



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**PEDRO FILIPE PINTO DE ABREU MENDES**

***O QUE LEVA UMA PESSOA À CONSULTA DE  
MEDICINA GERAL E FAMILIAR***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:**

**PROFESSOR DOUTOR LUIZ SANTIAGO**

**DOUTORA INÊS ROSENDO**

**FEVEREIRO 2016**

*“A Medicina Familiar define-se a si mesma e define o seu corpo de conhecimentos, em termos de um compromisso com a pessoa e não com uma categoria particular de doenças”*

*Ian McWhinney”*

## Índice

Resumo.....	3
Abstract .....	5
Introdução .....	7
Materiais.....	10
Resultados .....	14
Discussão.....	22
Conclusões .....	29
Agradecimentos.....	30
Referências.....	31
Anexos.....	32

## Resumo

**Introdução:** A comunicação entre o médico-pessoa que o consulta é um pilar fundamental para o sucesso da consulta em medicina geral e familiar. O motivo de consulta, e a compreensão sobre o mesmo, revela-se da maior importância e um excelente indicador da qualidade da consulta.

**Objetivo:** Tendo por base o ciclo de garantia de qualidade em saúde, pretendeu-se avaliar a concordância de anotações e de classificações ICPC2 de motivo para a consulta e do registo, comparando os resultados obtidos nos anos de 2014 e 2015, almejando um incremento de 5% em todos os aspetos de investigação.

**Materiais e métodos:** Estudo em ciclo de garantia de qualidade, com a segunda fase realizada entre Julho e Dezembro de 2015, na Unidade de Saúde Familiar Topázio, por aplicação de questionário estruturado a utentes que se encontravam na sala de espera, sobre qual o motivo de consulta. No fim da recolha dos dados em 2015, estes foram intersetados com a informação médica da consulta do dia em que foram entrevistados e analisados. Foi realizada estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Em 2015 foi estudada uma amostra de 145 indivíduos. Os motivos de consulta mais referidos pelos utentes enquadraram-se na classificação ICPC2 em: “geral e inespecífico” (36,6%); “endócrino, metabólico e nutricional” (11,7%) e “gravidez/planeamento familiar” (9,0%); sendo que as codificações médicas mais comuns foram “geral e inespecífico (38,7%); “endócrino, metabólico e nutricional” (14,5%) e “gravidez/planeamento familiar” (8,3%). Em 65,5% dos casos estudados houve semelhança entre as classificações do relatado e do registado em S do SOAP médico e em 49,7% dos casos houve similitude de anotações. Houve uma diminuição da

semelhança de 2014 para 2015 quer das classificações, que diminuíram de 78,8% para 65,5% ( $\Delta = -16,9$ ), quer das anotações que diminuíram de 74,4% para 49,7% ( $\Delta = -33,2$ ).

**Discussão:** Os nossos resultados sugerem que os principais motivos de consulta estejam a sofrer correção, aproximando-se de um valor real. Na comparação dos nossos valores com os de 2014, parece-nos que estamos a assistir à correção destes últimos ou então que a prática médica esteja a sofrer de vicissitudes que obrigam a correções.

**Conclusão:** Conclui-se haver decréscimo da semelhança dos parâmetros avaliados com redução de 2014 para 2015, de 78,8% para 65,5% nas classificações semelhantes e de 74,4% para 49,7% nas anotações semelhantes e que a intervenção realizada não foi bem-sucedida, sugerindo-se assim a necessidade de pôr à discussão esta informação e corrigir a atividade, com introdução de uma nova mudança/intervenção, seguido de nova avaliação. Mais estudos deste âmbito deveriam ser realizados em Portugal, com amostras noutros locais.

**Palavras-chave:** Medicina Geral e familiar; motivos de Consulta; ciclo de avaliação de qualidade; relação médico-utente; ICPC – 2

## Abstract

**Background:** *The doctor-patient communication it's the cornerstone of a well succeeded medical appointment, in general and familiar medicine. The reason of the medical appointment, and the communication about it, it is a major deal and an excellent indicator of the appointment quality.*

**Objectives:** *using a quality assurance cycle in healthcare, the objectives are to evaluate the notes and ICPC2 classification of the subject, in SOAP, comparing the results of 2014 with the results of 2015, and expecting a rise of 5% in the similitude of notes and classifications.*

**Material and Methods:** *Observational cross-sectional study, made from July 2015 to December 2015, in USF Topázio, using a questionnaire based on the ICPC-2 to consultees that were in the local for consultation. They were ask about the reasons of consultation. At the end of data collection, it was cross with the information collected and coded by the physicians of these- Descriptive and inferential statistic was perform.*

**Results:** *It was collected a sample of 145 individuals. The most referred reasons were, in the ICPC 2 classification, "general and non-specific" (36.6%), "endocrine, nutritional and metabolic" (11.7%) and "pregnancy / family planning" (9.0%). The most coded reasons by physicians were "general and non-specific" (38.7%), endocrine, nutritional and metabolic" (14.5%) and "pregnancy / family planning" (8.3%). In 2015, classifications were similar in 65.5% of cases, between the information provided by patients and coded by the physicians. The degree of similarity between physicians notes and the description of patients was 49.7%. There was a decrease in the similarity between 2014 and 2015 both in classification, from 78.8% to 65.5 % ( $\Delta = -16,9$ ), and notes, from 74.4% to 45.7% ( $\Delta = -33,2$ ).*

**Discussion:** *the results found in this study may lead us to think that the values found in 2014 are under correction. It is also possible to consider that the medical practice has defects that need intervention.*

**Conclusion:** *With the decrease of similarity between patient's information and physician notes and classification, we concluded that a new intervention (using the quality assurance cycle) is need, and the intervention should be followed by another evaluation. There should be more studies in this subject with larger samples and in other areas of Portugal.*

## Introdução

A consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) é a base da pirâmide que é o Sistema Nacional de Saúde (SNS), é também a consulta onde o utente é seguido como um todo, e não apenas como portador de uma condição específica<sup>1</sup>. Nesse sentido, as queixas que levam o utente a procurar a Unidade de Cuidados de Saúde Primários são uma vasta gama de sintomas, sugestivos de um imenso leque de possibilidades nosológicas<sup>2</sup>. Os cuidados de saúde centrados no utente são uma área de excelência, sobre a qual devemos investir o nosso tempo e recursos para que os mesmos evoluam no sentido de melhorar a qualidade de cuidados e a satisfação do utente<sup>3</sup>.

