



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**  
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOANA PATRÍCIA PEREIRA RAMOS

***Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: papel da  
empatia do Médico de Família***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO  
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES

JANEIRO 2017

**ADESÃO AO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO: PAPEL DA  
EMPATIA DO MÉDICO DE FAMÍLIA**

**Autores:**

Joana Patrícia Pereira Ramos

Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

José Augusto Rodrigues Simões

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Endereço de correio eletrónico:** joana\_pramos@hotmail.com

## Índice

Abreviaturas .....	2
Resumo .....	3
Palavras-chave .....	4
Abstract .....	5
Key-words .....	6
Introdução .....	7
Material e Métodos .....	10
Resultados .....	14
Discussão .....	23
Conclusões .....	29
Agradecimentos .....	30
Referências Bibliográficas .....	31
Anexo 1: Questionário aplicado .....	34
Anexo 2: Autorização da Comissão de Ética para a Saúde .....	39

## **Abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCU – cancro do colo do útero

DGS – Direção-Geral da Saúde

HPV – Human papillomavirus

IST – infeção sexualmente transmissível

JSPPE – Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

OMS – Organização Mundial da Saúde

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **Resumo**

### Introdução:

O cancro do colo do útero é uma das neoplasias mais letais nas mulheres apesar de ser facilmente prevenível através de rastreio. Sabemos que a adesão ao rastreio é influenciada por vários fatores. Esta investigação tem como principal objetivo estudar a forma como a empatia do Médico de Família percebida pelas utentes influencia a adesão ao rastreio. Estudou-se ainda o efeito de várias variáveis sociodemográficas e da informação e recomendação do exame dadas pelo Médico de Família e as razões para a não adesão ao exame bem como para a escolha do profissional de saúde com quem o realizaram.

### Métodos:

Estudo do tipo observacional e transversal. A recolha de dados fez-se através de um questionário adaptado da escala Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy. Incluíram-se também questões para avaliar as restantes variáveis em estudo e para avaliar se já tinham realizado o rastreio e quando o fizeram pela última vez.

O questionário aplicou-se a utentes de sete unidades do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego entre os 25 e 64 anos que tinham útero e já tinham iniciado a vida sexual.

Realizou-se estatística descritiva e inferencial para avaliar a relação entre as várias variáveis e a adesão ao rastreio do CCU. As questões abertas analisaram-se qualitativamente pelo método de análise de conteúdo temático.

### Resultados:

Das 93,5% inquiridas que afirmaram já ter realizado o rastreio, 85,5% fizeram-no há três anos ou menos.

As variáveis que apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a adesão ao rastreio foram a situação laboral (empregada vs não empregada) ( $p=0,025$ ),

frequência de utilização dos cuidados do Médico de Família ( $p=0,002$ ), recomendação da realização da citologia ( $p<0,001$ ) e informação acerca do objetivo da citologia e sua realização pelo Médico de Família ( $p<0,001$ ).

A empatia do Médico de Família percebida pelas utentes não apresentou relação estatisticamente significativa com a adesão ao rastreio ( $p=0,191$ ).

#### Discussão e conclusão:

Observou-se uma adesão ao rastreio superior aos dados da Direção-Geral da Saúde para esta região.

O facto de não se verificar uma relação estatisticamente significativa entre a empatia do Médico de Família percebida pelas utentes e a adesão ao rastreio ( $p=0,191$ ) pode ter ocorrido porque a amostra apenas contempla 10 utentes que nunca tinham aderido ao rastreio, sendo um possível viés no estudo da relação entre a adesão ao rastreio e as restantes variáveis em estudo.

**Palavras-chave:** “Adesão”, “Cancro do colo do útero”, “Empatia”, “Médico de Família”, “Rastreio”

## **Abstract**

### Introduction:

Uterine cervical neoplasm is one of the most deadly cancers in women even though it is easily preventable with screening. We know that the screening adhesion is influenced by several factors. The main aim of this investigation is to study how the patient perceptions of General Practitioner empathy influence the screening adhesion. The effect of various sociodemographic variables, information and recommendation of the examination given by the General Practitioner, the reasons for not taking the examination and the reason for choosing the health professional who performed the examination were also studied.

### Methods:

Cross-observational study. The data collection was made with a survey adapted from the Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy. Questions to evaluate the other variables in study and if the screening had already been done and when it was done where also included.

The survey was applied to users of seven health care units of the Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego between 25 and 64 years old with uterus and that had initiated their sex life.

Descriptive and inferential statistics were performed to study the correlation between the variables and the uterine cervical neoplasm screening adhesion. The open-ended questions were analysed qualitatively through the thematic content analysis method.

### Results:

From the 93,5% of women who had already done the screening 85,5% had done it three years ago or less.

The variables that showed a statistically significant correlation with the adhesion to the screening were the employment situation (employed vs non-employed) ( $p=0,025$ ),

frequency of General Practitioner care use ( $p=0,002$ ), recommendation to do the cytology ( $p<0,001$ ) and information about the cytology aim and how it is performed from the General Practitioner ( $p<0,001$ ).

The patients' perception of the General Practitioner empathy did not show any statistically significant correlation with the screening adhesion ( $p=0,191$ ).

Discussion and conclusion:

The study showed a rate of adhesion superior to the data available from Direção-Geral da Saúde for this region.

The fact that the patients' perception of the General Practitioner empathy did not show any statistically significant correlation with the screening adhesion ( $p=0,191$ ) can be assigned to having only 10 patients in the sample that had never done the screening, which can be a possible bias in the study of the correlation between doing the screening and the other variables in study.

