



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA MANUEL BICA TAVARES

**Expetativas populacionais perante a consulta de rotina e como os  
Médicos de Família as reconhecem - Estudo transversal**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO  
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

ABRIL/2024



**Expetativas populacionais perante a consulta de rotina e como os Médicos de Família as reconhecem – Estudo transversal**

MARIA MANUEL BICA TAVARES (\*)

INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA (\*\*)

LUIZ MIGUEL SANTIAGO (\*\*\*)

(\*) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

(\*\*) MD, PhD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, USF Coimbra Centro

(\*\*\*) MD, PhD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Autor responsável:

Maria Manuel Bica Tavares

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Azinhaga de Santa Comba, 3000- 548, Coimbra.

Email: [mariammanuelbicatavares@gmail.com](mailto:mariammanuelbicatavares@gmail.com)

## Índice

Índice de tabelas.....	3
Lista de abreviaturas e siglas.....	4
Resumo.....	5
<i>Abstract</i> .....	7
Introdução.....	9
Materiais e Métodos.....	13
Resultados .....	16
Discussão.....	22
Conclusão .....	26
Agradecimentos .....	27
Referências Bibliográficas .....	28
Anexo I – Metodologia STROBE para estudos transversais.....	32
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).....	34
Anexo III - Consentimento Informado .....	36
Anexo IV - Termo de Responsabilidade .....	37
Anexo V - Questionário para a População .....	38
Anexo VI - Questionário para os Médicos.....	42

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra populacional segundo sexo, grupo etário, escolaridade, agregado familiar e rendimento mensal.....	16
Tabela 2 - Distribuição da amostra de médicos da especialidade de MGF segundo sexo, grau de especialidade e tipo de unidade de trabalho onde exercem as suas funções.....	17
Tabela 3 - Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram cada medida.....	18
Tabela 4 – Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram cada exame e sua periodicidade de realização.....	19
Tabela 5 - Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram cada recomendação preventiva, segundo género e idade.....	20
Tabela 6 - Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram a periodicidade de realização de uma consulta de rotina.....	21

## **Lista de abreviaturas e siglas**

**ARSC** - Administração Regional de Saúde do Centro

**CR** - Consulta de Rotina

**ECD** - Exames Complementares de Diagnóstico

**ECG** - Eletrocardiograma

**IMC** - Índice de Massa Corporal

**MF** - Especialista de Medicina Geral e Familiar

**MGF** - Medicina Geral e Familiar

**MIFE** - Médico Interno de Formação Específica

**OM** - Ordem dos Médicos

**PSA** - Antígeno Específico da Próstata

**PSOF** - Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

**SEDI** - *Socioeconomic Deprivation Index*

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Primários

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

**USF B** - Unidade de Saúde Familiar modelo B

**USF A** - Unidade de Saúde Familiar modelo A

**USPSTF** - *US Preventive Services Task Force*

## RESUMO

**Introdução:** A Medicina Preventiva tornou-se um tema polarizado dada a crescente evidência de que estava a causar mais dano que benefício, ao transformar pessoas saudáveis em doentes. Em Portugal foi demonstrado um interesse crescente, por parte da população, relativamente a medidas preventivas. Apesar de existirem estudos que investigam as expectativas populacionais perante a consulta de rotina e separadamente o reconhecimento destas pelos Médicos, a realidade é que este tema nunca foi estudado em simultâneo em Portugal.

**Objetivos:** Avaliar simultaneamente as expectativas populacionais perante uma consulta de rotina e o nível de reconhecimento quanto a estas, pelos médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF). Verificar se o nível socioeconómico da população influencia os resultados obtidos.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo transversal, com aplicação de dois questionários, um direcionado para a população adulta portuguesa e outro para os médicos da especialidade de MGF. A sua divulgação foi feita através de redes específicas, com ligação à plataforma *Google Forms*. Para pessoas idosas foi aplicado diretamente pela investigadora. Os questionários eram compostos por 25 questões, no âmbito da Medicina Preventiva, desde atitudes na consulta, exames complementares de diagnóstico e recomendações segundo o sexo e a idade e apenas apresentavam diferenças no tipo de linguagem utilizada. Realizou-se análise estatística descritiva, inferencial e correlacional.

**Resultados:** A amostra foi constituída por 225 utentes e 100 médicos da especialidade de MGF. Em média, a população selecionou  $7,8 \pm 9,7$  atitudes de carácter preventivo, das primeiras 11 apresentadas no questionário e os médicos selecionaram  $4,6 \pm 2,9$  ( $p = 0.002$ ). As atitudes preventivas mais selecionadas pela população foram a auscultação cardíaca e pulmonar (82,6%), quantificação de práticas de exercício físico (74,7%) e avaliação de hábitos tabágicos (72,9%). Os exames mais selecionados pela população foram a avaliação da glicémia (81.8%), a análise do perfil lipídico (80.4%) e a análise da urina (75.1%), com realização anual. Quanto à periodicidade de realização da consulta de rotina, 88.0% dos médicos selecionaram a opção anual comparativamente a 67.6% dos utentes.

**Discussão:** Este estudo apresenta com pontos fortes a inovação e integração de novas variáveis. Como fraqueza principal temos o tamanho da amostra que inviabiliza a generalização para a população portuguesa.

**Conclusão:** Nesta amostra, comparativamente com os médicos, a população valorizou um elevado número de atitudes médicas preventivas. Relativamente à testagem analítica e sua periodicidade não se verificaram diferenças significativas. Os médicos selecionaram com maior frequência questões que envolviam os programas de rastreio. Não se verificaram diferenças significativas segundo o nível socioeconómico populacional.

**Palavras-Chave:** Cuidados de Saúde Preventivos, Cuidados de Saúde Primários, Medicina Geral e Familiar, Exames Periódicos de Saúde, Medicina Baseada na Evidência, Expectativas



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Preventive Medicine has become a polarized topic given the growing evidence that it was causing more harm than benefit by turning healthy individuals into patients. In Portugal, there has been a demonstrated increasing interest among the population regarding preventive measures. Although there are studies investigating the population's expectations regarding routine consultations and separately the recognition of these by physicians, the reality is that this issue has never been simultaneously studied in Portugal.

**Objectives:** To simultaneously assess the population's expectations regarding a routine consultation and the level of recognition of these by General Practitioners (GPs). To verify if the socioeconomic level of the population influences the results obtained.

**Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted, applying two questionnaires, one directed towards the adult Portuguese population and another towards GPs. Their dissemination was carried out through specific networks, linked to the Google Forms platform. For elderly individuals, it was applied directly by the researcher. The questionnaires consisted of 25 questions, within the scope of Preventive Medicine, from attitudes in the consultation, complementary diagnostic tests, and recommendations according to gender and age, and only presented differences in the type of language used. Descriptive, inferential, and correlational statistical analysis was performed.

**Results:** The sample consisted of 225 patients and 100 GPs. On average, the population selected  $7.8 \pm 9.7$  preventive attitudes out of the first 11 presented in the questionnaire, while physicians selected  $4.6 \pm 2.9$  ( $p = 0.002$ ). The preventive attitudes most selected by the population were cardiac and pulmonary auscultation (82.6%), quantification of physical exercise practices (74.7%), and evaluation of smoking habits (72.9%). The most selected tests by the population were blood glucose evaluation (81.8%), lipid profile analysis (80.4%), and urine analysis (75.1%), performed annually. Regarding the frequency of routine consultations, 88.0% of physicians selected the annual option compared to 67.6% of patients.

**Discussion:** This study presents innovation and integration of new variables as strengths. The main weakness is the sample size, which precludes generalization to the Portuguese population.

**Conclusion:** In this sample, compared to physicians, the population valued a high number of preventive medical attitudes. Regarding analytical testing and its frequency, no significant differences were observed. Physicians more frequently selected issues involving screening programs. No significant differences were observed according to the population's socioeconomic level.