A consulta em medicina geral e familiar é um processo organizado e estruturado, embora ao mesmo tempo aberto e dinâmico; se considerarmos a consulta como tendo três partes, o motivo de consulta encaixa-se na primeira parte, que é também aquela em que a comunicação médico-utente se revela de maior importância: é o utente que expõe os assuntos, cabendo ao médico delimitá-los e interpretá-los e daí partir para questões ou conclusões, consoante opinião do mesmo<sup>4</sup>.

No ano de 2014 decorreu um estudo na Unidade de Saúde Familiar (USF) Topázio em que foi avaliada a comunicação entre médico e utente, através da comparação de respostas dadas pelos utentes em relação ao que achavam ser o seu motivo de consulta, e as codificações e anotações médicas de SOAP desses mesmos utentes. Na maioria dos casos, verificou-se uma concordância entre o motivo da consulta e o anotado pelo médico, sendo que em 78,0% dos casos o motivo de consulta referido pelos utentes correspondia ao motivo de consulta anotado pelo médico. Concluiu-se que apesar de existir uma boa comunicação entre médico e utente, esta poderia ser melhorada. Tendo por base os resultados obtidos no estudo prévio, revela-se pertinente aprofundar o estudo deste tema

e utilizar os dados já colhidos por Gonçalo Godinho para propor um ciclo de melhoria de qualidade apresentada neste campo<sup>5</sup>.

A melhoria de qualidade nos cuidados de saúde encontra-se bem estruturada e documentada. Considere-se um ciclo, em que o ponto de partida é a identificação de um problema ou tópico que se apresenta como possível de ser estudado e melhorado, de seguida, procede-se para a recolha e análise dos dados<sup>6</sup>. Após análise dos dados, e se houver resultados que apontem para a possibilidade de melhoria, deve-se proceder a uma intervenção no sistema. O passo seguinte do ciclo corresponde à reavaliação, ou seja, colher e analisar novos dados, nos mesmos moldes do que foi feito para a avaliação, e comparar o que foi obtido em cada estudo.

O estudo realizado no ano de 2014 culminou com uma intervenção na USF Topázio, tendo sido realizada uma apresentação à equipa médica da USF Topázio sobre *“Anotações clínicas estruturadas na consulta de Medicina Geral e Familiar – Análise de uma proposta de novo paradigma”* por parte da colega Débora Batista, apresentação essa de um estudo que evidenciava a importância e quão positivo para a consulta é a existência de registos clínicos, bem efetuados<sup>7</sup>. Não se sabe quais os resultados desta intervenção e é neste passo, da reavaliação, que surge esta tese. Tal comparação ditará se houve melhoria ou não, do parâmetro a estudar.

Em MGF, por ser feito um seguimento longitudinal e por existir cada vez maior número de utentes por médico, urge a necessidade por parte do clínico de anotar e registar a informação, para que esta não seja perdida com o passar do tempo. As anotações médicas devem ser registadas exatamente como o utente as transmite, sem qualquer juízo de valor pela parte do médico e registadas a partir do ponto de vista do utente. Existe uma correlação entre a qualidade do registo e a qualidade da prática médica, melhorando os cuidados médicos por se tratar de um auxiliar de memória ao qual o médico pode recorrer

fácil e rapidamente, mas também por ser bastante eficaz a transferir a informação de consultas passadas para o presente<sup>8,9</sup>.

Como resultados do estudo em 2014, surgiu a identificação clara de um problema, que foi a da comunicação médico-utente, sendo estabelecidos como objetivos deste trabalho a reavaliação após intervenção e, logo, a recolha da opinião dos utentes da USF Topázio em relação ao seu motivo de consulta e a posterior análise e comparação com os resultados obtidos no ano de 2014.

## Materiais e Métodos

O parecer favorável da comissão de ética para a saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) Centro foi obtido em Junho de 2015, altura em que se começou o estudo observacional e transversal, tendo por base o inquérito organizado tendo em conta a classificação internacional *International Classification of Primary Care* (ICPC-2) bem como as anotações em texto livre (Anexo 1).

Estudo observacional em amostra de conveniência com recolha dos dados por parte do investigador em dias calendarizados pelo próprio, sem horário fixo e sem o conhecimento da equipa médica. O investigador apresentava a identificação de aluno da Faculdade de Medicina da Universidade Coimbra, interpelando os utentes que se encontravam na sala de espera da USF Topázio, a aguardar consulta médica, explicando o objetivo do seu trabalho, seguindo-se então o pedido de colaboração após obtenção de consentimento informado oral. Em caso de concordância, era pedido o número nacional de utilizador do SNS (NOP), para anotação no envelope de guarda do questionário, que era fechado à frente da pessoa, sendo explicando que seria utilizado para mais tarde cruzar os dados e que o anonimato seria salvaguardado nos resultados. O estudo foi realizado na mesma altura do ano civil, com recolha de dados nos meses de Julho e Agosto.