**Keywords:** “Early detection of cancer”, “Empathy”, “General Practitioners”, “Uterine cervical neoplasm”, “Patient compliance”

## Introdução

O cancro do colo do útero (CCU) é uma das principais causas de morte por cancro na mulher apesar de ser uma doença prevenível na maioria dos casos. <sup>(1,2)</sup>

A principal causa para o desenvolvimento do CCU é a infeção persistente ou crónica por genótipos de alto risco do Human papillomavirus (HPV) <sup>(1-6)</sup>, sendo os mais frequentes o 16 e o 18. <sup>(5,7)</sup> A infeção por HPV é a infeção sexualmente transmissível (IST) mais frequente no mundo. <sup>(1,5)</sup>

A maior parte das mulheres fica infetada com HPV pouco depois de iniciar a vida sexual. Contudo, a maioria das infeções com HPV de alto risco desaparecem espontaneamente em 2 anos <sup>(1,4,5)</sup>, das que persistem apenas uma parte progride para cancro e uma ainda menor para cancro invasivo. <sup>(1,2,4)</sup>

O CCU caracteriza-se por um período pré-clínico assintomático de cerca de 5-20 anos entre a infeção e o aparecimento da doença, o que o torna uma doença ideal para deteção em rastreios de base populacional <sup>(1,2,8)</sup> e tratamento precoce <sup>(1)</sup> prevenindo a maioria dos casos de CCU. <sup>(1,2,6)</sup>

A prevenção secundária, através do rastreio, deteta as lesões em fase pré-cancerígena ou precoce <sup>(2,4,5)</sup> e tem como objetivo diminuir a incidência, mortalidade e morbilidade do CCU. <sup>(1,4)</sup> O rastreio organizado de base populacional é realizado nos cuidados de saúde primários e a sua eficácia aumenta com a percentagem de pessoas rastreadas, que nunca deve ser inferior a 60% <sup>(4)</sup> ou 70% da população-alvo. <sup>(2,7)</sup> *“Deve ser assegurado o rastreio do cancro do colo do útero regularmente, de acordo com o tipo de exame, a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade, que não o tenham ainda realizado”* segunda a Norma 018/2012 da DGS. <sup>(9)</sup>

O Consenso da Sociedade Portuguesa de Ginecologia defende que o rastreio

organizado é preferível ao oportunista, que não deve ser iniciado antes dos 21 anos de idade, nem nos primeiros 3 anos após a coitarca e não estabelece idade limite para o seu fim. O rastreio recomendado é a realização de uma citologia de 3 em 3 anos dos 25 aos 30 anos, seguida de um teste de HPV de alto risco com citologia reflexa (HPV positivos) de 5 em 5 anos dos 30 aos 65 anos. Mas considera rastreio adequado a realização de uma citologia de 3 em 3 anos dos 25 aos 65 anos. <sup>(7)</sup>

Em Portugal, o rastreio organizado do CCU não é efetuado da mesma forma em todas as regiões. <sup>(10,11)</sup> Na Região Centro é utilizada a citologia convencional, a população alvo são as mulheres entre os 25 e os 64 anos e a periodicidade é de 3 em 3 anos. Esta foi a primeira região do país a implementar um programa de rastreio de CCU, em 1990 <sup>(2)</sup>, contudo apresentou em 2015 as taxas mais baixas a nível nacional. No caso do ACES Baixo Mondego a taxa de adesão ao rastreio foi de 46,2% face a uma taxa de adesão nacional de 79%. <sup>(11)</sup>

*“O comportamento de adesão resulta da complexa combinação entre a informação, as variáveis psicológicas, influência social e a forma como o rastreio é disponibilizado em termos de acessibilidade e recomendação”* segundo Ferreira. <sup>(2)</sup>

Estudos feitos em Portugal sugerem que a adesão ao rastreio do CCU é influenciada pela idade <sup>(2,8,12)</sup>, estado civil <sup>(2,5)</sup>, habilitações literárias <sup>(2,8)</sup>, rendimento <sup>(8)</sup>, agregado familiar <sup>(2,8)</sup>, profissão <sup>(2,8)</sup>, número de filhos <sup>(8,12)</sup>, suporte social <sup>(8)</sup>, conhecimentos <sup>(2,8,13)</sup> e crenças acerca do CCU e seu rastreio <sup>(2,5,8,13)</sup>, vergonha e receio da dor <sup>(13)</sup>, acessibilidade aos cuidados de saúde <sup>(2,8)</sup>, relação com as equipas de saúde <sup>(2,8)</sup>, políticas de saúde e seus custos <sup>(2)</sup>, sexo do Médico de Família <sup>(12)</sup> e sua recomendação do exame. <sup>(12)</sup>

A empatia melhora a qualidade da relação médico-doente <sup>(5,8,14,15)</sup> e é uma competência importante num Médico. Permite aumentar a capacidade do Médico compreender as preocupações, experiências de vida e decisões próprias de cada doente e assim decidir de acordo com os valores e necessidades do mesmo. <sup>(15)</sup> Hojat define a empatia

como *“um atributo predominantemente cognitivo que envolve a compreensão das experiências, preocupações e perspectivas do doente, combinada à capacidade de comunicar essa mesma expressão”*.<sup>(14,16)</sup> Por outro lado, a percepção que o doente tem da empatia médica está também relacionada significativamente com os resultados clínicos.<sup>(14,15)</sup>

Um estudo realizado por Hojat, demonstrou uma correlação positiva significativa entre uma pontuação média mais elevada na Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) e o cumprimento da recomendação do Médico assistente para realizar colonoscopia, mamografia ou teste de PSA pelos doentes, ainda que aplicado numa só instituição.<sup>(16)</sup>

O objetivo deste estudo é aplicar a escala JSPPPE ao rastreio do CCU para estudar a força da relação entre a adesão ao rastreio do CCU e a empatia médica percebida pelas mulheres, uma vez que ainda não existem estudos semelhantes.

Pretende-se ainda estudar a influência de algumas variáveis sociodemográficas, existência de recomendação da citologia e informação acerca do exame por parte do Médico de Família na adesão ao rastreio do CCU e explorar as razões da não adesão ao rastreio e escolha do profissional com quem o fez.

## **Material e Métodos**

### Material:

Questionário adaptado da JSPPPE (validada e publicada em Portugal) <sup>(14)</sup> para medir a percepção da empatia do Médico de Família sentida pelas mulheres. É constituída por um conjunto de 5 questões simples respondidas através de uma escala de Likert com pontuações de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), sendo que quanto maior a pontuação maior será a empatia percebida pelo doente. <sup>(14,16)</sup> Já se encontra testada e validada nacional e internacionalmente. <sup>(14-16)</sup>

O questionário tem também questões para medir a adesão ao rastreio do CCU, vários fatores demográficos e perguntas abertas para estudar as razões apontadas pelas mulheres para a não adesão ao rastreio e porque escolheram realizar o rastreio com o profissional de saúde com que o fizeram (Anexo 1). Foi acompanhado de um consentimento informado, livre e esclarecido em duplicado, com uma cópia para a investigadora e outra cópia para as participantes destacarem e levarem consigo (Anexo 1) e foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro (Anexo 2).