**Keywords:** Preventive Health Care, Primary Health Care, General and Family Medicine, Periodic Health Exams, Evidence-Based Medicine, Expectations

## INTRODUÇÃO

O objectivo-chave, se não o fundamental, de um sistema de saúde é a promoção de uma vida saudável até idade avançada.(1) Nesse sentido, a Medicina Preventiva é uma ferramenta essencial para a prosperidade da sociedade atual.(2) Esta, por definição, consiste numa área da medicina que se dedica ao estudo da prevenção de doenças, promoção da saúde e que visa reduzir a morbidade e mortalidade precoces. A Medicina Preventiva é exercida em vários níveis, cada um envolvendo diferentes ações e atuando em fases distintas, dividindo-se em cinco categorias: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.(3) A Prevenção Primordial tem como principal foco a promoção da saúde, e o seu objetivo é a prevenção da instauração de fatores de risco passíveis de aumentar o risco de doença. A Prevenção Primária trata fatores de risco já identificados e fomenta a intervenção sobre os mesmos, temos como exemplos encorajar a adesão ao plano nacional de vacinação e a modificação de estilos de vida. No exercício da Prevenção Secundária, Portugal implementou três programas de rastreio, que se destinam ao diagnóstico precoce, numa população assintomática, dos cancros de mama feminina, colo do útero e de cólon e reto, sem outros fatores de risco para além da idade e do sexo.(4) A sua aplicação depende dos critérios de adequação de *Wilson e Jungner* apresentados em 1968 e ainda hoje respeitados, que englobam a sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos, custos reduzidos, segurança e aceitação por parte dos médicos e da população sujeita à sua aplicação.(5) A Prevenção Terciária promove a reabilitação e a adesão à terapêutica, por forma a reduzir a incapacidade provocada pela doença já estabelecida.(6)

No entanto, a Medicina Preventiva tornou-se um tema polarizado na medicina contemporânea, dada a crescente evidência de que estava a causar mais dano que benefício.(7) Ao ter identificado e tratado algo que nunca traria consequências, transformou pessoas saudáveis em doentes, sendo “a doença, uma experiência única, colocando muitas vezes a pessoa/doente num mundo segregado”, visto que qualquer indivíduo tem para cada palavra uma interpretação pessoal.(8) Por esta razão surgiu um novo nível preventivo, a Prevenção Quaternária, para proteger a população de intervenções médicas, a fim de reduzir o sobrediagnóstico, sobretratamento e iatrogenia.(9) Deste modo, sendo a prevenção de doença e a promoção da saúde componentes basilares dos Cuidados de Saúde Primários, faz parte das responsabilidades do Médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) atender aos mesmos.(10)

Um estudo realizado em Portugal, no ano de 2013, demonstrou um interesse crescente, por parte da população, relativamente a medidas preventivas, ao revelar que os portugueses acreditavam que se deve recorrer com frequência às instituições de saúde.(11) Por isso, surgiu a necessidade de investigar o conceito de consulta de “rotina” (CR). Este tipo

de consulta define-se como um encontro médico, requisitado pelo próprio indivíduo, na expectativa de realizar um diagnóstico precoce, prevenir doença ou apenas para sua tranquilização, uma vez que lhe é fornecida informação quanto ao seu estado de saúde. No decurso da consulta, e de acordo com os fatores de risco identificados, o Médico tem a oportunidade de realizar um exame físico completo, solicitar exames complementares de diagnóstico e/ou aconselhar relativamente a alterações de estilo de vida.(12) Atualmente existe evidência de que as CR em Medicina Geral e Familiar não reduzem especificamente a morbidade/mortalidade, em vez disso levam a um aumento do número de novos diagnósticos e de mais práticas terapêuticas.(13) Quanto aos serviços preventivos, sugere-se que a abordagem mais apropriada ocorre através de visitas periódicas definidas de acordo com a idade, sexo e patologias de base específicas do doente (risco personalizado), que teriam como foco a identificação e gestão precoce de condições de carácter preventivo.(14) Tendo isto em conta, o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos (OM) deixou de recomendar exames de rotina anuais a adultos assintomáticos, sem fatores de risco e sem problemas de saúde diagnosticados.(15)

No entanto, a população portuguesa sobrevalorizava os benefícios adquiridos com os rastreios e tratamentos preventivos, atribuindo um elevado nível de importância não só a testes laboratoriais, mas também a exames de diagnóstico e menosprezando conselhos de estilo de vida saudável.(16) Em 2016 foi realizado um outro estudo, em que foram apresentadas 15 medidas preventivas (avaliação laboratorial da glicémia em jejum e do colesterol, avaliação da pressão arterial, pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), radiografia torácica, vacina do tétano, análises gerais de rotina, ecografia abdominal, ecografia da tiróide, ecografia prostática, teste de antigénio específico da próstata (PSA), mamografia, ecografia mamária, ecografia ginecológica e citologia cérvico-vaginal), 60% da amostra, constituída por 1000 portugueses, considerou importante a realização periódica de 14 das medidas supramencionadas.(11) Nestes dois estudos foi apurado que 99,2% dos portugueses considerava que deveria efetuar análises sanguíneas e de urina anualmente, e que foi atribuído um nível médio de importância, numa escala de 1 a 10, de 7.53 á radiografia torácica.(11,16) Tal comprovou o quanto as expectativas dos utentes, no âmbito da Medicina Preventiva, divergiam das recomendações da época, baseadas em evidência científica.(11,16,17) Algumas das razões apuradas pelas quais a população solicita frequentemente estas intervenções ao profissional de saúde, são: a ideologia de que um número maior de intervenções corresponde a melhores resultados em saúde, servindo de conforto psicológico para o doente (16,17), não saber identificar quais os exames cuja realização se baseia em evidência e o conceito de individualização de risco ser ainda desconhecido para muitos.(15) É de salientar a influência dos fatores socioeconómicos nas perspetivas populacionais, isto porque o nível de importância atribuído aos serviços

preventivos, revelou-se elevado na população do sexo feminino entre os 40 e os 79 anos de idade, nos indivíduos com nível de educação básico e nos reformados ou desempregados. (16,18) Em 2019 foi aplicado um questionário a todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos (OM) por forma a avaliar a sua opinião e atitude perante esta problemática. A vasta maioria, correspondente a 95%, reconheceu a sua existência, cerca de 50% mencionou ser-lhe solicitada a prescrição de exames desnecessários pelo menos uma vez por semana e 65% referiu que, frequentemente, os doentes aceitavam o seu conselho e não realizavam exames complementares de diagnóstico (ECD) desnecessários.(19)

Tendo em consideração todos os factos anteriormente mencionados, torna-se evidente o quão importante é desenvolver táticas para obter não só um uso mais racional dos serviços de saúde, como para evitar consequências da sua utilização excessiva, sem descurar o peso que novos diagnósticos e tratamentos criam na pessoa, mesmo quando não conduzem à morte - “*primum non nocere*”.(20) Do ponto de vista médico, já foram desenvolvidas várias estratégias nas quais entidades como a *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) redigem recomendações, com base em revisões sistemáticas com meta-análise, quanto ao nível de aconselhamento para cada medida profilática e pode-se constatar que, atualmente, poucas análises de “rotina” são recomendadas.(21) No entanto, assentam numa perspetiva paternalista da relação médico-doente e atualmente o médico deve sempre apoiar o desenvolvimento e manutenção de uma relação de confiança isto porque, cada vez mais o utente tem um papel central na consulta médica.

Deste modo, o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos (OM) enfatizou, em 2018, o programa *Choosing Wisely* Portugal – Escolhas Criteriosas em Saúde, adotado posteriormente pela Ordem dos Médicos de Portugal. Este programa inovador, centrado no doente, apresenta como principal alvo a otimização da comunicação entre pessoas e profissionais de saúde, facilitando a tomada de decisões informadas, individualizadas e partilhadas em saúde. Para que aconteça um uso de forma mais racional dos serviços preventivos na saúde, este programa sugere a criação de materiais pedagógicos, baseados em evidência científica, que vão incidir preferencialmente em procedimentos frequentes na prática clínica, os quais poderão ser acedidos pelos doentes via redes sociais, através da página do programa ou até durante a consulta.(20) Defende-se que a implementação de táticas orientadas para a população, pode vir a ser mais bem sucedida na redução deste problema e a sua redação pode ser facilitada pela realização de estudos que se focam nas perspetivas populacionais quanto à Medicina Preventiva.(11)

Apesar de existirem estudos que investigam as expectativas populacionais perante a consulta de rotina e separadamente o reconhecimento destas pelos Médicos, a realidade é que este tema nunca foi estudado em simultâneo em Portugal, o que motivou a sua

realização. Assim, este estudo teve como objetivo principal conhecer as expectativas das pessoas relativamente a uma consulta de “Medicina Preventiva” e compará-las com as que os médicos julgam ser. Pretendeu-se ainda, como objetivo secundário, verificar se o nível socioeconómico apresenta algum grau de influência nas expectativas da população.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

A redação deste trabalho tomou como modelo os itens descritos na metodologia STROBE para estudos transversais (Anexo I).

### **Desenho do estudo**

Entre 15 de outubro a 15 de novembro de 2023, foi realizado um estudo transversal observacional, dirigido à população adulta portuguesa e a médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF).

A concretização deste estudo utilizou a plataforma *online Google Forms*, a partir da qual os respondentes preenchem o questionário. A sua divulgação foi feita através de redes específicas de conversação social, para médicos da especialidade e redes sociais em metodologia “bola de neve”, para a população. Por forma a obter uma maior adesão de cidadãos idosos, o questionário foi também aplicado, presencialmente, em utentes das Unidades de Saúde Familiar (USF) Coimbra Sul e Rainha Santa Isabel, no Centro de Saúde de Santa Clara, Coimbra. O envolvimento dos participantes nesta investigação foi de carácter voluntário e anónimo. Este estudo teve aprovação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) e o parecer foi adquirido com a devida antecedência. (Anexo II) Inicialmente, ambos os questionários foram alvos de validação, de modo presencial, por 15 utentes e por 5 médicos das USF supracitadas, para conhecimento de sugestões, críticas, dúvidas quanto à sua compreensibilidade e perceção de tempo de preenchimento.