Tal como referenciado anteriormente, a reavaliação teria de ser feita da mesma forma que foi feita a avaliação inicial, portanto foi utilizado para a comparação dos motivos de consulta as anotações e codificações feitas pelos médicos o modelo ICPC-2, criado pelo *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA)<sup>8</sup>.

A ICPC-2 permite a classificação padronizada dos motivos de consulta, no espaço relativo ao *Subject*, correspondendo a uma estrutura simples biaxial: existem 17 capítulos

num eixo, e no outro eixo existem 7 componentes com rubricas numeradas com códigos de dois dígitos. (Quadro 1) No fim de cada secção e subsecção, podem encontrar-se rubricas residuais, cuja descrição inclui a palavra «outros» ou «não especificado de outra forma»<sup>1</sup>.

**Quadro 1 – International Classification of Primary Care -2**

A	Geral e inespecífico
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço e medula óssea)
D	Aparelho digestivo
F	Olhos
H	Ouvidos
K	Aparelho circulatório
L	Sistema músculo-esquelético
N	Sistema nervoso
P	Psicológico
R	Aparelho respiratório
S	Pele
T	Endócrino, metabólico e nutricional
U	Aparelho urinário
W	Gravidez e planeamento familiar
X	Aparelho genital feminino (mama incluída)
Y	Aparelho genital masculino
Z	Problemas sociais
1	Componente de sinais e sintomas
2	Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3	Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4	Componente de resultados de exames
5	Componente administrativo
6	Componente de seguimento e outros motivos de consulta
7	Componente de diagnóstico e doenças

Nesta reavaliação, foi tida em conta não só a codificação mas também a presença ou não de anotações médicas no capítulo S do metido SOAP.

O preenchimento do questionário e a anotação dos dados foi efetuado pelo investigador. A resposta à primeira pergunta “*O que traz o consulente à consulta?*” foi anotada exatamente como o utente a mencionou, não usando qualquer codificação, ficando esta sob responsabilidade posterior do orientador. O orientador estava igualmente incumbido de fornecer os dados da consulta sem que o investigador a eles tivesse acesso por questões éticas e legais. A segunda pergunta “*Geralmente, sente que o(s) seu(s) médico(s) entende(m) os motivos que o(a) trazem à consulta?*”, era acompanhada de uma breve explicação, padronizada, de que esta questão se referia a todos os cuidados médicos, não apenas aos obtidos na USF Topázio.

Concluído o questionário, este era colocado dentro do envelope à frente da pessoa inquirida.

Todo este procedimento foi repetido até se obter o tamanho desejado da amostra a estudar, que foi estimado em 145 inquéritos, com uma margem de erro de 10% e intervalo de confiança de 95% considerando como referência uma amostra de 500 indivíduos (correspondente ao número de utentes que, em média frequentam, numa semana de trabalho, a USF Topázio) independentemente do género e da idade.

Foi realizado o cruzamento de dados entre a informação obtida nos inquéritos e a informação dos registos médicos. Inicialmente recorria-se ao NOP e à data da consulta para identificar os registos médicos relativos à consulta sobre a qual os utentes tinham sido inquiridos na sala de espera. O(s) motivo(s) de vinda à consulta apontadas pelo investigador foram então codificados pelo orientador, médico mais graduado da USF e membro do Conselho Técnico, Registava-se, de seguida, as anotações e codificações do médico para o S (SOAP) dessa mesma consulta. O nome do médico de tal consulta era

igualmente registado, para apresentar futuramente na USF estudada. Foram tidas em conta outras variáveis igualmente fornecidas pelo utente como género, idade, tipo de família, profissão, formação académica e grau de satisfação do utente com aquilo que considerava a comunicação médico-utente.

Posteriormente, foi feita a comparação entre os motivos de consulta que os utentes tinham referido na sala de espera e as anotações e codificações do médico na consulta. Considerou-se existir semelhança quando todos os motivos de consulta descritos pelo utente tinham correspondência nas descrições médicas.

## Resultados

Os resultados do presente estudo advêm da análise de um universo de 145 utentes da USF Topázio. O quadro 2 apresenta os resultados obtidos sobre nas questões relativas à consulta, nomeadamente sobre quem foi o médico a realizar a consulta, bem como sobre de quem partiu a iniciativa da consulta.

**Quadro 2** - Comparação de resultados, entre 2014 e 2015, das variáveis: médico da consulta e iniciativa da consulta.

Médico USF Topázio	2014	2015	<i>p</i> *
Médico 1	20 (24,4%)	18 (12,4%)	0,861
Médico 2	12 (14,6%)	31 (21,4%)	
Médico 3	21 (25,6%)	58 (40,0%)	
Médico 4	15 (18,3%)	19 (13,1%)	
Médico 5	14 (17,1%)	19 (13,1%)	
<b>Iniciativa da Consulta</b>			
Próprio	58 (72,5%)	68 (46,9%)	<0,001
Outrem	22 (27,5%)	77 (53,1%)	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

É possível observar que não há diferença estatisticamente significativa na variável médico da consulta de 2014 para 2015, havendo diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) na variável iniciativa da consulta pois observou-se uma diminuição percentual na iniciativa da consulta de 2014 para 2015 pelo próprio.

No Quadro 3 é mostrada a comparação entre as duas amostras, 2014 e 2015, quanto às variáveis estudadas sendo de realçar a diferença significativa quanto à atividade profissional. A diferença entre 2014 e 2015 neste parâmetro deve-se ao aumento percentual de “*estudantes*” e, em sentido inverso, uma diminuição percentual de “*reformados*”.

