

*Se um doente solicita ajuda a um médico, o médico faz o seu melhor. Ele não tem responsabilidade pelos defeitos no conhecimento médico. Se, contudo, o médico realiza exames de rastreios, encontra-se numa situação muito diferente. Ele deve conter evidência conclusiva de que o rastreio pode alterar a história natural da doença numa proporção significativa naqueles rastreados.*

Archie Cochrane and Walter Holland, 1971

## Índice

<b>Abreviaturas</b> .....	5
<b>Resumo</b> .....	6
<i>Abstract</i> .....	8
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Fundamentação teórica</b> .....	11
<b>Perspectivas em Saúde – Profissionais de Saúde e Utentes</b> .....	11
<b>Prevenção em Saúde</b> .....	12
<b>Prevenção Secundária</b> .....	14
<b>Prevenção Quaternária</b> .....	20
<i>Disease Mongering</i> e <b>Prevenção Quaternária</b> .....	20
<b>Prevenção Quaternária e Prevenção Secundária</b> .....	22
<b>Metodologia</b> .....	24
1. <b>Caracterização da investigação</b> .....	24
2. <b>Objectivos</b> .....	24
3. <b>População e Amostra</b> .....	25
4. <b>Instrumento de colheita de dados</b> .....	26
4.1 <b>Critérios de Inclusão</b> .....	27
4.2 <b>Critérios de Exclusão</b> .....	27
5. <b>Recolha de dados</b> .....	28
6. <b>Procedimentos prévios à recolha de dados</b> .....	28
7. <b>Variáveis</b> .....	29
8. <b>Análise estatística</b> .....	29
<b>Resultados</b> .....	30

1. Caracterização geral da amostra total estudada.....	30
2. Caracterização amostra populacional em função da variável Unidade de Saúde...	31
3. Análise das questões dos inquéritos <i>A importância dos rastreios médicos para utentes da amostra total</i> .....	33
4. Análise das questões dos inquéritos <i>A importância dos rastreios médicos para utentes em função das variáveis em estudo</i> .....	34
<b>Discussão</b> .....	42
<b>Conclusão</b> .....	49
<b>Agradecimentos</b> .....	50
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	51
<b>Anexos</b> .....	55
<b>Anexo I – Tabela IV: Resultados da aplicação do Questionário em função das variáveis estudadas</b> .....	56
<b>Anexo II – Autorização ARS Centro</b> .....	59
<b>Anexo III - Autorização UCSP Fernão Magalhães</b> .....	60
<b>Anexo IV – Autorização UCSP Santa Clara</b> .....	61
<b>Anexo V – Autorização USF Topázio</b> .....	62
<b>Anexo VI – Autorização USF Mondego</b> .....	63
<b>Anexo VII – Consentimento informado</b> .....	64
<b>Anexo VI – Questionário</b> .....	65

## **Abreviaturas**

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

ARS – Administração Regional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

## Resumo

**Introdução:** A prevenção secundária, aplicada sob a forma de rastreios médicos, traduz-se pela identificação de um estado patológico numa fase ainda assintomática, e prevenção ou minimização da progressão de doença numa fase precoce. Em Portugal, os dados sobre a importância atribuída pelos utentes aos rastreios médicos são escassos, o presente estudo pretende determinar tal conhecimento.

**Objetivos:** Estudar a importância atribuída aos rastreios médicos pelos utentes.

**Métodos:** Foi realizado um questionário aplicado a amostra de 400 utentes de duas Unidades de Saúde Familiar e duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do Concelho de Coimbra durante os meses de Julho e Agosto de 2013. Foram também obtidas informações relativas à idade, género, actividade profissional, toma regular de medicação, grau de formação académica, auto-percepção de qualidade de saúde e Unidade de Saúde. As respostas dadas ao questionário foram estudadas de acordo as variáveis acima enumeradas.

**Resultados:** O questionário foi aplicado a uma amostra de 400 doentes dos 11 e os 90 anos (média de 53,84 anos), dos quais 65,0% do género feminino, 68,5% com grau de formação académica média, 72,0% com toma regular de medicação, 52,3% profissionalmente activos, 50,2% distribuídos em USF e 61,0% com autocaracterização da sua saúde como *Razoável* ou *Fraca*. Nas USF observou-se a existência de com uma população mais jovem (USF 73,6% vs UCSP 66,3%,  $p=0,009$ ). Nas 5 perguntas do questionário, verificou-se que em relação à aceitação da realização de rastreios médicos por parte dos consulentes 94,8% dos consulentes aceitam; 93,3% dos inquiridos acham que os rastreios médicos permitirem indicar a presença

de doença; 88,3 % dos inquiridos acham que mesmo que façam um rastreio médico podem vir a sofrer ou morrer de uma doença. Por fim, 43,5% dos inquiridos afirma aceitar a realização de rastreios em saúde porque querer saber que está saudável; 36,2% porque confiam nos rastreios; 28,5% porque querem saber que têm doença e 23,7% porque aceitam as consequências de os fazer. Para a questão “*Julga que um rastreio lhe permite saber se tem uma doença?*” os consulentes atendidos em UCSP atribuíram maior percentagem de respostas negativas (4%USF vs 9,5% UCSP,  $p=0,026$ ).

**Discussão e Conclusão:** Foi possível desenvolver um questionário sobre a importância de rastreios médicos para utentes e proceder à sua aplicação em duas USF e duas UCSP. A maioria da população em estudo aceita a realização de rastreios em saúde quando propostos e julga que um rastreio médico permite identificar a presença de doença. Os consulentes de UCSP julgam numa percentagem superior aos consulentes de USF que os rastreios não identificam doença. A maioria dos inquiridos aceita os rastreios médicos como meio de determinar se estão saudáveis. A transmissão de conceitos de promoção e prevenção em saúde são essenciais.

**Palavras-Chave:** “*Prevenção Secundária*”, “*Prevenção Quaternária*”, “*Disease Mongering*”, “*Rastreios médicos*”

## **Abstract**

**Background:** Secondary prevention applied as screening tests is the recognition of a pathological state at a asymptomatic phase and the prevention or minimization of a disease development at an early state. There are few data in Portugal about the significance of screening tests for patients, which this study intends to identify.

**Objectives:** Study the significance of medical screening tests for patients.

**Methods:** A survey was applied at a 400 patient's sample of two Family Health Units and two Personalized Health Care Units at Coimbra, during July and August of 2013. Information about age, gender, professional activity, regular use of medication, academic degree, self-perceived quality of health and Health Unit were taken. All the answers were studied according to the variables listed above.

**Results:** The survey was applied at a sample of 400 patients from 11 to 90 years old (average of 53,84 years), from which 65,0% were female, 68.5% had an average degree of academic education, 72.0% with regular use of medication, 52.3% professionally active, 50.2% belonged to a USF and 61.0% with perceived their health as fair or poor. At the USF there was a younger population (73.6% vs USF UCSP 66, 3%,  $p = 0.009$ ). The 5 questions of the questionnaire revealed the acceptance of conducting medical screenings by 94.8% of the consultants, 93.3% of respondents think that screening tests indicate the presence of disease, 88 3% of respondents agree that even if they do a medical screening they may suffer or die from a disease. At least, 43.5% of respondents agree on conducting health screenings because they want to know if they are healthy, 36.2% because they trust the surveys, 28.5% because they want to know if they have a disease and 23.7% because they accept the consequences of

making them. To the question *"Do you think a screening test lets you know if you have a disease?"* the consultants assisted in UCSP attributed greater percentage of negative responses (4% vs USF UCSP 9.5%,  $p = 0.026$ ).

**Discussion and Conclusion:** It was possible to develop a survey to study the significance of medical screenings to users and to implement them in two USF and two UCSP. Most of the study population accepts conducting health screenings when offered and believes a medical screening allows them to identify the presence of disease. The consultants of UCSP judge at a higher percentage than the USF consultants that medical screenings do not identify a disease. Most respondents accepted medical screenings as a means to settle if they are healthy. The transmission of concepts of health promotion and prevention are essential.

**Key-Words:** *"Secondary Prevention", "Quaternary Prevention", "Disease Mongering," Medical Screening "*



## Introdução

Actualmente é marca integrante da esfera da Saúde a perspectiva de prevenção e promoção em saúde.

O conceito de prevenção em saúde tem sofrido alterações ao longo dos tempos, sendo classificada geralmente nas categorias primária, secundária, terciária e quaternária.

A prevenção secundária corresponde à identificação de um estado patológico numa fase ainda assintomática, bem como à prevenção ou minimização da progressão de doença numa fase precoce. No exercício da prevenção secundária estão incluídos os rastreios médicos, sinónimo de testes e procedimentos aplicados em indivíduos assintomáticos, com o objectivo de determinar quais os que se encontram em maior risco de desenvolver uma determinada doença.

Actualmente, há argumentos contra e a favor da realização de rastreios médicos, contudo, actualmente, vive-se um contexto social de “*alerta para a doença*”, com valorização do diagnóstico e terapêuticas e subvalorização de noções de prevenção quaternária.

Em Portugal os dados sobre a importância atribuída pelos utentes aos rastreios médicos são escassos. O presente estudo pretende determinar a importância atribuída pelos utentes aos rastreios médicos, baseando-se nas hipóteses da generalizada aceitação destes métodos de prevenção secundária e de uma falha na aplicação equilibrada das realidades de prevenção secundária e quaternária.

Demonstrou-se a grande aceitação de rastreios médicos por utentes, a par de falhas em noções inerentes a este conceito.

## Fundamentação Teórica

### Perspectivas em Saúde – Profissionais de Saúde e Utentes

No binómio saúde/doença as perspectivas do médico e do consulente cruzam-se no objectivo de bem comum mas, na análise de um espectador menos atento, poderia dizer-se que divergem no caminho a percorrer: de cura de doença, por parte do médico, e na evicção de qualquer contacto com doença, ou, como segunda melhor hipótese, detecção e cura num estadio precoce e sem implicação no bem-estar, por parte do consulente. A verdade é mais complexa.

Com o desenvolvimento científico e tecnológico do decorrer dos tempos, a população portuguesa é exemplo do aumento da esperança médica de vida, saúde e bem-estar, resultantes de políticas de saúde, quer ligadas a desenvolvimentos terapêuticos quer a melhorias do estilo de vida.

Vivemos assim actualmente numa Era de grandes expectativas<sup>1</sup>, tanto por parte dos profissionais de saúde como dos consulentes, e onde a esfera de acção inclui não só a *doença*, mas a prevenção e promoção em saúde.

Remontado ao século V a.C., médicos fazem solenemente o Juramento de Hipócrates, sucessivamente sofrendo modificações a par do conhecimento, realidade e mentalidade contemporâneas. Uma destas alterações, ratificada pela Associação Mundial de Médicos em 1948, advoga que qualquer médico tem a responsabilidade de *“aplicar, para o benefício do doente, todas as medidas requeridas, evitando [contudo] aquelas que [conduzam] ao sobre-tratamento”*<sup>2-3</sup>.

Com o início do século XIX com a Revolução Industrial, o modelo biomédico trouxe o conceito das diferentes etapas na história natural da doença. Este vem reforçar a ideia de que uma intervenção numa destas etapas pode traduzir-se numa alteração no resultado clínico. Esta perspectiva está consonante com a Prevenção em Saúde.<sup>1</sup>

A responsabilidade em Saúde é, hoje em dia, entendida como um laço vinculativo entre profissional de saúde e consulente. Neste contexto, o conceito literacia em saúde, definida pela OMS como “*competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham a boa saúde*”<sup>4</sup> pretende cimentar a capacidade individual, por parte do consulente, de procura e aplicação de opções fundamentadas em saúde. Estas competências incluem o comportamento de prevenção da doença.

