



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

TIAGO JOÃO OLIVEIRA DA SILVA

***Medicina preventiva: Atitudes em diferentes especialidades
médicas – Estudo transversal***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

JULHO DE 2023

Resumo

Introdução: A Medicina Preventiva compreende a aplicação de uma série de atitudes médicas que preveem evitar o surgimento de doença e da morbidade/mortalidade associadas não só ao decurso natural expetável da mesma, mas também ao excesso de diagnóstico e tratamento, abrangendo as várias vertentes da prevenção, desde primária a quaternária. A sua aplicação antevê a aplicação de uma série de medidas e atitudes, sendo o recurso às mesmas dependente do conhecimento científico e experiência clínica do profissional, bem como das expetativas do doente. Apesar da existência de estudos prévios que investigam o conhecimento de médicos de família na aplicação de atitudes preventivas, a aplicação destas por médicos das demais especialidades permanece pouco estudado.

Objetivos: Determinar as atitudes dos profissionais de saúde de várias especialidades perante um doente assintomático e sem fatores de risco e determinar a sua concordância face à evidência científica atualizada. Verificar se fatores demográficos e profissionais, nomeadamente especialidade, experiência e tipo de serviço em que exercem funções, influenciam os resultados obtidos.

Metodologia: Trata-se de um estudo transversal. Foi aplicado um questionário composto por 27 questões dicotómicas e 6 de resposta curta, incidindo sobre a aplicação e regularidade de diversas atitudes preventivas para um paciente assintomático. Foi atribuída uma pontuação, consoante as respostas fornecidas neste questionário e a concordância com as recomendações da USPSTF e ADA, que poderia alcançar um máximo de 31 pontos. Recorrendo a análise estatística bivariada e multivariada, definiu-se a influência das variáveis demográficas e profissionais nesta pontuação.

Resultados: Foram inquiridos 294 médicos portugueses, com uma média de idades de $43,14 \pm 13,75$ anos. Destes, 136 tinham como especialidade Medicina Geral e Familiar (MGF). Foi observado um desempenho médio de $23,43 \pm 3,35$ pontos no questionário, traduzindo uma concordância média, pelos profissionais inquiridos, de 75,58% face às recomendações consideradas, tendo os profissionais formados/formandos de MGF alcançado pontuações médias 3,87 pontos superiores aos demais profissionais ($p < 0,001$).

Foi determinada uma percentagem de respostas corretas superior a 90% em 16 das questões colocadas. Há, no entanto, temáticas com uso exagerado de métodos de rastreio, nomeadamente no que toca ao rastreio do cancro da próstata, da tiróide, da DPOC, de fatores de risco cardiovascular através de ECG e de diabetes/pré-diabetes em doentes com

excesso de peso. Encontraram-se, também, resultados inferiores a 50% no que toca à realização dos rastreios de Clamídea e Gonorreia, Hepatite C e HIV.

Determinou-se que as variáveis “Idade” e “Especialidade (MGF vs Outra)” influenciaram, de modo independente e estatisticamente significativo, em análise multivariada, a concordância do médico face às recomendações consideradas.

Conclusões: Os médicos portugueses revelam uma concordância elevada com as recomendações consideradas para as atividades preventivas. Os profissionais mais velhos e de especialidades que não MGF apresentaram pontuações médias significativamente inferiores.

Palavras-chave: Medicina Preventiva, Especialidade

Abreviaturas:

- **MGF** – Medicina Geral e Familiar
- **ECG** - Eletrocardiograma
- **ARS** – Administração Regional de Saúde
- **DM2** – Diabetes Mellitus Tipo 2
- **Int** – Intervalo
- **CV** - Cardiovascular
- **PSA** – Antígeno Prostático Específico
- **TR** – Toque Retal
- **AAA** – Aneurisma da Aorta Abdominal
- **IMC** – Índice de Massa Corporal
- **DGS** - Direção Geral da Saúde
- **GOLD** – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
- **UMA** – Unidades Maço/Ano

Abstract

Introduction: Preventive Medicine encompasses the application of a series of medical procedures aimed at preventing the onset of disease and the associated morbidity/mortality, not only related to the expected natural course of the disease, but also from excessive diagnosis and treatment, covering various aspects of prevention from primary to quaternary. Its application involves the implementation of a series of measures and attitudes, with their use depending on the scientific knowledge and clinical experience of the professional, as well as the patient's expectations. Despite previous studies investigating the knowledge of general practitioners regarding the application of preventive measures, the application of these measures by physicians in other specialties remains poorly studied.

Objectives: Determine the attitudes of healthcare professionals from various specialties towards an asymptomatic patient without risk factors, and to assess their accordance with current scientific evidence. Investigate whether demographic and professional factors, such as specialty, experience, and type of service in which they work, influence the obtained results.

Methodology: This is a cross-sectional study. A questionnaire consisting of 27 dichotomous questions and 6 short-answer questions was administered, focusing on the application and regularity of various preventive measures for an asymptomatic patient. A score was assigned based on the responses to this questionnaire and agreement with the recommendations of the USPSTF and ADA, with an achievable maximum score of 31 points. Bivariate and multivariate statistical analysis was used to determine the influence of demographic and professional variables on this score.

Results: A total of 294 Portuguese physicians were surveyed, with a mean age of $43,14 \pm 13,75$ years. Of these, 136 were General Practitioners. The questionnaire showed an average performance of $23,43 \pm 3,35$ points, indicating an average agreement of 75,58% among the surveyed professionals regarding the considered recommendations. General Practitioners scored an average 3,87 points higher than other professionals ($p < 0.001$). Correct response rates above 90% were found for 16 of the questions. However, there were areas with excessive use of screening methods, particularly regarding screening for prostate cancer, thyroid disease, COPD, cardiovascular risk factors using ECG, and diabetes/pre-diabetes in overweight patients. Results below 50% were also found for screenings of

Chlamydia and Gonorrhea, Hepatitis C, and HIV. The variables "Age" and "Specialty (General Practice vs. Other)" were determined to independently and statistically significantly influence the physicians' accordance with the considered recommendations in multivariate analysis.

Conclusions: Portuguese physicians demonstrate a high level of accordance with the considered recommendations for preventive activities. Older professionals and those from non-General Practice specialties had significantly lower average scores.

