

Análise das Expectativas em Consultas de Rotina: Estudo Transversal em Portugal

Analysis of Expectations in Routine Appointments: A Cross-Sectional Study in Portugal

Maria Manuel BICA TAVARES¹, Inês ROSENDO CARVALHO E SILVA^{2,3}, Luiz Miguel SANTIAGO⁴✉
Acta Med Port 2024 Dec;37(12):838-846 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.22060>

RESUMO

Introdução: A medicina preventiva é tema de estudo dada a crescente evidência de poder causar mais dano que benefício, sendo amplamente reconhecido o interesse da população em ter consultas de rotina. O objetivo principal deste estudo foi conhecer as expectativas dos utentes relativamente às consultas de rotina nos cuidados de saúde primários e compará-las às percepções dos médicos relativas a essas expectativas.

Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal, em 2023, aplicando dois questionários: um para utentes adultos e outro para médicos de família. Os convites para resposta ao questionário via Google Forms foram disseminados em redes sociais específicas. Para utentes idosos, realizou-se aplicação presencial por um dos investigadores. O questionário era composto por 25 questões sobre atitudes preventivas na consulta, exames analíticos e sua periodicidade e recomendações de acordo com o sexo e a idade, diferindo na linguagem utilizada.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 225 utentes e 100 médicos de medicina geral e familiar. Os utentes selecionaram em média $7,8 \pm 9,7$ atitudes preventivas na consulta e os médicos julgaram que eles teriam selecionado $4,6 \pm 2,9$ ($p = 0.001$). A auscultação cardíaca e pulmonar (82,6%), a quantificação de exercício físico (74,7%) e a avaliação de hábitos tabágicos (72,9%) foram as medidas mais selecionadas pelos utentes, sendo os exames mais selecionados a medição da glicemia (81,8%), o perfil lipídico (80,4%) e a análise da urina (75,1%). Para 68,2% dos utentes, a consulta de rotina deveria ser anual, tendo 88,0% dos médicos julgado que os utentes pretenderiam essa periodicidade. O nível socioeconómico populacional não influenciou significativamente os resultados.

Conclusão: É importante que os médicos de medicina geral e familiar tenham conhecimento das expectativas dos utentes. Nesta amostra, os utentes demonstraram valorizar um maior número de atitudes médicas preventivas na consulta e mais testagem periódica analítica do que o antecipado pelos médicos. Os médicos acreditaram ainda que os utentes demonstrariam maior interesse na realização frequente de programas de rastreio.

Palavras-chave: Agendamento de Consultas; Cuidados de Saúde Primários; Medicina Baseada na Evidência; Medicina Geral e Familiar; Medicina Preventiva

ABSTRACT

Introduction: Preventive medicine is a subject of study due to the increasing evidence that it can cause more harm than good, and the population's interest in routine appointments is widely recognized. The main objective of this study was to understand users' expectations regarding routine appointments in primary health care and compare them to doctors' perceptions regarding these expectations.

Methods: We carried out a cross-sectional observational study in 2023 through the application of two questionnaires: one for adult patients and another for family physicians. The invitations to answer the questionnaire via Google Forms were shared on specific social networks. For elderly patients, the questionnaire was conducted in-person by one of the researchers. It consisted of 25 questions about preventive attitudes during appointments, analytical tests and their frequency, and recommendations based on sex and age, differing in the language used.

Results: A sample of 225 patients and 100 general and family medicine doctors was obtained. The patients selected an average of 7.8 ± 9.7 preventive attitudes during the consultation, and the doctors judged that they would have selected 4.6 ± 2.9 ($p = 0.001$). Cardiac and pulmonary auscultation (82.6%), physical exercise quantification (74.7%), and smoking habits assessment (72.9%) were the most selected measures, the most selected tests being blood glucose measurement (81.8%), lipid profile (80.4%), and urine analysis (75.1%). For 68.2% of patients, routine check-ups should be annual, with 88.0% of doctors believing that patients would want this frequency. The socioeconomic level of the population did not significantly influence the results.

Conclusion: It is important that general practitioners / family doctors are aware of patients' expectations. In this sample, patients revealed a greater appreciation for a higher number of preventive medical measures during consultations and more periodic analytical testing than thought by the doctors. Doctors also judged that users would show greater interest in the frequent implementation of screening programs.

Keywords: Appointments and Schedules; Evidence-Based Medicine; General Practice; Preventive Medicine; Primary Health Care

1. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.
2. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.
3. Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro. Unidade Local de Saúde de Coimbra. Coimbra. Portugal.
4. Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEISUC). Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

✉ Autor correspondente: Luiz Miguel Santiago. luizmiguel.santiago@gmail.com

Recebido/Received: 10/07/2024 - Aceite/Accepted: 24/10/2024 - Publicado/Published: 02/12/2024

Copyright © Ordem dos Médicos 2024



KEY MESSAGES

- Este trabalho estudou, simultaneamente, as expectativas dos utentes face às consultas de rotina e o nível de reconhecimento destas expectativas pelos médicos de medicina geral e familiar.
- O menor reconhecimento das expectativas dos utentes implica a necessidade do desenvolvimento de táticas de melhoria da relação médico-utente.
- O uso deste conhecimento por médicos e/ou entidades gestoras, deve servir para que a Medicina Preventiva seja devidamente valorizada, evitando-se pedidos não baseados na evidência que apenas podem originar sobrediagnóstico, com todas as suas consequências.