### **Prevenção em Saúde**

O conceito e definições associadas a Prevenção em Saúde têm sofrido alterações ao longo dos tempos.<sup>5</sup>

Com recurso ao método epidemiológico na avaliação da evolução natural de uma doença<sup>6</sup>, Leavell, Clark e seus colaboradores apresentaram, em 1953, uma definição de Prevenção em Medicina como um conjunto de cinco categorias, potenciais alvos de actuações: *Promoção da Saúde, Protecção Específica, Reconhecimento Precoce e Tratamento Atempado, Limitação da Incapacidade e Reabilitação*.<sup>6</sup>

Paralelamente, em 1967, Clark DW sugeriu uma definição de prevenção em saúde, que segundo a tradução do autor, significa “*em sentido restrito, (...) evitar o desenvolvimento de um estado patológico. Num sentido mais amplo, inclui todas as medidas - entre elas tratamento definitivo - que limita a progressão da doença em qualquer estadio em que esta ocorra*”.<sup>5-7</sup>

Na abordagem do conceito de prevenção em saúde, em 1957, a Comissão sobre Doenças Crónicas apresentou a classificação nas categorias primária e secundária.<sup>5-8</sup> Prevenção primária passou a identificar o conjunto de actuações para prevenir a ocorrência de

doença, ou seja, ainda referido como promoção da saúde previamente ao estado de patologia.<sup>5-9-10</sup> Já prevenção secundária passou a corresponder ao conjunto de intervenções passíveis de alterar a progressão da doença ou das consequências.<sup>5</sup>

Este conceito de prevenção secundária sofreu alterações quando, em 1978, ao âmbito de prevenção em saúde foi acrescentado mais uma categoria.<sup>11</sup> Nesta altura, prevenção secundária passou a designar a identificação precoce de um estado patológico/doença numa fase ainda assintomática e a interrupção ou minimização da progressão de doença numa fase precoce<sup>11</sup>; enquanto que prevenção terciária passou a englobar as anteriormente referidas atitudes de alteração ou atraso na progressão de um estado patológico já instalado.<sup>5-9-11</sup>

Nesta altura, o acordo internacional definido pelo acordo de Ottawa para a promoção em saúde, na alçada da Organização Mundial de Saúde, em 1986, descreve a importância de critérios de promoção em saúde associados a medidas de prevenção.

Contudo, é em 1998 que a OMS traz alterações a Prevenção em Saúde, que, apesar de manter as mesmas noções quanto à ocorrência, progressão ou consequências de doença, passa a incorporar o conceito de factores de risco, como alvo a identificar e contornar na instalação e progressão de patologias.<sup>5-10</sup>

Desde aí prevenção é usualmente conceptualizada em três, os mais comumente aceites, ou quatro níveis<sup>11</sup>: prevenção primária, secundária, terciária ou quaternária.

Apesar de tudo isto, na prática, decorre a aplicação difusa de um modelo médico tradicional: de educação e estudo com foco na doença, cujo papel da prevenção em saúde no Norte da América, é exemplo.<sup>12</sup>

Todavia, as expectativas apontadas para o presente século XXI indicam uma mudança para uma Medicina preventiva e promotora de saúde.<sup>13</sup> Em Portugal, alguns autores iniciam a abordagem da necessidade de prevenção em saúde, como é exemplo de Miguel Melo com o conceito de prevenção quaternária.<sup>14</sup>

## **Prevenção Secundária**

A prevenção secundária corresponde à identificação de um estado patológico numa fase ainda assintomática, bem como à prevenção ou minimização da progressão de doença numa fase precoce<sup>5-9-11</sup>

O objectivo final na prevenção secundária é evitar a progressão de um determinado processo patológico, graças a um conjunto de detecção precoce e decorrente tratamento apropriado<sup>11</sup>, como no caso único do cancro do colo do útero.

No exercício desta categoria da prevenção em saúde estão incluídos todos os mecanismos que permitem a detecção e tratamento pré-clínico<sup>1</sup>, a referir os rastreios médicos.

O conceito rastreios em saúde é antigo e actualmente com uma popularidade em crescendo.<sup>15-16-17</sup> Exemplo desta realidade é o início da realização de rastreios médios para a tuberculose e sífilis nos princípios do século XX, bem como a promoção de procedimentos de prevenção secundária em saúde no início do ano de 1920 e a popularidade de programas multifásicos de rastreios em 1950.<sup>15-17</sup> A América do Norte é um exemplo da crescente popularidade da aplicação de rastreios médicos.<sup>16</sup>

Os rastreios médicos correspondem à aplicação de testes ou procedimentos em indivíduos assintomáticos, com o objectivo de determinar quais os que se encontram em maior risco de desenvolver uma determinada doença<sup>18</sup>, com decorrente diferenciação dos grupos de baixo e alto risco de doença/alteração patológica.<sup>19</sup>

São exemplos de rastreios médicos a mamografia para detecção em estadios precoces de cancro da mama ou análises sanguíneas regulares com avaliação da glicémia, cuja realização por profissionais de saúde pode estar integrada num nível individual de interacção médico-doente, ou integrada num contexto de prevenção em saúde pública<sup>1</sup>.

No contexto de detecção precoce de uma determinada patologia, os rastreios médicos apresentam como objectivo intrínseco uma perspectiva de redução da mortalidade e morbidade<sup>20</sup>. A identificação precoce de qualquer alteração patológica em estadios precoces pressupõe um melhor prognóstico expectável, como melhor qualidade e esperança média de vida.<sup>19</sup>

Em contraponto aos exames de diagnóstico que oferecem uma resposta mais assertiva quanto à presença ou ausência de determinada patologia, os rastreios médicos, como a terminologia indica, não oferecem diagnóstico, mas sim uma probabilidade de risco<sup>20</sup>. Assim sendo, os rastreios médicos são usualmente uma primeira etapa, com pressuposta necessidade decorrente de avaliação diagnóstica, terapêutica ou medicação profiláctica.<sup>18</sup>

Alguns autores levantam objecções contra os termos aplicados na definição de rastreios médicos, sugerindo uma aplicação mais abrangente do conceito que inclua doenças, pré-doenças e factores de risco, globalmente definidos como “*predictores de saúde precária*”<sup>18</sup>. O objectivo é proporcionar maior clarificação quanto aos alvos dos rastreios médicos e foco nos resultados.<sup>11</sup>

Actualmente, os rastreios médicos são ubíquos, com argumentos que justificam uma atitude de precaução na sua utilização. Os rastreios médicos podem beneficiar e melhorar a saúde.<sup>18</sup> São exemplos que corroboram este argumento: métodos citológicos de rastreio de cancro do colo do útero, aplicados de forma eficaz, estão associados a uma diminuição da incidência de carcinoma do colo uterino em países desenvolvidos.<sup>18-21</sup> Outro exemplo é o rastreio da hepatite B, sífilis e HIV-1.<sup>18</sup> É ainda possível referir o rastreio da hipertensão arterial, para o qual é apresentado um bom equilíbrio custo-benefício e cuja associação de rastreio<sup>18</sup>, modificações de estilo de vida e medicação tem implicada uma redução de 50% de episódios de AVC ou EAM<sup>18-22-23</sup>

Todavia, uma detecção precoce, pilar do fundamento dos rastreios médicos, não tem como tradução absoluta uma indicação inequívoca a todos os indivíduos e para todas as potenciais patologias, nem constitui uma garantia custo-benefício soberano. Entre os anos de 1960 e 1970, alguns autores trouxeram à luz da discussão os critérios de aplicação de métodos de rastreio, nomeadamente quanto à sua generalização e indiscriminação dos critérios de aplicação.<sup>15-19</sup> Efectivamente nem sempre *quantidade* é sinónimo de *qualidade*, e *mais* não será sinónimo de *melhor* em Saúde.<sup>24</sup>

Numa primeira análise, os modelos que numa primeira abordagem parecem ter justificação sólida no pressuposto de que o conhecimento da doença levará a modificações do comportamento, carecem de um sólido suporte evidencial.<sup>22-25</sup> Desta realidade são exemplos a recomendação de múltiplos rastreios oncológicos<sup>25</sup> ou mesmo a promoção de rastreios ecográficos de estenose carotídea em indivíduos fumadores. Neste último exemplo, a justificação baseia-se, como anteriormente referido, no pressuposto de que fumadores com conhecimento de estenose carotídea estarão mais pressupostos a deixarem de fumar, tal como o pressuposto de que rastreios oncológicos precoces significam aumento da esperança da vida e minimização de comorbilidades.<sup>25</sup> Contudo, não só estudos não validam esta hipótese<sup>25-26</sup>, como estes rastreios são desencorajados por algumas entidades, nomeadamente a *U.S. Preventive Services Task Force*.<sup>25-27</sup>

Por outro lado ainda, um diagnóstico precoce nem sempre pressupõe encaminhamento concreto quanto a uma modificação profiláctica do estilo de vida ou mesmo tratamento, como é o caso de um potencial diagnóstico de Alzheimer na actualidade. Nestas circunstâncias é questionável a relação benefício-desvantagem inerente ao simples conhecimento.<sup>18</sup>

Para a controvérsia contribuem preocupações de ordem ética, envolvendo, por exemplo, os conceitos de consentimento informado, protecção de confidencialidade, aspectos da esfera emocional, bem como custos e a garantia de uma boa distribuição dos recursos em saúde.<sup>19-39</sup>

Quanto à esfera emocional, os riscos de uma alteração da percepção do seu estado de saúde e consequências emocionais devem ser comados em conta.<sup>18</sup> Uma correcta identificação de indivíduo saudável como doente, um falso-positivo, é causa de stress e sofrimento<sup>18-26</sup> Esta realidade é ainda desvalorizada. No contexto de múltiplos programas de rastreio, o risco cumulativo de falsos-positivos é elevado e aumenta com o número de rastreios.<sup>25</sup> Os autores Elmore *et al* indicam o aumento na incidência de falsos positivos em mamografias de repetição, atingindo os 49.1% em 10 exames.<sup>29</sup>

De igual forma o início de uma estratégia de exames de diagnóstico desnecessários e potencialmente deletérios é um aspecto negativo de uma aplicação e interpretação inadequada de um rastreio médico.<sup>18</sup> O mesmo se aplica quando, na sequência de um rastreio médico, está a aplicação de um tratamento prejudicial, a título de exemplo o tratamento para a dislipidémia com clorofibratos, décadas atrás, traduzido num aumento de 17% da mortalidade no sexo masculino em idade adulta.<sup>18</sup>

Numa perspectiva económica, o consumo destes recursos tem como consequência o aumento dos custos no Sistema de Saúde.<sup>22</sup> Um exemplo é o rastreio para osteoporose e cancro do ovário, cujos custos não estão em equilíbrio com critérios de benefício claramente definidos.<sup>18-30</sup>

Da mesma forma, os interesses económicos das entidades fornecedoras dos recursos materiais implicados na realização dos rastreios em saúde podem fazer supor um incentivo tendencioso, com estímulo de um serviço de mercado, desnecessário e dispendioso. Exemplos desta realidade são a aplicação não criteriosa de ecografias de rastreio para estenose carotídea ou ecografias ao calcâneo para rastreio de osteoporose.<sup>22-19</sup> Os Estados Unidos da América são a face do que é designado de uma indústria multimilionária quanto à realidade dos rastreios médicos.<sup>16</sup> Por outro lado, entidades encarregadas pela gestão dos investimentos em



prevenção da saúde podem, face a uma má regulação de aplicação de critérios, fazer um mau investimento de recursos, esgotando-os para necessidades urgentes noutros campos.<sup>18</sup>