**Quadro 3** - Comparação de resultados, entre 2014 e 2015, das variáveis grupo etário, género, formação académica, atividade profissional e estado civil da amostra

<b>Grupo Etário</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>p*</b>
<b>Menor de 50 anos</b>	38 (16,3%)	74 (51,0%)	0,294
<b>Maior ou igual a 50 anos</b>	44 (53,7%)	71 (49,0%)	
<b>Género</b>			
<b>Feminino</b>	57 (69,5%)	86 (59,3%)	0,082
<b>Masculino</b>	25 (30,5%)	59 (40,7%)	
<b>Formação Académica</b>			
<b>Não sabe ler nem escrever</b>	5 (6,1%)	18 (12,4%)	0,170
<b>Sabe ler e escrever</b>	12 (14,6%)	14 (9,7%)	
<b>4º Ano</b>	20 (24,4%)	39 (26,9%)	
<b>9º Ano</b>	13 (15,9%)	31 (21,4%)	
<b>12º Ano</b>	15 (18,3%)	23 (15,9%)	
<b>Ensino Superior</b>	17 (20,7%)	20 (13,8%)	
<b>Atividade Profissional</b>			
<b>Rural</b>	1 (1,3%)	0 (0,0%)	0,008
<b>Doméstica</b>	8 (10,0%)	7 (5,3%)	
<b>Comércio</b>	4 (5,0%)	7 (5,3%)	
<b>Serviço</b>	21 (26,3%)	40 (30,3%)	
<b>Indústria</b>	5 (6,3%)	5 (3,8%)	
<b>Estudante</b>	4 (5,0%)	21 (15,9%)	
<b>Desempregado</b>	9 (11,3%)	15 (11,4%)	
<b>Reformado</b>	28 (35,0%)	37 (28,0%)	
<b>Estado Civil</b>			
<b>Solteiro</b>	22 (26,8 %)	46 (31,7 %)	0,343
<b>Divorciado</b>	7 (8,5 %)	7 (4,8 %)	
<b>Casado</b>	43 (52,4 %)	84 (57,9 %)	
<b>Viúvo</b>	10 (12,2 %)	8 (5,5 %)	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

No Quadro 4, encontram-se os dados relativos aos cinco Capítulos ICPC2 mais referidos pelos utentes como motivo de consulta, durante o estudo. Os motivos ou combinações de motivos (por exemplo: “aparelho digestivo” e “olhos”) foram retirados para que os dados sejam mais facilmente interpretados e divididos os vários motivos das combinações em motivos individuais. Verificou-se que os cinco motivos mais frequentes foram os mesmos em 2014 e em 2015.

**Quadro 4** - Comparação de códigos dos motivos de consulta do utente (os 5 mais frequentes), em 2014 e 2015

<b>Códigos utentes</b>	<b>2014</b>	<b>2015*</b>	<b>p*</b>
<b>Geral e Inespecífico</b>	7 8,5%	53 36,6%	
<b>Aparelho circulatório</b>	6 7,3%	11 7,6%	
<b>Sistema músculo-esquelético</b>	8 9,8%	12 8,3%	<0.001
<b>Endócrino, metabólico e nutricional</b>	9 11,0%	17 11,7%	
<b>Gravidez/ Planeamento Familiar</b>	10 12,2%	13 9,0%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

Na comparação entre os motivos de consulta descritos pelos utentes de 2014 com os de 2015 verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre todos os motivos da consulta. A grande diferença observada refere-se aos motivos classificáveis em “Geral e inespecífico”, que aumentaram de 2014 para 2015.

O Quadro 5 apresenta os cinco capítulos ICPC2 mais classificados pelos médicos, aquando da consulta, (o S do SOAP). Ao contrário do que aconteceu nos motivos apontados pelos utentes, nas classificações médicas as 5 mais frequentes não foram as mesmas em 2014 e 2015. Consequentemente, e para se manter uma tabela com cinco codificações apenas, manteve -se o “Geral/inespecífico”, que não era dos 5 mais comuns de 2014 (à sua frente surgia o “Aparelho Respiratório”). Simultaneamente, este código foi o que apresentou maior diferença entre 2014 e 2015.

**Quadro 5** - Comparação de Capítulos ICPC2 (5 mais frequentes\*\*), em 2014 e 2015

<b>Códigos médicos</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>p*</b>
<b>Geral e inespecífico *</b>	7 8,8%	56 40,0%	
<b>Aparelho circulatório</b>	8 10,0%	8 5,7%	
<b>Sistema músculo-esquelético</b>	8 10,0%	10 7,1%	<0.001
<b>Endócrino, metabólico e nutricional</b>	11 13,8%	21 15,0%	
<b>Gravidez/ Planeamento Familiar</b>	13 16,3%	12 8,6%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

\*\* “Geral/ inespecífico” não pertence aos 5 mais frequentes de 2014, seria “Respiratório” com 8 codificações (10,0%), no entanto pareceu-me correto colocar deixar o primeiro, uma vez que em 2015 teve 56 entradas (40%)<sup>5</sup>

Na análise das classificações feitas pelos médicos de 2014 em relação às de 2015 verifica-se uma diferença estatística significativa ( $p < 0.001$ ) sobretudo devido aos motivos “Geral e inespecífico” que aumentou em 2015 e logo a seguir “Gravidez/ Planeamento familiar” que diminuiu na análise de 2015.

No quadro seguinte, encontra-se a comparação entre a presença ou ausência de anotações médicas durante as consultas feitas aos utentes inquiridos.