INTRODUÇÃO

A promoção de uma vida saudável até à idade avançada é um objetivo-chave dos sistemas de saúde.¹ A medicina preventiva (MP) – “medicina do estudo da prevenção de doenças e de promoção da saúde, para a redução da morbidade e mortalidade precoces” – é uma ferramenta essencial para a concretização desse objetivo.² A MP envolve diferentes ações em cinco níveis: 1) primordial, 2) primário, 3) secundário, 4) terciária e 5) quaternário.³⁻⁶

A MP é hoje tema de estudo crítico dado o crescente conhecimento poder causar mais dano que benefício.^{7,8} Dado que a MP se destina quer a pessoas consideradas saudáveis, quer a pessoas que sofrem de doença, optou-se pelo termo ‘utente’ para designar quem frequenta a consulta de rotina (CR). A prevenção quaternária tem o intuito de evitar intervenções médicas que originem sobrediagnóstico, sobretratamento e iatrogenia médica.⁹ Ao identificar e tratar algo que nunca traria consequências, a MP pode transformar pessoas saudáveis em pessoas doentes, esquecendo que cada indivíduo tem, para cada palavra, uma interpretação pessoal.¹ A prevenção da doença e a promoção da saúde são componentes basilares dos cuidados de saúde primários, fazendo parte das responsabilidades do médico de medicina geral e familiar (MGF).¹⁰

Um estudo português demonstrou que os utentes manifestaram um grande interesse em medidas preventivas e no uso frequente das instituições de saúde.¹ Surgiu assim a necessidade de investigar o conceito de CR, definida como um “encontro médico, requisitado pelo utente, na expectativa de realizar um diagnóstico precoce, prevenir doença ou apenas para a sua tranquilização, uma vez que lhe é fornecida informação quanto ao seu estado de saúde”.¹²

No decurso da consulta, e de acordo com os fatores de risco identificados na anamnese, o médico de MGF tem a oportunidade de realizar exames físicos, solicitar exames analíticos em saúde e/ou aconselhar alterações de estilo de vida.¹² Existe evidência de que a CR em MGF não reduz especificamente a morbidade/mortalidade e que aumenta o sobrediagnóstico, o sobretratamento e a iatrogenia.^{1,7,9,13}

Em serviços preventivos, sugere-se - como abordagem mais apropriada - a definição de visitas periódicas em função da idade, sexo, patologias já diagnosticadas e proble-

mas individuais, identificando precocemente e gerindo a saúde preventivamente.¹⁴ O Colégio da Especialidade de MGF da Ordem dos Médicos (OM) deixou de recomendar exames de rotina anuais a adultos assintomáticos, sem fatores de risco e sem problemas de saúde diagnosticados.¹⁵

Um estudo realizado em 2015 revelou que a população portuguesa sobrevaloriza os benefícios adquiridos com os rastreios e tratamentos preventivos, atribuindo um elevado nível de importância aos testes laboratoriais e aos exames de diagnóstico, apreciando menos os conselhos sobre como manter um estilo de vida saudável.¹⁶

Em 2016 foram apresentadas 15 medidas preventivas a utentes e 60% da amostra considerou importante a realização periódica de 14 dessas medidas.¹¹ Apurou-se, em dois estudos da população portuguesa, que 99,2% dos inquiridos considerava dever efetuar análises sanguíneas e de urina anualmente, sendo atribuído um nível médio de importância de 7,5 (numa escala de 1 a 10) à radiografia torácica.^{11,16} Verificaram-se diferenças entre as expectativas dos utentes e as recomendações baseadas em evidência científica da época.^{11,16,17}

As razões para os utentes solicitarem CR frequentemente são crer que um número maior de intervenções corresponde a melhores resultados em saúde (que é tido como psicologicamente reconfortante), não saber quais os exames cuja realização é baseada em evidência e desconhecer o conceito de ‘individualização de risco’.¹⁵⁻¹⁷ Comprovou-se que os fatores socioeconómicos influenciaram as perspetivas populacionais, pois a importância atribuída aos serviços preventivos foi elevada em utentes do sexo feminino entre os 40 e os 79 anos de idade, nas pessoas com nível de escolaridade básico e nas pessoas reformadas ou desempregadas.^{16,18}

Em 2019, a população de médicos inscritos na OM foi questionada quanto a esta problemática, que foi reconhecida por 95% dos respondentes. Metade dos médicos mencionou a solicitação da prescrição de exames desnecessários pelo menos uma vez por semana, e para 65% houve referência à aceitação de aconselhamento médico sem a realização de tais exames.¹⁹

Parece assim ser necessário desenvolver táticas para o

“*primum non nocere*”.²⁰

Várias entidades, como a United States Preventive Services Task Force (USPSTF), desenvolveram e mantêm a produção de medidas táticas para uma melhor execução da MP, redigindo recomendações com base em revisões sistemáticas com meta-análise quanto ao nível de aconselhamento para cada medida preventiva, constatando-se, atualmente, uma recomendação contida da CR.²¹