Outro aspecto a referir diz respeito aos pressupostos de aplicação de um método de rastreio. A prevalência de doença em determinado local é um factor determinante no valor preditivo positivo intrínseco ao teste, com uma relação uniforme.<sup>18</sup>

Neste contexto, a aplicação de rastreios médicos depende de critérios que possam garantir uma maior efectividade. Em 1961, a *US Public Health Service* apresentou os *Princípios e Procedimentos na Avaliação de Rastreios de Doenças*.<sup>15</sup> Em 1968, *Wilson e Jungner* apresentaram dez princípios para a avaliação de exames de rastreios médicos, com voto favorável da OMS.<sup>15-31</sup> Nestes estão directrizes essenciais, nomeadamente critérios de adequação dos exames de rastreios, como sendo: sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos, custos reduzidos, segurança e aceitação por médicos e indivíduos sujeitos à sua aplicação. Além disto, os exames de rastreios devem ser aplicados quando a fase pré-clínica de determinada patologia tem detecção garantida pelo respectivo exame realizado. Ainda, quando a aplicação na referida fase pré-clínica da doença comporta vantagens como a melhoria do prognóstico ou facilidade de tratamento. É exemplo o rastreio do cancro do cólo do útero, que permite a detecção numa fase assintomática de carcinoma do cólo do útero pré-invasivo, altura em que o tratamento é mais eficaz. Em contraponto, o caso do carcinoma do pulmão que comporta um mau prognóstico, independentemente do estadió aquando da detecção. Outro critério diz respeito à sua utilização que deve ocorrer em casos de patologias ameaçadoras de vida ou com consequências graves e irreversíveis, isto é, em casos em que decorra uma elevada mortalidade e morbilidade se a doença não for tratada, como é o caso do hipotiroidismo congénito e o risco de cretinismo que exige um adequado rastreio médico. Neste seguimento, o seu emprego deve traduzir-se na redução da mortalidade/morbilidade associadas à patologia em causa. Outro aspecto corresponde à

aplicação de rastreios médicos numa população aparentemente saudável e na qual a prevalência do estado pré-clínico de determinada patologia seja alta, único meio de garantia de custo-efectividade. Por fim, deve haver a garantia de um seguimento diagnóstico adequado em todos os indivíduos sujeitos a exames de rastreios médicos e com resultados positivos.

Wilson e Jungner apresentaram assim uma noção dos benefícios e riscos intrínsecos aos rastreios médicos.

A dinâmica destes critérios é alvo de discussão, sendo que alguns autores<sup>15</sup> apontam como alternativa um balanço entre riscos e benefícios como determinante principal no emprego de rastreios médicos, desde uma ponderação dos recursos disponíveis até às preferências da população informada.

Posteriormente, os autores Andermann *et al*, fizeram uma análise dos critérios propostos por Wilson e Jungner, com directrizes similares, apenas divergentes na relevância dada aos rastreios do foro genético.<sup>15-32</sup>

A reflexão sistemática sobre a aplicação dos rastreios médicos no Norte da América partiu, desde 1970, de diversos grupos, como *Frame and Carlson*, *Friedman et al*, *The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, e a já referida *U.S. Preventive Services Task Force*<sup>15</sup>.

A *U.S. Preventive Services Task Force* nasceu em 1984, sob alçada da OMS com objectivo de reforçar a avaliação dos rastreios em Saúde. Os autores deste grupo sugerem uma abordagem de equilíbrio ponderado nos benefícios e riscos<sup>15</sup>, paralelamente associada a critérios relacionados com a doença, políticas de aplicação e o método de aplicação do rastreio.<sup>18</sup> Quanto aos critérios relacionados com a doença, estes incluem: definição e história natural claras, relevância médica, prevalência e intervenção médica definidas. As políticas de aplicação referem-se a: custo-efectividade, facilidade de diagnóstico, orientação e tratamento

e aceitação pela população. Por último, os testes aplicados devem ser custo-efectivos, seguros, válidos e com confiança.<sup>18</sup>

Outros estudos focados em determinada patologia apresentam algumas linhas de orientação particulares, como é o caso da mamografia de rastreio do cancro da mama para o qual são sugeridos rastreios anuais com o mesmo benefício o menor risco que rastreios bianuais.<sup>33</sup>

## **Prevenção Quaternária**

### **Prevenção Quaternária e *Disease Mongering***

Os termos *disease mongering*, prevenção secundária e prevenção quaternária são actualmente conhecidos e estão intrinsecamente relacionados.

*Disease mongering* é referido como o contexto da exploração do medo da doença e morte.<sup>34</sup> De outra forma, esta terminologia enquadra a contemporânea expansão dos limites de cura e consequente expansão dos mercados a ela associados.<sup>35</sup> Exemplos práticos desta realidade são a crescente designação de sintomas sem elevado grau de gravidade como patologias graves, a transformação de factores de risco em doenças, ou mesmo a crescente abrangência das situações justificativas da aplicação de terminologia identificativa de um problema do foro médico.<sup>35</sup> Na raiz desta realidade está um contexto social de promoção da doença, que se manifesta sob a forma de campanhas de “*alerta para doenças*” que realçam o carácter sub-diagnosticado e sub-tratado de múltiplos problemas, caracterizados como difusos, graves e passíveis de tratamento, instalando medo de determinada patologia a par de uma chamada de atenção para determinado tratamento proposto<sup>35</sup>. Esta construção social da doença caminha par a par com uma construção financeira. Daí que entidades farmacêuticas

venham a exemplo como activistas na difusão desta mensagem, dirigida não só a utentes dos Serviços de Saúde como aos Profissionais dos Serviços de Saúde.<sup>35</sup>

Uma aplicação não fundamentada, regrada e conscienciosa de recursos em quaisquer área em Saúde traz consigo riscos: fracas estratégias terapêuticas, riscos de iatrogenia, desperdício de recursos financeiros<sup>35-36</sup>, ou mesmo dano psicológico e emocional para todo o indivíduo vítima de rotulação indevida de doente ou que passa a desenvolver obsessão pela saúde<sup>35-37</sup>. Os riscos de foco em abordagens farmacológicas ou de cariz político e sociológico são igualmente apontados por alguns autores<sup>35-37</sup>.

Em 1999, o Médico de Família e da Comunidade, Jamouille<sup>38</sup> propôs o conceito de prevenção quaternária, oficializado em 2003 pela WONCA.<sup>39</sup> Este conceito baseou-se na necessidade de contraponto aos excessos em saúde, quer do âmbito intervencionista quer respeitantes ao excesso de medicalização, ou seja, vertentes diagnóstica e terapêutica. Desta forma, no âmbito dos clássicos conceitos de prevenção em saúde primária, secundária e terciária de Leavel et Clark<sup>39</sup>, a prevenção quaternária apresenta-se como uma vertente focada na prevenção dos riscos de iatrogenia e no aumento da qualidade de vida.<sup>39-40-41</sup> A definição apresentada pela WONCA define prevenção quaternária como “*toda a acção [capaz] de identificar um doente em risco de sobre-medicalização, de o proteger de nova intervenção médica invasiva e propor intervenções eticamente aceitáveis.*”<sup>5-42</sup>, permitindo igualmente os riscos de sobre-diagnóstico e excesso de medidas de prevenção em saúde<sup>41</sup>.

A prevenção quaternária, o nível mais elevado de prevenção em saúde, assenta em dois princípios fundamentais: o princípio da precaução (*primum non nocere*) e o princípio da proporcionalidade.<sup>39</sup> Com estes pilares pretende regular o intervencionismo médico através da detecção de indivíduos em risco de sobreatamento (*first, do no harm*), associado à promoção de uma gestão criteriosa dos recursos em saúde. Isto é sinónimo de cuidados médicos criteriosos, necessários e justificados num contexto de potenciação máxima da qualidade e

minimização dos riscos.<sup>39-43-44</sup>. É com base no pressuposto do princípio *primum non nocere* que a prevenção quaternária é apontada como o nível de prevenção a ser sempre valorizado, quer sobre outra dimensão preventiva, quer de tratamento.<sup>39-43</sup> A aplicação da prevenção quaternária recorre-se da necessidade de uma abordagem centrada no indivíduo, medicina baseada na evidência e foco cuidado nos cuidados primários em saúde.<sup>39</sup> Assim, e segundo Gervas & Pérez-Fernández<sup>39-45</sup> “A chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é patologia, fator de risco e saúde.

### **Prevenção Secundária e Prevenção Quaternária**

Como em qualquer aspecto em Medicina, como anteriormente referido, não há verdades absolutas e vantagens inequívocas quanto aos rastreios médicos.

Na abordagem dos rastreios médicos, é de referir a importância do conceito de *sobre-utilização* implementado pelo *Institute of Medicine* em 1998. Este foi definido como todo cuidado em Serviços de Saúde [que] é providenciado sob circunstâncias cujo potencial dano excede o benefício possível, e é patente aos rastreios médicos. Estes contam uma popularidade crescente<sup>16</sup>, com os próprios utentes de serviços de Saúde numa demanda activa<sup>22-46</sup>. A sociedade contemporânea é apresentada, pelas palavras de Gervas e Pérez-Fernández como disponível para uma procura *insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessárias*<sup>39</sup>; a par das grandes expectativas sobre cuidados e intervenções em Saúde, em parte atribuídas à grande divulgação de mecanismos de prevenção secundária<sup>35</sup>.

É possível estabelecer uma relação entre o âmbito da prevenção quaternária e prevenção secundária. Sobre os excessos ou falta de aplicação criteriosa da prevenção secundária, nomeadamente de rastreios médicos, surge o problema ético da transformação de um

indivíduo saudável num *doente crónico*. A dinâmica da promoção em saúde, rastreios médicos e outras intervenções em saúde podem ser o ponto de partida para a necessidade de aplicação de mecanismo de prevenção quaternária. A prevenção quaternária, com a imposição de uma aplicação de medicina baseada na evidência, técnica e eticamente criteriosa<sup>39</sup>, vem garantir um equilíbrio entre a aplicação de medidas de prevenção em saúde eficazes, e a restrição à aplicação de intervenções em saúde não justificadas, como acontece com os rastreios médicos. Neste caso, o rastreio do carcinoma da próstata é um exemplo<sup>39-47</sup>. É a sua aplicação que faz com que o número de rastreios médicos recomendados seja reduzido<sup>39-48</sup>.

Na verdade, é essencial não só uma prescrição racional e criteriosa por parte dos clínicos, como também a adopção, por parte dos utentes, de uma procura adequada dos serviços de saúde baseada no conhecimento das vantagens e desvantagens de métodos diagnósticos ou terapêuticos. Se por um lado quem vai usufruir da aplicação dos rastreios médicos geralmente desconhece as suas potenciais desvantagens<sup>22-49</sup>, por outro lado o *mercado* de disponibilização destes métodos não está actualmente apenas limitado à relação médico-utente, a potencial circunstância da opção recair no discernimento do utente reflecte como fica posta em causa uma aplicação de rastreios em saúde de qualidade e custo-efectividade ponderadas.<sup>22</sup> Isto é sinónimo da capacitação do utente, com equilíbrio entre o que é a sua autonomia e as suas expectativas em saúde.