Keywords: Preventive Medicine, Specialty

Introdução

A Medicina Preventiva compreende a aplicação de uma série de atitudes médicas que preveem evitar o surgimento de doença e da morbidade/mortalidade associadas não só ao decurso natural expeável da mesma, mas também ao excesso de diagnóstico e tratamento. Da sua correta aplicação antecipa-se, portanto, um recurso holístico às várias vertentes da prevenção, desde primordial a quaternária. A prevenção primária envolve a redução da incidência de doença, a secundária a sua prevalência, a terciária a sua morbidade e a quaternária o seu sobretratamento/polimedicação.¹

Torna-se, assim, um recurso particularmente valioso a nível mundial e também em Portugal, onde se observa uma tendência para o envelhecimento populacional acompanhado, naturalmente, por um aumento na prevalência de várias entidades patológicas associadas a idades mais avançadas, sejam elas do foro cardiovascular (hipertensão arterial, obesidade, diabetes) ou oncológico (cancro colorretal, da mama, do colo do útero, da próstata), sendo que 21,1% dos portugueses têm mais de 65 anos, tratando-se do 5º país mais envelhecido do mundo². Tal reflete-se numa taxa média de mortalidade por causas evitáveis de 109 por cada 100.000 habitantes que, ainda que inferior à média da OCDE, acarreta preocupações importantes³.

Há que admitir, no entanto, o carácter “invisível” da correta aplicação da medicina preventiva, particularmente no que toca ao seu impacto e possibilidade de a medir em termos de investigação científica. Desta advém a ausência de doença ou morbidade/mortalidade a esta associada, algo que, devido à natureza determinante do processo científico, é substancialmente mais difícil de apurar e avaliar.

A United States Preventive Services Task Force (USPSTF) e a American Diabetes Association (ADA) publicam pareceres atualizados baseados na interpretação dos artigos publicados pela comunidade científica, definindo vantagens e desvantagens na adoção de determinadas atitudes preventivas perante diferentes pessoas e patologias^{4,5}. Em Portugal, Martins et al, 2014, descreveu concordância de 72% entre estas recomendações e a aplicação por parte dos médicos portugueses de Medicina Geral e Familiar das medidas que consideram oportunas, consoante o seu conhecimento científico e experiência clínica⁶. Brotonsc et al, 2005, aplicou esta mesma metodologia para avaliar a concordância de médicos com formação equivalente a MGF na Europa, avaliando as considerações dos profissionais em relação à realização de atitudes preventivas, se as aplicam na sua atividade profissional e fatores que dificultam a sua aplicação⁷.

Não tendo sido estudado ainda neste âmbito, o presente estudo pretende perceber como as medidas preventivas são aplicadas por profissionais de diferentes especialidades

e que fatores influenciam o correto seguimento das recomendações mais atuais. Assim, objetiva avaliar as atitudes preventivas concordantes com as recomendações mais atuais por parte dos médicos que exercem funções em Portugal perante uma pessoa assintomática e sem fatores de risco, determinando a influência que a especialidade, idade, anos de experiência, local e tipo de serviço em que exerce funções (público ou privado) têm na sua escolha.

Material e Métodos

Recolha de dados

Neste estudo transversal, a recolha de dados foi efetuada através de um questionário, preenchido online na plataforma *Google Forms*, no qual os respondentes, os médicos das várias especialidades que exercem funções em território nacional, foram confrontados com um caso clínico de um doente hipotético (doente de 52 anos, sem queixas, antecedentes de relevo ou fatores de risco e sem qualquer exame médico prévio) e inquiridos em relação a atitudes de teor preventivo que adotariam perante o mesmo. A realização do estudo obteve parecer positivo pela comissão de ética (Anexo I).

Este processo de recolha decorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2023. A divulgação do questionário foi pedida a todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde de Portugal com contacto disponível na internet, sociedades médicas das várias especialidades e à secção regional do centro da ordem dos médicos e ainda foi divulgado através de listas de e-mails de médicos de várias especialidades, pedindo a sua divulgação, em bola de neve. Atentando à natureza das patologias e medidas consideradas no presente estudo, a divulgação aos profissionais das especialidades Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Endocrinologia, Ginecologia/Obstetrícia e Urologia foi priorizada.

O inquérito apresentava inicialmente um sumário do estudo e do seu objetivo principal, garantia a confidencialidade dos dados recolhidos e expressava o carácter voluntário do preenchimento do mesmo. A duração aproximada de preenchimento era de cinco minutos. Foi depois inquirido o contexto demográfico da amostra através da idade e número de anos de serviço do respondente, bem como ARS e setor(es) de saúde (público/privado) em que exercia funções. A especialidade e grau na carreira foram, também, apurados. No decurso do inquérito colocam-se 27 perguntas dicotómicas e 6 de resposta curta, indagando a aplicação de atitudes médicas ou recurso a métodos auxiliares de diagnóstico e a regularidade de aplicação destes. Para isso, apresentava o caso de uma pessoa sem sintomas com 52 anos, perguntando sobre a intervenção preventiva no caso da doença cardiovascular e seus fatores de risco, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes mellitus, excesso de peso e sedentarismo, do consumo de tabaco, álcool ou drogas ilícitas, da doença oncológica da mama, próstata, testículo, colón/reto, ovário, colo do útero e tiróide, da doença pulmonar obstrutiva crónica, da infeção do trato urinário e de infeções veiculadas pelos microrganismos HIV, hepatite C, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (Anexo II).

Amostra

Para a realização desta investigação, o convite à participação foi feito aos vários profissionais do país, sendo a sua participação voluntária. A amostra foi, assim, de conveniência.

Calculou-se, tendo em conta a população portuguesa de médicos⁸ e visando um grau de confiança de 95% com uma margem de erro de 5% para o presente estudo, uma amostra estimada de 382 como amostra mínima a obter.

Análise Estatística

As variáveis independentes do estudo consistiram nos dados demográficos e profissionais referentes a cada participante – Idade, Anos de prática médica, ARS a que pertence o local de trabalho, Setor de saúde em que pratica, Especialidade e Grau na especialidade.

Consideraram-se como variáveis dependentes as respostas obtidas para cada questão do caso clínico e a sua concordância face às recomendações vigentes. As respostas foram interpretadas face a recomendações da USPSTF e ADA (Anexo III), associando uma valorização de 1 ponto a cada resposta em conformidade com estas recomendações, criando uma outra variável referente à Pontuação Global de cada respondente.

Após análise descritiva, de modo a identificar possíveis relações entre estas variáveis, recorreram-se aos testes de Kurskal-Wallis e Mann-Whitney e Correlação de Spearman (por se tratar de uma variável dependente não paramétrica) em análise bivariada e Regressão Linear para análise multivariada. A correlação foi classificada segundo as convenções da Universidade de Newcastle⁹. Usou-se o software IBM® SPSS® Statistics 26, e um valor de significância de $p=0,05$.

Resultados

Da aplicação do questionário foram recolhidas 294 respostas, que foram todas consideradas válidas.

Contexto demográfico e profissional

Constituíam a amostra 294 médicos das várias regiões do país de 30 especialidades diferentes. As idades variaram entre os 24 e os 82 anos, com uma idade média de $43,14 \pm 13,75$ anos. Observou-se um número de anos de prática médica médio de $17,22 \pm 13,29$ anos, com um número máximo de anos de prática médica registado de 50 anos.