Tendo em conta a população adulta portuguesa e número de médicos da especialidade de MGF, calculou-se o tamanho da amostra, através da ferramenta Raosoft<sup>®</sup>, visando um grau de confiança de 95% com uma margem de erro de 5%, estimando-se os seguintes valores: 385 utentes e 361 médicos.

### **Materiais**

O inquérito foi organizado em três partes: (1) Pequena nota introdutória sobre o tema, para clarificação dos objetivos do estudo e solicitação de resposta por consentimento informado, garantindo assim a confidencialidade dos dados recolhidos, onde era também referido o carácter voluntário no preenchimento do mesmo; (2) Questionário principal, dividido em 4 secções, com questões alusivas aos vários níveis da Medicina Preventiva; (3) Colheita de dados demográficos, socioeconómicos da amostra populacional e no inquérito médico foi solicitado o sexo, o grau na especialidade (médico interno de formação específica (MIFE) ou especialista (MF)) e o tipo de unidade de trabalho onde exercem as suas funções (Unidade

de Saúde Familiar modelo B (USF B), Unidade de Saúde Familiar modelo A (USF A) ou Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)).

Foram elaborados dois questionários, um direcionado para a população geral e outro direcionado para os médicos.(Anexos V e VI) Estes apresentavam diferenças no tipo de linguagem utilizada, sendo mais técnica para os médicos e fazendo uso de termos simples e acessíveis para a restante população. A redação das questões era também distinta, o questionário direcionado para a população solicitava que respondessem de acordo com o seu ponto de vista, enquanto que no questionário médico que respondessem tendo em conta a perspectiva da pessoa na consulta.

A secção principal do estudo, iniciava-se com um caso hipotético de uma consulta de rotina, em que um indivíduo/o próprio, assintomático, recorria ao seu Médico de Família/ao próprio, porque pretendia a realização de um “exame de rotina”. De seguida, eram apresentadas 11 atitudes de teor preventivo e pedia-se que seleccionassem quais esperariam que o MF realizasse na consulta, nomeadamente: cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), medição do perímetro abdominal, auscultação cardíaca e pulmonar, realização de um exame físico completo, verificação do estado vacinal, avaliação de hábitos alimentares, etílicos e tabágicos, quantificação da prática de exercício físico e apreciação de questões sobre ansiedade e depressão. Para além disso, também questionava a relevância e frequência de realização, se seleccionados, dos seguintes exames: eletrocardiograma (ECG), radiografia torácica, análises da urina, do perfil lipídico, glicémia, teste de antigénio específico da próstata (PSA) e pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF). Questionava-se, ainda, a concordância com recomendações segundo o sexo e a idade, tais como: realização dos rastreios do cancro do cólon e reto, da próstata, da mama, do colo do útero, atualização do estado vacinal, promoção de atividade física regular e de atividades sociais. A última pergunta desta secção, questionava a periodicidade de uma consulta de rotina, se esta deveria ser anual, bianual, bienal ou trienal.

Para finalizar foi inquirido o contexto demográfico (idade e sexo) e o contexto socioeconómico (agregado familiar, nível educacional e o rendimento mensal), da amostra populacional. A obtenção destes últimos três parâmetros tornou possível o cálculo do valor de SEDI (*Socioeconomic Deprivation Index*), que resulta da soma da pontuação obtida em cada parâmetro e apresenta como pontuação mínima o 3 e máxima o 6: se mora sozinho (1 ponto) ou se mora acompanhado (2 pontos); para maiores de 64 anos, se apresenta instrução até à 4ª classe (1 ponto) ou igual/superior (2 pontos), para idades inferiores a 63 anos, se apresenta um nível educacional até à 6ª classe (1 ponto) ou igual/superior (2 pontos) e em termos de rendimento mensal, se ganha mensalmente até ao Salário Mínimo Nacional (SMN) (1 ponto) ou igual/superior (2 pontos), havendo distinção entre indivíduos reformados ou no



ativo. Esta ferramenta foi utilizada de maneira a estudar a associação entre privação socioeconómica e o seu impacto na saúde.(22,23) A duração de preenchimento era de cinco minutos.

### **Procedimentos estatísticos**

Consideraram-se como variáveis dependentes as respostas obtidas para cada intervenção e independentes os dados demográficos e socioeconómicos da população. Foi usada estatística descritiva para análise de dados: frequência (n) e proporções (%) para variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis contínuas. Na análise inferencial, de modo a testar hipóteses que envolvessem variáveis categóricas, utilizaram-se os testes de Qui-Quadrado e teste exato de *Fisher*. Aquando do envolvimento de variáveis contínuas, utilizaram-se testes paramétricos (teste t de Student) pela distribuição normal da variável, aferido pelo teste de *Kolmogorov Smirnov*, e testes não paramétricos (*Kruskal-Wallis* e *U de Mann-Whitney*), quando havia distribuição não normal da variável e consoante o número de grupos comparados. Foi também realizada estatística correlacional, com utilização do coeficiente de correlação de *Pearson*, para avaliar a relação entre o valor de SEDI e o valor total de medidas, exames e recomendações preventivas selecionadas pela população.

Os dados foram analisados com recurso ao IBM® SPSS, versão 26 e valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos.

## RESULTADOS

### Contexto demográfico, socioeconómico e profissional da amostra

Da aplicação do questionário foram recolhidas 225 respostas por parte da população, das quais 56.0% do sexo feminino, situando-se a faixa etária predominante entre os 35 e os 64 anos (49.3%). Em comparação com o sexo feminino, o sexo masculino teve maior representação na faixa etária seguinte, que compreende idades igual ou superiores a 65 anos (37.4%),  $p < 0.001$ . A maioria da amostra (87.1%), apresentava um nível educacional igual ou superior ao 9º ano e vivia acompanhada. Quanto ao rendimento mensal, 74.7% dos inquiridos referiram receber o mesmo ou mais do que o SMN, condição mais prevalente no sexo masculino (84.8%,  $p < 0,001$ ). (Tabela 1) O valor médio de SEDI nas mulheres foi de  $5,4 \pm 0,8$  e nos homens de  $5,6 \pm 0,7$ ,  $p = 0.056$ .

Tabela 1 - Distribuição da amostra populacional segundo sexo, grupo etário, escolaridade, agregado familiar e rendimento mensal.

		Género n (%)		Total n (%)	p
		Feminino	Masculino		
Grupo etário	Até 34 anos	40 (31.7%)	17 (17.2%)	57 (25.3%)	<0.001
	35 a 64 anos	66 (52.4%)	45 (45.5%)	111 (49.3%)	
	Igual ou superior a 65 anos	20 (15.9%)	37 (37.4%)	57 (25.3%)	
Escolaridade	Até ao 9º ano	16 (12.7%)	13 (13.1%)	29 (12.9%)	0.555
	Igual ou superior ao 9º ano	110 (87.3%)	86 (86.9%)	196 (87.1%)	
Agregado Familiar	Sozinho	14 (11.1%)	15 (15.2%)	29 (12.9%)	0.247
	Acompanhado	112 (88.9%)	84 (84.8%)	196 (87.1%)	
Rendimento mensal	Até ao SMN	42 (33.3%)	15 (15.2%)	57 (25.3%)	<0.001
	Igual ou superior ao SMN	84 (66.7%)	84 (84.8%)	168 (74.7%)	
Total		126 (100.0%)	99 (100.0%)	225 (100.0%)	

Dos 100 médicos da especialidade de MGF inquiridos, a maioria era especialista (77.0%), e do sexo feminino (76.6%), 49.0% exercia as suas funções numa USF modelo B, seguido de USF modelo A com 32.0% e 19.0% nas UCSP. (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição da amostra de médicos da especialidade de MGF segundo sexo, grau de especialidade e tipo de unidade de trabalho onde exercem as suas funções.