Neste seguimento, levanta-se a questão de como têm vindo a ser encarados, por parte do utente, os métodos de rastreio diagnóstico. Nesta linha de reflexão levanta-se a questão da valorização da prevenção secundária em detrimento da prevenção quaternária pelos referidos.

## **Metodologia**

### **Caracterização da investigação**

Para a concretização deste projecto foi efectuado um estudo observacional e analítico, numa amostra de conveniência da população do Concelho de Coimbra.

Para esta investigação procedeu-se à aplicação de um questionário especificamente realizado para o efeito.

A entrevistadora foi a autora do estudo e os entrevistados foram consulentes que num determinado lapso temporal se dirigiram às Unidades de Saúde.

### **Objectivos**

Com este trabalho pretendeu-se estudar a importância atribuída pelos utentes aos rastreios médicos.

Os objectivos específicos deste estudo foram:

- Avaliar qual a aceitação de rastreios médicos por uma amostra da população portuguesa.
- Determinar qual a interpretação feita dos objectivos de um rastreio em saúde, nomeadamente quanto à possibilidade de identificação de doença.
- Demonstrar a razão/razões da escolha de realização de rastreios médicos pelos utentes, considerando a auto-percepção naquele momento do seu estado de saúde.
- Identificar diferenças estatisticamente significativas nas variáveis género, idade, grau de formação académica, actividade profissional, toma regular de medicação e qualidade de saúde de uma população.

- Identificar diferenças entre consulentes de UCSP e USF quanto à aceitação de rastreios em saúde e opiniões sobre rastreios em saúde.
- Perceber a facilidade de vender uma qualquer tecnologia de detecção de doença a uma população.

## **População e Amostra**

Foi seleccionada uma amostra de conveniência de tamanho representativo da população a estudar, para um intervalo de confiança de 95% uma margem de erro de 5%, para o número habitual semanal de consulentes de quatro unidades de saúde, duas Unidades de Saúde Familiar e duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, do Concelho de Coimbra.

A amostra de Centros Saúde e Extensões de Centros de Saúde foi seleccionada aleatoriamente a partir de uma lista de Unidades de Saúde do concelho de Coimbra, mediante sorteio após ordenação alfabética.

Foram seleccionadas as USF Topázio, USF Mondego, UCSP de Santa Clara, UCSP de Fernão de Magalhães, que concordaram em participar.

O cálculo do tamanho da amostra foi executado através da tecnologia <http://homepage.cs.uiowa.edu/~rlenth/Power/>.

A população atendida na USF Topázio numa semana de trabalho, corresponde a um universo esperado de 125 diferentes consulentes semanais – n= 95 de tamanho amostral.

A população atendida na USF Mondego numa semana de trabalho, corresponde a um universo esperado de 150 consultas semanais - n=97 de tamanho amostral.

A população atendida na UCSP Santa Clara numa semana de trabalho, corresponde a um universo esperado de 150 consultas semanais - n=97 de tamanho amostral.



A população atendida na UCSP Fernão de Magalhães numa semana de trabalho, corresponde a um universo esperado de 200 consultas semanais -  $n= 105$  de tamanho amostral.

Nestas condições, seria necessário um tamanho amostral total de 394 consulentes no total.

Foi seleccionada uma amostra de 400 indivíduos, utentes de ambos os géneros que durante os meses de Julho e Agosto de 2013 se dirigiram às Unidades de Saúde referidas, período em que decorreu o estudo.

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

Procedeu-se à elaboração de um questionário, em língua portuguesa, que envolveu a opinião de dois sociólogos, dois psicólogos, três médicos, duas enfermeiras e três pessoas não ligadas à saúde e que opinaram quanto à adequação das perguntas para medirem os objectivos pretendidos. A validação do questionário continuou com a aplicação de um pré-teste a conjuntos de 15 elementos que frequentavam uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários para conhecimento de tempo de preenchimento e de dificuldades na percepção do questionário, bem como do “lay-out”. A execução do pré-teste baseou-se na necessidade de garantir a adequação das características do questionário aos indivíduos entrevistados, quer a nível de clareza de perguntas, interpretação ou de linguagem portuguesa, adequação do tempo de realização, dúvidas expressas pelos entrevistados e qual a sua aceitação. Nenhum dos inquiridos na validação foi incluído na fase de campo.

O guião de perguntas foi elaborado com base nos objectivos foco de estudo: aceitação da realização de rastreios e conhecimento dos objectivos dos rastreios médicos e das razões para a aceitação de rastreios.

Constituído por uma página com onze perguntas, o questionário englobou o preenchimento de campos relativos à idade, género, toma diária de medicamentos, grau de formação académica, grupo de actividade profissional e qualidade de saúde. O inquérito englobou igualmente cinco perguntas, nas quais foram inquiridos aos consulentes os seguintes tópicos: “*Aceitação de rastreio médicos*”, se um “*“Rastreio” permite saber que tem uma doença*”, se “*Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a sofrer de uma doença*”, se “*Mesmo que faça um “rastreio” pode vir a morrer de uma doença*”, e “*Razões para aceitar fazer “rastreios”*”?

As respostas incluíram a afirmação ou negação “*sim*” e “*não*” para as quatro primeiras questões, e as respostas “*saber que está saudável*”, “*saber que tem doença*”, “*confia nos rastreios*” e “*aceita as consequências de os fazer*” para a última questão.

Procedeu-se à realização de um questionário que permitiu a recolha de dados, previamente testado em período anterior à realização do estudo numa amostra semelhante à amostra-alvo.

### **Critérios de Inclusão**

O estudo incluiu utentes de Centros e Extensões de Centro de Saúde que se encontravam nos respectivos locais nos diferentes dias calendarizados para a recolha de dados e que facultaram autorização para a participação no mesmo.

### **Critérios de Exclusão**

Foram excluídos:

- Consulentes que utilizam a respectiva Unidade de Saúde em regime de urgência, não inscritos;
- Consulentes que, por incapacidade de compreensão de conceitos ou défices cognitivos mostraram inaptidão de apreensão de noções e expressão de opinião.

### **Recolha de dados**

A aplicação decorreu em duas USF (Topázio e Mondego) e duas UCSP (Santa Clara e Fernão de Magalhães) nos meses de Julho e Agosto de 2013.

O questionário foi aplicado pela investigadora do projecto, devidamente identificada como elemento da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e com título do projecto após obtenção de consentimento informado por escrito, tendo-se seguido a leitura individualizada de todo o questionário a cada entrevistando e posterior selecção, pela entrevistadora, das opções indicadas para efeitos de ganho de tempo e uniformização do processo.

Foram entrevistados consulentes que aguardavam entrada na consulta médica ou de enfermagem.

### **Procedimentos prévios à recolha de dados**

A versão final do inquérito foi submetida e posteriormente aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo II), possibilitando a sua aplicação e utilização para o estudo em curso.

Foi obtida a aprovação da Coordenação de cada Centro de Saúde (para a UCSP) e de cada USF (Anexos III, IV, V, VI).

## **Variáveis**

As variáveis em estudo nesta investigação correspondem a:

- Género, variável nominal;
- Grupo etário, variável quantitativa discreta;
- Grau de formação académica, variável ordinal;
- Toma regular de medicação, Variável nominal;
- Qualidade de saúde, variável ordinal;
- Grupo de Unidade de Saúde (USF / UCSP), variável nominal.

## **Análise estatística**

O tratamento estatístico dos dados colhidos foi realizado com o auxílio do software “SPSS software for Windows – version 19.0” (SPSS Inc, Chicago, IL). Para análise de variáveis nominais foi utilizado o teste  $\chi^2$ . Para variáveis numéricas contínuas com distribuição normal foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. Quando a distribuição não era normal, foram utilizados os testes não paramétricos Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis. Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

Após verificação da normalidade dos dados, foi feita a sua avaliação e interpretação através de métodos de estatística descritiva e analítica.

## Resultados

### Caracterização geral da amostra total estudada

O presente estudo foi realizado em 4 Unidades de Saúde do concelho de Coimbra, no qual participaram 400 consulentes que frequentavam as Unidades de Saúde USF Topázio e Mondego e UCSP Santa Clara e Fernão de Magalhães.

A tabela I apresenta a caracterização da amostra total, quanto à faixa etária, género, grau de formação académica, toma regular de medicação, actividade profissional, qualidade de saúde e Unidade de Saúde.

A amostra é constituída por 65,0% (n=260) de indivíduos do género feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 90 anos (média de 53,84 anos, mediana de 56 e moda de 40). Por faixas etárias 67,5% (n=270) dos consulentes pertence a um grupo etário abaixo dos 65 anos. Quanto ao grau de formação académica 10,0% (n=40) dos utentes tem grau de formação académica baixa (sem escolaridade ou formação académica até ao 9º ano de escolaridade); 68,5% (n= 274) dos utentes grau de formação académica média (entre o 9º e o 12º ano de escolaridade) e 21,5% (n=80) dos utentes grau de formação académica elevada (correspondente ao ensino universitário ou análogo). Afirmam tomar regularmente medicação 72,0% (n= 288) dos inquiridos e declaram estar profissionalmente activos 52,3% (n=209) dos inquiridos. Quanto à percepção da respectiva qualidade de saúde 61,0% (n= 244) dos utentes caracteriza-a como *Razoável* ou *Fraca*; 25,3% (n= 101) dos utentes como *Boa* e 13,8% (n= 55) dos utentes como *Muito boa* ou *Óptima*. Foram questionados 50,2% (n=201) consulentes pertencentes a USF.

Variável	n (%)	Total
<b>Faixa Etária</b>		
<65 anos	n=270 (67,5%)	n= 400 (100%)
≥65 anos	n=130 (32,5%)	
<b>Género</b>		
Feminino	n=260 (65,0%)	n= 400 (100%)
Masculino	n=140 (35,0%)	
<b>Grau de Formação Académica</b>		
Baixo	n=40 (10,0%)	n= 400 (100%)
Médio	n=274 (68,5%)	
Alto	n=80 (21,5%)	
<b>Unidade de Saúde</b>		
USF	n=201 (50,2%)	n= 400 (100%)
UCSP	n=199 (49,8%)	
<b>Qualidade de Saúde</b>		
Fraca/Razoável	n= 244 (61,0%)	n= 400 (100%)
Boa	n= 101 (25,3%)	
Muito boa/Ótima	n= 55 (13,8%)	
<b>Toma regular de medicação</b>		
Sim	n= 288 (72,0%)	n= 400 (100%)
Não	n=112 (28,0%)	
<b>Actividade profissional</b>		
Activo	n=209(52,3%)	n= 400 (100%)
Não activo	n=191 (47,8%)	

Tabela I - Descrição da amostra

### Caracterização amostra populacional em função da variável Unidade de Saúde

A explicitação da amostra em estudo pelas variáveis faixa etária, género, grau de formação académica, toma regular de medicação, actividade profissional e qualidade de saúde, em função da Unidade de Saúde encontra-se representada na tabela II.

Na análise inferencial, apenas se verificou haver diferença estatisticamente significativa para a variável *grupo etário* ( $p=0,006$ ), sendo o grupo etário mais novo

significativamente mais prevalente na amostra de USF e o grupo etário mais idoso na amostra de UCSP [148 (73,6%) vs 122 (61,3%),  $p=0,006$ ]; para a variável *grupo actividade profissional* ( $p=0,011$ ) também se registou diferença estatística, sendo mais activa a amostra de USF [117 (58,2%) vs 92 (46,2%),  $p=0,011$ ].