A ARS com maior expressão no presente estudo foi a região Centro, havendo 173 inquiridos a exercer funções na mesma (58,8% da amostra). Excluindo esta, as ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo (LVT) foram as áreas geográficas com maior representação, com 17,0% e 15,6% dos inquiridos a exercer funções nestas, respetivamente. Além disto, 93,2% dos profissionais inquiridos exerciam no serviço de saúde público, havendo 63,3% dos mesmos a exercer exclusivamente neste serviço (Tabela 1).

Tinham como especialidade Medicina Geral e Familiar (MGF) 46,3% dos inquiridos. Dos restantes participantes, as especialidades mais comuns foram Medicina Interna, Urologia, Ginecologia e Endocrinologia (Tabela 1).

Cerca de 70% da amostra detinha grau na especialidade de assistente ou assistente graduado (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos profissionais da amostra

ARS em que exerce	
Centro	173 (58,8%)
Norte	50 (17,0%)
Lisboa e Vale do Tejo	46 (15,6%)
Alentejo	7 (2,4%)
Algarve	2 (0,7%)
Açores	15 (5,1%)
Madeira	1 (0,3%)
Total	294

Especialidade	
Medicina Geral e Familiar	136 (46,3%)
Outra	158 (53,7%)
Endocrinologia	8 (2,7%)
Ginecologia	20 (6,8%)
Medicina Interna	58 (19,7%)
Urologia	24 (8,2%)
Sem especialidade	5 (1,7%)
Outra especialidade	43 (14,6%)
Total	294

Grau na especialidade/carreira	
Interno	53 (18,3%)
Assistente	116 (40,1%)
Assistente graduado	85 (29,4%)
Assistente graduado sénior	32 (11,1%)
Sem especialidade	3 (1,0%)
Total	289

Serviço de saúde	
Público	186 (63,3%)
Privado	16 (5,4%)
Ambos	88 (29,9%)
Nenhum	4 (1,4%)
Total	294

Resultados do questionário de atitudes preventivas

A pontuação máxima possível de obter com o questionário era de 31 pontos, que foi atingida por 2 profissionais. A pontuação mínima registada foi de 10 pontos. Em média foi alcançada uma pontuação de $23,43 \pm 3,35$ pontos.

O gráfico 1 representa a percentagem de respostas corretas registadas para cada pergunta colocada. Em 16 das questões obteve-se uma taxa de respostas corretas superior a 90%. Apenas em 6 das questões colocadas se obteve uma percentagem de respostas corretas inferiores a 50%. As que obtiveram piores resultados foram **Q4**, **Q33** e **Q13** inquirindo a regularidade para realização de rastreio de diabetes/pré-diabetes em pacientes com excesso de peso, a realização de rastreio de Clamídea e Gonorreia e rastreio de Hepatite C, respetivamente.

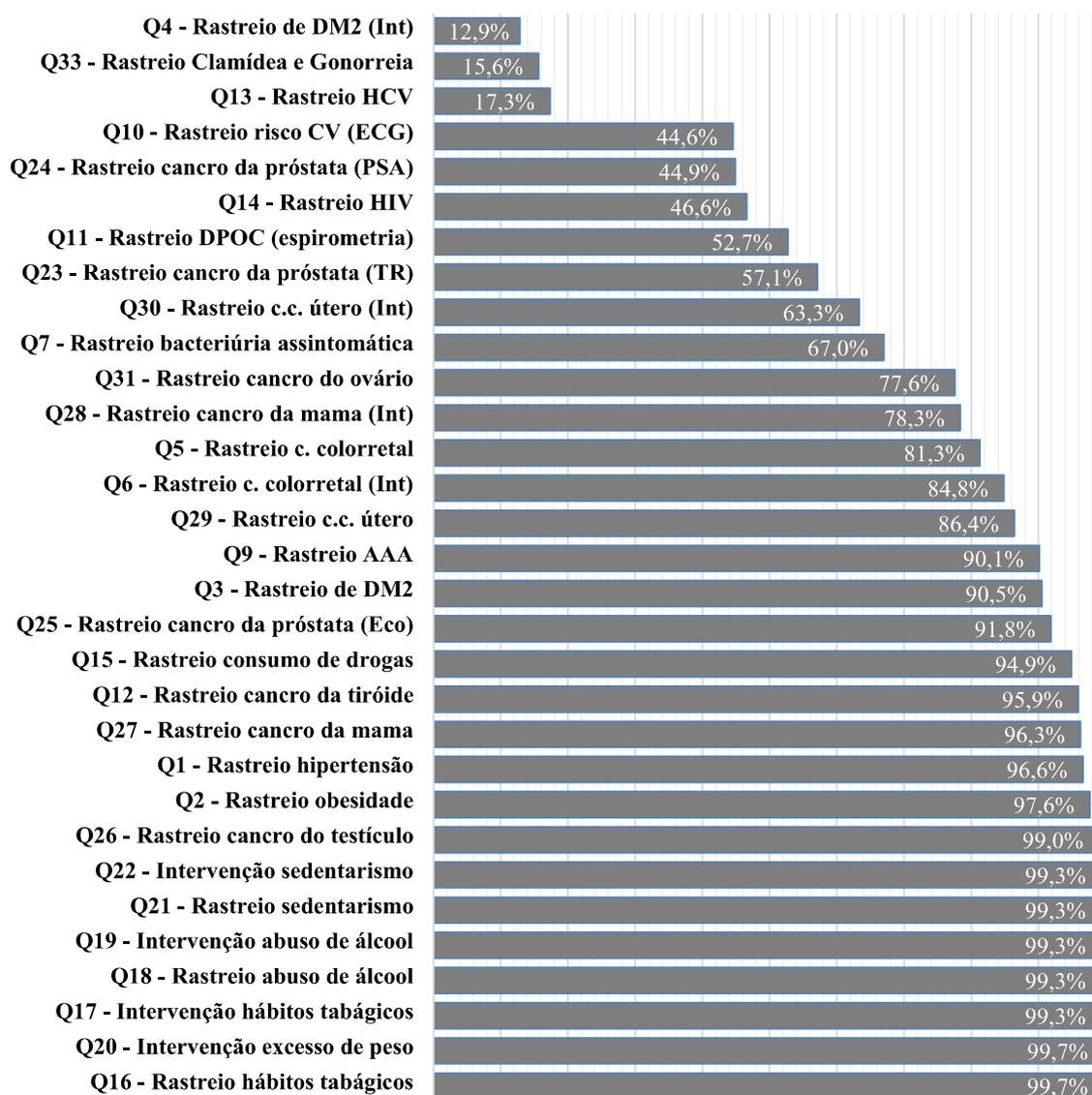


Gráfico 1 - Concordância entre atitudes tomadas e recomendações da USPSTF/ADA, por questão

A tabela 2 relata os intervalos sugeridos pelos participantes nas 6 questões de resposta curta que pretendiam inquirir a regularidade para realização de medidas com o âmbito de rastrear diversas patologias oncológicas.