Em 2018, o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da OM aderiu e enfatizou o programa “*Choosing Wisely* Portugal – Escolhas Criteriosas em Saúde”, adotado posteriormente pela OM.^{19,20} Defende-se que a implementação de táticas orientadas para utentes será mais bem-sucedida e facilitada pela realização de estudos sobre as perspetivas populacionais quanto à MP.¹¹

No entanto, não é conhecida a perspetiva dos médicos portugueses de MGF acerca das expectativas dos utentes na CR. Este estudo tem, então, o objetivo principal de conhecer as expectativas dos utentes relativamente às CR no ambiente de MGF e compará-las às perceções dos médicos relativas a essas expectativas. Como objetivo secundário, averiguou-se a influência do nível socioeconómico nas expectativas dos utentes.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional transversal, reportado de acordo com a *checklist* STROBE, entre 15 de outubro e 15 de novembro de 2023, questionando utentes adultos portugueses e médicos da especialidade de MGF (médicos internos em formação específica e especialistas).

Este estudo teve aprovação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Foram elaborados dois questionários, um para os utentes e outro para os médicos, apenas diferentes na linguagem utilizada, com termos simples e acessíveis para os utentes e termos técnicos para os médicos de MGF. As questões para utentes solicitavam a resposta segundo as suas expectativas, enquanto os médicos responderam sobre suas perceções relativas às expectativas dos utentes.

Ambos os questionários foram alvo de validação, de modo presencial, por 15 utentes e cinco médicos, para conhecimento de sugestões, críticas, dúvidas, compreensibilidade e tempo de preenchimento.

Foi solicitado o consentimento informado aos participantes, garantindo-se a confidencialidade, sigilo e anonimato antes do preenchimento.

No questionário colocou-se o caso hipotético de um utente sem sintomas que recorria ao seu médico de MGF com a intenção de realizar uma CR.

Seguiram-se as orientações à data existentes no *website* da US Preventive Services Task Force.^{21,22}

Foram apresentadas 11 atitudes de teor preventivo e so-

licitada a seleção das que o utente esperaria que o médico realizasse na consulta, nomeadamente: cálculo do índice de massa corporal (IMC), medição do perímetro abdominal, auscultação cardíaca e pulmonar, realização de um exame físico completo, verificação do estado vacinal, avaliação de hábitos alimentares, etílicos e tabágicos, quantificação da prática de exercício físico e apreciação de questões sobre ansiedade e depressão.

Questionou-se depois a periodicidade de realização, se selecionados, dos seguintes exames: eletrocardiograma (ECG), radiografia torácica, análise da urina, o perfil lipídico, a medição da glicemia, o teste de antígeno específico da próstata (PSA) e a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF).

Inquiriram-se que recomendações de atividades preventivas esperariam que fossem apresentadas segundo o sexo e a idade: realização dos rastreios do cancro do cólon e reto, próstata, mama, colo do útero; atualização do estado vacinal; promoção de atividade física regular e de integração em atividades sociais.

Foi ainda questionada qual a periodicidade esperada de uma consulta de rotina: semestral, anual, bianual ou trienal, para escolha de uma resposta única.

Por fim, determinaram-se os contextos. Em particular, o demográfico: idade, depois codificada em grupos (variável ordinal até 34 anos, grupo jovem, de 35 a 64 anos, grupo adulto, e igual ou superior a 65 anos, grupo idoso) e sexo; e o socioeconómico (tipo de agregado familiar, nível educacional e rendimento mensal), calculando-se o valor do *Socioeconomic Deprivation Index* (SEDI). Este resulta da soma da resposta a cada parâmetro: morar sozinho (1) ou acompanhado (2); para maiores de 64 anos, se a instrução era até à 4.ª classe (1) ou igual/superior (2), para idades inferiores a 63 anos, nível educacional até ao 6.º ano (1) ou igual/superior (2) e em rendimento mensal, se este era até ao salário mínimo nacional (1) ou igual/superior (2).^{23,24}

Quanto aos médicos, questionou-se o sexo, o grau na especialidade (médico interno de formação específica ou especialista) e o tipo de unidade de trabalho (unidade de saúde familiar modelo B, unidade de saúde familiar modelo A ou unidade de cuidados de saúde primários).

O questionário, desenvolvido na plataforma eletrónica Google Forms, foi divulgado através de redes específicas de conversação de médicos de MGF, “MGF XXI” e “Redes de Internos de MGF”, e, para a população de utentes, através das páginas de Facebook dos investigadores, com solicitação de divulgação pelas redes dos respondentes. Para evitar a sub-representação de utentes idosos, o questionário foi também aplicado presencialmente nas unidades de saúde familiar Coimbra Sul e Rainha Santa Isabel, em Coimbra, sempre segundo a mesma metodologia, por um dos investigadores por razões de ordem logística.

Tendo em conta o número de secções do questionário, calculou-se como tamanho da amostra 10 respondentes por cada um dos quatro capítulos ($n = 40$) para utentes e para médicos.²⁵

Para comparar as expectativas de utentes e médicos calculou-se a razão, pela proporção, entre médicos/utentes, que, quanto mais elevada, mais revelava que os MGF reconheciam as expectativas dos utentes.