Não se verificou haver diferença estatisticamente significativa para as variáveis *género, formação académica, qualidade de saúde ou toma regular de medicação*.

Variável	Unidade de Saúde		Total n (%)	p
	USF n (%)	UCSP n (%)		
<b>Grupo Etário</b>				
<65 anos	148 (73,6%)	122 (61,3%)	270 (67,5%)	0,006
≥65anos	53 (26,4%)	77 (38,7%)	130 (32,5%)	
<b>Género</b>				
Feminino	131 (65,2%)	129 (64,8%)	260 (65,0%)	0,513
Masculino	70 (34,8%)	70 (35,2%)	140 (35,0%)	
<b>Grau de Formação Académica</b>				
Baixo	18 (9,0%)	22 (11,1%)	40 (10,0%)	0,285
Médio	136 (67,7%)	138 (69,3%)	274 (68,5%)	
Alto	47 (23,4%)	39 (19,6%)	86 (21,5%)	
<b>Qualidade de Saúde</b>				
Fraca/Razoável	119 (59,2%)	125(62,8%)	244 (61,1%)	0,622
Boa	56 (27,9%)	45 (22,6%)	101 (25,3%)	
Muito boa/Óptima	26 (13%)	29 (14,5%)	55(13,8%)	
<b>Toma regular de medicação</b>				
Sim	139 (69,2%)	149 (74,9%)	288(72,0%)	0,122
Não	62 (30,8%)	50 (25,1%)	112 (28,0%)	
<b>Actividade profissional</b>				
Activo	117 (58,2%)	92 (46,2%)	209(52,3%)	0,011
Não activo	84 (41,8%)	107(53,8%)	191(47,8%)	

Tabela II - Amostra na sua distribuição de variáveis entre USF e UCSP

### **Análise das questões dos inquiridos A importância dos rastreios médicos para utentes da amostra total**

A tabela III apresenta os resultados das respostas dadas pelos entrevistados às afirmações do questionário.

Quanto à amostra total, verifica-se aceitação da realização de rastreios médicos por parte de 94,8% (n=379) da amostra, sendo de 5,3% dos inquiridos (n=21) a proporção de inquiridos que os não aceita.

Em relação à questão sobre se os rastreios médicos permitirão indicar quanto à presença de doença 93,3% (n= 373) dos inquiridos respondeu afirmativamente, enquanto que 6,8% (n=27) dos consulentes considera que os rastreios médicos não permitem saber se se tem uma doença.

Quanto às questões “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença*” e “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença*”, 88,3 % (n= 353) dos inquiridos responderam afirmativamente.

Quanto às razões para aceitar a realização de rastreios em saúde, 43,5% (n=173) dos inquiridos porque querem saber que estão saudáveis, 36,2% (n=144) porque confiam nos rastreios, 28,5% (n=113) aceitam fazê-los porque querem saber que têm doença e 23,7% (n=94) porque aceitam as consequências de os fazer.



Questões	n	%
<b><i>Sempre que lhe propõem um rastreio aceita?</i></b>		
Sim	379	94,8
Não	21	5,3
<b><i>Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?</i></b>		
Sim	373	93,3
Não	27	6,8
<b><i>Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?</i></b>		
Sim	353	88,3
Não	47	11,8
<b><i>Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?</i></b>		
Sim	353	88,3
Não	47	11,8
<b><i>Sabendo o seu estado de saúde, porque aceita fazer rastreio?</i></b>		
Quer saber que está saudável	173	43,5
Quer saber que tem doença	113	28,5
Confia nos rastreios	144	36,2
Aceita as consequências de os fazer	94	23,7

Tabela III - Respostas às questões colocadas no questionário.

### **Análise das questões dos inquéritos A importância dos rastreios médicos para utentes em função das variáveis em estudo**

As respostas dadas pelos entrevistados em função das variáveis *faixa etária, género, grau de formação académica, toma regular de medicação, actividade profissional, qualidade de saúde e Unidade de Saúde* estão representadas na tabela IV (Anexo I).

Na análise inferencial, apenas se verificou haver diferença estatisticamente significativa para a questão “*Julga que um rastreio lhe permite saber se tem uma doença?*”, em que os inquiridos pertencentes ao grupo UCSP atribuíram maior percentagem negativa de respostas, comparativamente com os consulentes pertencentes a uma USF. Efectivamente, relativamente aos utentes de USF e UCSP observa-se que 96% (n=193) dos inquiridos pertencentes a uma USF julgam que um rastreio lhes permite saber se têm doença, enquanto que apenas 4% (n= 8) dão uma resposta negativa; em contraponto, 90,5% (n=180) dos inquiridos pertencentes a uma UCSP respondem afirmativamente e com 9,5% (n=19) dos inquiridos deram opinião contrária.

Não se verificaram diferenças significativas na resposta a esta questão por *género, grupo etário, grau de formação académica, actividade profissional, toma regular de medicação ou qualidade de saúde*. Verificou-se que 93,5% (n=243) das mulheres e 92,9% (n=130) dos homens julgam que os rastreios médicos permitem inferir a presença de uma doença. Ainda 93,7% (n=253) dos consulentes com idade inferior aos 65 anos e que 92,3% (n=120) dos inquiridos com idade igual ou superior aos 65 anos julgam que os rastreios médicos permitem inferir a presença de uma doença. Também 95,0% (n=38) dos consulentes com grau de formação académica baixa, 93,4% (n=256) dos consulentes com grau de formação académica média e 91,9% (n=79) com grau de formação académica elevado julgam que os rastreios médicos permitem inferir a presença de uma doença. A esta questão também responderam afirmativamente 93,9% (n=229) dos consulentes com auto-avaliação da sua qualidade em saúde como *Fraca* ou *Razoável*, 92,1% (n=93) dos consulentes com uma auto-avaliação correspondente a *Boa* e 92,7% (51) dos consulentes com uma auto-avaliação de *Muito Boa* ou *Óptima*. São da opinião que os rastreios não permitem saber se se tem uma doença 6,1% (n=15), 7,9% (n=8) e 7,3% (n=4) os inquiridos que qualificaram a sua qualidade em saúde como *Fraca/Razoável*, *Boa* e *Muito boa/óptima*, respectivamente. Ainda dão

resposta afirmativa tanto 93,4% (n=269) dos consulentes que tomam regularmente medicação, bem como 92,9% (n=104) dos consulentes que não tomam regularmente medicação. Apenas 6,6% (n=19) e 7,1% (n=8) dos consulentes, respectivamente quer os que tomam como os que não tomam regularmente medicação, dão uma resposta negativa. Por fim, 93,8% (n=196) dos consulentes inquiridos que mantêm actividade profissional activa e 92,7% (n=177) dos que não mantêm actividade profissional activa afirmam julgam que os rastreios médicos permitem inferir a presença de doença. Opinião contrária têm 6,2% (n=13) e 7,3% (n=14) dos consulentes que, respectivamente, ora mantêm actividade profissional activa, ora não mantêm actividade profissional activa.

No que diz respeito às questões “*Sempre que lhe propõem um rastreio aceita?*”; “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?*”; “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?*” e “*Sabendo o seu estado de saúde, porque aceita fazer rastreio?*” não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas em função de cada variável.

Quanto à questão “*Sempre que lhe propõem um rastreio aceita?*” verificou-se que 95,7% (n=134) dos homens e 94,2% (n=245) das mulheres, respectivamente, aceitam a realização de rastreios em saúde. Ainda, 94,8% (n=256) dos consulentes abaixo dos 65 anos de idade e 94,6% (n=123) dos consulentes com idade igual ou superior aos 65 anos aceitam a realização de rastreios. Também, 97,5% (n=39) dos consulentes com grau de escolaridade baixo, 97,4% (n=267) dos consulentes com médio grau de formação académica e 84,9% (n=73) dos consulentes com alto grau de formação académica aceitam a realização de rastreios médicos. De igual forma 96,0% (n=193) dos consulentes de USF e 93,5% (n=186) dos consulentes de uma UCSP respondem afirmativamente. A esta questão também responderam afirmativamente 94,7% (n=231) dos consulentes com auto-avaliação da sua qualidade em saúde como *Fraca* ou *Razoável*, 96,0% (n=97) dos consulentes com uma auto-

avaliação correspondente a *Boa* e 92,7% (n=51) dos consulentes com uma auto-avaliação de *Muito Boa* ou *Óptima*. Não aceitam a realização de rastreios médicos quando propostos 5,3% (=13), 4,0% (n=4) e 7,3% (n=4) os inquiridos que qualificaram a sua qualidade em saúde como *Fraca/Razoável*, *Boa* e *Muito boa/óptima*, respectivamente. Ainda dão resposta afirmativa tanto, 93,8% (n=270) dos consulentes que tomam regularmente medicação, bem como 97,3% (n=109) dos consulentes que não tomam regularmente medicação. Apenas 6,3% (n=18) e 2,7% (n=3) dos consulentes, respectivamente quer os que tomam como os que não tomam regularmente medicação, dão uma resposta negativa. Por fim, 95,2% (n=199) dos consulentes inquiridos que mantêm actividade profissional activa e 94,2% (n=180) dos que não mantêm actividade profissional activa aceitam realizar rastreios médicos quando propostos. Opinião contrária têm 4,8% (n=10) e 5,8% (n=11) dos consulentes que, respectivamente, ora mantêm actividade profissional activa, ora não mantêm actividade profissional activa.

Quanto à questão “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?*” observou-se que 89,2% (n=232) das mulheres e 86,4% (n=121) e dos homens são da opinião de que mesmo que façam um rastreio médico poderão vir a sofrer de uma doença. Ainda, 88,5% (n=239) dos inquiridos com idade inferior aos 65 anos e 87,7% (n=114) dos inquiridos com idade igual ou superior aos 65 anos julgam que mesmo que façam um rastreio podem vir a sofrer de uma doença. Também, 92,5% (n=37) dos consulentes com baixo grau de formação académica, 87,2% (n=239) dos consulentes com grau médio de formação académica e 89,5% (n=77) dos consulentes com elevado grau de formação académica, transversamente julgam mesmo que façam um rastreio podem vir a sofrer de uma doença. Relativamente às Unidades de Saúde observa-se que 89,6% (n=180) dos inquiridos pertencentes a uma USF e 86,9% (n=173) dos inquiridos pertencentes a uma UCSP julgam que mesmo que façam um rastreio podem vir a sofrer de uma doença. A esta questão também responderam afirmativamente

90,2% (n=220) dos consulentes com auto-avaliação da sua qualidade em saúde como *Fraca* ou *Razoável*, 85,1% (n=86) dos consulentes com uma auto-avaliação correspondente a *Boa* e 85,5% (47) dos consulentes com uma auto-avaliação de *Muito Boa* ou *Óptima*. São da opinião que se fizerem um rastreio não virão a sofrer de doença 9,8% (n=24), 14,9% (n=15) e 14,5% (n=8) os inquiridos que qualificaram a sua qualidade em saúde como *Fraca/Razoável*, *Boa* e *Muito boa/óptima*, respectivamente. Ainda dão resposta afirmativa tanto, 89,9% (n=259) dos consulentes que tomam regularmente medicação, bem como 83,9% (n=94) dos consulentes que não tomam regularmente medicação. Apenas 10,1% (n=29) e 16,1% (n=18) dos consulentes, respectivamente quer os que tomam como os que não tomam regularmente medicação, dão uma resposta negativa. Por fim, 89,0% (n=186) dos consulentes inquiridos que mantêm actividade profissional activa e 87,4% (n=167) dos que não mantêm actividade profissional activa aceitam realizar rastreios médicos quando propostos. Opinião contrária têm, respectivamente, 11,0% (n=23) e 12,6% (n=24) dos consulentes que mantêm actividade profissional activa e que não mantêm actividade profissional activa.