Tabela 2 – Regularidade para realização de rastreios oncológicos, em anos

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Q4 – Rastreio DM 2	249	0,02	5	1,49	0,995
Q6 – Rastreio c. colorretal	231	0	10	2,10	1,159
Q8 – Rastreio bacteriúria assintomática	89	0,25	5	1,31	0,954
Q28 – Rastreio cancro da mama	277	1	5	2,00	0,705
Q30 – Rastreio c. colo do útero	240	0	5	3,91	1,621
Q32 – Rastreio cancro do ovário	60	0	10	2,07	1,990

Influência do contexto demográfico e profissional nas atitudes preventivas

As variáveis idade e número de anos de prática médica correlacionaram-se negativamente com a pontuação obtida, ambas com um perfil de correlação negativo moderado, estatisticamente significativo, com coeficientes de Spearman de -0,514 e -0,536, respetivamente, para um valor de $p < 0,001$.

No que toca à ARS em que exerciam funções, obtiveram-se, em média, melhores resultados nas regiões Algarve e Alentejo, enquanto se observaram piores pontuações nas regiões Centro, Açores e Madeira ($p=0,010$). (Tabela 3)

Houve, igualmente, diferenças estatisticamente significativas entre os graus profissionais dos inquiridos, observando-se uma tendência decrescente da pontuação média alcançada à medida que se avançava pelo grau de carreira ($p < 0,001$). (Tabela 3)

Os profissionais de MGF alcançaram uma pontuação média 3,87 pontos superior à dos restantes profissionais da amostra ($p < 0,001$). Os profissionais que exercem no serviço de saúde público alcançaram, similarmente, pontuações médias superiores aos demais inquiridos ($p < 0,001$). (Tabela 3).

Tabela 3- Pontuação média alcançada por ARS, Grau, Especialidade e Serviço de Saúde

		Média	Desvio Padrão	Estatística do teste	p
ARS em que exerce	Centro	22,91	3,578	16,762*	0,010
	Norte	24,52	2,367		
	LVT	24,07	3,116		
	Alentejo	25,57	1,718		
	Algarve	26,00	2,828		
	Açores	22,73	3,262		
	Madeira	20	--		
Grau na especialidade/carreira	Interno	25,26	2,513	53,670*	<0,001
	Assistente	24,23	2,609		
	Assistente graduado	22,00	3,309		
	Assistente graduado sénior	21,81	3,496		
	Sem especialidade	28,00	1,000		
Especialidade	MGF	25,51	2,765	128,154*	<0,001
	Endocrinologia	21,38	2,925		
	Ginecologia	22,30	2,430		
	Medicina Interna	22,02	2,388		
	Urologia	20,46	2,340		
	Sem especialidade	26,40	2,074		
	Outra	20,98	2,7999		
MGF ou Outra Especialidade	MGF	25,51	2,765	3103,000**	<0,001
	Outra	21,64	2,709		
Serviço de Saúde	Público	24,22	3,054	28,918*	<0,001
	Privado	20,56	4,163		
	Ambos	22,33	3,251		
	Nenhum	22,50	2,380		

* Kurskall-Wallis

** U de Mann-Whitney

Análise Multivariada

De modo a estabelecer quais as variáveis que apresentavam influência de forma independente nas pontuações apuradas, foram inseridas num modelo de regressão linear todas as que anteriormente se mostraram significativas. (Tabela 4)

Das 6 variáveis em estudo foram, assim, consideradas como independentemente significativas apenas a “Idade” e a “Especialidade – MGF ou Outra”. A idade é inversamente proporcional à pontuação apurada, piorando a pontuação com a idade. A pontuação melhorava com o facto de ter a especialidade em MGF/ser interno de MGF (para realização da regressão, a variável “MGF ou Outra” foi codificada de modo que 1 correspondesse à especialidade MGF e 2 às demais).

Tabela 4 – Análise Multivariada

	Intervalo de Confiança (95%) para B			p
	Limite Inf.	B	Limite Sup.	
Idade	-0,128	-0,110	-0,091	<0,001
MGF ou Outra	-4,070	-3,567	-3,064	<0,001

Discussão

Neste estudo, encontrou-se que os médicos portugueses apresentavam elevada concordância em relação às recomendações preventivas, quando avaliados face às recomendações da USPSTF e da ADA. Observou-se uma média de 76% de respostas corretas por inquirido.

Houve elevada concordância no que toca à aplicação de rastreio do âmbito oncológico, particularmente das neoplasias abrangidas pelo Programa Nacional das Doenças Oncológicas, e no incentivo de hábitos de saúde. Foi observada menor concordância no que toca ao rastreio de entidades infecciosas e na regularidade para realização do rastreio da diabetes/pré-diabetes no indivíduo com excesso de peso e do cancro do colo do útero.

Foi também encontrado que a idade e ter como especialidade MGF foram variáveis que influenciaram independente e significativamente as atitudes preventivas concordantes com as recomendações instituídas pelo profissional.

Concordância com as normas consideradas

O presente estudo mostra elevada concordância entre as atitudes aplicadas pelos médicos portugueses e as recomendações da USPSTF e ADA. Uma pontuação média de $23,43 \pm 3,345$ traduz uma concordância de $75,58 \pm 10,79$ % face às mesmas, que podemos considerar ser elevada. Há que realçar, também, uma concordância superior no que toca aos profissionais de MGF, de $82,29\% \pm 8,91\%$, face aos restantes respondentes, de $69,80 \pm 8,74$ %. Um estudo anterior, de 2014, aplicado a profissionais de MGF portugueses, concluiu uma concordância média de 74% entre médicos de família com recomendações da USPSTF, 8% inferior à apurada para os médicos de família que compreendem o presente estudo⁶, o que pode responder a uma crescente aposta na aprendizagem das recomendações pelos médicos desta especialidade. Observa-se, ainda, uma concordância superior no nosso estudo comparativamente à registada por médicos com formação equivalente a MGF na Europa em questões individuais – determinação da tensão arterial (99,3% vs 91,1%), determinação do IMC (97,6% vs 63,6%), intervenção comportamental no caso de abuso de álcool (99,3% vs 87,3%) ou sedentarismo (99,3% vs 83,9%), bem como no rastreio do cancro colorretal (81,3% vs 25,1%)⁷. Tal aparenta indicar uma maior aposta na atualização da evidência científica na área das atitudes preventivas a aplicar em Portugal comparativamente ao resto da Europa.

