<0,001$), apresentando MGF uma média de 27,44 e no serviço onde exerce ($p\text{-value}=0,044$), com o serviço público exibindo uma média de 26,24.

TABELA 3. Análise inferencial das respostas, com médias e desvio padrão das respostas corretas por ARS, grau na carreira, especialidade e serviço de saúde onde exerce. (Teste de Kruskal-Wallis)

		Médias	Desvios-padrão	P
ARS	Centro	25,28	3,145	0,079
	Norte	26,71	2,774	
	Lisboa e Vale do tejo	27,05	3,341	
	Alentejo	25,83	2,563	
	Algarve	28,00	4,243	
	Açores	24,75	3,370	
Grau na carreira	Assistente Graduado Sénior	25,00	3,189	0,043
	Assistente graduado	24,60	3,875	
	Assistente	26,31	2,652	
	Interno	26,85	2,618	
	Medicina Privada	21	---	
Especialidade	MGF	27,44	2,084	<,001
	Urologia	22,38	2,815	
	Ginecologia	24,63	1,996	
	Endocrinologia	23,17	2,858	
	Medicina Interna	23,13	2,156	
	Sem especialidade	23,00	2,156	
	Outras	---	---	
Serviço onde exerce	Público	26,24	2,942	0,044
	Privado	23,00	2,944	
	Ambos	25,03	3,476	

Na tabela 4 observam se correlações entre o número de respostas certas, a idade e o número de anos de prática médica. É possível constatar que há uma correlação negativa fraca ($r = -0,352$) o número de anos de prática médica e o número de respostas certas ($p < 0,001$) e também uma correlação negativa fraca ($r = -0,33$) entre a idade e o número de respostas corretas ($p < 0,001$) [26].

TABELA 4 – Correlações entre número de respostas certas, a idade e o número de anos de prática médica.

		Respostas corretas	Idade
Número de anos de prática médica	Coeficiente de Correlação	-,352	,920
	P-value	<,001	<,001
Idade	Coeficiente de Correlação	-,333	---
	P-value	<,001	---

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo comprovaram que os médicos apresentam um grau razoável de concordância com as recomendações da USPSTF, verificando-se uma taxa de respostas certas de 78,7% e uma prevalência igual ou superior a 90%, em 51,5% do questionário. Não obstante, verificaram-se áreas em que o conhecimento preventivo foi insuficiente, nomeadamente na realização de espirometria, num doente fumador; na realização de rastreio de HIV; na realização de toque retal; na realização de um teste anti-HCV; na realização de rastreio de Clamídea e Gonorreia e na regularidade com que se realizaria medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO. Em particular, as últimas quatro descritas obtiveram uma prevalência de respostas erradas igual ou superior a 80%.

A respeito do rastreio de HIV, a USPSTF considera ser de grau de recomendação mais forte, A, sendo por isso inesperado uma prevalência tão grande de respostas erradas. Dandachi afirma que são necessários mais esforços para melhorar os conhecimentos sobre o rastreio universal e mudar as práticas em médicos internos [29]. Este mesmo esforço seria benéfico em diversas especialidades como também aplicado mais cedo já em estudantes, tendo os alunos em anos clínicos na FMUC também apresentado conhecimentos deficientes no tópico [24].

Quanto ao uso da espirometria, este é o teste de função pulmonar mais comum. É amplamente utilizado na avaliação da função pulmonar sendo que fornece informações usadas no diagnóstico e na monitorização da saúde pulmonar. [30]. Não obstante, o seu uso como meio diagnóstico, em doentes assintomáticos, ainda que fumadores, obtém o grau de recomendação D pela USPSTF. Uma vez que as recomendações são contra a utilização deste exame como método de rastreio para a DPOC, a sua utilização prende-se por um desconhecimento das mesmas ou pela crença de muitos médicos e pacientes de que mais intervenções são sempre equivalentes a melhores cuidados prestados [17].

Os nossos resultados quanto à realização do toque retal são semelhantes aos encontrados em médicos de família [25] e em alunos [23], sendo intrigante que ainda seja um exame tão realizado em Portugal como forma de rastreio, sem indicação, nove anos depois destes estudos. O uso exagerado deste exame pode dever-se ao facto de ser utilizado para excluir a presença de tumor prostático e retal perante queixas suspeitas [31] contudo torna-se mais um exemplo de medicina defensiva, que pode causar desconforto e dor, entre complicações mais graves como infeção e bacteriémia [32].