**Quadro 6** - Comparação da existência de anotações médicas, em 2014 e 2015

<b>Anotações médicas</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>p*</b>
<b>Presentes</b>	80 97,6%	108 76,1%	
<b>Ausentes</b>	2 2,14%	34 23,9%	<0.001

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

Observou-se diferença estatística significativa entre o número de anotações feitas em 2014 e em 2015 ( $p < 0,001$ ), com uma diminuição do número de anotações em 2015.

No quadro seguinte, surge a comparação entre 2014 e 2015 quanto à semelhança entre as anotações em texto livre feitas pelo investigador e as anotações dos médicos, que são

significativamente mais semelhantes em 2014 ( $p < 0,001$ ). Existe um decréscimo de 74,4% para 46,7% ( $\Delta = -33,2$ ).

**Quadro 7** - Comparação de semelhança entre anotações médicas e anotações dos utentes, em 2014 e 2015

<b>Anotações semelhantes</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b><math>p^*</math></b>
<b>Sim</b>	61 74,4%	72 49,7%	<0.001
<b>Não</b>	21 25,6%	73 50,3%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

No quadro 8, surge a comparação entre 2014 e 2015 quanto à semelhança entre as classificações efetuadas pelos investigadores e as classificações consideradas pelos médicos nas respetivas consultas. Verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa no número de anotações semelhantes, de 2014 para 2015 ( $p < 0,001$ ), passando de 78,0% para 65,5% ( $\Delta = -16,9$ ).

**Quadro 8** - Comparação de semelhança entre codificações médicas e codificações dos utentes, em 2014 e 2015

<b>Codificações semelhantes</b>	<b>2014</b>	<b>2015*</b>	<b><math>p^*</math></b>
<b>Sim</b>	64 78,0%	95 65,5%	0.032
<b>Não</b>	18 22,0%	50 34,5%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

No quadro 9 são apresentados os dados relativos à confiança que os utentes sentem nos médicos que os atendem.

No quadro 9 são apresentados os dados relativos à confiança que os utentes sentem nos médicos que os atendem não se observando diferenças estatisticamente significativas entre 2014 e 2015.

**Quadro 9** - Comparação entre a confiança do utente nos médicos, em 2014 e 2015

Confiança nos médicos	2014	2015	<i>p</i> *
Sim	71 95,9%	142 97,9%	0.327
Não	3 4,1%	3 2,1%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

Nos quadros 10 e 11, encontram-se os dados relativos à semelhança entre as anotações livres médicas e as dos investigadores, relativamente a 2014 e a 2015, respetivamente, tendo ainda em consideração de quem é a iniciativa da consulta.

**Quadro 10** - Comparação entre a semelhança de anotações médicas, relacionadas com a iniciativa da consulta de 2014

2014		Iniciativa Consulta		<i>p</i> *
		Próprio	Outrem	
Anotações Semelhantes	Sim	41 70,7%	18 81,8%	0.238
	Não	17 29,3%	4 18,2%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência de semelhanças, as anotações médicas e as do utente consoante a iniciativa tenha partido do próprio ou de outrem, para o ano de 2014.

**Quadro 11** - Comparação entre a semelhança de anotações médicas, relacionadas com a iniciativa da consulta de 2015

2015		Iniciativa Consulta		<i>p</i> *
		Próprio	Outrem	
Anotações Semelhantes	Sim	31 45,6%	41 53,2%	0.225
	Não	37 54,4%	36 46,8%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência de semelhanças nas codificações médicas e do utente consoante a iniciativa tenha sido do próprio ou de outrem, para o ano de 2015.

Nos quadros 12 e 13, encontram-se os dados relativos à semelhança nas codificações médicas e dos investigadores relativamente a 2014 e a 2015, respetivamente, tendo em conta de quem parte a iniciativa da consulta.

**Quadro 12** - Comparação entre a semelhança da codificação médica, relacionadas com a iniciativa da consulta de 2014

2014	Iniciativa Consulta		<i>p</i> *	
	Próprio	Outrem		
Classificações Semelhantes	Sim	43 74,1%	19 86,4%	0.194
	Não	15 25,9%	3 13,6%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a existência de semelhanças, as anotações médicas e as do utente consoante a iniciativa tenha sido do próprio ou de outrem, em 2014.

**Quadro 13** - Comparação entre a semelhança da codificação médica, relacionadas com a iniciativa da consulta de 2015

2015	Iniciativa da Consulta		<i>p</i> *	
	Próprio	Outrem		
Classificações Semelhantes	Sim	38 55,9%	57 74,0%	0.017
	Não	30 44,1%	20 26,0%	

\*valor obtido através de testes não paramétricos  $\chi^2$ , *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*

Já em 2015, a semelhança de anotações entre médico e utente, em relação à iniciativa da consulta, obteve diferenças com significado estatístico ( $p=0,017$ ). Esta diferença baseia-se na comparação entre todas as variáveis em estudo, para perceber se a variável “iniciativa da consulta” conduz a alterações na semelhança de classificações.

Observou-se sempre um maior número de codificações semelhantes, em qualquer iniciativa da consulta no entanto, o número de classificações semelhantes é proporcionalmente maior quando a iniciativa de consulta é de outrem.