Quanto à questão “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?*” os dados obtidos foram iguais aos da questão “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?*”.

Por fim, avaliando as respostas à questão “*Sabendo do seu estado de saúde por qual ou quais das razões abaixo aceita fazer “rastreios”?*”, em função do género observou-se que 47,4% (n=123) das mulheres aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 34,0% (n=88) aceitam fazer rastreios porque confiam nos rastreios; 27,5 (n=71) aceitam fazer porque querem saber se têm doença e 23,3% (n=94) aceitam porque aceitam as consequências de os fazer. Quanto aos homens, 35,5% (n=51) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 39,9% (n=46) justificam que aceitam fazer rastreios porque confiam nos

rastreios; 29,9% (n=42) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; e 29,2 % (n=41) dos homens aceitam porque aceitam as consequências de os fazer.

Quanto à avaliação das respostas à referida questão em função da faixa etária, observou-se que nos inquiridos com idade inferior aos 65 anos 48% (n=130) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 36,2% (n=144) porque confiam nos rastreios; 30,8% (n=40) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; e 23,7% (n=94) anos aceitam porque aceitam as consequências de os fazer. Nos inquiridos com idade igual ou superior aos 65 anos observou-se que 33,2% (n=72) dos inquiridos aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 33,5 % (n=91) justificam que aceitam fazer rastreios porque confiam nos rastreios; 26,9% (n=73) dos inquiridos aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; e 23,6 % (n=64) dos inquiridos porque aceitam as consequências de os fazer.

Quanto à avaliação das respostas à referida questão em função da formação académica observou-se que dos inquiridos com grau de formação académica baixa 42,5% (n=17) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 42,5% (n=17) porque confiam nos rastreios; 15% (n=6) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 15% (n=6) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer. Quanto aos inquiridos com grau de formação académica média 40,5% (n=111) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 33,9% (n=93) porque confiam nos rastreios; 29,6% (n=81) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 21,8% (n=60) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer. Quanto aos inquiridos com grau de formação académica alta 52,4% (n=45) com formação académica alta aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 39,6% (n=34) porque confiam nos rastreios; 30,3% (n=26) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 32,7% (n=28) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer.

Quanto à avaliação das respostas à referida questão em função da qualidade de saúde observou-se que dos inquiridos que caracterizam a sua saúde como *Ótima/Muito boa* 67,2% (n=37) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 34,5% (n=29) porque confiam nos rastreios; 25,4% (n=19) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 14,5% (n=16) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer. Quanto aos inquiridos que caracterizam a sua qualidade de saúde como *Boa* 45,6% (n=46) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 28,8% (n=29) porque confiam nos rastreios; 34,7% (n=35) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 28,7% (n=29) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer. Quanto aos inquiridos que caracterizam a sua qualidade de saúde como *Razoável/Fraca* 36,8% (n=90) com formação académica alta aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 26,5% (n=65) porque confiam nos rastreios; 36,8% (n=90) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 23,7% (n=57) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer.

Quanto à avaliação das respostas à referida questão em função variável *toma regular de medicação* verificou-se os inquiridos dos que tomam regularmente medicação 39,5% (n=114) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 29,1% (n=84) porque confiam nos rastreios; 35,7% (n=103) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; e 25,6% (n=74) anos aceitam porque aceitam as consequências de os fazer. Nos inquiridos que não tomam regularmente medicação observou-se que 52,8% (n=59) dos inquiridos aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 26% (n=29) justificam que aceitam fazer rastreios porque confiam nos rastreios; 36,7% (n=41) dos inquiridos aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; e 17,9% (n=20) dos inquiridos porque aceitam as consequências de os fazer.

Quanto à avaliação das respostas à referida questão em função variável *actividade profissional* verificou-se dos inquiridos os que mantêm actividade profissional activa 49,9% (n=104) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 28,4% (n=59) porque confiam nos rastreios; 31,7% (n=66) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; e 24,5% (n=51) anos aceitam porque aceitam as consequências de os fazer. Nos inquiridos não activos profissionalmente observou-se que 35,9% (n=69) dos inquiridos aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 27,8% (n=55) justificam que aceitam fazer rastreios porque confiam nos rastreios; 40,8% (n=78) dos inquiridos aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; e 22,4% (n=43) dos inquiridos porque aceitam as consequências de os fazer.

Quanto à avaliação das respostas à referida questão em função da Unidade de Saúde observou-se que dos inquiridos pertencentes a uma USF 43,8% (n=88) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 27,4% (n=55) porque confiam nos rastreios; 38,4% (n=78) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 21,4% (n=43) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer. Quanto aos inquiridos que pertencem a uma UCSP 42,7% (n=85) aceitam fazer rastreios porque querem saber se estão saudáveis; 29,1% (n=58) porque confiam nos rastreios; 33,6% (n=67) aceitam fazer rastreios porque querem saber se têm doença; 23,7% (n=94) aceitam fazer rastreios porque aceitam as consequências de os fazer.



## Discussão

O presente estudo teve como objectivo conhecer a importância atribuída aos rastreios médicos pelos utentes, dado que acerca deste tópico não se conhecem publicações em Portugal.

Foram solicitadas autorizações à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro (Anexo II), bem como à Coordenação de cada Centro de Saúde e Extensão de Centro de Saúde alvos do estudo (Anexos III, IV, V, VI).

As Unidades de Saúde USF Topázio, USF Mondego, UCSP Santa Clara e UCSP Fernão de Magalhães, assim como todos os seus médicos e enfermeiros, apoiaram e aceitaram colaborar neste estudo.

Procedeu-se à elaboração de um questionário, antecedido por um conjunto de procedimentos prévios necessários à validação deste instrumento, nomeadamente problemas e críticas no preenchimento do questionário apresentados pelos doentes.

A metodologia usada na aplicação de campo do referido questionário consistiu na abordagem dos consulentes das Unidades de Saúde USF Topázio, USF Mondego, UCSP Santa Clara e UCSP Fernão de Magalhães, previamente à entrada nas consultas, com consentimento informado para a resposta. Foi apenas executada a leitura de questões e o registo de respostas pela autora do estudo devidamente identificada com um *crachat* alusivo ao estudo em questão e adequada identificação da autora. Este método, julgado como o mais conveniente, teve como objectivo a optimização da população a abranger pelo estudo, nomeadamente a tentativa de colmatar a impossibilidade de leitura dos questionários por consulentes sem escolaridade ou outras causas justificativas, bem como evitar existência de questões por responder e minimizar o tempo de resposta pelo inquirido.

Os critérios de aplicação do estudo excluíram utentes que recorreram às referidas Unidades de Saúde em regime de urgência, de forma a conseguir uma amostra populacional das Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados que pudesse ser o reflexo da relação médico-doente desenvolvida nas referidas Unidades de Saúde. É de referir que no estudo foram incluídos utentes de faixa etária abaixo dos 18 anos de idade, de forma a ter uma amostra populacional o mais próximo possível da realidade dos cuidados das Unidades de Saúde. Ainda, num momento da sociedade contemporânea em que o acesso à informação e o seu fornecimento é transversal a faixas etárias urge identificar quais as lacunas, ou a particular ausência delas, em toda a população. Todavia, na aplicação deste estudo foram criteriosamente excluídos todos os utentes que, independentemente da faixa etária, demonstraram incapacidade de compreensão de conceitos, inaptidão de apreensão de noções e expressão de opinião.

Nesta investigação foi colmatado o possível viés de informação ou comunicação de médicos sobre utentes, na verdade não se verificou nem influência nem comunicação aos consulentes da possibilidade de serem entrevistados.

No presente estudo participaram 400 consulentes, tendo sido feita a caracterização geral da amostra que revelou uma maioria de inquiridos do género feminino (65,0%), numa faixa etária inferior aos 65 anos (67,5%), de formação académica média (68,5%), com desempenho de actividade profissional (52,3%), com toma regular de medicação (72,0%), com auto-caracterização da qualidade de saúde como “*Fraca/Razoável*” (61,0%), e pertencentes a USF (50,2%).

De salientar as elevadas percentagens da amostra em estudo referentes à auto-caracterização da *qualidade de saúde* e à *toma regular de medicação*, surgindo a hipótese de interligação entre estas. Na verdade será possível sugerir que a auto-percepção de uma saúde “*Fraca/Razoável*” poderá derivar de um contexto patológico justificativo de medicalização

crónica. Contudo, é de apontar a limitação na análise à variável *toma regular de medicação*, já que não foram definidos quais as justificações inerentes. De facto, numa amostra populacional maioritariamente do género feminino, numa faixa etária mais nova, com elementos em idade fértil, poderá justificar-se a toma de medicação crónica não só englobando medicação para co-morbilidades como medicação anticoncepcional.

No que diz respeito à caracterização da amostra das *Unidades de Saúde* em função das variáveis *género, faixa etária, formação académica, actividade profissional, toma regular de medicação e qualidade de saúde*, apenas foi possível encontrar relevância estatisticamente significativa quanto à distribuição nas *Unidades de Saúde* em função da *faixa etária*. Efectivamente, é estatisticamente significativa ( $p=0,009$ ) a maior a percentagem (73,6%;  $n=148$ ) de consulentes das USF de uma faixa etária mais jovem menor que 65 anos em comparação com consulentes de UCSP (61,3%;  $n=122$ ).

Focando as respostas da amostra geral às inquirições do questionário (tabela III), foi possível observar uma grande aceitação de rastreios médicos (94,8%;  $n=379$ ).

As noções de prevenção secundária revelam falhas, com 93,3% ( $n=373$ ) dos consulentes a afirmarem que rastreios médicos permitem indicar a presença de doença. Assim, a informação sobre prevenção em saúde revela-se crucial.

As respostas às questões do inquérito revelaram ainda que 88,3% ( $n=353$ ) dos consulentes afirmam que mesmo que façam um rastreio poderão vir a sofrer/morrer de uma doença. Contudo, verifica-se que, ao contrário das anteriores questões com percentagens de escolha superiores a 90%, esta questão obteve uma percentagem de discordância superior, com 11,8% ( $n=47$ ). Poderá levantar-se a hipótese de que os mesmos inquiridos que *aceitam a realização de rastreios em saúde quando propostos* e que *julgam que um rastreio permite saber se se tem doença* partem do pressuposto que perante um rastreio médico anteriormente realizado não necessitarão de futuro de cuidados de promoção, prevenção ou mesmo

diagnóstico, pois não virão a sofrer/morrer da patologia anteriormente rastreada. Esta hipótese releva assim uma percentagem populacional potencialmente em risco, à qual deverão estar especialmente atentos os profissionais de saúde com desenvolvimento de estratégias informação, promoção e prevenção em saúde.

Quanto às razões para aceitação da realização rastreios médicos, as maiores percentagens registaram-se para o objectivo de saber com o objectivo de *saber que está saudável* [43,5% (n=173)] e por *confiar nos rastreios* [36,2% (n=113)]. Apenas 28,5% (n=144) dos consulentes aceita fazer rastreios médicos com o objectivo de *saber que está doente*. A definição de prevenção secundária elucida que esta corresponde à identificação precoce de um estado patológico numa fase ainda assintomática, bem como à prevenção ou minimização da progressão de doença numa fase precoce, ou seja, os rastreios médicos têm como objectivo determinar quais os que se encontram em maior risco de desenvolver uma determinada doença. A hipótese justificativa para esta realidade prende-se no já referido contexto de *disease mongering*, isto é, o contexto da exploração do medo da doença e morte baseado na promoção da doença, traduzindo-se numa mentalidade de sobrevalorização da doença.