A USPSTF recomenda o rastreio para a Hepatite C em adultos com idades compreendidas entre os 18 e 79 anos, contudo este estudo averiguou uma prevalência de 86% de respostas contrárias. No entanto, estas recomendações foram atualizadas em 2020,

sendo que previamente estavam em vigor recomendações de 2013 que apenas recomendavam o rastreio a pessoas nascidas entre 1945 e 1965 e/ou pessoas com elevado risco de infeção [33]. Estas recomendações eram então muito menos abrangentes que as atuais, mas a não atualização com as mesmas dificulta o objetivo da OMS em eliminar a doença como problema de saúde pública até 2030. Em Portugal, apesar de se considerar que a erradicação da doença é possível e que estamos no caminho certo, também se considera que este caminho ainda será longo e será necessário focar especialmente nas áreas de rastreio e diagnóstico [34], afirmação com que o nosso estudo é congruente. É necessário que a realização deste rastreio seja otimizada.

A associação americana para a diabetes (ADA) recomenda a realização do rastreio para pré-diabetes e diabetes tipo 2 em pessoas com excesso de peso ou obesidade e acima dos 35 anos com grau de recomendação B e observamos uma prevalência de respostas certas acima de 90% quanto à realização deste mesmo rastreio. No entanto, quanto à periodicidade deste mesmo rastreio, recomendado pela ADA, com grau de recomendação C, ser realizado no mínimo de 3 em 3 anos, a prevalência de respostas erradas foi de 82,5%. Peixoto reportou também esta mesma falha nos alunos da FMUC em anos clínicos, sendo que a maioria destes optou por efetuar o rastreio com uma frequência inferior ao recomendado [24]. Sendo que Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas de diabetes tipo 2 e acredita-se que a crise de saúde resultante da pandemia COVID-19 tenha aumentado o número de casos de pessoas com diabetes não diagnosticadas, esta pode ser a explicação para os dados relatados neste estudo [35].

Os dados encontrados descrevem uma diferença significativa não só entre especialidades como entre graus de carreira, serviço onde exerce e idade e tempo de carreira.

A respeito da diferença entre especialidades médicas, a média de respostas certas de MGF destaca-se em relação às restantes. A medicina preventiva, ainda que transversal a todas as especialidades, está bastante enraizada e é treinada na especialidade de MGF, uma vez que esta fornece um ponto de vista único para todas as necessidades de saúde do indivíduo. [36] Ainda que esta possa ser uma justificação para a maior concordância com as recomendações mais atuais, é importante realçar que a especialidade de MGF foi a mais predominante na amostra deste estudo.

Quanto ao grau e tempo de carreira, observou-se maior número de respostas certas em médicos mais novos e em fases de carreira iniciais, o que pode significar que há uma certa dificuldade na atualização com recomendações atuais por parte dos médicos mais velhos, sendo o mesmo descrito por Martins [25] na amostra de médicos de MGF portugueses.

Foram observados melhores resultados em médicos que exercem exclusivamente no serviço público. É possível que isto se deva ao menor número de médicos de MGF em relação

a outras especialidades no serviço privado ou a uma maior tendência para a medicina defensiva neste mesmo serviço, mas seriam necessários mais estudos para que se possam tirar conclusões.

O número reduzido da amostra foi provavelmente o maior ponto fraco deste estudo. Alguns dos motivos prendem-se com a janela de tempo limitada em que o questionário esteve disponível. A divulgação do mesmo dentro de meios hospitalares também foi inferior à pretendida, sendo que a exigência de muitos de submissão à comissão de ética própria de cada hospital, foi um dos principais inconvenientes temporais. Além disso, tratando-se de um questionário online pode ter limitado respostas de pessoas menos presentes nos meios digitais e também possibilitado respostas com consulta a meios externos. A potencial existência de múltiplas respostas foi de alguma forma mitigada pela exigência de conta Google própria para submissão do questionário, sendo que esta medida pode ter tido impacto na adesão.