### Métodos:

Estudo observacional transversal.

Amostra não probabilística e de conveniência definida como: mulheres entre os 25 e os 64 anos que tenham útero e já tenham tido relações sexuais, que tiveram consulta nas unidades de saúde em setembro e outubro de 2016 e aceitaram responder ao questionário.

Para cálculo do tamanho amostral, utilizou-se a ferramenta [raosoft.com](http://raosoft.com) e a partir dos dados do Relatório 2015 – Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal <sup>(11)</sup> que dá para o ACES Baixo Mondego uma

população elegível para rastreio do cancro do colo do útero de 32800 mulheres e uma adesão de 46,2%, considerando-se uma margem de erro de 5% e um intervalo de confiança de 90%, obteve-se uma amostra recomendada de 267 questionários.

#### Recolha de dados:

Enviou-se convite a todas as unidades de saúde do ACES Baixo Mondego para pedido de autorização e colaboração. Distribuição dos questionários nas unidades que aceitaram nos meses de setembro e outubro de 2016.

A distribuição foi feita da seguinte forma:

- na Unidade de Saúde Familiar (USF) Pulsar, a investigadora convidou todas as mulheres que aguardavam consulta na sala de espera e tinham entre os 25 e 64 anos para participar no estudo e explicou-lhes que apenas as mulheres com útero tinham indicação para participar conforme indicava o consentimento informado. Entregou-se em mão um exemplar do questionário com o respetivo consentimento informado a todas as mulheres que aceitaram participar.

- nas restantes unidades de saúde, o questionário e respetivo consentimento informado foram entregues às mulheres elegíveis pelos respetivos Médicos de Família, aderentes ao estudo. Após o preenchimento dos questionários estes foram colocados pelas participantes em caixas fechadas colocadas na sala de espera para o efeito. As caixas foram posteriormente recolhidas pela investigadora e apenas abertas por esta.

O preenchimento dos questionários foi feito de forma voluntária, anónima e após a leitura e assinatura de um consentimento informado presente nas primeiras páginas do mesmo.

Atribuiu-se um número a cada questionário e a partir daí este foi identificado apenas por esse número de forma a anonimizar os dados e a garantir a sua confidencialidade.

### Análise dos dados:

Fez-se estatística descritiva e inferencial, com comparação de médias para perceber as diferenças de percepção da empatia do Médico de Família sentida entre aderentes e não aderentes, diferenças nas variáveis quantitativas (idade, número de filhos) e teste do Qui quadrado para as variáveis nominais e categóricas (estado civil, situação laboral, formação, frequência de consultas com o Médico de Família) com nível de significância 0,05. Realizou-se também análise qualitativa das perguntas abertas pelo método da análise de conteúdo temático. Fez-se regressão logística para perceber a relação independente das variáveis com a adesão ao rastreio.

Excluíram-se da análise todos os questionários em que a resposta à questão “já alguma vez teve relações sexuais?” foi “não”, uma vez que nesse caso a mulher que o preencheu não pertencia à população alvo do estudo.

### Variáveis:

A adesão mediu-se recorrendo às seguintes questões: “já realizou a citologia do colo do útero?” e caso a tenha feito “quando foi a última vez que a realizou?” para perceber se alguma vez fez o rastreio e se este se encontra atualizado. Considerou-se adesão a realização da citologia do colo do útero há 3 anos ou menos.

A percepção da empatia do Médico de Família quantificou-se através da pontuação dada pelas participantes numa escala de Likert (1-7) a cada uma das seguintes questões: “o meu Médico de Família consegue compreender as coisas na minha vida diária?”, “o meu Médico de Família pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária?”, “o meu Médico de Família parece preocupado acerca de mim e da minha família?”, “o meu Médico de Família compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações?” e “o meu Médico de Família é um médico que me compreende?”. Quanto maior foi a soma das pontuações das

cinco questões mais elevada é considerada a empatia do Médico de Família percebida pelas participantes.<sup>(14)</sup>

As variáveis sociodemográficas medidas foram a idade (anos), estado civil (solteira, casada, união de facto, divorciada, viúva), situação laboral (estudante, empregada, desempregada, doméstica, reformada), número de filhos (sem filhos, um filho, dois ou mais filhos), formação académica (não sei ler nem escrever, tenho formação académica e número de anos de formação académica) e frequência de recurso aos cuidados do Médico de Família (duas ou mais vezes por anos, uma vez por ano, menos de uma vez por ano). Questionou-se ainda se tinham recebido por parte do Médico de Família recomendação e informação acerca do rastreio e como este é realizado. Incluíram-se também duas perguntas abertas dirigidas a compreender a razão pela qual nunca tinham realizado uma citologia cervical ou a razão que levou a escolher o profissional de saúde com quem realizaram a última citologia cervical (Anexo 1).

## Resultados

### Caracterização da amostra

A amostra engloba 269 mulheres pertencentes a sete unidades de saúde: 36 da UCSP Fernão de Magalhães, 19 da USF Marquês de Marialva, 81 da USF Pulsar, 26 da USF Mondego, 71 da UCSP Dr. Manuel Cunha, 12 da USF Araceti, e 24 da USF Topázio.

A idade média foi de  $42,28 \pm 9,84$  anos. A maioria das mulheres da amostra eram casadas (51,3%), empregadas (71,4%) e tinham dois ou mais filhos (43,5%). Não existiam analfabetas na amostra e a formação académica média foi de  $10,40 \pm 5,69$  anos de formação (Tabela 1). Na sua maioria recorrem duas ou mais vezes por ano aos cuidados do Médico de Família (66,2%), este recomendou-lhes a realização da citologia (94,1%) e informou-as acerca do objetivo da citologia e como esta é efetuada (92,9%). A globalidade da amostra realizou a citologia (93,7%), tendo-a feito há 3 ou menos anos (85,5%) e maioritariamente com o Médico de Família (66,2%) (Tabelas 1 e 2). A empatia total média obtida foi de  $30,32 \pm 5,58$  numa escala com um mínimo de 5 e um máximo de 35 pontos.