Por fim, 23,7% (n=94) dos consulentes afirmam aceitar a realização de rastreios médicos por *aceitar as consequências de os fazer*, ou seja, quase um quarto dos inquiridos consideram ser importante ser rastreado aceitando tacitamente o que tenha de vir a ser feito.

Foi feito o estudo de forma a enquadrar as respostas às questões dos inquiridos em função variáveis em estudo *género, faixa etária, formação académica, actividade profissional, toma regular de medicação, qualidade de saúde e Unidade de Saúde*. Da análise estatística efectuada, apenas foi possível observar diferença estatisticamente significativa na resposta dada à questão “*Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?*” em função da variável *Unidade de Saúde*, o que não se verificou para as questões “*Sempre*

*que lhe propõem um rastreio aceita?”*, *“Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?”*, *“Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?”* *“Sabendo o seu estado de saúde, porque aceita fazer rastreio?”*.

Em relação à questão *“Sempre que lhe propõem um rastreio aceita?”* salienta-se assim que os indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino aceitam na maioria, e portanto de igual forma, a realização de rastreios em saúde sempre que propostos. Salienta-se também que independentemente da faixa etária pertencente, tanto inquiridos com idades inferiores com superiores aos 65 anos, como indivíduos aceitam na sua maioria a realização de rastreios em saúde sempre que propostos. Igual cenário para inquiridos que quer tomam, quer não tomam regularmente medicação; bem como para inquiridos com auto-percepção da sua qualidade em saúde como *Fraca/razoável*, *Boa* ou *Ótima/Muito boa*. Seria de pressupor uma significativa maior aceitação de rastreios médicos por um faixa da população mais envelhecida, com uma auto-caracterização da sua qualidade em saúde como *Fraca/Razoável* e sujeita a uma toma regular de medicação, contrariamente ao que é revelado. Como hipótese justificativa desta realidade pode ser apontada o actual contexto de *diasase mongering* e uma desvalorização do conceito de prevenção quaternária versus prevenção secundária. Acontece o mesmo transversalmente para todos os consulentes de um grau de formação académico baixo, médio ou superior. Esta realidade pode ter como justificação a contemporânea divulgação dos rastreios em saúde transversalmente a todos sectores da sociedade, com maior ou menos formação académica.

Em relação à questão *“Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença?”*, a análise estatística não revelou diferenças significativas nas respostas por *género*, *faixa etária*, *grau de formação académica*, *actividade profissional*, *qualidade de saúde* ou *toma regular de medicação*. Foram observadas com surpresa as respostas quanto à variável *grau de formação académica*, perante uma ausência de uma percentagem significativa de

respostas negativas à questão. Como hipótese justificativa é possível apontar, numa Era de informação, a falha na literacia em saúde. Na verdade, este contexto realça a necessidade de uma relação médico-doente que estime a educação e capacitação do doente para escolhas conscientes em saúde, pois uma realidade de indivíduos jovens e com grau satisfatório de formação académica, em que o acesso ao conhecimento é fácil e rápido, nem sempre os conceitos correctos e fundamentais são conseguidos. Num contexto de aceitação difusa dos rastreios médicos, a falha no conhecimento dos objectivos de prevenção secundária poderá ser interpretada como um potencial factor de risco justificativo de opções em saúde sem critérios, ignorando erroneamente o conceito de *first do no harm*.

Para a referida questão foi possível observar diferença estatisticamente significativa ( $p=0.026$ ) em função da variável *Unidade de Saúde*. Efectivamente, 9,5% ( $n=19$ ) dos inquiridos pertencentes a uma UCSP responderam que os rastreios médicos não permitem a identificação de uma doença, contrapondo com a mesma resposta por apenas 4,0% ( $n=8$ ) dos inquiridos pertencentes a uma USF. Tal pode ter como justificação a relação médico e restantes profissionais de saúde com utente, mais próxima em Unidade de Saúde de maior proximidade com um menor número de população, onde o tempo disponível para a informação e capacitação do doente para promoção de saúde e prevenção de saúde é maior. De reparar ainda que os consulentes pertencentes às Unidades de Saúde USF são significativamente ( $p=0.009$ ) mais novos: 73,6% ( $n=148$ ) dos consulentes de USF com idade inferior a 65 anos comparativamente com 61,3% ( $n=122$ ) dos consulentes pertencentes a uma UCSP.

Em relação às questões “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de uma doença?*” e “*Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?*”, transversalmente, independentemente da variável *género, faixa etária, formação académica*,

*actividade profissional, toma regular de medicação, qualidade de saúde* ou *Unidade de Saúde* em estudo, os consulentes responderam na sua maioria afirmativamente.

Como limitações do estudo, salienta-se o facto deste trabalho ter sido aplicado a uma amostra populacional de conveniência ao invés de aleatória, tendo sido limitada a quatro Unidades de Saúde.

É ainda de referir que o momento de escolha da realização do questionário previamente à entrada na consulta poderá ter influenciado a concentração e ansiedade dos consulentes inquiridos, bem como de igual forma a realização dos questionários em salas de espera ao invés de espaços isolados.

Ainda, a leitura e preenchimento dos inquéritos pela autora em estudo são potenciais elementos causadores de viés, por poderem toldar inadvertidamente as opções dos inquiridos, como exemplo a entoação inerente à leitura de questões ou hipóteses de respostas.

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

As transmissões de conceitos de prevenção em saúde parecem assim ser essenciais.

## **Conclusão**

Evidenciou-se que a maioria da população em estudo aceita a realização de rastreios em saúde quando propostos.

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

Os consulentes de UCSP julgam numa percentagem superior e com diferença estatisticamente significativa, que os rastreios não identificam doença.

A maioria dos inquiridos tem a opinião de que mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer ou morrer de uma doença.

De igual forma, demonstrou que a maioria dos inquiridos justifica a aceitação de rastreios médicos como meio de determinar se estão saudáveis.



## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago pela constante disponibilidade e orientação, essenciais a este trabalho.

Ao Professor Doutor Victor Rodrigues, pela co-orientação.

A todos os Profissionais de Saúde e funcionários das USF e UCSP que prontamente aceitaram colaborar com este estudo.

Aos meus pais e ao meu irmão Ricardo, por todo o ilimitado apoio que incansavelmente me dão.

Ao Diogo por todo apoio e incentivo.

## Referências bibliográficas

1. The Association of Faculties of Medicine of Canada. AFMC Primer on Population Health: The stages of prevention. 2007. Available at: <<http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/Thestagesofprevention>>.
2. Steven H. Miles. The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine. *New York Oxford Univ Press*. 2004.
3. Daikos GK. History of medicine: Our Hippocratic heritage. *Int J Antimicrob Agents*. 2007;29 :617–20.
4. Instituto Nacional de Saude Drº Ricardo Jorge. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Não Transmissíveis: Literacia em Saúde. 2003. Available at: <<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>>.
5. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(7):580–3.
6. Leavell, Hugh Rodman; Clark EG. Textbook of Preventive Medicine. *Textb Prev Med*. 1953;xviii:629.
7. Clark DW MacMahon B. Preventive medicine. *Boston, MA Little, Brown Co.*. 1967.
8. Commission on Chronic Illness. Chronic illness in the United States. *Publ Commonw Fund by Harvard Univ Press Cambridge*. 1957;Vol 1.
9. Nightengale, EO Cureton, M Kalmar V et al. Perspectives on health promotion and disease prevention in the United States. *Washington, DC Inst Med Acad Sci*. 1978.
10. World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998. Available at: <[http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR\\_Glossary\\_1998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf)>.
11. Australian General Practice Network. A framework for Preventive Health and Health. :1–23. Available at: <[http://www.amlalliance.com.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/44358/20120315\\_fw\\_k\\_P\\_HHP-Framework.pdf](http://www.amlalliance.com.au/__data/assets/pdf_file/0006/44358/20120315_fw_k_P_HHP-Framework.pdf)>.
12. Frank A. Prevention into the 21st century. *Mt Sinai J Med*. 1996;63(3-4):236–40.
13. Cohen, Larry; Chehimi S (Prevention I. Towards a 21 st Century Approach. (October 2013).
14. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rpmgf Rev Port Med geral e Fam*. 2007:289–293.

15. Harris R, Sawaya GF, Moyer V a, Calonge N. Reconsidering the criteria for evaluating proposed screening programs: reflections from 4 current and former members of the U.S. Preventive services task force. *Epidemiol Rev.* 2011;33(1):20–35.
16. Charap M. The periodic health examination: Genesis of a Myth. *A Med, Ann Intern.* 1981;95(6):733–735.
17. Reiser SJ. The emergence of the concept of screening for Disease. *Soc, Milbank Mem Fund Q Heal.* 1978;56(4):403–425.
18. Grimes DA, Schulz KF. Epidemiology series Uses and abuses of screening tests. 2002;359:881–884.
19. The Association of Faculties of Medicine of Canada. AFMC Primer on Population Health: Goal of screening. 2007. Available at: <<http://phprimer.afmc.ca/Part3-PracticeImprovingHealth/Chapter9Screening/Goalofscreening>>.
20. Department of Health I for a HNY. Disease Screening - Statistics Teaching Tools. Available at: <<http://www.health.ny.gov/diseases/chronic/discreen.htm>>.
21. Sawaya GF GD. New technologies in cervical cytology screening: a word of caution. *Obs Gynecol.* 1999;94:307–10.
22. Wallace EA, Schumann JH, Weinberger SE. Ethics of commercial screening tests. *Ann Intern Med Ideas Opinios.* 2012:2012–2014.
23. Frieden TR BD. The “Million Hearts” initiative—preventing heart attacks and strokes. *N Engl J Med.* 2011;365:e27.
24. Lipitz-snyderman Allison BBP. NIH Public Access. *Jama Intern Med.* 2013;173(14):1277–1278.
25. Croswell JM, Prorok PC, Baker SG, et al. Cumulative Incidence of False-Positive Results in Repeated , Multimodal Cancer Screening ABSTRACT. 2009:212–222.
26. Gilbert Cordiner Affleck FCI. Breast screening: the psychological sequelae of false-positive recall in women with and without a family history of breast cancer. *Eur J Cancer.* 1998;34(13):2010–2014.
27. Elmore JG, Barton MB MV. Ten-year risk of FP screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med.* 1998;338(16):1089–1096.
28. Qaseem A, Alguire P, Dallas P, et al. Appropriate Use of Screening and Diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med Ideas Opin.* 2012:2012–2015.
29. Elmore JG, Barton MB MV. Ten-year risk of FP screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med.* 1998;338(16):1089–1096.