		Género n (%)		Total n (%)	p
		Feminino	Masculino		
Grau de especialidade	Médico interno de formação específica (MIFE)	18 (23.4%)	5 (21.7%)	23 (23.0%)	0.546
	Especialista (MF)	59 (76.6%)	18 (78.3%)	77 (77.0%)	
Tipo de unidade de trabalho	UCSP	15 (19.5%)	4 (18.2%)	19 (19.0%)	0.848
	USF A	24 (31.2%)	8 (34.5%)	32 (32.0%)	
	USF B	38 (49.4%)	11 (47.8%)	49 (49.0%)	
<b>Total</b>		77 (100.0%)	23 (100.0%)	100 (100.0%)	

### Comparação dos resultados obtidos entre os dois questionários

Relativamente às primeiras 11 medidas de teor preventivo a serem realizadas numa consulta de rotina, as mais selecionadas pela população foram a auscultação cardíaca e pulmonar (82,6%), quantificação de práticas de exercício físico (74,7%) e avaliação de hábitos tabágicos (72,9%). De seguida, a avaliação de hábitos alimentares (65,3%), hábitos etílicos (64,9%), sintomatologia ansiosa (64,4%), cálculo do IMC (60,0%), apreciação de sintomas do foro depressivo (57,3%), realização de exame físico completo (55,1%) e verificação do estado vacinal (54,2%). A medida menos selecionada pela população foi a medição do perímetro abdominal (38,7%). (Tabela 3)

Em comparação com a população, os médicos selecionaram significativamente menos a medição do perímetro abdominal (14,0%), verificação do estado estado vacinal (24,0%), quantificação de práticas de exercício físico (45,1%), avaliação de hábitos alimentares (40,0%), etílicos (51,0%) e tabágicos (53,0%). Sendo que, as questões que envolviam Saúde Mental, sintomatologia ansiosa (29,0%) e depressiva (18,0%), foram onde se evidenciou uma maior divergência. (Tabela 3)

Quanto ao total de medidas selecionadas, por cada grupo, a média nos utentes foi de  $7,8 \pm 9,7$  medidas e nos médicos foi de  $4,6 \pm 2,9$  medidas ( $p = 0.002$ ).

Tabela 3 - Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram cada medida.

		Utentes n(%)	Médicos n(%)	Total n(%)	p
Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)	Não	90 (40.0%)	41 (41.0%)	131 (40.3%)	0.480
	Sim	135 (60.0%)	59 (59.0%)	194 (59.7%)	
Medição do perímetro abdominal	Não	138 (61.3%)	86 (86.0%)	224 (68.9%)	<0.001
	Sim	87 (38.7%)	14 (14.0%)	101 (31.1%)	
Auscultação cardíaca e pulmonar	Não	39 (17.3%)	15 (15.0%)	54 (16.6%)	0.364
	Sim	186 (82.6%)	85 (85.0%)	271 (83.4%)	
Realização de exame físico completo	Não	101 (44.9%)	55 (55.0%)	156 (48.0%)	0.059
	Sim	124 (55.1%)	45 (45.0%)	169 (52.0%)	
Verificação do estado vacinal	Não	103 (45.8%)	76 (76.0%)	179 (55.1%)	<0.001
	Sim	122 (54.2%)	24 (24.0%)	146 (44.9%)	
Quantificação da prática de exercício físico	Não	57 (25.3%)	55 (55.0%)	112 (34.5%)	<0.001
	Sim	168 (74.7%)	45 (45.0%)	213 (65.5%)	
Avaliação de hábitos alimentares	Não	78 (34.7%)	60 (60.0%)	138 (42.5%)	<0.001
	Sim	147 (65.3%)	40 (40.0%)	187 (57.5%)	
Questionar sobre hábitos etílicos e quantidades associadas	Não	79 (35.1%)	49 (49.0%)	128 (39.4%)	0.013
	Sim	146 (64.9%)	51 (51.0%)	197 (60.6%)	
Avaliação de hábitos tabágicos	Não	61 (27.1%)	47 (47.0%)	108 (33.2%)	<0.001
	Sim	164 (72.9%)	53 (53.0%)	217 (66.8%)	
Questionar sobre sintomatologia ansiosa	Não	80 (35.6%)	71 (71.0%)	151 (46.5%)	<0.001
	Sim	145 (64.4%)	29 (29.0%)	174 (53.5%)	
Avaliar presença de sintomas do foro depressivo	Não	96 (42.7%)	82 (82.0%)	178 (54.8%)	<0.001
	Sim	129 (57.3%)	18 (18.0%)	147 (45.2%)	
<b>Total</b>		225 (100.0%)	100 (100.0%)	325 (100.0%)	

Não se verificam diferenças significativas nos exames selecionados pela população e pelos médicos (Tabela 4), e quanto ao total de exames selecionados pela população foi apurado um valor médio de  $6.3 \pm 2.5$  exames ( $p = 0.02$ ).

No entanto, observa-se que os exames mais selecionados pela população foram a avaliação da glicemia (81.8%), a análise do perfil lipídico (80.4%) e a análise da urina (75.1%), com realização anual. O ECG foi considerado relevante por 173 pessoas, com preferência para a realização anual (47.6%) e 124 pessoas selecionaram a radiografia torácica, com preferência para a realização bienal (46.7%). O teste de PSA, de forma anual, foi selecionado por 93 pessoas (41.3%) e verifica-se que a PSOF teve como respostas prevalentes, o não assinalado e a realização bienal, ambas com 80 respostas (35.6%).

Tabela 4 – Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram cada exame e sua periodicidade de realização.

		Utentes n(%)	Médicos n(%)	Total n(%)	p
ECG	<b>Não assinalado</b>	53 (23.6%)	21 (21.0%)	74 (22.8%)	0.508
	<b>Anualmente</b>	107 (47.6%)	58 (58.0%)	165 (50.8%)	
	<b>Bienalmente</b>	65 (28.9%)	21 (21.0%)	86 (26.5%)	
Radiografia torácica	<b>Não assinalado</b>	101 (44.9%)	46 (46.0%)	147 (45.2%)	0.104
	<b>Anualmente</b>	19 (8.4%)	25 (25.0%)	44 (13.5%)	
	<b>Bienalmente</b>	105 (46.7%)	29 (29.0%)	134 (41.2%)	
Análise á urina	<b>Não assinalado</b>	31 (13.8%)	15 (15.0%)	46 (14.2%)	0.112
	<b>Anualmente</b>	169 (75.1%)	82 (82.0%)	251 (77.2%)	
	<b>Bienalmente</b>	25 (11.1%)	3 (3.0%)	28 (8.6%)	
Análise do perfil lipídico	<b>Não assinalado</b>	24 (10.7%)	0 (0.0%)	24 (7.4%)	0.101
	<b>Anualmente</b>	181 (80.4%)	94 (94.0%)	275 (84.6%)	
	<b>Bienalmente</b>	20 (8.9%)	6 (6.0%)	26 (8.0%)	
Glicémia	<b>Não assinalado</b>	21 (9.3%)	0 (0.0%)	21(6.5%)	0.237
	<b>Anualmente</b>	184 (81.8%)	95 (95.0%)	279 (85.8%)	
	<b>Bienalmente</b>	20 (8.9%)	5 (5.0%)	25 (7.7%)	
Teste de antigénio específico da próstata (PSA)	<b>Não assinalado</b>	88 (39.1%)	15 (15.0%)	103 (31.7%)	0.076
	<b>Anualmente</b>	93 (41.3%)	79 (79.0%)	172 (52.9%)	
	<b>Bienalmente</b>	44 (19.6%)	6 (6.0%)	50 (15.4%)	
Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF)	<b>Não assinalado</b>	80 (35.6%)	47 (47.0%)	127 (39.1%)	0.235
	<b>Anualmente</b>	65 (28.9%)	18 (18.0%)	83 (25.5%)	
	<b>Bienalmente</b>	80 (35.5%)	35 (35.0%)	115 (35.4%)	
<b>Total</b>		225 (100.0%)	100 (100.0%)	325 (100.0%)	

Relativamente às recomendações preventivas, segundo género e idade, os médicos selecionaram com maior frequência, em comparação com a população, as seguintes medidas: realização de mamografia (100.0%), realização da citologia do colo do útero (92.0%) e realização do rastreio do cancro da próstata (97,0%). Em contrapartida, os utentes selecionaram a promoção de atividade física regular (42.7%) e a participação em atividades sociais (24.4%). (Tabela 5)

Tabela 5 - Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram cada recomendação preventiva, segundo género e idade.

		Utentes n(%)	Médicos n(%)	Total n(%)
Realização de mamografia	<b>Assinalado</b>	139 (61.8%)	100 (100.0%)	239 (73.5%)
Realização da citologia do colo do útero	<b>Assinalado</b>	138 (61.3%)	92 (92.0%)	230 (70.8%)
Realização do rastreio do cancro do cólon e reto	<b>Assinalado</b>	115 (51.1%)	62 (62.0%)	177 (54.5%)
Realização do rastreio do cancro da próstata	<b>Assinalado</b>	144 (64.0%)	97 (97.0%)	241 (74.2%)
Atualização do estado vacinal	<b>Assinalado</b>	120 (53.3%)	62 (62.0%)	182 (56.0%)
Promoção de atividade física regular	<b>Assinalado</b>	96 (42.7%)	31 (31.0%)	127 (39.1%)
Participação em atividades sociais	<b>Assinalado</b>	55 (24.4%)	6 (6.0%)	61 (18.8%)
<b>Total</b>		225 (100.0%)	100 (100.0%)	325 (100.0%)

A Tabela 6 relata os intervalos sugeridos para a realização da consulta de rotina, pela população e pelos médicos. A resposta com maior representação foi a periodicidade anual (73.8%), seguida de bianual (16.9%), bienal (7.4%) e por fim trienal (1.2%). Em comparação com a população (67.6%), os médicos selecionaram com maior frequência a realização anual da consulta de rotina (88.0%),  $p < 0,001$ .