## Discussão

A amostra recolhida em 2015 no que toca aos dados epidemiológicos é semelhante amostra recolhida em 2014: não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros do número de consultas dadas por cada médico da USF, na distribuição da idade, no género, na formação académica. No entanto, no que toca à atividade profissional houve diferença estatística mas não muito expressiva e prendeu-se sobretudo a um aumento relativo de três vezes do número de “Estudantes” de 5,0% para 15,9% e um declínio de “Reformados” de 35,0% para 28,0% ( $p=0,008$ ). Este aumento de estudantes e simultâneo decréscimo de reformados na amostra pode ter contribuído para a uma menor semelhança entre anotações e codificações na medida em que os jovens surgem normalmente por doença aguda, ao invés de doença crónica, que tendem a ser queixas pertencentes ao Capítulo A da ICPC 2 – Geral e inespecífico como febre, cansaço geral ou outro tipo de queixas mais vagas e logo mais difíceis de perceberem corretamente pelo médico. Esta associação entre jovens e queixas do tipo “*Geral e inespecífico*” deve-se provavelmente a não estarem habituados a recorrer aos serviços de saúde primários nem ao processo que é a consulta médica, mais especificamente no que concerne ao diálogo médico-utente.

O decréscimo do número de reformados poderá contribuir adicionalmente para a redução das semelhanças entre motivo de consulta utente – médico, uma vez que os reformados são idosos que muitas das consultas que têm são no âmbito de seguimento de polipatologia já diagnosticada e conhecida, acabando por ser esse conjunto de condições já perfeitamente conhecidas que o utente refere e que o médico anota e classifica. Além disso, em princípio já existe provavelmente uma relação médico-utente mais trabalhada com esta população, que no estudo de reavaliação foi menor. Nesse sentido, seria interessante estudar, futuramente, o perfil do utente que irá consumir mais tempo ao

médico de família e de quais as melhores estratégias para uma melhor e mais eficaz comunicação, e conseqüente, consulta mais eficiente.

Quanto à “*iniciativa da consulta*”, por sua vez, observaram-se diferenças com significado estatístico ( $p < 0,001$ ), entre 2014 e 2015. Se em 2014 a grande maioria das pessoas (72,5%) veio à consulta por iniciativa própria já em 2015 este número diminuiu (46,9%), como se pode observar no Quadro 2. O porquê deste aumento deve ser motivo de reflexão: provavelmente é consequência do contínuo e correto seguimento médico que a maior parte dos utentes (sobretudo idosos e portadores de doença crónica) tem na USF Topázio; também o envolvimento que existe entre o médico e toda a família do utente dá espaço para que sejam os filhos, os próprios pais ou outro familiar da pessoa que receberá a consulta a marcar a mesma, sendo este um bom sinal quanto à comunicação do médico com a família. Por outro lado, a diferença que se verificou neste capítulo, de 2014 para 2015, poderá ter um grande peso nos resultados finais verificados e remete para uma reflexão do que se poderá ter passado. O aumento do número de pessoas a chegar à consulta médica com a marcação a ser feita por outrem é um fato. No entanto seria importante dissecar bem esta questão: foi a consulta marcada pelo médico ou por outrem, que não o próprio utente, *nem* o médico? No caso de a consulta ser marcada pelo médico, e neste capítulo têm de estar presentes as muitas consultas de diabetes e de hipertensão arterial, que têm um motivo bem definido e que todos os doentes conhecem, teremos de pensar que as pessoas poderão referir ao investigador este motivo de consulta mas ter outras queixas que somente apresentem no consultório, durante o diálogo médico-utente. Por outro lado, se a marcação for feita por outrem que não o médico será que as pessoas estavam consciencializadas do que realmente se passava? Perceberam o porquê de terem de ir a esta consulta médica? Este será um bom tema para aprofundar num futuro estudo.

A confiança que os utentes têm nos médicos foi avaliada no questionário através da questão “*Geralmente, sente que o(s) seu(s) médico(s) entende(m) os motivos que o(a) trazem à consulta*”. Verifica-se um discreto aumento em relação ao estudo de 2014, passando de 95,9% para 97,9%, em 2015, sem diferença estatística. Uma das hipóteses colocadas, como explicação, será a de que a pergunta do questionário, ainda que bastante direta, não deixa de ser subjetiva e referente a uma interpretação do utente. Além disso, não se refere aquela consulta específica e foi colocada antes da própria consulta, o que reflete apenas as expectativas que o utente poderia ter em relação à perceção do motivo que o trazia à consulta. Ou pode ter sido sujeito a um viés por estar a ser inquirido no Centro de Saúde, antes de entrar para uma consulta, e não querer dar uma opinião negativa do seu médico de família. Há várias alterações da forma da consulta que podem aumentar a sensação de concordância entre médico e utente, mas, permanecendo o conteúdo inalterado, ocorrendo alguns erros durante a fase de aferição do “real motivo de consulta”. Facilmente se percebe como este erro de perceção pode ocorrer: se durante a descrição do motivo de consulta pelo utente o médico não colocar qualquer dúvida, o utente pensará que o seu motivo foi percebido.

No que concerne à análise das classificações do motivo de consulta relatado pelos utentes em 2014 e aos de 2015 (Quadro 4), observou-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0.001$ ), ficando a dever-se sobretudo ao aumento da frequência do Capítulo “*Geral e inespecífico*” de 8,5% para 36,6%. Este aumento de frequência do componente “*Geral e inespecífico*” vai de encontro aos valores que constam de estudos feitos anteriormente, nos quais se obtiveram valores de 17,1% num e 39.9% no outro<sup>1,3</sup>. Dos dados epidemiológicos da amostra, as únicas alterações significativas encontram-se nos campos da atividade profissional e da iniciativa da consulta, podendo este aumento de “*Geral/ inespecífico*” ser devido à subida do número de estudantes e trabalhadores