Denota-se uma concordância muito elevada em questões relativas ao rastreio de fatores de risco cardiovascular e medidas de promoção de hábitos saudáveis. Foram alcançados resultados semelhantes no que toca à realização dos testes para rastreio de doenças oncológicas, particularmente nos tipos de tumor abrangidos pelo Programa Nacional das Doenças Oncológicas - cancro colorretal, da mama e do colo do útero. Tais resultados revelam-se idênticos ao estudo previamente realizado neste âmbito em profissionais de MGF. Realçamos que, face a esse estudo, houve um aumento de concordância face às recomendações vigentes no que toca à regularidade para realização do rastreio de cancro colorretal (84,8% no presente estudo, comparativamente a 27-34%)⁶. Poder-se-ão, portanto, considerar as atitudes das entidades responsáveis pela divulgação e formação dos profissionais nestas áreas apropriadas.

No que toca ao rastreio analítico de infeções, a amostra mostra concordância baixa. Quatro das questões que apresentam maior discordância face às recomendações da USPSTF incidem sobre esta temática – o rastreio da bacteriúria assintomática e o rastreio da infeção por HIV apresentam concordâncias de 67,0% e 46,6%, respetivamente, enquanto o rastreio da infeção por HVC e de Clamídea e Gonorreia na mulher sexualmente ativa apresentam concordâncias abaixo dos 20%.

Estas patologias já revelam ser uma preocupação em Portugal. Rodrigues et. Al, 2022, descreve a necessidade de estabelecer um programa de rastreio nacional para a infeção por *Chlamydia trachomatis* face a um perfil de prevalência crescente desta entidade que se traduz em sequelas graves nas populações de maior risco, como infertilidade e tumores ginecológicos¹⁰. Dias et. al, 2017, por outro lado, refere uma aplicação insuficiente do rastreio de HIV em Portugal, particularmente em migrantes e grupos em risco. Tais estudos atestam a ineficácia da atual abordagem portuguesa para com o rastreio destas infeções e realçam os seus efeitos adversos, refletidos no perfil de saúde dos grupos de maior risco¹¹. A infeção por hepatite C apresenta, em Portugal, uma prevalência de 1 novo caso por cada 100.000 habitantes e uma prevalência de 1 a 1,5%. Apesar de não se tratar de uma patologia com a mesma mortalidade/morbilidade que outrora apresentou, trata-se ainda de uma preocupação importante, particularmente na comunidade toxicod dependente¹². A sua eliminação é considerada alcançável, dependendo da aplicação não só de um rastreio periódico nesta comunidade e nas demais sujeitas a infeção por este agente (já aconselhado pelas normas portuguesas), mas também por um rastreio populacional¹³. Uma reavaliação, implementação e maior divulgação do rastreio destas entidades sexualmente transmissíveis em Portugal seria importante. Seria, também, importante determinar razões para a aplicação, por parte dos profissionais de saúde, do

rastreio de bacteriúria assintomática, bem como da possível aplicação de tratamentos, ambas desaconselhadas pelas normas vigentes da DGS.

Outra vertente de resposta que revelou diferenças face às recomendações consideradas foi a regularidade para realizar estes atos preventivos. Na nossa amostra houve uma tendência dos médicos portugueses a reduzir estes intervalos recomendados no que toca ao rastreio da pré-diabetes/diabetes, sendo que apenas 12,9% dos inquiridos responderam o intervalo procurado de 3 anos¹⁴, potencialmente devido à elevada prevalência desta patologia em Portugal de 14,1%, associada a medidas mais conservadoras recomendadas pelas instituições portuguesas responsáveis pela sua vigilância. No que toca à regularidade para realizar teste de HPV para rastreio do cancro do colo do útero, questão na qual as respostas mais comuns foram 3 e 5 anos, conferindo um intervalo médio sugerido para realização do mesmo de $3,91 \pm 1,62$ anos, apenas 60,3% dos inquiridos responderam em concordância com a regularidade procurada (5 anos)¹⁵. Estes três anos coincidem com os intervalos sugeridos para realização de citologia cervical simples, um método de rastreio utilizado anteriormente em Portugal, podendo justificar esta resposta.

Um ponto particular dos resultados do estudo trata-se do rastreio do cancro da próstata. O nosso estudo demonstra que, dos profissionais inquiridos, 55,1% aconselham o rastreio através de medição da PSA, 42,9% através do toque retal e 8,2% através de ecografia prostática. As recomendações da USPSTF aconselham uma aplicação individualizada dos métodos de rastreio, nomeadamente medição de PSA sérica, consoante a vontade do paciente, explicando os riscos e benefícios. Em Portugal não há um programa estabelecido de rastreio para esta patologia, aplicando-se esta mesma tipologia de aplicação de “rastreio”. Braga et al., 2020, afirma que 44,2% [IC (95%) = 37.5–51.0%] dos homens portugueses admitem ter sido submetidos a este rastreio, seja por medição de PSA sérica (12,2%), toque retal (13,8%) ou combinação de ambos (18,2%), pelo que se pode considerar ser uma prática comum¹⁶. Apesar deste mesmo estudo concluir haver uma proporção significativa de pacientes que não referiram qualquer efeito adverso após aplicação deste rastreio, não se identifica uma vantagem significativa para os marcadores de saúde do paciente proveniente da aplicação das técnicas atualmente instituídas. Ainda assim, há que admitir a elevada procura, por parte do paciente, de efetuar estes rastreios, seja por avaliação da PSA sérica [67.3%, IC (95%): 62.8 - 71.5%] ou ecografia prostática 61.5% [95% IC (95%): 56.9 - 65.8%]¹⁷. Trata-se de uma área em que o diálogo com o doente, de modo a alcançar uma decisão partilhada baseada no conhecimento científico, é

vital, algo que se torna complicado quando considerada a baixa literacia para a saúde no país: 61% da população revela um nível de literacia para a saúde inadequado ou problemático¹⁸. Estratégias propostas para circundar esta questão são um maior tempo de consulta e adaptação da linguagem aplicada perante o homem de modo a aprimorar a explicação do conhecimento atual sobre o rastreio do cancro da próstata através da PSA¹⁹.

Houve também discordância no que toca à realização de rastreio do risco cardiovascular por ECG (44,6%) e da DPOC no indivíduo fumador (52,7%). A GOLD recomenda, no seu relatório de 2023, rastreio de DPOC através de espirometria em indivíduos com sintomatologia frustrada e/ou fatores de risco, nomeadamente tabagismo ativo ou prévio (>20 UMA)²⁰. Em Portugal admite-se uma prevalência de 14,2% a partir dos 40 anos, com marcada tendência para o subdiagnóstico²¹. O Plano Nacional das Doenças Respiratórias preconiza, portanto, o aumento do diagnóstico desta doença apesar da ausência de evidência científica robusta, atitude conservadora quando comparada à recomendada pela USPSTF. Esta diferença pode justificar os resultados observados.