Apesar das limitações deste estudo, acreditamos que estes resultados contribuam para um melhor entendimento do estado atual da medicina preventiva em Portugal. Este estudo apresenta grande potencial de reprodução futura, sendo interessante perceber como os resultados se alterariam com uma amostra mais substancial. Seria também de interesse fazer um estudo que contasse com médicos da região Autónoma da Madeira e que abrangesse outras especialidades, sendo a medicina preventiva um tema transversal a todas as especialidades e de crescente interesse na comunidade científica. Este artigo e artigos futuros que lhe dêem continuidade poderão servir como meio de comparação entre Portugal e demais países, onde seria interessante replicar o estudo também.

CONCLUSÃO

Os médicos da amostra apresentaram conhecimentos satisfatórios de acordo com as recomendações da UPSTF e ADA. As áreas em que se observa uma maior necessidade de melhoria são na realização de toque retal; na realização de um teste anti-HCV e HIV; na realização de rastreio de Clamídea e Gonorreia e na regularidade com que se realizaria medição da glicose em jejum/HbA1c/PTGO. Constatou-se uma diferença significativa entre especialidades, destacando-se a MGF; entre graus de carreira, tendo melhores resultados assistentes e internos; na modalidade de serviço em que exerce, com melhores resultados no serviço público e ainda na idade e tempo de carreira, tendo os médicos mais novos obtido melhores resultados.

Sugere-se um alargamento da amostra para caracterizar melhor as especialidades hospitalares nesta área.

Agradecimentos:

Agradeço ao Professor Doutor José Augusto Simões e em especial à Professora Doutora Inês Rosendo pelo apoio e por toda a ajuda indispensável na realização deste trabalho. Agradeço também à minha família, colegas e amigos que me apoiaram durante o meu percurso académico.

REFERÊNCIAS:

1. The American Board of Preventive Medicine [Internet]. [cited 2023 Mar 27]. Disponível em: <https://www.theabpm.org/about-us/>
2. Hespanhol AP, Couto L, Martins C. A medicina preventiva. Rev Port Med Geral Fam. 2008;24(1):49-64. doi:10.32385/rpmgf.v24i1.10462
3. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. An international conference on health promotion: The move towards a new public health; 1986 Nov 17-21; Ottawa. Ottawa: WHO; 1987.
4. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária = From primordial to quaternary prevention. Rev Port Saúde Pública. 2005;23(1):91-96.
5. Pandve HT. Quaternary prevention: need of the hour. J Family Med Prim Care. 2014 Oct-Dec;3(4):309-10. PMID: 25657934; PMCID: PMC4311333.
6. Wallace RB. Primary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. Encyclopedia of Public Health [online]. 2006. [cited 2023 Mar 27]. Disponível em: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/primary-prevention>
7. Wallace RB. Secondary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. Encyclopedia of Public Health [online]. 2006. [cited 2023 Mar 27]. Disponível em: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/secondary-prevention>.
8. Wallace RB. Tertiary prevention. In: Breslow L, Cengage G, editors. Encyclopedia of Public Health [online]. 2006. [cited 2023 Mar 27]. Disponível em: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/tertiary-prevention>.
9. Bentzen N, editor. WONCA Dictionary of General/Family Practice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
10. Kisling LA, Das JM. Prevention Strategies. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.
11. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. Eur J Gen Pract. 2018 Dec;24(1):106-111.