ativos na área de “serviços” e à diminuição do número de reformados presentes na amostra. Também a classificação médica (Quadro 5) demonstrou diferenças estatisticamente significativas, quando comparando o ano de 2014 com o ano de 2015 ( $p < 0.001$ ). Ficou igualmente claro o aumento do número de “*Geral e inespecífico*” a ser codificado, acompanhado pelo decréscimo do número de codificações específicas como “*Aparelho circulatório*”, “*Aparelho respiratório*” e até “*Gravidez/ Planeamento Familiar*”. Esta inversão, com aumento de codificação inespecífica poderá ficar a dever-se a uma pior comunicação e menor aprofundamento da comunicação médico-utente, mas também poderá dever-se a um real aumento de queixas inespecíficas: a suportar esta possibilidade existe um correspondente aumento da codificação do utente do motivo “*Geral e inespecífico*”, bem como os dados de estudos passados que suportam uma grande percentagem de motivos de “geral e inespecífico” codificados por médicos<sup>1,3</sup>. Num ponto de vista mais geral, constata-se que ao passo que em 2014 os cinco motivos mais classificados representavam cerca de 50% de todos os motivos, em 2015 o mesmo conjunto de cinco motivos perfazem aproximadamente 75% de todos os motivos. Poderão estar os estudos anteriores desta temática; que tal como este, apontam para a tendência de que será um pequeno grupo de motivos de classificação responsável pela grande maioria dos motivos de consulta; a ser utilizados pelos médicos de medicina geral e familiar como o padrão de resultados a atingir, acabando por serem eles próprios responsáveis pela obtenção destes valores? Ou serão os médicos tentados a eleger estes motivos de consulta mais gerais (sendo o mais notável deste o “*Geral e inespecífico*”) para proteção, ou até facilitação, do seu trabalho?

Quanto à avaliação da semelhança de códigos utentes e médicos, que em 2014 foi positiva em 78,0% dos casos, em 2015 esta correspondência ficou em 65,5%, com um  $\Delta = -16,9$  com diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,032$ ). Esta discrepância pode

dever-se a um maior número de motivos de consulta combinados, em que os utentes relatavam mais do que um motivo (por exemplo: queixas cardiovasculares mas também respiratórias) mas durante a consulta o médico apontava apenas uma das queixas, ou até mais do que uma mas a combinação de codificação não era igual à que foi codificada pelos investigadores. Uma vez que a variável epidemiológica onde ocorreu maior variação entre 2014 e 2015 foi a iniciativa da consulta, foi feita uma pesquisa por forma a esclarecer se a iniciativa poderá ser ou não determinante neste capítulo. Em 2014 não se observou diferença significativa na semelhança consoante a iniciativa partir do próprio ou outrem (Quadro 10), enquanto em 2015 se observou uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,017$ ) como se pode verificar no Quadro 11, indicando a existência de diferenças na correlação entre códigos do motivo de consulta do utente e códigos do médico em virtude de quem parte a iniciativa da consulta, levando a crer que a iniciativa da consulta é um fator importante no resultado da consulta ou pelo menos na compreensão do motivo que traz as pessoas à consulta. O facto de o utente chegar à consulta já com um motivo previamente estabelecido, como por exemplo consulta de seguimento de diabetes, poderá eventualmente ser prejudicial para uma avaliação holística por parte do clínico, que acaba por não aprofundar ou averiguar outras queixas feitas pelo utente? Como já referi anteriormente, esta relação entre a iniciativa de consulta e a semelhança de motivos/anotações merece ser aprofundada em futuros estudos.

Quanto à análise da presença de anotações médicas, fica claro que houve um decréscimo quanto à presença de anotações no “S” das consultas efetuadas. Se em 2014 existiam anotações em 97% dos encontros médicos, em 2015 este número desceu para 76,1% (Quadro 6). Relembrando que este estudo se enquadra num ciclo de melhoria de qualidade, este é possivelmente o sinal de que houve algo que não correu como esperado

na intervenção realizada, uma vez que esta visava a importância e riqueza que as anotações do SOAP representam tanto para o clínico como para o utente

No que toca à semelhança entre anotações médicas e anotações do investigador, o decréscimo é mais acentuado do que no capítulo das codificações. Existe um decréscimo de 74,4% de concordância em 2014 para 49,7% de concordância em 2015, com  $\Delta = -33,2$ . Tal como na codificação, o dado epidemiológico que apresentou diferenças estatisticamente significativas foi a iniciativa da consulta, pelo que os dados relativos à iniciativa de consulta foram cruzados com os da semelhança de anotações, e revelaram que não seria este o fator determinante para tal discrepância ( $p > 0,05$ ) (Quadros 10 e 11).

A recolha de informação para o estudo foi realizada com o cuidado de evitar todos os possíveis vieses, e sempre tentando que fosse o mais similar possível com a recolha de dados efetuada pelo anterior investigador no seu trabalho de 2014. Nesse sentido, todos os utentes que se encontravam a aguardar por consulta médica na USF Topázio, no mesmo período de tempo em que o investigador se encontrava presente, foram indiscriminadamente convidados a participar no estudo, não existindo influência do investigador na recolha. As anotações do relatado pelos utentes foram *ipsis verbis* ao referido por estes, sem alterações por parte do investigador. Apesar da tentativa de evitar vieses, é impossível não ficar não correr o risco de ficar exposto a alguns. No estudo de 2015 houve aumento do número da amostra, no entanto, esta amostragem representa somente um centro de saúde, sendo difícil generalizar estes dados a todo o país. Fazer este estudo em mais centros de saúde, de preferência em diferentes zonas do país, iria acrescentar valor científico ao estudo. Outro possível viés deve-se ao fato da amostra não ser aleatória, sendo esta uma limitação, ainda que tenham sido inquiridas todas as pessoas que estiveram no centro de saúde a aguardar por consulta médica nos dias em que o

investigador também se encontrava lá; esta foi a forma encontrada para que não houvesse nenhum tipo de escolha da amostragem.