Influência do contexto demográfico e profissional na Pontuação Alcançada

Apesar de, em análise bivariada, aparentar haver uma influência estatisticamente significativa entre as variáveis independentes em estudo e a pontuação alcançada pelos médicos portugueses, a análise multivariada mostrou que a idade e a especialidade (MGF ou Outra) serão as únicas variáveis com influência significativa e independente na pontuação alcançada.

Um acréscimo de 1 ano à idade do profissional confere uma diminuição média de 0,110 [$\beta=-0,110$, IC (95%) = -0,128 - -0,091, $p<0,001$] na pontuação apurada pelo médico, traduzindo de um decréscimo médio de 0,35% por ano no que toca à sua concordância com as recomendações vigentes. Martins et al., 2014, havia já referido resultados similares no seu estudo mas apenas em médicos de família, descrevendo uma concordância média face às recomendações consideradas 5 pontos superior em profissionais com idade inferior a 50 anos comparativamente aos profissionais com idade superior a 50 anos. Tal poder-se-á dever a uma certa dificuldade por parte dos profissionais mais velhos em adaptar ou conciliar a sua experiência clínica com as normas atualizadas^{22,23}. Há que destacar, também, o valor atribuível aos Internos nestes resultados. Um estudo de 2019 concluiu que centros formadores de internos de MGF apresentavam índices de produtividade superiores

a centros que não ofereciam esta formação²⁴. Tal poderá também refletir-se na adequação das medidas preventivas aplicadas.

Ser especialista/interno de MGF associa-se, por sua vez, a um acréscimo médio de 3,567 pontos no questionário [$\beta = -3,567$, IC(95%) = -4,070 - -3.064, $p < 0,001$], traduzindo uma concordância 11,50% superior. Este valor pode-se dever à diferente realidade com que os médicos de família se deparam, comparativamente aos seus colegas das demais especialidades. O paciente no centro de saúde apresenta-se, maioritariamente, assintomático, enquanto noutras instituições prestadoras de cuidados de saúde se apresenta sintomático. Tais realidades formam duas experiências profissionais distintas, formando e cristalizando no prestador atitudes e instintos clínicos diferentes, além de levar os médicos de família a aprofundar mais esta área em termos de conhecimentos. No que toca ao caso clínico apresentado, protagonizado por um doente assintomático e sem fatores de risco, estas duas experiências conduzirão a atitudes preventivas vastamente diferentes. Será também expectável que certas especialidades tomem posturas, face a determinadas doenças do seu foro de estudo específico, mais conservadoras ou lenientes, devido ao seu intrínseco contacto com a mesma. Estudos futuros a incidir nesta temática específica poderiam revelar-se interessantes.

Limitações

A amostra em estudo é algo reduzida para obter resultados fidedignos no que toca a certas variáveis em estudo. Apesar de mostrar uma boa distribuição no que toca a idade, número de anos de prática médica, especialidade (MGF ou Outra) e grau na mesma, apresenta uma distribuição geográfica insuficiente, com 58,8% dos inquiridos a exercer funções na ARS Centro e uma clara tendência para profissionais do serviço de saúde público. Tal foi devido aos meios usados para partilhar o formulário, que permitiram maior facilidade em comunicar com profissionais nestas realidades. Foi igualmente mais fácil partilhar o questionário com profissionais de MGF, apesar de se ter conseguido alcançar uma proporção semelhante de médicos desta especialidade e das demais em conjunto. Ter-se-á, portanto, de assumir a possibilidade de uma validade externa não totalmente representativa da população dos médicos portugueses, ainda que tenha atingido um número elevado de amostra, não foi totalmente a que se pretendia atingir inicialmente. Seria pertinente recorrer ao presente estudo como apoio para futuros estudos semelhantes, explorando a realidade em áreas geográficas mais reduzidas, de modo a perceber da sua validade externa. A colaboração por parte das instituições abordadas para facilitar a sua

partilha foi uma ajuda para a realização deste estudo, mas também houve dificuldade junto de algumas delas, o que pode ter levado a esta heterogeneidade na amostra.

O método de aplicação do questionário trata-se de outra possível fonte de viés. Sendo este virtual e requerendo, o seu preenchimento, uma conta Google ativa (medida implementada para restringir o inquirido a uma resposta única) e acesso à Internet, poderão surgir transtornos no respondente, além da resposta depender do seu voluntarismo. Tratando-se de um questionário de preenchimento autónomo e sem supervisão, a manipulação de respostas por parte do respondente é possível, através da consulta contemporânea de fontes de informação, algo que contradiz o objetivo deste estudo.

Conclusões

Os médicos portugueses apresentam elevada concordância, face às recomendações da USPSTF e da ADA, no que toca à aplicação de medidas do âmbito da Medicina Preventiva ($75,58 \pm 10,79$ %).

Das temáticas em estudo, observaram-se resultados particularmente elevados no que toca à aplicação destas medidas no âmbito do rastreio e prevenção da doença cardiovascular e seus fatores de risco e da doença oncológica, em particular nas neoplasias cujo rastreio se encontra abrangido pelo Programa Nacional de Doenças Oncológicas, com taxas de resposta correta superior a 90% nas questões colocadas. O rastreio de doenças de caráter infeccioso e de cancros não englobados por este programa (nomeadamente cancro da próstata) revelaram ser as questões em que se observou maior discordância face às recomendações consideradas.

Das variáveis em estudo, revelaram afetar negativamente os resultados apurados, de modo estatisticamente significativo e independente, a idade do profissional e não ter como especialidade Medicina Geral e Familiar.

Futuros estudos a incidir sobre a aplicação de atitudes preventivas em especialidades que não MGF em relação a patologias do seu foro de estudo científico poderiam revelar-se interessantes. Inquirir o porquê de aplicação ou não aplicação de certos métodos de rastreio poderiam revelar-se igualmente frutíferos, nomeadamente no rastreio do cancro da próstata através da medição da PSA sérica e da bacteriúria assintomática.

ANEXO I

Envio parecer CE_Proc. CE-036/2023_Daniel Pinto

1 mensagem

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

8 de março de 2023 às 14:26

Para: Dannyrp00@gmail.com

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

Exmo. Senhor

Dr. Daniel Rodrigues Pinto,

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

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

Contudo, solicita que:

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

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

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

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

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

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

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

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

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

Conhecimentos de Medicina Preventiva nas diversas especialidades médicas

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

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

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

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

Agradecemos a sua participação!

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

José Augusto Rodrigues Simões (Investigador e Orientador)

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

***Obrigatório**

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

*

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Secção sem título

Idade: *

ARS a que pertence o seu local de trabalho: *

Marcar apenas uma oval.

Norte

Centro

Lisboa e Vale do Tejo

Alentejo

Algarve

Madeira

Açores

Grau na especialidade/carreira: *

Marcar apenas uma oval.