Realizou-se uma análise estatística descritiva dos dados: frequência (n) e proporções (%) para variáveis categóricas, e média e desvio padrão para variáveis contínuas. Na análise inferencial, utilizaram-se os testes de Qui-Quadrado, o teste t de Student pela distribuição normal da variável pelo teste de Kolmogorov Smirnov, e teste não paramétrico U de Mann-Whitney para variáveis ordinais. Foi também realizada a correlação de Pearson para avaliar a relação entre o valor do SEDI e o valor total de medidas, exames e recomendações preventivas selecionadas pelos utentes.

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

RESULTADOS

O trabalho de verificação de qualidade permitiu saber não ter havido críticas nem sugestões e que o tempo de

preenchimento foi de quatro minutos para utentes e de três minutos para médicos.

Segundo a Tabela 1, foram obtidas 225 respostas de utentes, sendo 56,0% do sexo feminino e 48,4% com idade entre os 35 e os 64 anos. O valor médio do SEDI nas mulheres foi de $5,4 \pm 0,8$ e nos homens de $5,6 \pm 0,7$ ($p = 0,056$). Foram recebidas 100 respostas de médicos, 77,0% dos quais especialistas, 76,6% do sexo feminino, 49,0% trabalhadores em USF modelo B e 32,0% em UCSP.

De acordo com a Tabela 2, as medidas de teor preventivo propostas para as CR mais selecionadas pelos utentes foram a auscultação cardíaca e pulmonar (82,6%), a quantificação de práticas de exercício físico (74,7%) e a avaliação de hábitos tabágicos (72,9%). Na razão pela proporção médicos/utentes, as medidas “avaliar presença de sintomas do foro depressivo” e “medição do perímetro abdominal” verificaram pior avaliação pelo médico e as medidas “auscultação cardíaca e pulmonar” e “cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)” foram selecionadas pelos médicos como as que os utentes mais pretendiam. Quanto ao total de medidas selecionadas, a média foi de $7,8 \pm 9,7$ nos utentes e $4,6 \pm 2,9$ nos médicos, $p < 0,001$.

Quanto aos exames laboratoriais a solicitar, a Tabela 3 revela que os exames mais selecionados pelos utentes foram a medição da glicemia (90,7%), o perfil lipídico

Tabela 1 – Amostra segundo sexo para grupo etário, escolaridade, agregado familiar e rendimento mensal, descrição e diferenciação

Utentes (n = 255)		Sexo n (%)		Total n (%)	p
		Feminino (n = 126) n (%)	Masculino (n = 99) n (%)		
Grupo etário*	Até 34 anos	39 (31,0)	16 (16,2)	55 (24,4)	< 0,001
	35 a 64 anos	65 (51,6)	44 (44,4)	109 (48,4)	
	Igual ou superior a 65 anos	20 (15,9)	37 (37,4)	57 (25,3)	
Escolaridade**	Até ao 9.º ano	15 (11,9)	12 (12,1)	27 (12,0)	0,555
	Igual ou superior ao 9.º ano	109 (86,5)	85 (85,9)	194 (86,2)	
Agregado familiar**	Sozinho	13 (10,3)	14 (14,1)	27 (12,0)	0,247
	Acompanhado	111 (88,1)	83 (83,8)	194 (86,2)	
Rendimento mensal**	Até ao SMN	41 (32,5)	14 (14,1)	55 (24,4)	< 0,001
	Igual ou superior ao SMN	83 (65,9)	83 (83,8)	166 (73,8)	
SEDI ♀ (n = 124) ♂ (n = 97)***		5,4 ± 0,8	5,6 ± 0,7	5,5 ± 0,7	0,153
Médicos (n = 100)		n = 77	n = 23		
Grau de especialidade**	Médico interno de formação específica	18 (23,4)	5 (21,7)	23 (23,0)	0,546
	Especialista	59 (76,6)	18 (78,3)	77 (77,0)	
Tipo de unidade de trabalho*	UCSP	15 (19,5)	4 (18,2)	19 (19,0)	0,848
	USF A	24 (31,2)	8 (34,5)	32 (32,0)	
	USF B	38 (49,4)	11 (47,8)	49 (49,0)	

*: U de Mann-Whitney

** : Qui quadrado

***: t de Student

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa de utentes e da perspectiva de médicos de família que selecionaram medidas de teor preventivo a serem realizadas pelo médico na CR

		Utentes n (%)	Médicos n (%)	Razão, pela proporção médicos/utentes
Cálculo do índice de massa corporal	Sim	135 (60,0)	59 (59,0)	0,983
Medição do perímetro abdominal	Sim	87 (38,7)	14 (14,0)	0,361
Auscultação cardíaca e pulmonar	Sim	186 (82,6)	85 (85,0)	1,029
Realização de exame físico completo	Sim	124 (55,1)	45 (45,0)	0,817
Verificação do estado vacinal	Sim	122 (54,2)	24 (24,0)	0,443
Quantificação da prática de exercício físico	Sim	168 (74,7)	45 (45,0)	0,602
Avaliação de hábitos alimentares	Sim	147 (65,3)	40 (40,0)	0,612
Questionar sobre hábitos etílicos e quantidades associadas	Sim	146 (64,9)	51 (51,0)	0,786
Avaliação de hábitos tabágicos	Sim	164 (72,9)	53 (53,0)	0,727
Questionar sobre sintomatologia ansiosa	Sim	145 (64,4)	29 (29,0)	0,450
Avaliar presença de sintomas do foro depressivo	Sim	129 (57,3)	18 (18,0)	0,279

(89,3%) e a análise da urina (86,2%), com realização anual. A razão, em função da proporção entre respostas de médicos e utentes, foi superior à unidade para as análises de urina, análises do perfil lipídico, medição de glicemia, testes de PSA e PSOF bienal, sendo os utentes quem mais esperava o seu pedido. Quanto ao total de exames selecionados, apuraram-se os valores médios de $6,3 \pm 2,5$ (utentes) e $5,6 \pm 1,4$ (médicos), com $p = 0,002$.

Segundo a Tabela 4, e relativamente às recomendações preventivas segundo sexo e idade, os médicos assinalaram que os utentes selecionariam com maior frequência a realização de mamografia (100,0%), citologia do colo do útero (92,0%) e rastreio do cancro da próstata (97,0%)

e a verificação do estado vacinal (62,0%). Os utentes selecionaram com maior frequência a promoção de atividade física regular (42,7%) e a participação em atividades sociais (24,4%). A razão pela proporção foi, para estas duas últimas recomendações, menor pelos médicos.

Quanto à periodicidade sugerida para a realização da CR a resposta mais frequente dos utentes foi a anual (68,2%), seguida de bianual (22,2%) e da semestral (7,4%). Os médicos julgaram que os utentes responderiam a favor da periodicidade anual com uma razão de 1,290, segundo a Tabela 5.

De acordo com o contexto socioeconómico, pelo SEDI, verificou-se, para o total de medidas selecionadas,

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa de utentes e da perspectiva de médicos de família que selecionaram exames julgados dever ser prescritos na consulta, sua periodicidade de realização por utentes e médicos e sua razão, pela proporção médicos/utentes

Exame assinalado n (%)		Utentes n (%)	Médicos n (%)	Razão, pela proporção, médicos/utentes
Electrocardiograma 172 (76,4)	Anualmente	107 (62,2)	58 (73,4)	1,180
	Bienalmente	65 (37,8)	21 (26,6)	0,624
Radiografia torácica 101 (44,9)	Anualmente	19 (26,8)	25 (46,3)	2,733
	Bienalmente	105 (73,2)	29 (53,7)	1,727
Análise à urina 194 (86,2)	Anualmente	169 (87,1)	82 (96,5)	1,107
	Bienalmente	25 (12,9)	3 (3,5)	0,271
Análise do perfil lipídico 201 (89,3)	Anualmente	181 (90,1)	94 (94,0)	1,043
	Bienalmente	20 (9,9)	6 (6,0)	0,606
Glicémia 204 (90,7)	Anualmente	184 (90,2)	95 (95,0)	1,053
	Bienalmente	20 (9,8)	5 (5,0)	0,510
Medição do antígeno específico da próstata (PSA) 137 (60,9)	Anualmente	93 (67,9)	79 (92,9)	1,368
	Bienalmente	44 (32,1)	6 (7,1)	0,221
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) 145 (64,4)	Anualmente	65 (44,8)	18 (34,0)	0,759
	Bienalmente	80 (55,1)	35 (66,0)	1,197

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa de utentes e de perspectiva de médicos de família que selecionaram cada recomendação preventiva, segundo sexo e idade e sua razão, pela proporção médicos/utesentes

		Utentes n (%)	Médicos n (%)	Razão, pela proporção médicos/utesentes
Realização de mamografia	Assinalado	139 (61,8)	100 (100,0)	1,618
Realização da citologia do colo do útero	Assinalado	138 (61,3)	92 (92,0)	1,500
Realização do rastreio do cancro do cólon e reto	Assinalado	115 (51,1)	62 (62,0)	1,213
Realização do rastreio do cancro da próstata	Assinalado	144 (64,0)	97 (97,0)	1,515
Atualização do estado vacinal	Assinalado	120 (53,3)	62 (62,0)	1,163
Promoção de atividade física regular	Assinalado	96 (42,7)	31 (31,0)	0,726
Participação em atividades sociais	Assinalado	55 (24,4)	6 (6,0)	0,246

Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa de utentes e da perspectiva de médicos de família que selecionaram a periodicidade de realização de uma consulta de rotina e sua razão pela proporção médicos/utesentes

		Utentes (n = 223; 99,1%) n (%)	Médicos (n = 100; 100%) n (%)	Razão, pela proporção médicos/utesentes
Regularidade de realização da consulta de rotina	Anual	152 (68,2)	88 (88,0)	1,290
	Bianual	45 (20,2)	10 (10,0)	0,495
	Semestral	22 (9,8)	2 (2,0)	0,204
	Trienal	4 (1,8)	0 (0,0)	0

uma correlação negativa muito fraca não significativa ($r = -0.056$, $p = 0.399$); para o total de exames e testes analíticos selecionados, uma correlação muito fraca não significativa ($r = 0.088$, $p = 0.488$) e, para o total de recomendações preventivas selecionadas, uma correlação negativa muito fraca não significativa ($r = -0.013$, $p = 0.919$).

DISCUSSÃO

Pela revisão da literatura, o presente estudo será, tanto quanto é do nosso conhecimento o primeiro em Portugal a avaliar simultaneamente as expectativas dos utentes face a uma CR e o nível de reconhecimento quanto a tais expectativas pelos médicos da especialidade de MGF.¹²

Na amostra de utentes (obtida por conveniência) sobretudo feminina (56,0%), o índice socioeconómico, SEDI, foi elevado, 5,5 em 6,0, não significativamente diferente entre sexos.

Os resultados obtidos parecem revelar uma necessidade de reflexão pelos médicos de MGF e, em simultâneo, uma fraca literacia populacional, que será da responsabilidade das equipas de saúde em MGF, do Sistema Nacional de Saúde e também da comunicação social.²⁵⁻²⁷

Para os utentes, a medida preventiva mais selecionada foi a auscultação cardíaca e pulmonar, talvez por o estetoscópio ser o símbolo associado à prática médica.^{21,28} No entanto, a sua utilização em rastreio ou confirmação diagnóstica, sendo técnica de carácter subjetivo e de baixa sensibilidade, não apresenta evidência.²⁹

Os utentes consideraram importante um elevado número

de atitudes preventivas a serem executadas na consulta, concordando com outros estudos.^{11,16}

A verificação de hábitos de estilo de vida foi assinalada em maior proporção pelos utentes, estando de acordo com o aconselhado pela USPSTF.²¹ Um estudo português avaliou isoladamente as perspetivas dos utentes perante este tipo de medidas e demonstrou a importância da sua aplicação em contexto de consulta, apesar da dificuldade dos utentes na identificação das recomendações científicas que as corroborassem.^{16,30}

Os utentes selecionaram atitudes no âmbito da saúde mental, talvez como efeito da pandemia de COVID-19, que desencadeou a implementação de medidas de prevenção e mitigação de sintomas psicológicos.^{21,31}

Medidas como a auscultação cardíaca e pulmonar foram menos selecionadas pelos médicos, assumindo-se que possam ter tido em conta o conhecimento prévio pelo contacto com os seus utentes em CR.¹⁶ Pode, igualmente, pensar-se como causa para este diferente ambiente de respostas a atual facilidade de acesso a informação baseada em evidência científica, amplamente disponível em vários meios de divulgação e um viés de disponibilidade, pelo facto de as opções estarem colocadas no questionário.^{21,31} A criação de programas de informação pode vir a ser benéfica para a literacia em saúde.^{16,21,32}

Quanto à prescrição de exames analíticos, os médicos anteciparam um interesse superior ao revelado pelos utentes. Os exames mais selecionados pelos utentes foram a medição da glicemia, o perfil lipídico e a análise da urina

em realização anual. O ECG foi considerado por 62,2% e a radiografia torácica por 55,1% de utentes, com uma razão pela proporção médicos/utentes de 1,180 e 2,733, respetivamente. Um estudo português de 2013 verificou também, numa amostra estratificada de 1000 utentes, valores semelhantes para a realização de análises de rotina e de urina, anualmente.¹¹ No entanto, a sua realização de forma preventiva não é recomendada pela USPSTF.^{21,33,34}

Os utentes reconheceram a importância dos rastreios atualmente implementados em Portugal.

Os médicos de MGF julgaram que os utentes assinalariam mais a realização de rastreios com a exceção da promoção da atividade física e da participação em atividades sociais. Tal como em estudos anteriores é de realçar que para 64,0% dos utentes foi assinalado o rastreio do cancro da próstata.^{11,16} Este rastreio populacional, tal como verificado em anterior estudo com atribuição de importância superior que ao do cancro colorretal, (7,72 vs 7,40) não está de acordo com as recomendações da USPSTF que as tem vindo a atualizar, sendo, à data, de grau C para utentes entre 55 e 69 anos e de grau D acima dos 70 anos.^{16,35} O rastreio do cancro colorretal, o mais recente rastreio de base populacional a ser implementado, necessita ainda de uma campanha de disseminação dos seus benefícios.³⁶

As atitudes a desenvolver na consulta, a atividade física e o envolvimento em atividades sociais foram muito menos assinalados pelos médicos. Se tal se deve ao desconhecimento de recomendações, à tecnicidade médica, ou à sua desvalorização, é matéria para futuros estudos, sendo que os presentes resultados podem estar enviesados pelas perceções dos médicos sobre o conhecimento dos utentes.^{16,37}

Apesar de não existir uma recomendação oficial para a frequência de realização de uma CR em Portugal e de a evidência sugerir que as visitas periódicas devem ser definidas de acordo com a idade, sexo e patologias de base específicas do doente, a expectativa da sua realização anual parece estar fortemente implementada na sociedade portuguesa, como já foi verificado noutros estudos.^{11,14,16} Estes resultados podem sofrer de enviesamento pela necessidade de os médicos cumprirem indicadores de desempenho relacionados com o número de consultas preventivas.³⁶

A razão que foi calculada para este estudo permite pensar que os médicos subestimaram as perceções dos utentes quanto às atividades preventivas a desempenhar pelo médico na CR. As razões para este resultado devem agora ser estudadas, podendo residir em não acreditarem nas medidas a realizar, não terem tempo ou não conhecerem as recomendações.

Os médicos julgaram que os utentes pretendiam mais exames analíticos do que se verificou, que dariam maior valor a medidas preventivas de base populacional e que

teriam preferência por CR anuais, valorizando menos as recomendações sobre atividade física e a participação em atividades sociais.

O significado real deste ambiente discordante pode ter consequências no resultado da CR e na saúde dos utentes. Assim, deve investir-se em fomentar as relações médico-doente, a medicina centrada no utente e a prevenção quaternária, uma vez que a inexistência destas práticas pode trazer consequências nefastas.³⁸⁻⁴¹

O nível socioeconómico dos utentes, calculado através do SEDI, não revelou diferenças significativas no valor total de medidas a realizar na consulta e nos exames e recomendações selecionadas pelos utentes. Estudos de maior âmbito geográfico poderão vir a confirmar os presentes resultados.

O método de aplicação do questionário pode considerar-se uma fonte de viés por requerer uma conta Google ativa para o preenchimento, medida efetuada para evitar o envio de mais que uma resposta por utente. Este método de aplicação pode ainda refletir vieses de ordem socioeconómica, uma vez que o rendimento mensal e a formação académica dos utentes terão impacto na sua possibilidade de participar. Os vieses de memória, voluntarismo e desejabilidade social podem igualmente ter influenciado os resultados. Além disso, existe a possibilidade de os participantes terem recorrido à consulta de fontes de informação durante a resposta.

Este método de aplicação resultou da procura de amostras de maiores dimensões, com vista a alcançar as camadas populacionais menos frequentadoras de consultas e com pouca disponibilidade para o preenchimento de questionários em instituições de saúde.

As expectativas populacionais podem dever-se a razões como experiências passadas com os serviços preventivos, à apreciação do seu estado de saúde global e a fatores de risco já identificados.

Apesar das limitações deste estudo, estes resultados contribuem para um melhor entendimento das atuais expectativas populacionais face à CR, bem como sobre a perspetiva do binómio utente e médico quanto ao que fazer numa CR.³⁸⁻⁴¹

Deve abandonar-se o modelo generalista de serviços em MP, adaptando a atividade aos utentes e suas circunstâncias.^{38,39,41}

CONCLUSÃO

Nesta amostra, evidenciou-se a valorização de um elevado número de atividades médicas preventivas quer pelos utentes, quer pelos médicos. A identificação de hábitos de estilo de vida saudável, os rastreios oncológicos e de saúde mental foram mais frequentemente registados pelos utentes que pelos médicos.

Nesta amostra verificou-se a necessidade de melhoria na perceção do calendário de realização de uma CR. Verificou-se também a necessidade de informação pelos médicos quanto à periodicidade de realização de exames analíticos e da discussão da problemática do rastreio do cancro da próstata.

O estatuto socioeconómico não interferiu no número de atitudes a cumprir na consulta, de exames a solicitar e de recomendações preventivas selecionadas pelos utentes.

O conhecimento das expectativas da população quanto a atitudes preventivas na CR, análises a realizar e sua periodicidade, promoção de atividade física regular e participação em atividades sociais foram menos reconhecidos pelos MGF.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

MBC: Conceptualização; Metodologia; Validação; Investigação; Recursos; Produção de resultados; Manuscrito original; Redação – revisão e edição; Visualização.

IRCS: Conceptualização; Metodologia; Validação; Recursos; Manuscrito original - redação, revisão e edição; Visualização; Administração do projeto.

LMS: Conceptualização; Metodologia; Software; Validação; Análise formal; Investigação; Recursos; Gestão de dados; Produção de resultados; Manuscrito original - redação, revisão e edição; Visualização; Supervisão; Administração do projeto.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1459-544. Erratum in: *Lancet*. 2017;389:e1.
2. AbdulRaheem Y. Unveiling the significance and challenges of integrating prevention levels in healthcare practice. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231186500.
3. Santos P, Martins C, Sá L, Portinha C, Pessanha P, Ferreira-Silva A, et al. Health education: five years' experience of teaching preventive medicine at the Faculty of Medicine of Oporto University. *Educ Prim Care*. 2014;25:103-7.
4. Portugal. Despacho n.º 8254/2017. *Diário da República, II Série*, n.º 183 (2017/09/21), p.20788-9.
5. Principles and practice of screening for disease. *J R Coll Gen Pract*. 1968;16:318.
6. Hспанhol AP, Couto L, Martins C. A medicina preventiva. *Rev Port Med Geral Fam*. 2008;24:49-64.
7. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, O'Sullivan JW, Aronson JK, Woloshin S. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ Evid Based Med*. 2018;23:1-3.
8. Weston W, Brown J, Stewart M. Patient-centred interviewing part i: understanding patients' experiences. *Can Fam Physician*. 1989;35:147-51.
9. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018;24:106-11.
10. World Organization of Family Doctors. The European definition of general practice/family medicine. 2023. [consultado 2024 abr 01]. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>.
11. Martins C, Azevedo LF, Ribeiro O, Sá L, Santos P, Couto L, 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*. 2013;8:e81256.
12. Birtwhistle R, Bell NR, Thoms BD, Grad R, Dickinson JA. Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services: from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Can Fam Physician*. 2017;63:824-6.
13. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e7191.
14. Christoffersen NB, Nilou FE, Thilising T, Larsen LB, Østergaard JN, Broholm-Jørgensen M. Exploring targeted preventive health check interventions – a realist synthesis. *BMC Public Health*. 2023;23:1928.
15. Ordem dos Médicos. 'Check-ups' anuais a adultos assintomáticos, sem fatores de risco e sem problemas de saúde diagnosticados. [consultado 2018 jul 12]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/check-ups-aneais-a-adultos-assintomaticos-sem-fatores-de-risco-e-sem-problemas-de-saude-diagnosticados/>.
16. Sá L, Ribeiro O, Azevedo LF, Couto L, Costa-Pereira A, Hспанhol A, et al. Patients' estimations of the importance of preventive health services: a nationwide, population-based cross-sectional study in Portugal. *BMJ Open*. 2016;6:e011755.
17. Shaked M, Levkovich I, Adar T, Peri A, Liviantan N. Perspective of healthy asymptomatic patients requesting general blood tests from their physicians: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2019;20:51.
18. Ross J, Santhirapala R, MacEwen C, Coulter A. Helping patients choose wisely. *BMJ*. 2018;361:k2585.
19. Morgado M, Alves M, de Carvalho CR, Dias CV, Sousa DC, Ferreira-dos-Santos G, et al. Choosing Wisely Portugal: the view of Portuguese

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

IRCS recebeu apoio da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) para a organização de mesas em congressos, preleções em temas vários e para o alojamento.

LMS recebeu apoio da APMGF para a participação como membro de júris, organização de workshops e preleções.

MBC declara não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

- doctors. *Acta Med Port.* 2019;32:559-60.
20. Bigotte Vieira M, Ferreira-dos-Santos G, de Carvalho CR, Dias CV, Sousa DC, Leal I, et al. Choosing Wisely Portugal — wise health decisions. *Acta Med Port.* 2018;31:521.
 21. US Preventive Services Task Force. A&B Recommendations. [consultado 2023 out 14]. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>.
 22. US Preventive Services Task Force. Recommendations search results. [consultado 2023 out 14]. Disponível em: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic_search_results.
 23. Ribeiro AI, Launay L, Guillaume E, Launoy G, Barros H. The Portuguese version of the european deprivation index: development and association with all-cause mortality. *PLoS One.* 2018;13:e0208320.
 24. Lamnisis D, Lambrianidou G, Middleton N. Small-area socioeconomic deprivation indices in Cyprus: development and association with premature mortality. *BMC Public Health.* 2019;19:627.
 25. Broeiro P. Literacia em saúde e utilização de serviços. *Rev Port Med Geral Fam.* 2017;33:6-8.
 26. Flores TF, Vilela A, Martins B, Gonçalves MA, Pinto JM, Pereira AI, et al. Desenvolvimento de um vídeo formativo como instrumento para melhoria da literacia em saúde: um projeto de intervenção. *Rev Port Med Geral Fam.* 2024;40:31-9.
 27. Paiva D, Silva S, Severo M, Moura-Ferreira P, Lunet N, Azevedo A. Limited health literacy in Portugal assessed with the newest vital sign. *Acta Med Port.* 2017;30:861-9.
 28. Markel H. The stethoscope and the art of listening. *N Engl J Med.* 2006;354:551-3.
 29. Hafke-Dys H, Bręborowicz A, Kleka P, Kociński J, Biniakowski A. The accuracy of lung auscultation in the practice of physicians and medical students. *PLoS One.* 2019;14:e0220606.
 30. Páscoa R, Teixeira A, Gregório M, Carvalho R, Martins C. Patients' perspectives about lifestyle behaviors and health in the context of family medicine: a cross-sectional study in Portugal. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:2981.
 31. Ramalho S, Martins-Mendes D, Macedo JM, Barros C, Luis C, Sá S, et al. Unveiling the path to resilience: prioritizing mental health, sleep, and nutrition in the post-covid era. *Healthcare.* 2023;11:2463.
 32. Cohidon C, Imhof F, Bovy L, Birrer P, Cornuz J, Senn N. Patients' and general practitioners' views about preventive care in family medicine in Switzerland: a cross-sectional study. *J Prev Med Public Health.* 2019;52:323-32.
 33. US Preventive Services Task Force. Screening for cardiovascular disease risk with electrocardiography: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2018;319:2308-14.
 34. US Preventive Services Task Force. Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2021;325:962-70.
 35. US Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2018;319:1901-13.
 36. Costa AR, Silva S, Moura-Ferreira P, Villaverde-Cabral M, Santos O, Carmo ID, et al. Cancer screening in Portugal: sex differences in prevalence, awareness of organized programmes and perception of benefits and adverse effects. *Health Expect.* 2017;20:211-20.
 37. Pinto D, Corte-Real S, Nunes JM. Actividades preventivas e indicadores - quanto tempo sobra? *Rev Port Med Geral Fam.* 2010;26:455-64.
 38. Monteiro M, Santiago LM, Simões JA. Patient-doctor depth of relationship scale validation and its influence on the outcomes: what is the importance of emotional intelligence when approaching the patient? *Rev Port Med Geral Fam.* 2024;40:112-22.
 39. Santiago LM, Ramalho M, Lopes Ferreira P. O médico e a prática da medicina centrada na pessoa: adaptação cultural e validação de questionário de autoavaliação retrospectiva. *Rev Port Med Geral Fam.* 2023;39:523-32.
 40. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018;24:106-11.
 41. Coelho BM, Santiago LM. Medicina centrada na pessoa: validação populacional de um instrumento de medida pela pessoa. *Rev Port Med Geral Fam.* 2022;38:247-56.