**Tabela 1** - Estado civil, situação laboral, número de filhos, formação académica e frequência de recurso ao Médico de Família na amostra.

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteira	43	16,0
Casada	138	51,3
União de facto	45	16,7
Divorciada	36	13,4
Viúva	7	2,6
<b>Situação laboral</b>		
Estudante	8	3,0
Empregada	192	71,4
Desempregada	41	15,2
Doméstica	21	7,8
Reformada	7	2,6
<b>Número de filhos</b>		
Sem filhos	50	18,6
Um filho	102	37,9
Dois ou mais filhos	117	43,5
<b>Frequência de recurso ao Médico de Família</b>		
Duas ou mais vezes por ano	178	66,2
Uma vez por ano	68	25,3
Menos de uma vez por ano	23	8,6

**Tabela 2** - Caracterização do rastreamento por citologia na amostra.

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Já realizou alguma citologia</b>		
Sim	252	93,7
Não	10	3,7
Não sei	7	2,6
<b>Quando realizou a última citologia</b>		
Há três anos ou menos	230	85,5
Há mais de três anos	22	8,2
<b>Com quem realizou a última citologia</b>		
Médico de Família	178	66,2
Enfermeiro de Família	1	0,4
Ginecologista	73	27,1

#### Relação das variáveis sociodemográficas e adesão ao rastreamento

##### Idade

Verificou-se que a relação entre a idade e a adesão ao rastreamento não é estatisticamente significativa ( $p=0,814$ ) (Tabela 3).

Considerando as mulheres que já tinham realizado uma citologia na sua vida, também não houve relação significativa ( $p=0,267$ ) (Tabela 4).

### Anos de formação académica

Verificou-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o número de anos de formação da amostra e a adesão ao rastreio do CCU ( $p=0,789$ ) (Tabela 3).

Mesmo considerando as mulheres que já tinham realizado anteriormente uma citologia na sua vida, também não houve relação estatisticamente significativa com o número de anos de formação ( $p=0,100$ ) (Tabela 4).

**Tabela 3** - Idade, anos de formação e empatia total média nas mulheres aderentes e não aderentes.

	<b>Aderentes</b>	<b>Não aderentes</b>	<b><i>p</i></b>
	Média $\pm$ desvio-padrão	Média $\pm$ desvio- padrão	Teste U de Mann-Whitney
<b>Idade</b>	42,54 $\pm$ 9,30	41,35 $\pm$ 12,69	0,814
<b>Anos de formação académica</b>	10,47 $\pm$ 5,61	10,41 $\pm$ 6,74	0,789
<b>Empatia total</b>	30,42 $\pm$ 4,94	29,90 $\pm$ 8,43	0,191

**Tabela 4** - Anos de formação académica, empatia total média nas mulheres que nunca tinham realizado citologia anteriormente e nas que já tinham realizado citologia.

	<b>Alguma vez realizou uma citologia</b>		<b><i>p</i></b>
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	Teste U de Mann-Whitney
	Média $\pm$ desvio-padrão	Média $\pm$ desvio- padrão	
<b>Idade</b>	42,27 $\pm$ 9,80	38,67 $\pm$ 8,19	0,267
<b>Anos de formação académica</b>	10,41 $\pm$ 5,70	13,57 $\pm$ 5,83	0,100
<b>Empatia total</b>	30,42 $\pm$ 5,37	29,90 $\pm$ 5,32	0,704

### Estado civil

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias classes da variável estado civil e a adesão ao rastreio do CCU ( $p=0,745$ ) (Tabela 5).

### Situação laboral

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias classes da variável situação laboral e a adesão ao rastreio do CCU ( $p=0,176$ ).

Agrupando-se as várias classes em empregada vs não empregada (estudante, desempregada, doméstica e reformada), verificou-se que as mulheres empregadas têm uma adesão superior ao rastreio do CCU em relação às não empregadas. Concluímos que esta diferença é estatisticamente significativa ( $p=0,025$ ) (Tabela 5).

### Número de filhos

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as várias classes da variável número de filhos e a adesão ao rastreio do CCU ( $p=0,553$ ) (Tabela 5).

### Frequência de utilização dos cuidados do Médico de Família

Verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre esta variável e a adesão ao rastreio do CCU ( $p=0,002$ ), sendo que as mulheres mais aderentes recorrem aos cuidados do Médico de Família duas ou mais vezes por ano (Tabela 5).

**Tabela 5** - Estado civil, situação laboral, número de filhos, frequência de recurso ao Médico de Família, recomendação e informação acerca da citologia pelo Médico de Família nas mulheres aderentes e não aderentes.

	Aderentes ( <i>n</i> )	Não aderentes ( <i>n</i> )	<i>p</i> (Qui quadrado)
<b>Estado civil</b>			<b>0,745</b>
Solteira	35	8	
Casada	120	18	
União de facto	40	5	
Divorciada	29	7	
Viúva	6	1	
<b>Situação laboral</b>			<b>0,025</b>
Empregada	170	22	
Não empregada	60	17	
<b>Número de filhos</b>			<b>0,553</b>
Sem filhos	41	9	
Um filho	90	12	
Dois ou mais filhos	99	18	
<b>Frequência de recurso ao Médico de Família</b>			<b>0,002</b>
Duas ou mais vezes por ano	157	21	
Uma vez por ano	59	9	
Menos de uma vez por ano	14	9	
<b>Recomendação da citologia pelo Médico de Família</b>			<b>&lt;0,001</b>
Sim	223	30	
Não	7	9	
<b>Informação acerca da citologia pelo Médico de Família</b>			<b>&lt;0,001</b>
Sim	221	29	
Não	9	10	

### Relação entre variáveis relacionadas com o médico e a adesão ao rastreio

#### Recomendação da realização da citologia pelo Médico de Família

A adesão a rastreio do CCU é significativamente superior nas mulheres a quem o Médico de Família recomendou a realização da citologia em relação aquelas que não receberam esta recomendação ( $p < 0,001$ ) (Tabela 5).