Tabela 6 - Frequência e respetiva percentagem (%) de utentes e de Médicos de Família que selecionaram a periodicidade de realização de uma consulta de rotina.

		Utentes n (%)	Médicos n (%)	Total n (%)	p
Regularidade de realização da consulta de rotina	<b>Não assinalado</b>	2 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)	<0.001
	<b>Anual</b>	152 (67.6%)	88 (88.0%)	240 (73.8%)	
	<b>Bianual</b>	45 (20.0%)	10 (10.0%)	55 (16.9%)	
	<b>Bienal</b>	22 (9.8%)	2 (2.0%)	24 (7.4%)	
	<b>Trienal</b>	4 (1.8%)	0 (0.0%)	4 (1.2%)	
<b>Total</b>		225 (100.0%)	100 (100.0%)	325 (100.0%)	

### Influência do contexto socioeconómico nas atitudes preventivas

De modo a estabelecer se o valor de SEDI apresentava influência de forma independente no valor total de medidas, exames e recomendações selecionadas pela população, foi também realizada estatística correlacional, contudo, esta não se revelou estatisticamente significativa. O coeficiente de correlação de *Pearson* entre o valor SEDI e o total de medidas selecionadas é de  $r = -0.056$ ,  $p = 0.399$  (correlação negativa muito fraca não significativa). O coeficiente de correlação de *Pearson* entre o valor SEDI e o total de exames e testes analíticos selecionados é de  $r = 0.088$ ,  $p = 0.488$  (correlação muito fraca não significativa). O coeficiente de correlação de *Pearson* entre o valor SEDI e o total de recomendações preventivas selecionadas, é de  $r = -0.013$ ,  $p = 0.919$  (correlação negativa muito fraca não significativa).

## DISCUSSÃO

Tanto quanto a revisão da literatura efetuada permite saber, o presente estudo é o primeiro, em Portugal, a avaliar simultaneamente as expectativas populacionais perante uma consulta de rotina e o seu nível de reconhecimento quanto a estas, pelos médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

Em média, a população selecionou  $7,8 \pm 9,7$  medidas de caráter preventivo, das primeiras 11 apresentadas no questionário. Relativamente ao total de exames selecionados pela população foi apurado um valor médio de  $6.3 \pm 2.5$  exames, dos 7 ECD apresentados. Os nossos resultados mostraram que a população portuguesa parece considerar relevante um elevado número de atitudes preventivas, estando em concordância com outros estudos previamente realizados.(11,16)

Das primeiras 11 medidas apresentadas, a mais selecionada foi a auscultação cardíaca e pulmonar (82.6%), pelo que podemos assumir que a população considera a sua realização relevante. A razão pela qual isto acontece, pode prender-se com o facto de o estetoscópio ser um símbolo bastante associado à prática médica.(24) No entanto, vários estudos sugerem que a sua utilização não deve ser reservada para rastrear ou para confirmar diagnósticos, visto ter-se revelado uma técnica de caráter subjetivo e de baixa sensibilidade.(25) De seguida, mais de 65% da amostra populacional selecionou as medidas relacionadas com a identificação de hábitos de estilo de vida, nomeadamente a quantificação da prática de exercício físico e a avaliação de hábitos alimentares, tabágicos e etílicos. Apesar de se ter verificado em estudos prévios que a população portuguesa menosprezava aconselhamentos de estilo de vida saudável, comparativamente a testes analíticos e exames de diagnóstico (16), um estudo nacional realizado em 2021, avaliou isoladamente as perspetivas da população perante este tipo de medidas e demonstrou que esta considerava de extrema importância a sua aplicação em contexto de consulta. Não obstante, também verificou, tal como outro estudo realizado em Portugal, que existe alguma dificuldade, por parte da população, em identificar as recomendações científicas que corroboram este tipo de medidas.(16, 26) Para além disso, a população selecionou ainda com elevada frequência, superior a 55.0%, as medidas do âmbito da Saúde Mental. A sua valorização por parte da população pode ter tido início na pandemia COVID-19, que teve um grande impacto no bem-estar mental e físico da sociedade sendo, na altura, por forma a mitigar os seus efeitos negativos, implementadas várias medidas relacionadas com a promoção e suporte da Saúde Mental.(27)

Em comparação com a população, os médicos selecionaram significativamente menos este tipo de medidas. Assumimos que poderão ter tido em conta o conhecimento prévio existente. (16) Como causas para esta mudança de perspetiva da população, podemos



considerar a atual facilidade de acesso a informação baseada em evidência científica, que se encontra amplamente disponível nos vários meios de divulgação e a implementação de estratégias direcionadas para educação do doente, quanto a práticas preventivas.(28) Deste modo, assumimos que a criação deste tipo de programas possa vir a ser benéfica noutras áreas em que se verifique que o conhecimento preventivo da população possa ser aprimorado, como é o caso da testagem analítica.

Os ECD mais seleccionados foram a avaliação da glicémia (90.7%), a análise do perfil lipídico (89.3%) e a análise da urina (86.2%). Para além disso verificou-se que mais de 75% da amostra seleccionou, preferencialmente, a sua realização anual. O ECG foi considerado relevante por 75.6% e a radiografia torácica por 55.1%. Um estudo realizado em Portugal em 2013, verificou também, numa amostra estratificada de 1000 pessoas, valores semelhantes para a realização de análises de rotina e de urina, de forma anual (99.2%) e para a radiografia torácica (70.0%).(11) No entanto, a sua realização de forma preventiva não é recomendada pela USPSTF. (29, 30)

Os resultados revelaram também que a população reconhece a importância dos rastreios atualmente implementados em Portugal, mama feminina (61.8%), colo do útero (61.3%) e de cólon e reto (51.1%), como previamente foi verificado noutros estudos realizados.(11,16) De salientar que na nossa amostra, o rastreio do cancro da próstata foi seleccionado com maior frequência que o rastreio do cancro do cólon e reto (64.0% vs 51.1%), o que também se verificou no estudo supracitado em que a população atribui um nível de importância superior ao teste de PSA em comparação com a PSOF (7.72 vs 7.40).(16) De momento, a USPSTF encontra-se em processo de redacção, quanto ao grau de recomendação do rastreio do cancro da próstata. No entanto, a última recomendação redigida é classificada como grau C, e refere que a decisão de oferecer este tipo de rastreio, que normalmente se inicia pelo teste de PSA a homens entre os 55 e os 69 anos, deve ser feita de forma individualizada.(31) Relativamente aos dados recolhidos sobre o rastreio do cancro do cólon e reto, é possível que se devam ao facto de este ter sido o último a ser implementado aos rastreios populacionais existentes em Portugal, e por isso devem surgir mais esforços por forma a disseminar informação sobre os benefícios deste rastreio.(32) Os médicos seleccionaram com maior frequência, em comparação com a população, a realização de mamografia (100.0% vs 61.8%), a citologia do colo do útero (92.0% vs 61.3%) e o rastreio do cancro da próstata (97,0% vs 64.0%). Voltamos a assumir que poderão ter tido em conta o conhecimento prévio existente (16) ou até a própria experiência que retiram da prática clínica com estes métodos de rastreio.(33)

E por fim, apesar de não existir uma recomendação oficial para a frequência de realização de uma consulta de rotina em Portugal, e da evidência sugerir que as visitas periódicas devem ser definidas de acordo com a idade, género e patologias de base

específicas do doente (14), 67.6% da nossa amostra selecionou que a sua realização deve ser anual. Esta perceção parece estar fortemente implementada na sociedade portuguesa, já tendo sido verificada noutros estudos.(11,16) Devemos ter em consideração que os médicos selecionaram com maior frequência, em comparação com a população, a realização anual de uma consulta de rotina (88.0%), devido ao facto de vários estudos revelarem que os portugueses acreditavam que se deve recorrer com frequência às instituições de saúde (11,16). No entanto, podem ter sido enviesados pelo facto de terem de cumprir certos indicadores de desempenho relacionados com o número de consultas preventivas.(33)

### **Limitações**

O tamanho da presente amostra ficou aquém do valor calculado, sendo algo reduzida para se generalizar à população portuguesa (validade externa). Quando se tentou estabelecer se o valor de SEDI apresentava influência de forma independente no valor total de medidas, exames e recomendações selecionadas pela população, esta variável não se mostrou significativa, parecendo os resultados transversais. Portanto, podemos assumir que estudos mais alargados pudessem ajudar a confirmar os presentes.