12. United States Preventive Services Task Force, editor. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1996.
13. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268:2420-5.
14. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Canada. The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada; 1994.
15. Birkmeyer JD, Sharp SM, Finlayson SRG, Fisher ES, Wennberg JE. Variation profiles of common surgical procedures. *Surgery*.
16. Merenstein D, Daumit GL, Powe NR. Use and costs of nonrecommended tests during routine preventive health exams. *Am J Prev Med*. 2006 Jun;30(6):521-7. doi: 10.1016/j.amepre.2006.02.003. PMID: 16704947.
17. Allan GM, Innes GD. Do family physicians know the costs of medical care? Survey in British Columbia. *Can Fam Physician*. 2004;50:263-70.
18. Allan GM, Lexchin J. Physician awareness of diagnostic and nondrug therapeutic costs: a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24:158-65.
19. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502.
20. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997-9.
21. Heath I. Who needs health care—the well or the sick? *BMJ*. 2005;330:954-6.
22. Kalager M, Adami H-O, Bretthauer M, et al. Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from the Norwegian screening program. *Ann Intern Med*. 2012;156:491-9.
23. Rodrigues F, Carvalho I, Caniço E. Conhecimentos sobre cuidados preventivos em alunos dos 3o e 6o anos [Ph.D]. Universidade de Coimbra; 2017.
24. Peixoto JNL, da Silva. Conhecimentos de Medicina Preventiva dos Alunos de Medicina nos seus Anos Clínicos. Universidade de Coimbra; 2022.
25. Martins C, Azevedo L, Santos C, Sá L, Santos P, Couto M, et al. Preventive health services implemented by family physicians in Portugal—a cross-sectional study based on two clinical scenarios. *BMJ Open*. 2014;4(5):e005162.
26. Taylor R. Interpretation of the Correlation Coefficient: A Basic Review. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*. 1990;6(1):35-39. doi:10.1177/875647939000600106

27. Home page | United States Preventive Services Taskforce [Internet]. Uspreventiveservicestaskforce.org. 2022 [cited 27 March 2023]. Disponível em: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/home>
28. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*. 2021;45(Supplement_1): S17-S38.
29. Dandachi D, Dang B, Wilson Dib R, Friedman H, Giordano T. Knowledge of HIV Testing Guidelines Among US Internal Medicine Residents: A Decade After the Centers for Disease Control and Prevention's Routine HIV Testing Recommendations. *AIDS Patient Care and STDs*. 2018;32(5):175-180.
30. Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, Barjaktarevic IZ, Cooper BG, Hall GL, et al. Standardization of Spirometry 2019 Update. An Official American Thoracic Society and European Respiratory Society Technical Statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(8):e70-e88.
31. Steggall MJ. Digital rectal examination. *Nurs Stand*. 2008;22(47):46-48. doi:10.7748/ns2008.07.22.47.46.c6633
32. Villanueva Herrero JA, Abdussalam A, Kasi A. Rectal Exam. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. [Updated 2023 Feb 18]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537356/>
33. Final Evidence Summary: Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: Screening. United States Preventive Services Task Force [Internet]. [cited 2023 March 27]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/final-evidence-summary/hepatitis-c-screening>
34. Pedro MF. Hepatite C em Portugal: estaremos a caminho da erradicação? [Internet]. [cited 2023 March 27]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/18152>
35. Pandemia agravou número de diabéticos não diagnosticados. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna [Internet]. [cited 2023 March 27]. Disponível em: <https://www.spmi.pt/pandemia-agravou-numero-de-diabeticos-nao-diagnosticados/>
36. Yeravdekar R, Yeravdekar VR, Tutakne MA. Family physicians: importance and relevance. *J Indian Med Assoc*. 2012 Jul;110(7):490-3. PMID: 23520678.

Anexos:



Daniel Pinto <dannyrp00@gmail.com>

Envio parecer CE_Proc. CE-036/2023_Daniel Pinto

1 mensagem

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

8 de março de 2023 às 14:26

Para: Dannyrp00@gmail.com

Cc: jars58@gmail.com, inesrcs@gmail.com

Exmo. Senhor

Dr. Daniel Rodrigues Pinto,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título **“Conhecimento e aplicação de medicina preventiva em diferentes especialidades médicas”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 02 de março, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Parecer favorável. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização.

Contudo, solicita que:

1) no Formulário específico da Comissão de Ética seja expressa uma estimativa aproximada do número de participantes;

2) no texto do Consentimento Informado seja expresso o tempo estimado de resposta (tal como consta do questionário);

3) a versão final dos documentos a corrigir seja remetida a esta Comissão, com as alterações efetuadas devidamente assinaladas, para encerramento do processo administrativo”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Conhecimentos de Medicina Preventiva nas diversas especialidades médicas

Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito da Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina de Coimbra e destina-se a médicos das especialidades de medicina geral e familiar, urologia, ginecologia, endocrinologia e medicina interna, tendo como objetivo analisar se o conhecimento sobre medicina preventiva se encontra em concordância com as recomendações de carácter preventivo mais recentes. Para tal, solicitamos a sua colaboração.