Se trabalho de Gonçalo Godinho só por si revelou-se de vital importância para o conhecimento e avaliação da comunicação no consultório médico de MGF, o presente estudo vem recordar a importância para quem trabalha na saúde é garantir a melhor qualidade nos serviços que são prestados aos que consultam e, neste caso, ter a certeza que os motivos que levam o utente à consulta médica são percebidos pelo médico e com a atenção devida. Neste caso a qualidade não melhorou. A particularidade de um ciclo de avaliação de qualidade é que, uma vez feita a reavaliação, pode-se continuar a trabalhar e a aprofundar o tema, em busca de melhoria. Deve-se repensar nomeadamente o tipo de intervenção que foi feito e que não foi eficaz. Poderá pensar-se em fazer algo mais interativo e perguntar antes aos médicos o que acham que poderá ter levado a estes resultados (pressão de tempo com dificuldade em perceber os motivos de consulta e registá-los corretamente? Dificuldade na comunicação com utentes mais jovens? Aumento de consultas agudas ou de sintomas inespecíficos e por isso mais complexas quando se tenta perceber os motivos de consulta?) e perceber o que sugerem para o corrigir, implementando essas medidas.

## Conclusões

Através deste estudo amostral em ciclo de garantia de qualidade, conclui-se que as percentagens de classificações ICPC-2 semelhantes entre o motivo declarado pelo utente ao investigador e o classificado pelo médico, diminuíram de 2014 para 2015 passando de 78,0% de concordância para 65,5% ( $\Delta = -16,9$ ).

De igual forma, a semelhança de anotações entre o que foi referido pelo utente ao investigador e o que foi anotado pelo médico também diminuíram, de 2014 para 2015, passando de 74,4% para 49,7% ( $\Delta = -33,2$ ).

Por sua vez, na questão da confiança nos médicos houve uma ligeira subida da percentagem de utentes que afirmavam ter total confiança nos médicos, sendo observável uma subida de 95,9%, em 2014, para 97,9% em 2015 ( $p=0.327$ ).

Conclui-se, com o decréscimo da semelhança dos parâmetros avaliados que se verifica de 2014 para 2015, ou seja da avaliação para reavaliação, que a intervenção não foi bem-sucedida, sendo necessário reiniciar novo ciclo, com introdução de uma nova mudança/intervenção, seguido de uma nova avaliação.

## Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, pelo seu incansável apoio e orientação, bem como pela total disponibilidade demonstrada. Sem ele esta tese não seria possível.

À Doutora Inês Rosendo, pelos inúmeros conselhos dados.

A todos os funcionários da USF Topázio, que tudo fizeram para que este estudo corresse da melhor forma possível.

A todos os que participaram no questionário.

À Ana Luísa, pela compreensão e paciência que teve.

Aos meus pais, Fernando e à Helena, simbolizando esta tese tudo o que me proporcionaram até hoje.

Aos meus amigos e familiares, sempre disponíveis para ajudar.

## Referências

1. Barreiro D, Santiago LM. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010. *Rev Port Med Geral e Fam.* 29(4):236-243.
2. Nunes JMM. *Comunicação Em Contexto Clínico*. Lisboa: Bayer Helth Care; 2010.
3. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2). 2009.
4. Ramos V. *A Consulta Em 7 Passos*. 1.ª ed. (VFBM Comunicação L, ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
5. Godinho GFF. O que leva uma pessoa à consulta: confronto de perspectivas. 2014.
6. Pisco L. Qualidade em Saúde. 2012:1-59.
7. Pinto D. Classificar motivos de consulta e procedimentos com a ICPC na prática clínica? *Rev Port Med Geral Fam.* 2012:247-248.
8. WONCA. Comissão de classificações da. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. 2011:171.
9. Queiroz MJ. SOAP Revisitado. *Rev Port Clin Geral.* 2009;2(25):221-227.

## Anexos

### Anexo 1

“Este questionário tem como objetivo avaliar o motivo de vinda à consulta, e de que modo o seu médico entende o que o(a) traz a esta instituição de saúde.

Para tal solicitamos-lhe que responda ao questionário, garantindo-se que ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu. Os dados servirão para melhor conhecermos a capacidade que os médicos possuem para entender as pessoas que observam, para além de ser objeto de estudo para Tese de Mestrado Integrado em Medicina

O questionário versa o motivo que o(a) traz a este local e a sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.

O investigador”

<b>Idade</b>	___ anos	
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
<b>Formação</b>	<input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever <input type="checkbox"/> 4º ano <input type="checkbox"/> 12º ano	<input type="checkbox"/> Sabe ler/escrever <input type="checkbox"/> 9º ano <input type="checkbox"/> Ensino superior
<b>Atividade atual</b>	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Reformado	<input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Serviços <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Estudante
<b>Estado civil</b>	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
<b>A consulta foi marcada pelo próprio?</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

**Por que razão (ou razões) veio a esta consulta?**

---

	Geral/Inespecífico	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	Aparelho digestivo	Olhos	Ouvidos	Aparelho circulatório	Sistema Músculo-esquelético	Sistema nervoso	Psicológico	Aparelho respiratório	Pele	Endócrino, metabólico e nutricional	Aparelho urinário	Gravidez/planeamento familiar	Aparelho Genital masculino	Aparelho Genital feminino	Problemas sociais
Sinais e Sintomas																	
Procedimentos diagnósticos e preventivos																	
Medicação, tratamentos																	
Resultado de exames																	
Motivos administrativos																	
Seguimento																	
Componente diagnóstica																	

Geralmente, sente que o(s) seu(s) médico(s) entende(m) os motivos que o(a) trazem à consulta? \_\_ Sim \_\_ Não

Obrigado!