O método de aplicação do questionário pode considerar-se outra possível fonte de viés. Sendo este virtual e requerendo o seu preenchimento uma conta Google ativa (medida implementada para restringir o inquirido a uma resposta única) e acesso à Internet, o que poderia provocar transtornos no respondente. Outra limitação a considerar será o carácter voluntário no preenchimento (viés de voluntarismo) e, ainda, assumindo-se que a manipulação de respostas por parte do respondente é possível, através da consulta de fontes de informação, isto pode ter sido também um viés. Por forma a colmatar a limitação e incapacidade informática pela população mais idosa, o questionário foi também aplicado, presencialmente, em utentes das USF supracitadas. É também de salientar que as expectativas populacionais podem dever-se a uma miríade de razões, como experiências passadas com os serviços preventivos, apreciação quanto ao seu estado de saúde global e fatores de risco já identificados, pelo que também seria pertinente a avaliação deste tipo de variáveis e se estas apresentam algum grau de influência nas expetativas da população.

Apesar das limitações deste estudo, acreditamos que estes resultados contribuem para um melhor entendimento quanto às atuais expetativas populacionais perante uma consulta de carácter preventivo em Portugal. Assim a sua reprodução futura, noutras condições, julga-se importante e necessária, inquirindo o porquê da seleção de certas medidas ou exames preventivos pelos respondentes.

Em síntese, e numa análise de Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (SWOT), este trabalho apresenta como Forças, o facto de ter estudado simultaneamente, algo

que ainda não tinha sido feito em Portugal, a avaliação das expectativas populacionais perante uma consulta de rotina e o nível de reconhecimento quanto a estas, pelos médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Para além disso, também foram apurados novos dados, tais como a periodicidade de realização de exames laboratoriais e de consultas de carácter preventivo e por fim, o estudo das variáveis recolhidas em função do índice socioeconómico da população (SEDI). Como pontos fracos, o presente trabalho não teve conhecimento da origem geográfica dos respondentes, sendo o tamanho da amostra em estudo observacional sempre motivo de discussão, para além da forma de aplicação dos questionários. Como oportunidades, os resultados deste estudo permitirão novas pesquisas em MGF e eventualmente podem ser aplicados no desenvolvimento de táticas, centradas nas pessoas, tendo por base a evidência mais atualizada. Através de uma compreensão pormenorizada das atuais expectativas populacionais perante a Medicina Preventiva, os MIFE e MF poderão aplicar este conhecimento em contexto de consulta, ao capacitar os utentes sobre testes analíticos, continuar a promover a manutenção de estilos de vida saudável, manter testes de rastreio com eficácia provada e minimizar o uso de recursos de saúde que podem vir a ser mais lesivos que benéficos. Como possíveis ameaças, deve-se ter em consideração que os resultados obtidos e o conhecimento que deles advém, possam vir a não ser utilizados pelos profissionais de saúde e/ou pelas entidades gestoras, no desenvolvimento de táticas, centradas nas pessoas. E, populacionalmente, estes resultados podem ser desvirtuados por informação quer negacionista, quer promocional de usos não orientados pela evidência e podem redundar em sobrediagnóstico com as suas consequências.

Um modelo generalista dos serviços preventivos de saúde deve ser abandonado, e uma nova implementação deve depender da pessoa e das suas circunstâncias inerentes, o que irá requisitar trabalho por parte do sistema de saúde, e tendo em consideração este facto, torna-se imperativo conhecer o que é mais relevante para o doente.

## **CONCLUSÃO**

Nesta amostra populacional, evidenciou-se a valorização de um elevado número de atividades médicas preventivas, relacionadas com a identificação de hábitos de estilo de vida saudável, rastreios oncológicos e também no âmbito da Saúde Mental. Observou-se necessidade de melhoria na perceção no calendário de realização de uma consulta de rotina e de exames complementares de diagnóstico tais como avaliação da glicémia, do perfil lipídico e da urina, de forma anual e, necessidade de discussão da problemática do “rastreo” do cancro da próstata. Nas questões em que se encontraram diferenças, entre a população e os médicos de MGF, assumimos que os médicos poderão ter tido em conta o conhecimento prévio existente, em que a população menosprezava aconselhamentos de estilo de vida e que acreditava que se deveria recorrer com frequência às instituições de saúde. O estatuto socioeconómico, valor de SEDI, não revelou interferir no número de atitudes a cumprir na consulta, de exames a solicitar e de recomendações preventivas selecionadas pela população.

## **Agradecimentos**

Aos Professores Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva e Doutor Luiz Miguel Santiago, por terem aceitado o meu pedido para orientar este trabalho, por todo o empenho, disponibilidade e apoio.

Aos meus pais, á minha irmã e a todos os meus familiares (avós), por estarem sempre presentes.

A todos os meus amigos, sem os quais o meu percurso académico não seria possível.

A toda a equipa das USF Coimbra Sul e Rainha Santa Isabel, por terem aceitado o nosso pedido de colaboração e ajudado com a aplicação do nosso questionário nos seus utentes.

## Referências Bibliográficas

1. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1459-1544. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31012-1. Erratum in: *Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):e1. PMID: 27733281; PMCID: PMC5388903.
2. AbdulRaheem Y. Unveiling the Significance and Challenges of Integrating Prevention Levels in Healthcare Practice. *J Prim Care Community Health*. 2023 Jan-Dec;14:21501319231186500. doi: 10.1177/21501319231186500. PMID: 37449436; PMCID: PMC10350749.
3. Santos P, Martins C, Sá L, Portinha C, Pessanha P, Ferreira-Silva A, Hespanhol A, Couto L. Health education: five years' experience of teaching preventive medicine at the Faculty of Medicine of Oporto University. *Educ Prim Care*. 2014 Mar;25(2):103-7. doi: 10.1080/14739879.2014.11494255. PMID: 24593974.
4. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8254-2017-108189401>
5. Principles and practice of screening for disease. *J R Coll Gen Pract*. 1968 Oct;16(4):318. PMCID: PMC2236670.
6. Hespanhol, A. P., Couto, L., & Martins, C. (2008). A medicina preventiva. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 24(1), 49–64. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i1.10462>
7. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O'Sullivan JW, Aronson JK, Woloshin S. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evid Based Med*. 2018 Feb;23(1):1-3. doi: 10.1136/ebmed-2017-110886. PMID: 29367314.
8. Weston, Wayne & Brown, Judith & Stewart, Moira. (1989). Patient-Centred Interviewing Part I: Understanding Patients' Experiences. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*. 35. 147-51.

9. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018 Dec;24(1):106-111. doi: 10.1080/13814788.2017.1422177. PMID: 29384397; PMCID: PMC5795741.
10. World Organization of Family Doctors (WONCA). The European definition of General Practice / Family Medicine [Internet]. 4th WONCA Europe; 2023. [consultado em 1 de abril de 2024]. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
11. Martins C, Azevedo L, Ribeiro O, Sá L, Santos P, et al. A Population-Based Nationwide Cross-Sectional Study on Preventive Health Services Utilization in Portugal—What Services (and Frequencies) Are Deemed Necessary by Patients? *PLOS ONE* 8(11): e81256. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081256>.
12. Birtwhistle R, Bell NR, Thombs BD, Grad R, Dickinson JA. Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services: From the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Can Fam Physician.* 2017 Nov;63(11):824-826. PMID: 29138150; PMCID: PMC5685441.
13. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2012;345:e7191
14. Christoffersen, N.B., Nilou, F.E., Thilsing, T. *et al.* Exploring targeted preventive health check interventions – a realist synthesis. *BMC Public Health* 23, 1928 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16861-8>
15. [https://ordemosmedicos.pt/check-ups-anuais-a-adultos-assintomaticos-sem-fatores-de-risco-e-sem-problemas-de-saude-diagnostics/\(https://ordemosmedicos.pt/choosing-wisely-portugal-escolhas-criteriosas-em-saude/\)](https://ordemosmedicos.pt/check-ups-anuais-a-adultos-assintomaticos-sem-fatores-de-risco-e-sem-problemas-de-saude-diagnostics/(https://ordemosmedicos.pt/choosing-wisely-portugal-escolhas-criteriosas-em-saude/))
16. 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, population-based cross-sectional study in Portugal. *BMJ Open.* 2016;6:e011755.
17. Shaked M, Levkovich I, Adar T, Peri A, Liviatan N. Perspective of healthy asymptomatic patients requesting general blood tests from their physicians: a qualitative study. *BMC*

Fam Pract. 2019 Apr 5;20(1):51. doi: 10.1186/s12875-019-0940-9. PMID: 30953452; PMCID: PMC6451261.