#### Informação dada pelo Médico de Família sobre o objetivo da citologia e como esta é feita

A adesão a rastreio do CCU é significativamente superior nas mulheres a quem o Médico de Família informou acerca do objetivo da citologia e como esta é feita em relação aquelas que não foram informadas ( $p < 0,001$ ) (Tabela 5).

#### Relação entre a empatia e a adesão ao rastreio do CCU

Observou-se que a relação entre a empatia total e a adesão ao rastreio do CCU não é estatisticamente significativa ( $p = 0,191$ ) apesar da empatia total média ser superior nas mulheres que aderiram ao rastreio em relação às mulheres que não aderiram ao rastreio (Tabela 3).

#### Relação entre a empatia e alguma vez ter realizado o rastreio do CCU

Verificou-se que a relação entre a empatia total e alguma vez ter aderido ao rastreio do CCU não é estatisticamente significativa ( $p = 0,704$ ) apesar da empatia total média ser superior nas mulheres que alguma vez aderiram ao rastreio em relação às mulheres que nunca aderiram ao rastreio (Tabela 4).

### Análise qualitativa das razões de não adesão e escolha do profissional de saúde

Os motivos apresentados mais frequentemente pela população em estudo para nunca terem realizado uma citologia antes foram o facto de não sentirem que seja necessária a sua realização e terem tido indicação para não realizarem a citologia (Tabela 6).

**Tabela 6** - Motivos para nunca ter realizado uma citologia.

<b>Categoria</b>	<b>Frequência (n)</b>
Não sinto que seja necessária	3
Indicaram-me não a fazer	2
Falta de informação	1
Falta de tempo	1
Medo do resultado	1
Nunca foi aconselhado	1
Profissional do sexo masculino	1
Vergonha de realizar o exame	1

As causas mais comuns na população em estudo para terem optado pelo profissional de saúde com quem realizaram a última citologia foram, no caso da escolha do Médico de Família, o facto de entenderem a citologia como um meio de prevenção ou vigilância da sua saúde, a citologia ser um exame “de rotina”, terem confiança no profissional em questão e ser o profissional que recomendou a realização da citologia e, no caso do Ginecologista, a principal razão foi ser seu médico há muito tempo, tendo sido referidas a facilidade de acesso mais neste último profissional e o facto de se encontrar em período de gravidez ou puerpério (Tabela 7).

**Tabela 7** - Motivo pelo qual realizou a citologia com o profissional de saúde em questão.

<b>Categoria</b>	<b>MF (n)</b>	<b>Ginecologista (n)</b>	<b>Total (n)</b>
Prevenção/ vigilância da saúde	25	3	28
Exame de rotina	23	2	25
Confiança	22	0	22
Recomendou o exame	15	4	19
Profissional com quem faço Planejamento Familiar	16	1	17
Saber se estou doente	15	2	17
Sempre fiz com ele/a	11	6	17
Gravidez/ puerpério	8	7	15
Acompanha-me há muito tempo	0	13	13
Fácil acesso	5	7	12
Acompanha outras patologias ginecológicas	3	8	11
Acompanha toda a família	9	0	9
Comodidade/ conforto	0	2	7
Gratuito	6	0	6
Estava na altura de realizar o exame	4	0	4
Segurança	4	0	4
Competência	3	0	3
Seguro/ subsistema de saúde	0	3	3
Cuidadoso	2	0	2
Autopropus-me a realizar o exame	0	1	1
Maior privacidade	0	1	1
Mais tempo de consulta	0	1	1
Profissional do sexo feminino	1	0	1

## Discussão

Este estudo teve como principal objetivo investigar a força da relação entre a adesão ao rastreio do CCU e a empatia médica percebida pelas utentes, recorrendo à aplicação da escala JSPPPE. Foram ainda investigadas possíveis relações entre a adesão ao rastreio do CCU e algumas variáveis sociodemográficas bem como o facto do Médico de Família ter recomendado e informado sobre a realização da citologia. Incluíram-se ainda duas perguntas abertas com o intuito de estudar porque motivo as mulheres nunca tinham realizado citologia anteriormente e qual o motivo que levou as mulheres a escolherem o profissional de saúde com que realizaram a última citologia.

A idade não apresentou neste estudo relação estatisticamente significativa com a adesão ao rastreio do CCU, o que está de acordo com outro estudo nacional de 2011.<sup>(5)</sup> Já outros estudos nacionais encontraram relação entre estas variáveis: num estudo de 2012 a adesão era superior na faixa etária 31-37 anos<sup>(2)</sup>, num estudo de 2005 foi superior dos 25-44 anos<sup>(17)</sup> e num estudo de 2002 na faixa dos 41-50 anos.<sup>(2)</sup> Num estudo no Brasil em 2008, a adesão foi significativamente superior na faixa etária dos 40-49 anos.<sup>(6)</sup>

O estado civil não revelou uma associação estatisticamente significativa com a adesão ao rastreio neste estudo o que contraria os achados de um estudo nacional de 2012 que concluiu que as mulheres casadas ou em união de facto frequentam mais as consultas de vigilância da saúde sexual e reprodutiva que as mulheres solteiras ou divorciadas.<sup>(2)</sup> Da mesma forma outro estudo nacional de 2011 observou uma maior adesão ao rastreio do CCU nas mulheres casadas ou em união de facto.<sup>(5)</sup>

A situação laboral, revelou uma adesão significativamente superior na classe das mulheres empregadas ( $p=0,025$ ). Outros estudos encontraram achados semelhantes com as mulheres com vida profissional ativa apresentando maiores taxas de adesão tanto em Portugal

em 2005 <sup>(17)</sup> como no Brasil em 2008. <sup>(6)</sup> Por outro lado, outros estudos feitos na região de Viseu em 2012 e 2011, não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes classes de situação laboral. <sup>(2,5)</sup>

O número de filhos nesta amostra não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a adesão, o que entra em concordância com os achados de um estudo nacional em 2012. <sup>(2)</sup> Por outro lado, um estudo nacional de 2002 verificou uma relação estatisticamente significativa entre ter filhos e ter uma adesão superior ao rastreio <sup>(12)</sup> tal como um estudo no Brasil em 2008. <sup>(6)</sup>