Interno

Assistente

Assistente graduado

Assistente graduado sénior

Sem especialidade

Outra: _____

Especialidade (mesmo que ainda incompleta): *

Marcar apenas uma oval.

- Medicina Geral e Familiar
- Urologia
- Ginecologia
- Endocrinologia
- Medicina Interna
- Sem especialidade
- Outra: _____

Número de anos de prática médica: *

Exerce no serviço de saúde: *

Marcar apenas uma oval.

- Público
- Privado
- Ambos
- Nenhum

Caso clínico:

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

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

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

1. Devo realizar a medição da pressão arterial? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

9. Devo pedir uma ecografia abdominal? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Devo pedir ecografia da tiróide? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. Devo efetuar rastreio para infeção por HIV? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

15. Devo questionar sobre abuso de drogas? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. Devo questionar sobre os hábitos tabágicos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

18. Devo questionar sobre os hábitos etílicos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

21. Devo questionar sobre atividade física? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Se doente do sexo masculino:

1. Devo efetuar um toque retal? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Devo pedir ecografia prostática? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

4. Devo pedir ecografia testicular? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Se o doente fosse do sexo feminino:

1. Devo pedir a realização de uma mamografia? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

3. Devo realizar um teste de HPV? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

5. Devo realizar ecografia ginecológica? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

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

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

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

ANEXO III

Caso clínico

Doente com **52 anos**, vem a uma consulta de rotina/preventiva. Não tem nenhuma queixa, antecedentes de relevo, nem fatores de risco. Nunca realizou nenhum exame médico previamente.

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

		Resposta, segundo recomendações			
		Resposta	Grau de Evidência	Fonte	Recomendação
Q1	Devo realizar a medição da pressão arterial?	SIM	A	USPSTF ²⁵ (04/2021)	Rastreo de hipertensão Recomendada em indivíduos com idade superior a 19 anos
Q2	Devo calcular o Índice de Massa Corporal?	SIM	B	USPSTF ²⁶ (09/2021)	Rastreo de obesidade Recomendado cálculo de IMC em indivíduos adultos
Q3	No caso de o doente ter excesso de peso devo efetuar a medição da glicose em jejum ou HbA1c ou PTGO?	SIM	B	ADA	Rastreo de diabetes/pré-diabetes Recomendada em indivíduos adultos com excesso de peso ou obesidade e idade compreendida entre os 35 e 70 anos
Q4	Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?	Regularidade 3 anos		USPSTF ¹⁴ (08/2021)	
Q5	Devo pedir um teste de sangue oculto nas fezes?	SIM	A	USPSTF ²⁷ (05/2021)	Rastreo do cancro colorretal Recomendado em qualquer adulto com idade compreendida entre os 50 e 75 anos, através de PSOF, sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia
Q6	Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?	Regularidade 1 a 2 anos			
Q7	Devo pedir um exame analítico Sumário de Urina ou urocultura?	NÃO	D	USPSTF ²⁸ (09/2019)	Rastreo de bacteriúria assintomática Recomendado caso paciente grávida. Desaconselhada nos demais adultos
Q8	Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?				
Q9	Devo pedir uma ecografia abdominal?	NÃO	C	USPSTF ²⁹ (12/2021)	Rastreo AAA Recomendado em homens com idade compreendida entre os 65 e 75 anos, principalmente com hábitos tabágicos prévios
Q10	Devo pedir a realização de um ECG (eletrocardiograma)?	NÃO	D/I	USPSTF ³⁰ (06/2018)	Rastreo de risco cardiovascular através de ECG Desaconselhado em indivíduos assintomáticos
Q11	No caso de o doente ser fumador, devo pedir uma espirometria?	NÃO	D	USPSTF ³¹ (05/2022)	Rastreo de DPOC Desaconselhado em indivíduos assintomáticos
Q12	Devo pedir ecografia da tiróide?	NÃO	D	USPSTF ³² (05/2017)	Rastreo do cancro da tiróide Desaconselhado em indivíduos assintomáticos.
Q13	Devo pedir um teste anti-HCV (hepatite C)?	SIM	B	USPSTF ³³ (03/2020)	Rastreo de infeção por HVC Recomendado em adultos com idades compreendidas entre os 18 e 79 anos, periódica em indivíduos com elevado risco
Q14	Devo efetuar rastreo para infeção por HIV?	SIM	A	USPSTF ³⁴ (06/2019)	Rastreo de infeção por HIV Recomendada em adultos com idades compreendidas entre os 15 e 65 anos, periódica em indivíduos com elevado risco
Q15	Devo questionar sobre abuso de drogas?	SIM	B	USPSTF ³⁵ (06/2020)	Rastreo do consumo de drogas Recomendado em adultos (idade > 18 anos)
Q16	Devo questionar sobre os hábitos tabágicos?	SIM	A	USPSTF ³⁶ (01/2021)	Rastreo dos hábitos tabágicos Recomendado inquirir sobre consumo de tabaco bem como incentivar cessação em adultos
Q17	No caso de o doente ser fumador, devo aconselhar sobre a cessação tabágica?				

Q18	Devo questionar sobre os hábitos etílicos?				
Q19	Devo aconselhar a reduzir hábitos etílicos de risco, se o doente os tiver?	SIM	B	USPSTF ³⁷ (11/2018)	Rastreo do abuso de álcool Recomendado inquirir sobre consumo de álcool bem como intervenção comportamental, caso desregrado, em adultos
Q20	Devo aconselhar, se tivesse obesidade ou excesso de peso, no sentido de perder peso?				
Q21	Devo questionar sobre atividade física?	SIM	B	USPSTF ²⁶ (09/2018)	Intervenção comportamental em indivíduos com obesidade
Q22	Devo aconselhar a realização de exercício físico, se for sedentário?				
				PSOF – Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	
				AAA – Aneurisma da Aorta Abdominal	
				IMC – Índice de Massa Corporal	
				HbA1c – Hemoglobina glicada	
				PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral	

Se doente do sexo masculino

		Resposta, segundo recomendações			
		Resposta	Grau de Evidência	Fonte	Recomendação
Q23	Devo efetuar um toque retal?				Rastreo do cancro da próstata
Q24	Devo pedir a medição do antigénio específico da próstata?	NÃO	C	USPSTF ³⁸ (05/2018)	Recomendada a medição periódica de PSA em indivíduos com idade compreendida entre os 55 e os 69 anos, consoante vontade individual
Q25	Devo pedir ecografia prostática?				Rastreo do cancro do testículo
Q26	Devo pedir ecografia testicular?	NÃO	D	USPSTF ³⁹ (04/2011)	Desaconselhado em indivíduos assintomáticos
		PSA – Prostate-Specific Antigen			