18. Ross J, Santhirapala R, MacEwen C, Coulter A. Helping patients choose wisely. *BMJ*. 2018;361:k2585.
19. Morgado M, Alves M, de Carvalho CR, Dias CV, Sousa DC, Ferreira-dos-Santos G, Leal I, Valente Jorge J, Bigotte Vieira M, Fortunato P, Baptista RB, Vaz-Carneiro A. Choosing Wisely Portugal: The View of Portuguese Doctors. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 Aug. 1 [cited 2024 Mar. 7];32(7-8):559-60. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12448>
20. Bigotte Vieira M, Ferreira-dos-santos G, de Carvalho CR, Dias CV, Sousa DC, Leal I, et al. Choosing wisely Portugal — wise health decisions. *Acta Med Port*. 2018;31:521
21. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>
22. Ribeiro AI, Launay L, Guillaume E, Launoy G, Barros H. The Portuguese version of the European Deprivation Index: Development and association with all-cause mortality. *PLoS One*. 2018 Dec 5;13(12):e0208320. doi: 10.1371/journal.pone.0208320. PMID: 30517185; PMCID: PMC6281298.
23. Lamnisos D, Lambrianidou G, Middleton N. Small-area socioeconomic deprivation indices in Cyprus: development and association with premature mortality. *BMC Public Health*. 2019;19(1). doi: 10.1186/s12889-019-6973-0.
24. Markel H. The stethoscope and the art of listening. *N Engl J Med*. 2006 Feb 9;354(6):551-3. doi: 10.1056/NEJMp048251. PMID: 16467541.
25. Hafke-Dys H, Bręborowicz A, Kleka P, Kociński J, Biniakowski A. The accuracy of lung auscultation in the practice of physicians and medical students. *PLoS One*. 2019 Aug 12;14(8):e0220606. doi: 10.1371/journal.pone.0220606. PMID: 31404066; PMCID: PMC6690530.



26. Páscoa R, Teixeira A, Gregório M, Carvalho R, Martins C. Patients' Perspectives about Lifestyle Behaviors and Health in the Context of Family Medicine: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 14;18(6):2981. doi: 10.3390/ijerph18062981. PMID: 33799435; PMCID: PMC8001049.
27. Ramalho S, Martins-Mendes D, Macedo JM, Barros C, Luis C, Sá S, Gestoso Á, Pereira AC, Baylina P, Fernandes R. Unveiling the Path to Resilience: Prioritizing Mental Health, Sleep, and Nutrition in the Post-COVID Era. *Healthcare (Basel)*. 2023 Sep 4;11(17):2463. doi: 10.3390/healthcare11172463. PMID: 37685496; PMCID: PMC10487180.
28. Cohidon C, Imhof F, Bovy L, Birrer P, Cornuz J, Senn N. Patients' and General Practitioners' Views About Preventive Care in Family Medicine in Switzerland: A Cross-sectional Study. *J Prev Med Public Health*. 2019 Sep;52(5):323-332. doi: 10.3961/jpmph.19.184. Epub 2019 Sep 17. PMID: 31588702; PMCID: PMC6780292.
29. US Preventive Services Task Force. Screening for Cardiovascular Disease Risk With Electrocardiography: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;319(22):2308–2314. doi:10.1001/jama.2018.6848
30. US Preventive Services Task Force. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(10):962–970. doi:10.1001/jama.2021.1117
31. US Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;319(18):1901–1913. doi:10.1001/jama.2018.3710
32. Costa AR, Silva S, Moura-Ferreira P, Villaverde-Cabral M, Santos O, Carmo ID, Barros H, Lunet N. Cancer screening in Portugal: sex differences in prevalence, awareness of organized programmes and perception of benefits and adverse effects. *Health Expect*. 2017 Apr;20(2):211-220. doi: 10.1111/hex.12450. Epub 2016 Feb 23. PMID: 26914376; PMCID: PMC5354027.
33. Pinto, D., Corte-Real, S., & Nunes, J. M. (2010). Atividades preventivas e indicadores - Quanto tempo sobra?. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 26(5), 455–64. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i5.10780>

## Anexos

### ANEXO I - Metodología STROBE para estudios transversais

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
<b>Title and abstract</b>	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
<b>Introduction</b>		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
<b>Methods</b>		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
<b>Results</b>		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

<b>Discussion</b>		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
<b>Other information</b>		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

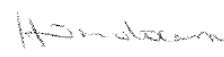
\*Give information separately for exposed and unexposed groups.

**Note:** An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at [www.strobe-statement.org](http://www.strobe-statement.org).

## ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC)



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL: FAVORÁVEL</b>	<b>DESPACHO:</b>  3092013 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---------------------------------	---



**ASSUNTO:**

**Título:** "Populational expectations regarding routine check-ups and how family physicians perceive them". / "Expetativas populacionais perante a consulta de rotina e como as reconhecem os médicos de família." (processo 70-2023).

**Autores:** Inês Rosendo Carvalho e Silva; Luiz Miguel Santiago

**Instituições:** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra  
Vogal,

-----  
Dr. Fernando Cravo  
Vogal,

Atualmente, existe evidência de que os exames de rotina em Medicina Geral e Familiar não reduzem especificamente, ou no geral, a morbilidade/mortalidade, no entanto, conduzem a um aumento do número de diagnósticos novos.

A população sobrevaloriza os benefícios adquiridos com os rastreios e tratamentos preventivos, atribuindo um nível alto de importância a testes laboratoriais, de diagnóstico e menosprezando os aconselhamentos de estilo de vida saudável.

Os médicos devem ter esta perspetiva em conta dado que pode influenciar a relação médico-doente, quando discutem intervenções e incorporam o risco personalizado. Todavia, é relevante não esquecer o peso que gera na pessoa o conhecimento de novos diagnósticos e tratamentos, mesmo quando estes não conduzem à morte (prevenção quaternária).

É de conhecimento geral que a população assintomática recorre com frequência aos recursos de saúde. Torna-se, por isso, importante discutir riscos e desvantagens desta problemática, tendo em vista a obtenção de um uso mais racional dos serviços de saúde e prevenção das consequências da utilização excessiva de testagem analítica.

**Ressalva:** A CE-ARSC enfatiza que a aprovação de um estudo não significa que venha a ter qualquer responsabilidade por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do mesmo. As opiniões apresentadas nas publicações, relatórios ao governo ou outros resultados desta investigação são da responsabilidade exclusiva dos investigadores.

Os autores pretendem realizar um estudo observacional transversal com o objetivo de conhecer as expectativas das pessoas relativamente a uma consulta de “Medicina Preventiva” e compará-las com as que os médicos julgam ser.

Os questionários serão dirigidos, um para a população em geral e outro para médicos. Os questionários terão a seguinte organização: introdução e objetivos do estudo; listagem de várias intervenções (desde estilo de vida a exames complementares de diagnóstico); a relevância e frequência de realização dessas intervenções, e por fim os dados sociodemográficos.

Os questionários serão realizados, utilizando a aplicação “Google Forms” através de convite “online”, via redes sociais, gerais e específicas. Na resposta não será registada qualquer informação que possa permitir saber quem foi o respondente, não ficando assim registado o IP da resposta (anonimato) e sendo a participação limitada a uma resposta por pessoa. Para incluir pessoas de faixas etárias mais avançadas, o questionário também irá ser recolhido em formato papel, presencialmente nas USF (Coimbra Sul e Rainha Santa Isabel) convidadas para o efeito e das quais os autores aguardam autorização.

Estão garantidos todos os aspectos ético legais.

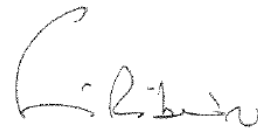
Solicita-se posteriormente o envio do relatório final do estudo.

Pelo exposto somos de parecer Favorável à realização do estudo

O Relator da CES-ARS do Centro



Prof<sup>a</sup>. Doutora Isabel Vitória Figueiredo



## ANEXO III - Consentimento informado

### Consentimento Informado

*O meu nome é Maria Manuel Bica Tavares e sou a autora principal deste trabalho e estudante do 5º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.*

*Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito da Medicina Preventiva sendo o seu objetivo “conhecer as expectativas das pessoas relativamente a uma consulta de “Medicina Preventiva” e compará-las com as que os médicos julgam ser”.*

*Solicitamos-lhe resposta a questionário sendo que ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificada(o).*

*Está sempre à vontade para cessar o preenchimento do questionário.*

*Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo por tratamento estatístico após terem sido colocados em base de dados, estando os seus não identificáveis.*

*Mesmo que não seja sabido quem respondeu nem como respondeu, mesmo que apenas estejam na base de dados as respostas obtidas nos questionários, solicitamos o seu acordo ao preenchimento e à análise estatística dos seus dados em tal base, para podermos ter resultados.*

*Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá estabelecer contacto através do seguinte email [uc2017254386@student.uc.pt](mailto:uc2017254386@student.uc.pt).*

*Li e aceito participar tendo sido informada(o) acerca das minhas dúvidas.*

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Assinatura do participante*

\_\_\_\_\_

*Assinatura do autor*

## ANEXO IV- Termo de Responsabilidade

### 4 - Termo de Responsabilidade:

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que protesto juntar relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente e efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

#### **Data:**

15 / 06 / 2023

#### **O investigador responsável:**

Mania Manuel Bica Tavares

## ANEXO V - Questionário para a População

Section 1 of 3

### Expectativas populacionais perante a consulta de rotina e como as reconhecem os Médicos de Família

É convidado/(a) a participar num estudo no âmbito da Medicina Preventiva com o objetivo de conhecer as expectativas das pessoas relativamente a uma consulta de rotina.