A formação académica não revelou ter uma relação estatisticamente significativa no nosso estudo tal como num estudo nacional de 2011. <sup>(5)</sup> Pelo contrário, um estudo nacional de 2012 associou uma maior adesão à vigilância com o facto das mulheres possuírem um curso superior <sup>(2)</sup> e outro estudo nacional de 2005 concluiu que mulheres com nível de instrução mais elevado apresentavam uma adesão superior ao rastreio. <sup>(17)</sup> No Brasil em 2008, concluíram que uma escolaridade igual ou superior a 12 anos se associava a uma maior adesão ao rastreio. <sup>(6)</sup>

A maior frequência de recurso aos cuidados do Médico de Família associou-se significativamente a uma maior adesão ( $p=0,002$ ). Um estudo realizado no Brasil em 2008, verificou que ter consultado o médico nos 12 meses anteriores se correlacionava positivamente com a realização da citologia nas mulheres brasileiras. <sup>(6)</sup>

A recomendação por parte do Médico de Família para a realização da citologia mostrou estar relacionada com uma adesão superior ao rastreio do CCU nas mulheres que receberam esta recomendação em relação às mulheres que não a receberam ( $p<0,001$ ). Este achado vai de encontro aos dados obtidos num estudo nacional de 2002 que correlacionou a existência de uma recomendação por parte do Médico de Família e uma alta adesão. <sup>(12)</sup>

A informação acerca do objetivo da citologia e como esta é efetuada pelo Médico de

Família também mostrou ser um fator associado a adesão ao rastreio do CCU ( $p < 0,001$ ). Ainda que a única fonte de informação avaliada fosse o Médico de Família, um estudo nacional de 2012, teve achados semelhantes tendo concluído que bons conhecimentos gerais acerca do CCU estavam associados significativamente a uma maior adesão à vigilância em consultas. <sup>(2)</sup> Estudos nacionais de 2014 e 2008 também concluíram que existe uma relação entre o nível de conhecimento acerca do CCU e a adesão ao rastreio. <sup>(8,13)</sup> Por outro lado, um estudo nacional de 2011 concluiu que o nível de conhecimentos gerais acerca do CCU e a adesão ao rastreio não têm uma relação estatisticamente significativa. <sup>(5)</sup>

Quanto ao objetivo principal deste estudo, verificou-se que a relação entre a adesão ao rastreio do CCU e a empatia total obtida pela escala JSPPPE não é estatisticamente significativa ( $p = 0,191$ ), apesar da empatia total média ser superior nas mulheres aderentes. Observando as mulheres na amostra que alguma vez tinham aderido ao rastreio (última citologia realizada há 3 anos ou menos e há mais de 3 anos), a relação entre alguma vez ter aderido e a empatia total permanece como não estatisticamente significativa ( $p = 0,704$ ), embora a empatia total média seja superior nas mulheres que alguma vez aderiram ao rastreio comparativamente com as que nunca o fizeram. Causas possíveis para estes achados são o facto da população em estudo ter sido captada em unidades de saúde de cuidados primários e de apresentar uma elevada frequência de recurso aos cuidados do Médico de Família, fatores estes que podem influenciar positivamente a perceção que as mulheres têm da empatia do Médico de Família independentemente de aceitarem participar no rastreio. Além disso, a amostra pode ter sido insuficiente para obter significância estatística, nomeadamente pela baixa quantidade de mulheres não aderentes (10 mulheres) já que a tendência é para que a maior empatia corresponda a maior adesão.

Os motivos apresentados pelas mulheres da amostra para nunca terem realizado uma citologia foram: não sentirem necessidade de a realizarem, terem tido indicação para não

efetuar o exame, falta de tempo, falta de informação, medo do resultado do exame, não terem tido recomendação médica para a realizarem, o profissional de saúde ser do sexo masculino e vergonha de realizarem o exame. Um estudo nacional de 2012 relacionou uma baixa adesão ao rastreio e o Médico ser do sexo masculino.<sup>(12)</sup> No Brasil, um estudo de 2013 também descreveu a falta de recomendação do exame pelos profissionais de saúde, a vergonha em realizar o exame e a ignorância em relação ao procedimento entre outros como causas que dificultam a adesão à citologia.<sup>(3)</sup>

Quanto aos motivos para terem realizado a última citologia com o Médico de Família, os mais comuns na amostra foram o facto de entenderem a citologia como um meio de prevenção ou vigilância da sua saúde, a citologia ser um exame “de rotina”, terem confiança no profissional em questão e ser o profissional que recomendou a realização da citologia. Foi também referido o facto de ser do sexo feminino, o que parece ir de encontro a um estudo nacional de 2002 que relacionou uma baixa adesão ao rastreio e o Médico ser do sexo masculino.<sup>(12)</sup>

Na porção da amostra que realizou a última citologia com o Ginecologista, os motivos mais frequentes para essa preferência foram este ser seu médico de longa data, um maior facilidade de acesso aos seus cuidados e o facto de se encontrar em período de gravidez ou puerpério. Outros motivos foram: tratar-se de uma forma de prevenção/vigilância da saúde, ser um exame de rotina, ser o profissional que recomendou o exame ou com quem faz o Planeamento Familiar, saber se está doente, sempre realizou com este profissional, acompanha outras patologias ginecológicas, comodidade/ conforto, ter seguro ou subsistema de saúde, ter-se autoproposto a realizar o exame, maior privacidade e mais tempo de consulta. Um estudo nacional de 2008 encontrou como motivos para realização da citologia no Ginecologista prevenção do CCU como motivo principal e diagnosticar infeções/ inflamações genitais e outras doenças como outros motivos.<sup>(13)</sup>

Como ponto forte deste estudo, podemos destacar o facto de não existirem à data da sua realização outros estudos nacionais ou internacionais que estudassem a relação entre a adesão ao rastreio do CCU e a empatia médica percebida pelos doentes. É ainda relevante reafirmar que o estudo apresenta uma amostra com um número representativo da população de mulheres elegíveis para o rastreio do CCU no ACES Baixo Mondego. Apesar disto, foi colhida apenas em mulheres frequentadoras dos cuidados de saúde primários, pelo que poderá ser representativa apenas desta população.