A duração do preenchimento deste questionário é de cerca de 5 min.
A participação neste estudo é de carácter voluntário, anónimo e confidencial, pelo que pode interromper a realização do questionário a qualquer momento.

Os dados obtidos servirão exclusivamente para fins de investigação científica e serão posteriormente sujeitos a análise estatística, sendo esta também conjunta e anónima. Ao submeter a sua resposta está a autorizar a recolha e o tratamento de dados para os fins desta investigação.

Foi enviado pedido à comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Agradecemos a sua participação!

Daniel Rodrigues Pinto (Investigador)(Email:
dannyrp00@gmail.com)

José Augusto Rodrigues Simões (Investigador e Orientador)

Inês Rosendo Carvalho e Silva (Investigadora e
Co-Orientadora)

***Obrigatório**

1. Concordo e consinto que as minhas respostas sejam utilizadas para efeitos estatísticos: *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Secção sem título

2. Idade: *
-

3. ARS a que pertence o seu local de trabalho: *

Marcar apenas uma oval.

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Madeira
- Açores

4. Grau na especialidade/carreira: *

Marcar apenas uma oval.

- Interno
- Assistente
- Assistente graduado
- Assistente graduado sénior
- Sem especialidade
- Outra: _____

5. Especialidade (mesmo que ainda incompleta): *

Marcar apenas uma oval.

Medicina Geral e Familiar

Urologia

Ginecologia

Endocrinologia

Medicina Interna

Sem especialidade

Outra: _____

6. Número de anos de prática médica: *

7. Exerce no serviço de saúde: *

Marcar apenas uma oval.

- Público
- Privado
- Ambos
- Nenhum

Caso clínico:

Doente com 52 anos, vem a uma consulta de rotina/preventiva.

Não tem nenhuma queixa, antecedentes de relevo, nem fatores de risco. Nunca realizou nenhum exame médico previamente.

Sobre este doente, e baseado nas evidências e recomendações científicas atuais:

8. 1. Devo realizar a medição da pressão arterial? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. 2. Devo calcular o Índice de Massa Corporal (IMC)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. 3. No caso de o doente ter excesso de peso devo efetuar a medição da glicose em jejum ou HbA1c ou PTGO? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. 4. Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?

12. 5. Devo pedir um teste de sangue oculto nas fezes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. 6. Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?

14. 7. Devo pedir um exame analítico Sumário de Urina ou urocultura? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. 8. Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?

16. 9. Devo pedir uma ecografia abdominal? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

17. 10. Devo pedir a realização de um ECG (eletrocardiograma)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. 11. No caso de o doente ser fumador, devo pedir uma espirometria? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

19. 12. Devo pedir ecografia da tiróide? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

20. 13. Devo pedir um teste anti-HCV (hepatite C)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

21. 14. Devo efetuar rastreio para infeção por HIV? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

22. 15. Devo questionar sobre abuso de drogas? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

23. 16. Devo questionar sobre os hábitos tabágicos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

24. 17. No caso de o doente ser fumador, devo aconselhar sobre a cessação tabágica? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

25. 18. Devo questionar sobre os hábitos etílicos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

26. 19. Devo aconselhar a reduzir hábitos etílicos de risco, se o doente os tiver *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

27. 20. Devo aconselhar, se tivesse obesidade ou excesso de peso, no sentido de *
perder peso?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

28. 21. Devo questionar sobre atividade física? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

29. 22. Devo aconselhar a realização de exercício físico, se for sedentário? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Se doente do sexo masculino:

30. 1. Devo efetuar um toque retal? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

31. 2. Devo pedir a medição do antígeno específico da próstata(PSA)? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

32. 3. Devo pedir ecografia prostática? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

33. 4. Devo pedir ecografia testicular? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Se o doente fosse do sexo feminino:

34. 1. Devo pedir a realização de uma mamografia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

35. 2. Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?

36. 3. Devo realizar um teste de HPV? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

37. 4. Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?

38. 5. Devo realizar ecografia ginecológica? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

39. 6. Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?

40. 7. No caso de ser sexualmente ativa, deveria fazer rastreio de Clamídea e Gonorreia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários