

Impacto Educacional do Método de Ensino de Medicina Geral e Familiar nos Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra em 2017-2018

Educational Impact of a Methodology of Teaching General Practice/Family Medicine in Medicine Students of the University of Coimbra in 2017-18

Mélanie Freitas*, Luíz Miguel Santiago**, Inês Rosendo***, José Augusto Simões***

Resumo

Objetivos: Caracterizar o impacto educacional do processo de ensino da unidade curricular (UC) de Medicina Geral e Familiar (MGF), avaliando os resultados do ensino e aprendizagem na UC de MGF no ano letivo de 2017-2018.

Métodos: Foram analisados os resultados das respostas a questionário aplicado em sala no início e no fim de cada aula a todos os alunos respondentes. Realizou-se estatística descritiva sendo verificadas as dinâmicas de crescimento das respostas ($\Delta = (t2-t1)/t1$). Adotou-se para significado estatístico o valor de $p < 0,01$.

Resultados: Neste estudo, 78,3% das 60 perguntas apresentaram uma dinâmica de crescimento positiva e 21,6% das questões, apresentaram uma dinâmica de crescimento negativa. Houve um ganho em 50% do total de perguntas na melhor resposta no final da aula. Em 50% das questões, não houve avaliação satisfatória quanto à resposta dada 56,7% das perguntas apresentaram resultados estatisticamente significativos. Em 51,7% das perguntas há diferença com significado estatístico entre ambos os tempos de aplicação com $p < 0,01$.

Abstract

Objectives: To evaluate and reflect on the teaching process of the General and Family Medicine (MGF) Curricular Unit (UC), by assessing teaching and learning outcomes of General and Family Medicine in the academic year 2017-2018.

Methods: Analysis of the pedagogical surveys and the questionnaires filled by the students at the beginning and end of each class. Descriptive statistics were performed as well as trends in answers.

Results: In this study, 56.7% of the questions presented statistically significant results. 78.3% of the questions presented positive growth dynamics, 21.6% of the questions presented negative growth dynamics. There was a learning improvement in 50% of the total questions, post-training. In 50% of the questions, there was no satisfactory evaluation regarding gain and learning capacity improvement.

Conclusions: There were training and learning improvements for the students who attended these theoretical-practical classes. Teaching strategy can now be refined to improve learning percentage as well as the students.

* Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

*** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

Conclusões: Verificou-se ganho na melhoria das respostas no final da aula para os alunos que frequentaram as aulas teórico-práticas. A metodologia aplicada deverá ter futuras re-edições para confirmar os presentes resultados.

Palavras-chave: Estudantes de medicina; educação médica; medicina geral e familiar; ensino; aprendizagem.

Key words: Medicine students, medical education, General Practice / Family Medicine, Teaching, Learning.

Introdução

*“A insatisfação pelos modelos educacionais tem sido uma constante desde o século XVIII, com particular relevância após a segunda metade do século XX, com o crescente escrutínio dinamizado pelos próprios médicos e pela sociedade, em geral”.*¹ Um modelo educacional orientado para as necessidades da prática clínica e por objetivos, tem apresentado uma aceitação internacional.² Os recentes debates sobre o papel da Medicina na Sociedade, apontam para uma crescente complexidade na adequação das novas referências no Ensino Superior à formação dos futuros profissionais de saúde.³ Com as constantes alterações das exigências académicas, profissionais e socioeconómicas, têm sido muitas as recomendações, modelos e estratégias pedagógicas propostas para a formação médica pré-graduada.⁴ Na revisão efetuada não foi possível encontrar trabalhos efetuados em Portugal e publicados em revistas indexadas sobre a temática da avaliação, em aula, do ganho de conhecimentos aplicando o mesmo teste no início e no fim da aula.

O desenvolvimento dos planos de ensino, investigação e melhoria de qualidade, devem basear-se na complexidade envolvida pelas características da disciplina, bem como nas competências nucleares subjacentes à mesma.⁵

Relativamente à especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), as competências nucleares dizem respeito às capacidades que todos os especialistas nesta área da medicina devem possuir e às quais os alunos de Medicina devem ser expostos.

Sendo o ensino da MGF um processo formativo de aquisição de conhecimentos e competências é importante o seu início de aquisição em período pré-graduado.

A gestão de cuidados de saúde primários, os cuidados centrados na pessoa, a aquisição de competências específicas para a resolução de problemas, a orientação comunitária e uma abordagem abrangente e holística constituem a base da pirâmide cujo topo visa a excelência na prática da especialidade de MGF.⁶

Todas estas abordagens ao doente devem complementar-se do ponto de vista biopsicossocial e biomédico contribuindo para a resolução de problemas.^{1,3}

Aspirando a um sistema de formação médica de qualidade e esperando as melhores condições preparatórias dos estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), esta unidade curricular de MGF tinha para o ano letivo de 2017-2018 como objetivos gerais e perspectiva de resultados: Adquirir familiaridade com os determinantes de queixas, problemas e questões regularmente colocados por pacientes na prática da MGF; Adquirir aptidões para abordagem dessas queixas, problemas e questões; Aprender conhecimentos, aptidões e atitudes necessários para o exercício da MGF - cuidados centrados na pessoa, contexto familiar e perspectiva comunitária; Definir a prática médica em MGF; Aplicar o método de registo médico orientado por problemas; Executar a avaliação da família, identificando o tipo e estabelecendo o plano de ação para a família; Descrever meios de promoção da saúde e prevenção das doenças; Prever a necessidade de cuidados continuados; Dominar os problemas comuns do doente crónico, incapacitado e terminal.⁷

Atualmente, é inegável a relevância da autoavaliação e da avaliação exterior de cursos de medicina e das instituições que a lecionam, funcionando como uma espécie de auditoria interna dentro da própria unidade de ensino.⁵

O presente artigo tem como objetivo avaliar e refletir sobre o processo de ensino da unidade curricular de MGF na FMUC, no ano letivo de 2017-2018, avaliando os resultados do ensino e aprendizagem decorrente do Regulamento Pedagógico da FMUC.⁸

Métodos

Realizou-se estudo observacional do ano letivo de 2017-2018 avaliando os resultados de perguntas realizadas, por escrito no início e no fim de cada aula às mesmas perguntas, e com resposta dicotômica “Sim / Não”. O estudo foi apenas realizado no final do ano letivo para avaliação dos resultados dos dois semestres em simultâneo, assim evitando viéses na equipa docente.

O ensino/aprendizagem desta unidade curricular estava estruturado com aula teórica no início de cada semestre, para introdução aos objetivos e metodologia a seguir pelo Regente. (7) Ao longo do semestre foram lecionadas aulas teórico-práticas, num total de 30 horas em sala, sendo de duas horas a duração de cada aula em pequenas turmas, não ultrapassando os 18 alunos. O corpo docente era composto por um Regente e dois Assistentes convidados, todos doutorados e especialistas em MGF, com experiência de ensino e orientadores de formação específica em MGF.

A metodologia pedagógica era de interatividade entre corpo docente e estudantes na pesquisa da informação e obtenção dos resultados, em visualização e debate de consultas pré-filmadas e de atividades de “role-play”.⁷

Os dados das respostas foram estudados por estatística descritiva e inferencial com o programa “SPSS Software for Windows versão 24.0”. Após a verificação da normalidade dos dados foram utilizados o teste não paramétrico U de Mann-Whitney e definiu-se para diferença estatística o valor de $p < 0,01$ sendo verificadas as dinâmicas de crescimento das respostas calculadas como $\Delta = (t_2 - t_1) / t_1$.

Para caracterizar o impacto educacional foram analisadas as respostas de questionário aplicado no início (T1) e no fim (T2) de cada uma das 15 aulas teórico-práticas, nos 1º e 2º semestre do ano letivo de 2017/2018 na UC de MGF, lecionada no 5º ano do MIM da FMUC, num total de 60 questões.

Resultados

A pesquisa com os termos MeSH: “Students, Medical” [MAJR] AND “Education, Medical, Undergraduate” [MAJR] AND (“General Practice/education” [MAJR] OR “General Practitioners/education” [MAJR] não revelou estudos de autores portugueses publicados em revistas indexadas.

No total dos dois semestres foram ministradas aulas a 323 alunos. Pela Tabela I podem verificar-se todos os resultados atingidos, sendo de realçar que as dinâmicas de crescimento mesmo quando negativas significam melhorias na resposta por as perguntas serem maioritariamente na negativa, exceto na aula “*O Planeamento Familiar e a Saúde Materna com o seguimento da gravidez de baixo risco*”.

As análises por aula e pergunta são apresentadas em anexo, sendo de realçar que em 15,0% das 60 perguntas houve má dinâmica de crescimento (Δ). Tal verificou-se sobretudo na aula “A Saúde Materna e o seguimento da gravidez de baixo risco; O planeamento Familiar em MGF”, com duas perguntas a ter dinâmica de crescimento no sentido da pior resposta.

Em 51,7% das perguntas há diferença com significado estatístico entre ambos os tempos de aplicação com $p < 0,01$, segundo a Tabela II, que se encontra em anexo.

Tabela I. Respostas corretas, em média, em Tempo 1 e Tempo 2 e sua dinâmica de crescimento, por aula, para ambos os semestres nas 15 aulas ministradas, sequencialmente numeradas e com título apresentado.

| Aula | T1 (%) | T2 (%) | Δ (T2-T1) |
|---|--------|--------|------------------|
| 1 A especialidade de Medicina Geral e Familiar | 87,9 | 92,8 | 0,06 |
| 2 A consulta em MGF e seu desenvolvimento segundo o método SOAP com adequados registos em anotações e classificação | 51,9 | 67,7 | 0,30 |
| 3 A comunicação na consulta para a empatia e a comunicação | 50,3 | 67,2 | 0,33 |
| 4 A consulta em MGF e seu desenvolvimento para a capacitação | 67,9 | 75,63 | 0,11 |
| 5 Avaliação da família em MGF - Parte I | 46,4 | 63,3 | 1,13 |
| 6 Avaliação da família em MGF - Parte II | 52,7 | 66,6 | 0,40 |
| 7 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte I | 45,2 | 59,1 | 0,94 |
| 8 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte II | 53,4 | 69,3 | 0,30 |
| 9 Unidades de Cuidados de Saúde em MGF | 45,5 | 83,8 | 0,95 |
| 10 O Planeamento Familiar e a Saúde Materna com o seguimento da gravidez de baixo risco | 80,25 | 44 | -0,38 |
| 11 O acompanhamento da Pessoa com Hipertensão Arterial e da Pessoa com Diabetes | 63,2 | 69,4 | 0,10 |
| 12 A Saúde Infantil e a sua realização | 67,0 | 69,2 | 0,03 |
| 13 Multimorbilidade: Aspectos práticos | 27,2 | 29,3 | 0,08 |
| 14 Polifarmacoterapia: Aspectos práticos | 89,7 | 91,2 | 0,02 |
| 15 A Abordagem à Pessoa com problemas psicológicos: A Saúde Mental | 96,8 | 95,7 | -0,01 |

Discussão

Este processo de avaliação do ganho relativamente aos questionários colocados aos alunos no início e no final de cada aula teórico-prática, analisando a dinâmica de crescimento que compara T1 e T2 foi pensado na ótica do ganho do conhecimento quanto a objetivos de cada aula. Uma dinâmica de crescimento positiva ($\Delta > 0$) significa que no final da aula se obtiveram mais respostas certas do que no início. A melhoria de conhecimento significa neste caso resposta acertada no final da aula por ter havido oportunidade de aprendizagem.

Apenas numa aula foi verificado que 50,0% das questões não teve melhoria da resposta. Deve salientar-se que em todas as aulas foram sempre dadas as referências bibliográficas que suportavam as afirmações, na perspetiva de evitar conflitos de conhecimentos com o transmitido em Unidades Curriculares específicas. Ou seja, evitaram-se sempre as opiniões de peritos, como sendo as opiniões dos docentes de MGF que prepararam e ministraram as aulas.

Devem ser salientadas as primeiras 9 aulas, as mais específicas da MGF (ver Tabela I) e nas quais se verificaram sistemáticas e importantes melhorias nas respostas. A novidade da especialidade de MGF, com a qual os alunos contactam no 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina carecia de avaliação no seu ganho de conhecimento e a forma de lecionação terá levado a ganhos.

Pela inversa devemos salientar a aula “10 O Planeamento Familiar e a Saúde Materna com o seguimento da gravidez de baixo risco” que revela os piores resultados na dinâmica de crescimento das respostas o que implica repensar a matéria e a técnica de lecionação.

Conclusão

Verificou-se ganho na melhoria das respostas no final da aula para os alunos que frequentaram as aulas teórico-práticas. A metodologia aplicada deverá ter futuras re-edições para confirmar os presentes resultados.

Referências Bibliográficas

1. Martins e Silva J. Educação médica e profissionalismo. *Acta Med Port.* 2013;26(4):420-7.
2. Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education—guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project. *Acad Med.* 1999 Jan;74(1):13-8.
3. Ferreira MA. Educação Médica no Século XXI : O Desafio da Integração da Tecnologia e Humanidades. *Gaz Médica.* 2016;3(4):156-161.
4. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2014;38(3):299-313.
5. Martins e Silva J. A importância de definir as competências nucleares do licenciado em Medicina. In: Victorino R, Jollie C McKimm J. *O Licenciado Médico em Portugal. Core Graduates Learning Outcomes Project.* Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2005. ISSN 972-9349-19-3. p.9-17.
6. EURACT. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). *Rev Port Clin Geral.* 2005;511-516.
7. Universidade de Coimbra; Faculdade de Medicina. Mestrado Integrado em Medicina. Plano de Estudos. Unidade Curricular / Medicina Geral e Familiar. [Internet] Disponível em URL: https://apps.uc.pt/courses/PT/unit/81379/16221/2019-2020?common_core=true&type=ram&id=5841. Acedido a 25/01/2019
8. Universidade de Coimbra; Faculdade de Medicina; Conselho Pedagógico. Regulamento Pedagógico da FMUC. [Internet] Disponível em URL: http://www.uc.pt/fmuc/ensino/regulamentos/OO_RPFMUC_Homologado. Acedido a 25/01/2019.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

Endereço para Correspondência

Mélanie Freitas: melanie.a.m.freitas@gmail.com

Luiz Miguel Santiago: <https://orcid.org/0000-0002-9343-2827>,
lmsantiago@netcabo.pt

Inês Rosendo: <https://orcid.org/0000-0001-8838-6021>,
inesrcs@gmail.com

José Augusto Simões: <https://orcid.org/0000-0003-2264-7086>,
jars@uc.pt

ANEXO

Tabela II. Análise da dinâmica de crescimento (Δ) e nível de significância (p) nas respostas às perguntas em ambos os tempos de aplicação; Δ calculado em função da percentagem de respondentes.

| Aula | P | T1 (%) | T 1 | T2 (%) | T 2 | Δ (T1-T2) | p | Resposta correta | |
|--|----|---|-----|--------|-----|---------------------|---|------------------|-----|
| TP1 A MGF | P1 | <i>É uma especialidade médica reconhecida pela ordem dos médicos?</i> | | | | | | 0,750 | Sim |
| | | 91,8 | 293 | 92,5 | 273 | 0,01 | | | |
| | P2 | <i>Tem uma definição europeia?</i> | | | | | | 0,083 | Sim |
| | | 85,6 | 273 | 90,2 | 266 | 0,05 | | | |
| | P3 | <i>Existe um processo específico de consulta?</i> | | | | | | <0,001 | Sim |
| | | 76,7 | 243 | 88,8 | 262 | 0,16 | | | |
| | P4 | <i>Desenvolvimento profissional contínuo e desenvolvimento educacional continuado, são características obrigatórias do médico de MGF?</i> | | | | | | 0,024 | Sim |
| | | 97,5 | 307 | 99,7 | 294 | 0,02 | | | |
| TP2 A consulta em MGF e seu desenvolvimento segundo o método SOAP com adequados registos em anotações e classificação | P1 | <i>Idealmente a consulta em MGF deve realizar-se em 4 passos?</i> | | | | | | <0,001 | Sim |
| | | 34,5 | 164 | 71,4 | 332 | 1,07 | | | |
| | P2 | <i>A exploração faz parte da primeira fase da consulta?</i> | | | | | | 0,005 | Não |
| | | 50,1 | 237 | 59,1 | 275 | 0,18 | | | |
| | P3 | <i>O modo como se faz o registo em consulta de MGF é o SAOP?</i> | | | | | | 0,534 | Não |
| | | 46,8 | 223 | 44,7 | 208 | -0,04 | | | |
| | P4 | <i>A ICPC2 é uma forma de classificar motivos de consulta?</i> | | | | | | <0,001 | Sim |
| | | 76 | 357 | 95,5 | 443 | 0,26 | | | |
| TP3 A comunicação na consulta para a empatia e a comunicação | P1 | <i>Ser empático significa apenas sentir o que o doente sente?</i> | | | | | | <0,001 | Não |
| | | 26,8 | 77 | 44,3 | 125 | 0,65 | | | |
| | P2 | <i>A perceção de empatia médica pelo paciente pode ser medida em 5 perguntas?</i> | | | | | | 0,900 | SIM |
| | | 63,3 | 183 | 63,8 | 180 | 0,01 | | | |
| | P3 | <i>Comunicação empática com "Sentimento ou experiência compartilhados" implica declaração de anterior experiência semelhante?</i> | | | | | | <0,001 | Sim |
| | | 47,9 | 138 | 83 | 234 | 0,73 | | | |
| | P4 | <i>A empatia médica diminui ao longo do Mestrado Integrado em Medicina?</i> | | | | | | <0,001 | Sim |
| | | 63,1 | 181 | 77,7 | 219 | 0,23 | | | |
| TP4 A consulta em MGF e seu desenvolvimento para a capacitação | P1 | <i>Capacitação é o ganho que a pessoa adquire numa consulta?</i> | | | | | | 0,225 | Sim |
| | | 32,7 | 83 | 27,7 | 71 | -0,15 | | | |
| | P2 | <i>O conceito de Medicina Centrada na Pessoa implica que o médico seja paternalista?</i> | | | | | | <0,001 | Não |
| | | 42,7 | 109 | 75,6 | 195 | 0,77 | | | |
| | P3 | <i>O acordo quanto ao que fazer num encontro médico-paciente é o aspeto fundamental da Medicina Centrada na Pessoa?</i> | | | | | | 0,097 | Sim |
| | | 98 | 249 | 99,6 | 257 | 0,02 | | | |
| | P4 | <i>O empoderamento significa ser o doente a decidir o que vai aceitar fazer?</i> | | | | | | 0,098 | Não |
| | | 98 | 250 | 99,6 | 257 | 0,03 | | | |

| | | | | | | | |
|--|----|---|-----|-------------|-----|-------|-----|
| <p>TP5 Avaliação da família em MGF - Parte I</p> | P1 | <i>Uma família é composta por membros com laços sanguíneos?</i> | | | | | Não |
| | | 16 | 41 | 88,2 | 239 | 4,51 | |
| | P2 | <i>Deve fazer-se uma avaliação familiar em todas as consultas de MGF?</i> | | | | | Não |
| | | 13,6 | 35 | 19,9 | 54 | 0,46 | |
| | P3 | <i>Sabendo a fase de ciclo de vida familiar podemos prestar cuidados antecipatórios?</i> | | | | | Sim |
| | | 88,7 | 227 | 100 | 271 | 0,13 | |
| | P4 | <i>O genograma familiar pode ser útil para perceber os acontecimentos da vida de uma família?</i> | | | | | Não |
| | | 67,3 | 173 | 45 | 122 | -0,33 | |
| <p>TP6 Avaliação da família em MGF - Parte II</p> | P1 | <i>A dinâmica familiar desenhada pela pessoa num círculo de Thrower pode ser lida por qualquer médico que conheça o método?</i> | | | | | Não |
| | | 77,6 | 191 | 88,7 | 236 | 0,14 | |
| | P2 | <i>As ligações e apoios familiares desenhadas num ecomapa podem ser lidas por qualquer médico que conheça o método?</i> | | | | | Sim |
| | | 32,9 | 81 | 59,4 | 158 | 0,81 | |
| | P3 | <i>Existem escalas validadas em Portugal para avaliar a funcionalidade familiar e os apoios familiares?</i> | | | | | Sim |
| | | 21,5 | 53 | 22,2 | 59 | 0,03 | |
| | P4 | <i>A terapia familiar faz parte das competências de qualquer médico de família?</i> | | | | | Sim |
| | | 78,9 | 194 | 95,9 | 255 | 0,22 | |
| <p>TP7 Unidades de Cuidados de Saúde em MGF</p> | P1 | <i>O Centro de Saúde é a base do Sistema Nacional de Saúde?</i> | | | | | Sim |
| | | 30 | 76 | 67,1 | 167 | 1,24 | |
| | P2 | <i>O Centro de Saúde tem comprovada capacidade de providenciar cuidados globais de saúde de um modo custo efetivo, junto das comunidades?</i> | | | | | Sim |
| | | 60,1 | 152 | 95,2 | 277 | 0,58 | |
| | P3 | <i>Os meus cuidados de saúde melhoram porque consulto o mesmo médico sempre que é possível?</i> | | | | | Sim |
| | | 47,8 | 119 | 77 | 191 | 0,61 | |
| | P4 | <i>As consultas geradas pelos utentes podem ser urgentes e não urgente?</i> | | | | | Sim |
| | | 44 | 110 | 96 | 238 | 1,18 | |
| <p>TP8 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte I</p> | P1 | <i>A prevenção secundária visa remover a exposição a um fator de risco causal antes que se desenvolva mecanismo patológico?</i> | | | | | Não |
| | | 7,2 | 19 | 1,2 | 3 | 0,16 | |
| | P2 | <i>Para uma alimentação saudável deve-se recomendar consumir o menos possível de gordura e sal?</i> | | | | | Não |
| | | 85,9 | 226 | 96,9 | 252 | 0,13 | |
| | P3 | <i>A abordagem para a cessação tabágica inclui sempre a marcação de um dia D para deixar de fumar?</i> | | | | | Sim |
| | | 79,1 | 208 | 93,1 | 242 | 0,18 | |
| | P4 | <i>Contemplação é um estadio de mudança em que a pessoa está consciente da importância de modificar o hábito em causa?</i> | | | | | Sim |
| | | 8,4 | 22 | 45 | 117 | 4,36 | |

| | | | | | | |
|---|----|--|-----|------|-----|-------|
| <p>TP9 Promoção da saúde e prevenção da doença em MGF - Parte II</p> | P1 | As recomendações mais recentes portuguesas para o rastreio do cancro do colo do útero recomendam que seja feito de 5 em 5 anos? | Sim | | | |
| | | 34,1 | 84 | 33,9 | 85 | -0,01 |
| | P2 | Um homem de 50 anos fumador, sem queixas, que não faz análises há 10 anos, deve fazer um ECG de "rotina"? | Não | | | |
| | | 46,3 | 114 | 72,9 | 183 | 0,57 |
| | P3 | A osteoporose é um exemplo de sobrediagnóstico com necessidade de prevenção quaternária? | Sim | | | |
| | | 68,4 | 169 | 84,9 | 213 | 0,24 |
| | P4 | O médico de família deve fazer advocacia do doente? | Sim | | | |
| | | 64,8 | 160 | 85,3 | 214 | 0,32 |
| <p>TP10 A Saúde Materna e o seguimento da gravidez de baixo risco; O planeamento Familiar em MGF</p> | P1 | A consulta pré-concepcional deve ser realizada antes de parar a contraceção? | Não | | | |
| | | 42,9 | 103 | 13,3 | 33 | -0,69 |
| | P2 | Quando a grávida entra em contacto com os serviços de saúde tardiamente deverá realizar os exames/rastreios preconizados para a 1ª consulta de gravidez, com exceção dos que já não sejam possíveis de realizar atendendo à idade gestacional? | Sim | | | |
| | | 56,4 | 133 | 49 | 122 | -0,13 |
| | P3 | As consultas de planeamento familiar são gratuitas, assim como as pílulas, preservativos, anel vaginal, implante e DIU fornecidos no centro de saúde? | Sim | | | |
| | | 35,4 | 85 | 8,4 | 21 | -0,76 |
| | P4 | Deve-se recomendar o autoexame da mama nas consultas de planeamento familiar? | Não | | | |
| | | 16,7 | 40 | 68,7 | 171 | 3,11 |
| <p>TP11 O acompanhamento da Pessoa com Hipertensão Arterial</p> | P1 | A terapêutica da diabetes defendida pela Direção Geral da Saúde é a igual à do Consenso americano-europeu? | Sim | | | |
| | | 83,3 | 175 | 84 | 168 | 0,01 |
| | P2 | Os indicadores em uso na diabetes centram-se na pessoa que sofre de diabetes? | Não | | | |
| | | 63,6 | 133 | 90,5 | 181 | 0,42 |
| | P3 | A classificação de Hipertensão Arterial exige valores médios de duas medições realizadas, em pelo menos, duas diferentes consultas após a deteção inicial de valores elevados de pressão arterial? | Sim | | | |
| | | 95,2 | 199 | 96,5 | 193 | 0,01 |
| | P4 | O diagnóstico de dislipidemia deve ser confirmado por uma segunda avaliação laboratorial após jejum de 12 horas, realizada com um intervalo mínimo de quatro semanas, antes de se iniciar qualquer terapêutica? | Sim | | | |
| | | 10,5 | 22 | 6,5 | 13 | -0,38 |
| <p>TP12 A Saúde Infantil e a sua realização</p> | P1 | O seguimento recomendado da criança e adolescente inclui consultas anuais dos 2 até aos 18 anos? | Não | | | |
| | | 89 | 153 | 89,2 | 165 | 0,00 |
| | P2 | O exame objetivo é a parte mais importante da consulta de saúde infantil até aos 9 anos de idade? | Não | | | |
| | | 90,1 | 155 | 97,3 | 180 | 0,08 |
| | P3 | A vacina do tétano deve ser dada de 10 em 10 anos a partir dos 10 anos, segundo o Plano Nacional de Vacinação? | Não | | | |
| | | 4,7 | 8 | 4,9 | 9 | 0,04 |
| | P4 | A vacina da gripe tem boa eficácia comprovada a prevenir complicações da gripe nos idosos? | Não | | | |
| | | 84,3 | 145 | 85,4 | 158 | 0,01 |

| | | | | | | | |
|---|----|--|-----|------|-----|-------|-----|
| <p>TP13 Multimorbilidade: Aspetos Práticos</p> | P1 | Faz parte do conceito de multimorbilidade a associação de uma doença crónica com um fator de risco biopsicossocial? | | | | | Sim |
| | | 1,3 | 2 | 0,7 | 1 | -0,46 | |
| | P2 | A prevalência da multimorbilidade em Portugal em Cuidados Primários é de 50%? | | | | | Não |
| | | 5,7 | 9 | 14,4 | 21 | 1,53 | |
| | P3 | Na gestão da multimorbilidade centrada na pessoa deve ser utilizada a ferramenta PACE? | | | | | Sim |
| | | 98,1 | 154 | 100 | 146 | 0,02 | |
| | P4 | A "fragilidade" de uma pessoa com multimorbilidade deve ser medida num episódio agudo? | | | | | Não |
| | | 3,8 | 6 | 2,1 | 3 | -0,45 | |
| <p>TP14 Polifarmacoterapia: Aspetos Práticos</p> | P1 | Ao aplicar uma abordagem baseada na evidência equilibram-se só os benefícios do diagnóstico/intervenções terapêuticas? | | | | | Sim |
| | | 89 | 153 | 89,2 | 165 | 0,00 | |
| | P2 | A terapêutica, em particular na multimorbilidade, deve obedecer estritamente às Normas da DGS? | | | | | Não |
| | | 90,1 | 155 | 97,3 | 180 | 0,08 | |
| | P3 | A polifarmacoterapia pode ser necessária e como tal estar correta? | | | | | Sim |
| | | 95,3 | 164 | 95,1 | 176 | 0,00 | |
| | P4 | Faz parte da Prescrição Racional minimizar a responsabilidade médica? | | | | | Não |
| | | 84,3 | 145 | 85,4 | 158 | 0,01 | |
| <p>TP15 A Abordagem à Pessoa com problemas psicológicos - Saúde Mental</p> | P1 | Saúde mental é o mesmo que Psiquiatria? | | | | | Não |
| | | 98,7 | 155 | 99,3 | 145 | 0,01 | |
| | P2 | A atividade física é terapêutica essencial na Saúde Mental segundo várias "guidelines"? | | | | | Sim |
| | | 94,3 | 148 | 85,6 | 125 | -0,09 | |
| | P3 | O suicídio pode ser antecipado em Medicina Geral e Familiar? | | | | | Sim |
| | | 98,1 | 154 | 100 | 146 | 0,02 | |
| | P4 | O diagnóstico da Demência é, sobretudo clínico pela entrevista e testes cognitivos? | | | | | Sim |
| | | 96,2 | 151 | 97,9 | 143 | 0,02 | |