Como limitações do estudo podemos referir o facto da amostra contemplar na sua maioria mulheres que aderiram ao rastreio do CCU, 85,5% das 93,7% de inquiridas que afirmaram ter realizado a citologia cervical fê-lo há 3 anos ou menos vs dados da DGS que apresentam uma taxa de adesão de apenas 46,2% no ACES Baixo Mondego<sup>(11)</sup>, o que causa um viés no estudo da relação entre as restantes variáveis e a adesão ao rastreio. Outra limitação é a ausência de validade externa em realidades diferentes da do ACES Baixo Mondego. Outro viés possível é o viés de memória na pergunta que questiona as mulheres acerca da data da realização da última citologia.

Possíveis trabalhos futuros poderão passar por aplicar o questionário desenvolvido a uma amostra maior e em locais públicos que não sejam unidades de saúde de cuidados primários, de forma tentar eliminar o viés existente e a poder abranger populações diferentes. Seria também interessante estudar as causas que levam à não adesão ao rastreio do CCU em Portugal.

## **Conclusões**

O cancro do colo do útero é uma das neoplasias femininas mais letais nas mulheres apesar de ser na maioria dos casos prevenível com facilidade.<sup>(1,2)</sup>

Neste estudo concluímos que a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero não esteve relacionada com a empatia percebida com o Médico de Família na nossa amostra. Observou-se uma maior adesão nas mulheres empregadas, nas que frequentam as consultas do Médico de Família duas ou mais vezes por ano, naquelas a quem o Médico de Família recomendou a realização da citologia cervical e naquelas a quem o Médico de Família informou acerca do objetivo deste exame e como ele se realiza.

Estes achados parecem apontar para uma importância da recomendação e informação pela parte do médico de família em relação a este rastreio. Sugerimos estudos em amostras menos utilizadoras dos serviços de saúde para entender melhor a magnitude destes achados e outros fatores favorecedores de adesão a este rastreio em Portugal.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor José Augusto Simões e à Doutora Inês Rosendo, pela orientação, conselhos, simpatia e disponibilidade em todos os momentos deste projeto, que sem eles não seria possível existir.

À minha família, pelo apoio e estímulo constantes e por me acompanharem em mais esta etapa da minha vida.

Às unidades de saúde e utentes participantes que possibilitaram a concretização deste projeto.

## Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: a guide to essential practice - Second edition. World Heal Organ. 2014.
2. Ferreira SMG. Estilos de Vida e Vigilância de Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher Portuguesa. Instituto Politécnico de Viseu; 2012.
3. Santos UMS, Souza SEB de. Papanicolaou: Diagnóstico Precoce Ou Prevenção Do Câncer Cervical Uterino. Rev Baiana Saúde Pública. 2013;37:941–51.
4. Correia AIL da S, Araújo MLM. Prevenção do Cancro do Colo do Útero. Universidade do Porto; 2011.
5. Areias PAPP. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. Instituto politécnico de Viseu; 2011.
6. Souza LDM De, Fioravente E. Fatores associados à realização dos exames preventivos de câncer de mama e de colo uterino, pelas mulheres brasileiras. XVI Encontro Nac Estud Popul. 2008;1–15.
7. Moutinho JAF, Vitorino A, Pacheco A, Pedro A, Matos A, Moniz AP. Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina 2014. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. 2014.
8. Ferreira M da C, Ferreira S, Ferreira N, Andrade J, Duarte JC. Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero e da mama da mulher portuguesa. Millenium, J Educ Technol Heal. 2014;47:83–96.
9. Direcção Geral da Saúde. Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero. Norma Da Direcção - Geral Da Saúde. 2012.
10. Miranda N, Portugal C, Nogueira PJ, Farinha CS. Doenças Oncológicas em Números – 2015. Direcção-Geral da Saúde. 2016.

11. Miranda N, Portugal C, Dinis A, Loureiro F, Tavares F, Correia FH, et al. Relatório 2015 - Avaliação de Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de Portugal. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Direção-Geral da Saúde. 2016.
12. Patrão I, Leal I. Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: estudo exploratório numa amostra de utentes do Centro de Saúde de Peniche. *Psicol Saúde e Doenças*. 2002;3(1):103–12.
13. Santos A, Macedo A, Mota M, Moutinho J, Francisca A, Pereira-da-silva D. Avaliação de conhecimentos e comportamentos das mulheres relativos à prevenção ginecológica em Portugal. *Acta Obs e Ginecológica Port*. 2008;2(2):65–71.
14. Fonte ALGR da, Santiago LM de MS. Perceção comparada entre consulentes e seus médicos quanto à empatia médica. Universidade de Coimbra; 2015.
15. Committee on Ethics of the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Empathy in Women's Health Care*. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2011.
16. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ*. 2010;1:83–7.
17. Branco MJ, Nunes B, Contreiras T. Um estudo sobre a prática de cuidados preventivos nos cancros da mama e do colo do útero, em Portugal Continental. Observatório Nacional da Saúde, Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge; Ministério da Saúde. 2005.

## **Anexos**

## **Anexo 1: Questionário aplicado**

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NO QUESTIONÁRIO DO PROJETO:

“Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: papel da empatia do Médico de Família”

#### O que é o cancro do colo do útero?

O cancro do colo do útero (CCU) é o 2º cancro ginecológico mais comum nas mulheres a nível mundial. Aproximadamente 100% dos casos estão relacionados com a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano, sendo que a sua evolução para CCU é muito lenta e geralmente não tem sintomas. A transmissão da infeção é efetuada através do contacto sexual.

O programa nacional para controlo do CCU engloba programas de rastreio organizado de forma a detetar as lesões pré-malignas.

#### Como se faz o rastreio?

O rastreio deve ser incluído nos cuidados primários de saúde e a participação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar é indispensável.

Em Portugal, segundo a norma da Direcção-Geral da Saúde deve iniciar-se aos 25 anos e termina aos 64 anos. É feito através de uma citologia do colo do útero na qual são colhidas amostras de células as quais são de seguida analisadas de forma a detectar lesões pré-malignas.

#### Porque é importante?

O rastreio de base populacional permite baixar a incidência e a mortalidade na ordem dos 90% quando feito de forma correta. Isto mostra a importância das mulheres serem informadas e sensibilizadas para realizarem a citologia de forma periódica.

#### Qual é o objetivo do projeto?

Este questionário faz parte integrante da Tese de Mestrado da aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina Joana Patrícia Pereira Ramos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com a orientadora Doutora Inês Rosendo e o coorientador Professor Doutor José Augusto Simões.