Se aceitar, solicitamos-lhe que responda a um conjunto de perguntas, estimando-se o tempo de resposta de cerca de 2 minutos.

Não há qualquer compensação financeira por participar nesta tarefa, bem como para os investigadores.

Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo, por tratamento estatístico. Mesmo que não haja conhecimento sobre quem e como respondeu, solicitamos o seu acordo para a análise estatística dos seus dados, com os restantes, para podermos obter resultados.

O meu nome é Maria Manuel Bica Tavares, sou a autora principal deste trabalho e estudante do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em conjunto com Luiz Miguel Santiago e Inês Rosendo, ambos Doutores em Medicina, encontrando-se abaixo o meu email institucional para a colocação de qualquer dúvida relativamente a este estudo:

uc2017254386@student.uc.pt.

Declaro ter lido, compreendido e recebido a informação necessária para participar voluntariamente no estudo. \*

Sim

Não

After section 1 Continue to next section



## Questionário Utente



Suponha que marca uma consulta com o seu médico de família, não tendo queixas, porque quer fazer um exame de rotina (o também chamado "check-up").

Até ao final do questionário responda de acordo com a sua idade.

Qual ou quais das seguintes medidas espera que o/(a) médico/(a) realize?

- Pesar e medir a altura
- Medir o perímetro abdominal
- Auscultar o coração e os pulmões
- Realizar exame físico completo
- Verificar o boletim de vacinas
- Perguntar pela sua alimentação
- Perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas e sua quantidade
- Perguntar se faz alguma atividade física (número de vezes por semana e duração)
- Perguntar se é fumador ou se o foi nos últimos 15 anos
- Perguntar se se tem sentido nervoso ou muito preocupado
- Perguntar pelo seu interesse em realizar atividades ou se se tem sentido deprimido(a)

Dos seguintes exames, qual ou quais são os que julga que lhe devem ser pedidos e com que regularidade?

	Uma vez por ano	A cada dois anos
Eletrocardiograma (ECG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia do Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análise à urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análises às gorduras no sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análise do açúcar no sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análise para o cancro da próstat...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exame das fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das seguintes recomendações, quais são as que considera que lhe serão dadas?

**Em mulheres:**

- Realizar mamografia, de acordo com a idade
- Realizar citologia do colo do útero ("o Papanicolau"), segundo a idade
- Realizar o rastreio do cancro do intestino, de acordo com a idade
- Manter a vacinação atualizada
- Manter atividade física regular, em pelo menos 5 dias da semana
- Participar em atividades sociais

Das seguintes recomendações, quais são as que considera que lhe serão dadas?

**Em homens:**

- Realizar o rastreio do cancro do intestino, segundo a idade
- Realizar rastreio do cancro da próstata, segundo a idade
- Manter a vacinação atualizada
- Manter atividade física regular, em pelo menos 5 dias da semana
- Participar em atividades sociais

Com que regularidade julga que se deve fazer uma consulta de rotina?

- Uma vez por ano
- Duas vezes por ano
- De dois em dois anos
- De três em três anos



Section 3 of 3

Para finalizar o questionário, responda às seguintes questões de forma a caracterizar a amostra, mantendo-se sempre o anonimato.



Description (optional)

Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Não quero responder

Idade:

Short answer text

A sua escolaridade:

- Até ao 9º ano
- Mais que o 9º ano

Em termos de habitação:

- Vive só
- Vive acompanhado

O seu rendimento mensal é:

- Até ao salário mínimo nacional
- Maior que o salário mínimo nacional

## ANEXO VI - Questionário para os Médicos

Section 1 of 3

### Expectativas populacionais perante a consulta de rotina e como as reconhecem os Médicos de Família

**B** *I* U ↻ ✕

Exmo./a.) especialista ou interno/a) de especialidade de Medicina Geral e Familiar,

É de conhecimento geral que a população recorre com frequência aos serviços de saúde com o objetivo de realizar vários exames, para ter uma perceção mais concreta sobre o seu estado de saúde atual. Torna-se, por isso, importante discutir riscos e desvantagens desta problemática, tendo em vista a obtenção de um uso mais racional dos serviços de saúde, nomeadamente ao nível da prevenção das consequências que advém da utilização excessiva de testes analíticos e, em contrapartida reforçar a questão de aconselhamento em saúde resultante da melhor e mais recente evidência.

É convidado/a) a participar num estudo no âmbito da Medicina Preventiva com o objetivo de conhecer quais as expectativas que os Médicos de Família, internos ou especialistas, julgam que as pessoas têm para tal consulta.

Se aceitar, solicita-se que responda a um conjunto de perguntas, estimando-se o tempo de resposta de cerca de 5 minutos. Não há qualquer compensação financeira por participar nesta tarefa, bem como para os investigadores. Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo, por tratamento estatístico. Mesmo que não haja conhecimento sobre quem e como respondeu e que apenas estejam na base de dados as respostas obtidas nos questionários, solicitamos o seu acordo perante a análise estatística dos seus dados para podermos obter resultados.

O meu nome é Maria Manuel Bica Tavares, sou a autora principal deste trabalho e estudante do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sendo orientada por Inês Rosendo e Luiz Miguel Santiago, ambos MD e PhD, encontrando-se abaixo o meu email institucional para a colocação de qualquer dúvida relativamente a este estudo:

uc2017254386@student.uc.pt.

Este trabalho foi objeto de parecer da Comissão de Ética da ARS do Centro.

Declaro ter lido, compreendido e recebido a informação necessária para participar voluntariamente no estudo. \*

Sim

Não

After section 1 Go to section 2 (Questionário Médico) ▼

## Questionário Médico



Recorrem à sua consulta utentes assintomáticos (de qualquer faixa etária) que pretendem, por iniciativa própria, realizar um exame de rotina a que chamam "check-up!", não tendo consulta consigo há mais de um ano.

Quais das seguintes medidas assume que os utentes em consulta julgam que o médico/(a) lhes deve realizar?

- Pesar e medir a altura
- Medir o perímetro abdominal
- Auscultação cardio-pulmonar
- Realizar exame físico completo
- Verificar o estado vacinal
- Perguntar pelo estilo alimentar
- Perguntar sobre o consumo de bebidas alcoólicas e sua quantidade
- Perguntar se faz alguma atividade física (número de vezes por semana e duração)
- Perguntar se é fumador ou se o foi nos últimos 15 anos
- Perguntar se se tem sentido nervoso ou muito preocupado
- Perguntar pelo seu interesse em realizar atividades ou se se tem sentido deprimido(a)



Dos seguintes exames qual ou quais são os que considera que as pessoas julgam que devem ser pedidos e com que regularidade?

	Uma vez por ano	A cada dois anos
Eletrocardiograma (ECG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia do Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análise da urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análise dos lípidos sanguíneos (c...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicémia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesquisa de sangue oculto nas f...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Das seguintes recomendações, quais supõe que as pessoas julgam que lhe devem ser dadas?

**Em mulheres:**

- Realizar mamografia, de acordo com a idade
- Realizar citologia do colo do útero, segundo a idade
- Realizar o rastreio do cancro colo-retal, de acordo com a idade
- Manter a vacinação atualizada
- Manter atividade física regular, em pelo menos 5 dias da semana
- Participar em atividades sociais

Das seguintes recomendações, quais supõe que a pessoa julga que lhe devem ser dadas?

**Em homens:**

- Realizar o rastreio do cancro colo-retal, de acordo com a idade
- Realizar rastreio do cancro da próstata, segundo a idade
- Manter a vacinação atualizada
- Manter atividade física regular, em pelo menos 5 dias da semana
- Participar em atividades sociais

Com que regularidade julga que as pessoas assumem que se deve fazer uma consulta de rotina?

- Uma vez por ano
- Duas vezes por ano
- De dois em dois anos
- De três em três anos

Section 3 of 3

De forma a caracterizar a amostra e mantendo o anonimato, responda às seguintes questões.



Description (optional)

Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Não quero responder

Grau de formação:

- Interno de especialidade
- Especialista
- Não quero responder

Tipo de unidade de saúde em que trabalha:

- UCSP
- USF modelo A
- USF modelo B
- Centro de Saúde
- Privada
- Não quero responder
- Other...