Se doente do sexo feminino

		Resposta, segundo recomendações			
		Resposta	Grau de Evidência	Fonte	Recomendação
Q27	Devo pedir a realização de uma mamografia?				Rastreo do cancro da mama
Q28	Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?	SIM Regularidade 2 anos	B	USPSTF ⁴⁰ (01/2016)	Recomendada mamografia bianual em mulheres com idade compreendida entre os 50 e os 74 anos
Q29	Devo realizar um teste de HPV?				Rastreo do cancro do colo do útero
Q30	Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?	SIM Regularidade 5 anos	A	USPSTF ¹⁵ (08/2018)	Recomendado o rastreo, recorrendo a citologia cervical isolada, teste de <i>hrHPV</i> isolado ou ambos em simultâneo, em mulheres entre os 35 e os 60 anos
Q31	Devo realizar ecografia ginecológica?				Rastreo do cancro do ovário
Q32	Se sim, assumindo que estava normal, com que regularidade o realizaria?	NÃO	D	USPSTF ⁴¹ (02/2018)	Desaconselhado em indivíduos assintomáticos
		Rastreo de Clamídea e Gonorreia			
Q33	No caso de ser sexualmente ativa, deveria fazer rastreo de Clamídea e Gonorreia?	SIM	B	USPSTF ⁴² (02/2018)	Recomendada em mulheres sexualmente ativas com idades superiores a 25 anos, periódica em indivíduos com elevado risco

Bibliografia

1. Santos, P. *et al.* Health education: five years' experience of teaching preventive medicine at the Faculty of Medicine of Oporto University. *Education for Primary Care* **25**, (2014).
2. Cunha, L., Santana, P., Lourenço, L., Santos, N. & Nossa, P. Recomposições territoriais do envelhecimento em Portugal. in *GEOGRAFIA, TURISMO E TERRITÓRIO* 221–240 (Imprensa da Universidade de Coimbra, 2021). doi:10.14195/978-989-26-2058-9.
3. Daniel Brito. Portugal na OCDE: mortalidade evitável (prevenível e tratável). *RPMGF* (2023).
4. ADA: About Us. Disponível em <https://diabetes.org/about-us> (consultado a 14 de junho de 2023)
5. USPSTF: Who We Are & How We Work. Disponível em https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/sites/default/files/inline-files/uspstf-who-we-are-how-we-work_1.pdf (consultado a 20 de junho de 2023)
6. Martins, C. *et al.* Preventive health services implemented by family physicians in Portugal - A cross-sectional study based on two clinical scenarios. *BMJ Open* **4**, (2014).
7. Brotons, C. *et al.* Prevention and health promotion in clinical practice: The views of general practitioners in Europe. *Prev Med (Baltim)* **40**, (2005).
8. PORDATA: Médicos: total e por sexo. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/medicos+total+e+por+sexo-1966> (consultado a 2 de julho de 2023)
9. NCL: Strength of Correlation. Disponível em <https://www.ncl.ac.uk/webtemplate/ask-assets/external/maths-resources/statistics/regression-and-correlation/strength-of-correlation.html> (consultado a 28 de junho de 2023)
10. Rodrigues, R., Sousa, C. & Vale, N. Chlamydia trachomatis as a Current Health Problem: Challenges and Opportunities. *Diagnostics* vol. 12 Preprint at <https://doi.org/10.3390/diagnostics12081795> (2022).
11. Dias, S., Gama, A., Pingarilho, M., Simões, D. & Mendão, L. Health Services Use and HIV Prevalence Among Migrant and National Female Sex Workers in Portugal: Are We Providing the Services Needed? *AIDS Behav* **21**, (2017).
12. Anjo, J. *et al.* O impacto da hepatite C em Portugal. *GE Jornal Português de Gastrenterologia* **21**, (2014).
13. Velosa, J. & MacEdo, G. Elimination of Hepatitis C in Portugal: An Urban Legend? *GE Portuguese Journal of Gastroenterology* vol. 27 Preprint at <https://doi.org/10.1159/000505582> (2020).
14. Prediabetes and Type 2 Diabetes: Screening. Diabetes: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-prediabetes-and-type-2-diabetes> (consultado a 28 de março de 2023)

15. Cervical Cancer: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
16. Braga, R., Costa, A. R., Pina, F., Moura-Ferreira, P. & Lunet, N. Prostate cancer screening in Portugal: Prevalence and perception of potential benefits and adverse effects. *European Journal of Cancer Prevention* (2020) doi:10.1097/CEJ.0000000000000539.
17. Martins, C. *et al.* A population-based nationwide cross-sectional study on preventive health services utilization in Portugal - What services (and frequencies) are deemed necessary by patients? *PLoS One* **8**, (2013).
18. Pedro, A. R., Amaral, O. & Escoval, A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica* **34**, (2016).
19. Rastreio do cancro prostático: o actual paradigma da medicina centrada na pessoa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* (2014).
20. GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Report Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2023 Preprint at* (2023).
21. Ana Raquel Sousa Santos. Indicador 380: descobre onde estão os teus utentes com DPOC. *RPMGF* (2022).
22. Cabana, M. D. *et al.* Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Journal of the American Medical Association* vol. 282 Preprint at <https://doi.org/10.1001/jama.282.15.1458> (1999).
23. Santos, P. *et al.* The Portuguese guidelines and patients values. *Acta Med Port* **28**, (2015).
24. Reis, I., Envia, G. & Santos, P. Impact of the primary care residents on the productivity of the ambulatory health centres in Portugal: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* **22**, (2022).
25. Hypertension in Adults: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hypertension-in-adults-screening#fullrecommendationstart> (consultado a 28 de março de 2023)
26. Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/obesity-in-adults-interventions> (consultado a 28 de março de 2023)
27. Colorectal Cancer: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/colorectal-cancer-screening> (consultado a 28 de março de 2023)

28. Asymptomatic bacteriuria in adults: screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/asymptomatic-bacteriuria-in-adults-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
29. Abdominal Aortic Aneurysm: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/abdominal-aortic-aneurysm-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
30. Cardiovascular Disease Risk: Screening With Electrocardiography. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cardiovascular-disease-risk-screening-with-electrocardiography> (consultado a 28 de março de 2023)
31. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/chronic-obstructive-pulmonary-disease-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
32. Thyroid Cancer: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/thyroid-cancer-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
33. Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hepatitis-c-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
34. Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
35. Unhealthy Drug Use: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/drug-use-illicit-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
36. Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions> (consultado a 28 de março de 2023)
37. Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions> (consultado a 28 de março de 2023)
38. Prostate Cancer: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prostate-cancer-screening> (consultado a 28 de março de 2023)

39. Testicular Cancer: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/testicular-cancer-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
40. Breast Cancer: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
41. Ovarian Cancer: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening> (consultado a 28 de março de 2023)
42. Chlamydia and Gonorrhea: Screening. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/chlamydia-and-gonorrhea-screening> (consultado a 28 de março de 2023)