A tese de Mestrado tem como título “Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: papel da empatia do Médico de Família”.

O objetivo deste trabalho é estudar a adesão das mulheres entre os 25 e os 64 anos ao rastreio e vários aspetos que influenciam esta adesão com especial interesse para a empatia relação médico-doente.

O conteúdo do questionário vai ser analisado estatisticamente de forma anónima e foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro e pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

O seu preenchimento demora cerca de 5 minutos e é de carácter voluntário. Se pretender desistir a qualquer momento poderá fazê-lo. A participação não terá qualquer custo ou inconveniente para si. Se não participar não será penalizado.

Ao preencher este inquérito está a concordar com a utilização dos dados nele contidos de forma anónima e a contribuir para a realização deste projeto.

#### Quem pode participar?

Este questionário é dirigido a todas as mulheres entre os 25 e 64 anos de idade que já tenham tido relações sexuais e que nunca tenham removido o útero, uma vez que estas que constituem o grupo alvo com indicação para realização do rastreio do CCU em Portugal.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com a utilização da informação cedida neste questionário de forma anónima e para fins estatísticos no projeto “Adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: papel da empatia do Médico de Família”.

Assinatura ... ..

Data: .../.../...

*Feito em duas vias: original para a investigadora, duplicado para a pessoa que consente.*

Nas seguintes perguntas pretendemos saber numa escala de 1-7 se discorda totalmente com a afirmação (1) ou concorda totalmente com a afirmação (7) acerca do seu Médico de Família. Por favor assinale com um círculo a resposta com a qual se identificar mais.

**O meu Médico de Família:**

**1. Consegue compreender as coisas na minha vida diária.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente	Não concordo sem discordo	Concordo totalmente
------------------------	---------------------------------	------------------------

**2. Pergunta acerca do que está a acontecer na minha vida diária.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente	Não concordo sem discordo	Concordo totalmente
------------------------	---------------------------------	------------------------

**3. Parece preocupado acerca de mim e da minha família.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente	Não concordo sem discordo	Concordo totalmente
------------------------	---------------------------------	------------------------

**4. Compreende as minhas emoções, sentimentos e preocupações.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente	Não concordo sem discordo	Concordo totalmente
------------------------	---------------------------------	------------------------

**5. É um médico que me compreende.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente	Não concordo sem discordo	Concordo totalmente
------------------------	---------------------------------	------------------------

Nas seguintes perguntas por favor assinale apenas uma opção em cada pergunta com uma cruz ou coloque um número, consoante seja o caso.

**1. Idade:** \_\_\_\_\_

**2. Estado civil:**

Solteira \_\_\_

Casada \_\_\_

União de facto \_\_\_

Divorciada \_\_\_

Viúva \_\_\_

**3. Situação laboral:**

Estudante \_\_\_

Empregada \_\_\_

Desempregada \_\_\_

Doméstica \_\_\_

Reformada \_\_\_

**4. Número de filhos:**

0 \_\_\_

1 \_\_\_

2 ou mais \_\_\_

**5. Formação:**

Não sei ler nem escrever \_\_\_

Tenho formação académica \_\_\_

número de anos de formação académica \_\_\_\_\_

**6. Já alguma vez teve relações sexuais?**

Sim \_\_\_

Não \_\_\_ → *O seu questionário termina aqui. Obrigada.*

**7. Com que frequência recorre aos cuidados do seu Médico de Família?**

Duas vezes por ano ou mais \_\_\_

Uma vez por ano \_\_\_

Menos de uma vez por ano \_\_\_

**8. O seu Médico de Família recomendou-lhe a realização da citologia?**

Sim \_\_\_

Não \_\_\_

**9. O seu Médico de Família informou-a acerca do objectivo da citologia e como esta é feita?**

Sim \_\_\_

Não \_\_\_

**10. Já realizou alguma citologia (teste Papanicolau) para rastreio do cancro do colo do útero?**

Sim \_\_\_

Não \_\_\_ → *Passa para a pergunta 11.*

Não sei \_\_\_ → *O seu questionário termina aqui. Obrigada.*

**11. Porque motivo(s) não realizou nenhuma citologia?** Escreva a sua opinião no espaço abaixo.

*Se nunca realizou uma citologia o seu questionário termina aqui. Obrigada.*

**12. Quando realizou a última citologia?**

Há 3 anos ou menos \_\_\_

Há mais de 3 anos \_\_\_

**13. Com quem realizou a última citologia?**

Médico de Família \_\_\_

Enfermeiro de Família \_\_\_

Ginecologista \_\_\_

**14. Porque motivo(s) realizou a citologia com esse profissional?** Escreva a sua opinião no espaço abaixo.

## Anexo 2: Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

#### RESUMISSÃO:

As correções efectuadas ao projeto permitiram responder à maioria das questões colocadas.

No entanto, o parecer favorável final apenas deverá ser favorável após a confirmação de que as respostas serão colocadas em urna fechada pelas pessoas que respondem.

De notar que os prazos foram já ultrapassados

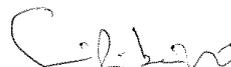
Coimbra, 19 de setembro de 2016

O Relator



(Prof. Dr. Vítor Rodrigues)

O Presidente da CES



(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  <b>PARECER FAVORÁVEL</b>	<b>DESPACHO:</b>  <i>Tomado conhecimento e deliberado homologar o parecer da Comissão de Ética</i>  <i>24 de 2016</i>
---	---

**ASSUNTO:** 47/2016 – “Adesão ao rastreio do cancro do útero: papel da empatia do médico de família”

Conselho Diretivo  
da A.R.S. do Centro, I.P.

*[Signature]*  
Dr. José Manuel Azenha Tereso  
Presidente,

*[Signature]*  
Dr. Luís Manuel Mútilo Mendes Cabral  
Vogal,

*[Signature]*  
Dr. Mário Rufino

Emitido parecer **favorável**, depois de respondidas as questões suscitadas no último parecer

Coimbra, 23 de novembro de 2016

*[Signature]*  
O Relator

(Prof. Dr. Vítor Rodrigues)

*[Signature]*  
O Presidente da CES

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)