30. NIH Consensus Development Panel on Ovarian Cancer. Ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up. *JAMA*. 1995;273:491–97.
31. Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1968;65(4):281–393.
32. Andermann A, Blancquaert I BS. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Heal Organ*. 2008;86(4):317–319.
33. Mandelblatt Jeane, Cronin Kathleen et al. EFFECTS OF MAMMOGRAPHY SCREENING UNDER DIFFERENT SCREENING SCHEDULES : MODEL ESTIMATES OF POTENTIAL. 2009;151(10):738–747.
34. Heath I. Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. *PLoS Med*. 2006;3(4):146.
35. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*. 2002;324(7342):886–91.
36. Goodare H, Dimmer C, Page K. Screening mammography: setting the record straight. *Lancet*. 2002;359(9304):442.
37. Ole Olsen PCG. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet*. 2001;358(9290):1340 – 1342.
38. M. J. Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice). Available at: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>.
39. Armando Henrique Norman TCD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde : uma necessidade do Sistema Único de Saúde Quaternary prevention in primary care : a necessity for the Brazilian Unifi ed National Health System. 2012;25(9):2012–2020.
40. N. B. WONCA dictionary of general/family practice. *Copenhagen:Maanedskift Lager*. 2003.
41. European Union of General Practitioners. UEMO position on Disease Mongering / Quaternary Prevention. Available at: <http://www.uemo.eu/uemo-policy/123-uemo-position-on-disease-mongering—quaternary-prevention.html>.
42. Bentzen N. WONCA dictionary of general/family practice. *Copenhagen, Denmark Laegeforeningens Forl*. 2003.
43. Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:127–34.
44. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5200;23:91–6.

45. Gérvas J PFM. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20 Suppl 3:66–71.
46. Brett AS ML. Addressing requests by patients for nonbeneficial interventions. *JAMA.* 2012;307:149–50.
47. Gérvas J. Quaternary prevention in the elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2012;47(6):266–9.
48. Hespanhol A, Couto L MC. A medicina preventiva. *Rev Port Clínica Geral.* 2008;24:49–64.
49. Woolf SH HR. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA.* 2012;307:565–6.

## **Anexos**

**Anexo I - Tabela IV: Resultados da aplicação do Questionário em função das variáveis estudadas**

Questões	Grupo Etário		Género		Grau de Formação Académica			Unidade de Saúde		Qualidade de Saúde			Toma regular de medicação		Actividade profissional	
	<65anos n (%)	≥65anos n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)	USF n (%)	UCSP n (%)	Fraca/Razoável n (%)	Boa N (%)	Muito boa/Ótima n (%)	Sim	Não	Activo	Não activo
<i>Sempre que lhe propõem um rastreio aceita?</i>																
<b>Sim</b>	256 (94,8)	123 (94,6)	245 (94,2)	134 (95,7)	39 (97,5)	267 (97,4)	73 (84,9)	193 (96,0)	186 (93,5)	231 (94,7)	97(96,0)	51 (92,7)	270(93,8)	109 (97,3)	199 (95,2)	180 (94,2)
<b>Não</b>	14(5,2)	7(5,4)	15(5,8)	6 (4,3)	1(2,5)	7 (2,6)	13 (15,1)	8 (4,0)	13 (6,5)	13 (5,3%)	4 (4,0)	4 (7,3)	18(6,3)	3 (2,7)	10 (4,8)	11 (5,8)
<i>Julga que fazer um rastreio permite saber que tem uma doença? <sup>b</sup></i>																
<b>Sim</b>	253 (93,7)	120 (92,3)	243 (93,5)	130 (92,9)	38 (95,0)	256 (93,4)	79 (91,9)	193 (96,0) <sub>b</sub>	180 (90,5) <sub>b</sub>	229 (93,9)	93(92,1)	51(92,7)	269 (93,4)	104 (92,9)	196 (93,8)	177 (92,7)
<b>Não</b>	17 (6,3)	10 (7,7)	17 (6,5)	10 (7,1)	2 (5,0)	18 (6,6)	7 (8,1)	8 (4,0) <sub>b</sub>	19 (9,5) <sub>b</sub>	15 (6,1)	8 (7,9)	4 (7,3)	19 (6,6)	8 (7,1)	13 (6,2)	14 (7,3)
<i>Mesmo que faça um rastreio pode vir a sofrer de</i>															56	

<i>uma doença?</i>																
<b>Sim</b>	239 (88,5 )	114 (87,7)	232 (89,2)	121 (86,4)	37 (92,5)	239 (87,2)	77 (89,5)	180(8 9,6)	173 (86,9)	220 (90,2)	86 (85,1)	47 (85,5)	259 (89,9 )	94 (83,9 )	186 (89,0 )	167 (87,4 )
<b>Não</b>	31 (11,5)	16 (12,3)	28 (10,8)	19 (13,6)	3 (7,5)	35 (12,8)	9 (10,5)	21 (10,4)	26 (13,1)	24 (9,8)	15(14, 9)	8 (14,5)	29 (10,1 )	18 (16,1 )	23 (11,0 )	24 (12,6 )
<i>Mesmo que faça um rastreio pode vir a morrer de uma doença?</i>																
<b>Sim</b>	239 (88,5 )	114 (87,7)	232 (89,2)	121 (86,4)	37 (92,5)	239 (87,2)	77 (89,5)	1808( 9,6)	173 (86,9)	220 (90,2)	86 (85,1)	47 (85,5)	259 (89,9 )	94 (83,9 )	186 (89,0 )	167 (87,4 )
<b>Não</b>	31 (11,5)	16 (12,3)	28 (10,8)	19 (13,6)	3 (7,5)	35 (12,8)	9 (10,5)	21 (10,4)	26 (13,1)	24 (9,8)	15 (14,9)	8(14,5)	29 (10,1 )	18 (16,1 )	23 (11,0 )	24 (12,6 )
<i>“Sabendo o seu estado de saúde, porque aceita fazer rastreio?”</i>																
<b>Quer saber que está saudável</b>	48% (n=130)	33,2% (n=72)	47,4% (n=123)	35,5% (n=51)	42,5% (n=17)	40,5% (n=111)	52,4% (n=45)	43,8% (n=88)	42,7% (n=85)	36,8% (n=90)	45,6% (n=46)	67,2% (n=37)	39,5% (n=114)	52,8% (n=59)	49,9% (n=104)	35,9% (n=69)
<b>Quer saber que tem doença</b>	30,8% (n=40)	26,9% (n=73)	27,5 (n=71)	29,9% (n=42)	15% (n=6)	29,6% (n=81)	30,3% (n=26)	38,4% (n=78)	33,6% (n=67)	36,8% (n=90)	34,7% (n=35)	25,4% (n=19)	35,7% (n=103)	36,7% (n=41)	31,7% (n=66)	40,8% (n=78)



<b>Confia nos rastreios</b>	36,2% (n=144)	33,5 % (n=91)	34,0% (n=88)	39,9% (n=46)	42,5% (n=17)	33,9% (n=93)	39,6% (n=34)	27,4% (n=55)	29,1% (n=58)	26,5% (n=65)	28,8% (n=29)	34,5% (n=29)	29,1% (n=84)	26% (n=29)	28,4% (n=59)	27,8% (n=55)
<b>Aceita as consequências de os fazer</b>	23,7% (n=94)	23,6 % (n=64)	23,3% (n=94)	29,2 % (n=41)	15% (n=6)	21,8% (n=60)	32,7% (n=28)	21,4% (n=43)	23,7% (n=94)	23,7% (n=57)	28,7% (n=29)	14,5% (n=16)	25,6% (n=74)	17,9% (n=20)	24,5% (n=51)	22,4% (n=43)

<sup>b</sup>p=0,026

Tabela IV: Resultados da aplicação do Questionário em função das variáveis estudadas

## Anexo II – Autorização ARS Centro



**ARS** ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

019276 '13 07-01 13:05

Exmos. Senhores  
Drs. Bruna Maria Costa de Jesus e Luis Miguel  
Santiago  
[imsantiago@netcabo.pt](mailto:imsantiago@netcabo.pt)

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Importância de rastreios médicos para utentes".

Serve o presente para informar V. Ex<sup>ª</sup>., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

  
(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

AL

Atenção: Este documento é uma cópia eletrónica de um documento original. Não se responsabiliza a ARS Centro por danos decorrentes do uso deste documento.

### **Anexo III – Autorização UCSP Fernão Magalhães**

A Coordenadora da UCSF Fernão Magalhães nada tem a obstar à realização do trabalho *"Importância dos rastreios médicos para utentes"* que Bruna Marina Costa de Jesus, sob Orientação do Professor Doutor Luiz Santiago e co-Orientação do Professor Doutor Victor Rodrigues, após consulta ao Conselho Técnico da USF.

Coimbra, 22 de Julho de 2013

Maria João Trindade, Dr<sup>ª</sup>



Dr<sup>ª</sup> M<sup>ª</sup> João Trindade  
Coordenadora UCSP  
Fernão de Magalhães

Coordenadora de Actividades

## **Anexo IV – Autorização UCSP Santa Clara**

4 Coordenadora da UCSF Santa Clara nada tem a obstar à realização do trabalho “*importância dos rastreios médicos para utentes*” que Bruna Marina Costa de Jesus, sob orientação do Professor Doutor Luiz Santiago e co-Orientação do Professor Doutor Victor Rodrigues, após consulta ao Conselho Técnico da USF.

Coimbra, 22 de Julho de 2013

Maria Conceição Nunes Vicente

ASSIST. GRÁF. G. GERAL

239 802 110

Coordenadora de Actividades

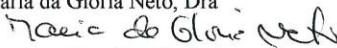
## **Anexo V – Autorização USF Topázio**



A Coordenadora da USF Topázio nada tem a obstar à realização do trabalho “*Importância de rastreios Médicos para utentes*” que Bruna Marina Costa de Jesus, sob a orientação d do Professor Doutor Luiz Santiago e co-Orientação Professor Doutor Víctor Rodrigues, após consulta ao Conselho Técnico da USF.

Coimbra, 8 de Julho de 2013.

Maria da Glória Neto, Dra



Coordenadora de actividades

## **Anexo VI – Autorização USF Mondego**

O Coordenador da USF Mondego nada tem a obstar à realização do trabalho *“Importância dos rastreios médicos para utentes”* que Bruna Marina Costa de Jesus, sob Orientação do Professor Doutor Luiz Santiago e co-Orientação do Professor Doutor Víctor Rodrigues, após consulta ao Conselho Técnico da USF.

Coimbra, 22 de Julho de 2013

João Arcanjo, Dr<sup>º</sup>



---

Coordenador de Actividades

## **Anexo VII - Consentimento informado**

Caro Utente

Este questionário tem como o objectivo de avaliar a importância que o doente atribui aos rastreios médicos.

O material utilizado será um questionário realizado em português.

O método irá consistir na aplicação deste questionário a uma amostra representativa da população, realizada nos Centros de Saúde e Extensões de Centros de Saúde do distrito de Coimbra (USF Topázio, USF Mondego, UCSP de Santa Clara, UCSP de Fernão de Magalhães), com resultados discriminados por género e idade e posterior avaliação da valorização atribuída pela população aos rastreios médicos.

A participação é totalmente voluntária, podendo o utente interromper a realização do inquérito a qualquer momento. As respostas dadas serão completamente confidenciais.

Bruna Marina Costa de Jesus

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

---

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

Data:

Assinatura do participante:

### Anexo VIII - Questionário

Dá-se cada vez mais importância aos “**rastreios**” de doenças, numa atitude de prevenção, por análises ou questionários. Para sabermos a opinião pública sobre “rastreios” pedimos-lhe que responda ao questionário abaixo, que demora 3 minutos a preencher. Ninguém saberá quem respondeu, nem como respondeu.

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

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



1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

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

5. Mesmo que faça um "rastreo" pode vir a morrer de uma doença?  Sim  Não

6. Sabendo do seu estado de saúde por qual ou quais das razões abaixo aceita fazer "rastreios"?

Quer saber que está saudável 1

Confia nos rastreios 2

Quer saber que tem doença 3

Aceita as consequências de os fazer 4

**Agradecemos o seu precioso tempo.**







