



**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**

**RAFAELA PONTE SOUSA**

***A INFORMAÇÃO NA CONSULTA PRESENCIAL DE  
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: O QUE É JULGADO  
NECESSÁRIO E O QUE É FEITO***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO  
DOUTORA ISABEL MARGARIDA DE FIGUEIREDO SILVESTRE**

**FEVEREIRO 2014**

# **A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito**

Rafaela Ponte Sousa\*

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

\*Aluno de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Endereço do autor (email): [rafaelasousa090@hotmail.com](mailto:rafaelasousa090@hotmail.com)

*Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina, sob orientação científica do Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e co-orientação da Doutora Isabel Margarida Silvestre.*

## **Índice**

<b>Índice de Tabelas</b> .....	4
<b>Abreviaturas</b> .....	5
<b>Resumo</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	8
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Material e Métodos</b> .....	12
Tipo de estudo, participantes e procedimento.....	12
Análise estatística.....	13
<b>Resultados</b> .....	14
<b>Discussão</b> .....	21
<b>Conclusão</b> .....	28
<b>Agradecimentos</b> .....	29
<b>Bibliografia</b> .....	30
<b>Anexo 1- Questionário Aplicado</b> .....	32

## Índice de Tabelas

<b>Tabela I.</b> Descrição da amostra por ACES, Unidade de Saúde, Ser ou não especialista em MGF, Sexo e ter ou não tido formação em ICPC2.....	14
<b>Tabela II:</b> Descrição da amostra por sexo, ser ou não especialista e ter ou não formação em ICPC2.....	15
<b>Tabela III.</b> O que os profissionais julgam ser a informação mais importante a registar em consulta presencial (“O que deve ser feito”).....	16
<b>Tabela IV.</b> Comparação entre a informação registada pelos profissionais em consulta Presencial vs. Não presencial.....	17
<b>Tabela V.</b> Comparação entre o que os profissionais julgam ser a informação mais importante a registar em consulta presencial e o que realmente fazem na sua consulta presencial (“O que deve ser feito” vs. “O que é feito”).....	18
<b>Tabela VI.</b> Comparação em função do grau de formação (especialista vs. interno) e o registo da informação como julgado que deve ser feito.....	19
<b>Tabela VII.</b> Comparação entre o que é feito em função da consulta ser presencial ou não e do médico ser especialista ou interno.....	20

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

**Abreviaturas:**

**ACES-** Agrupamentos de Saúde

**ARS-** Administração Regional de Saúde

**CES-** Comissão de Ética para a Saúde

**CID-** Classificação Internacional de Doenças

**ICPC-** Classificação internacional de Cuidados Primários (International Classification in Primary Care)

**MGF-** Medicina Geral e Familiar

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**UCSF-** Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**WONCA-** Sociedade Europeia de Clínica Geral /Medicina Familiar

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

**Resumo:**

**Objetivos:** Conhecer a opinião de médicos especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) quanto à informação que julgam ser mais importante registar na consulta presencial, e quanto aos registos realizados em consulta presencial e não presencial. Secundariamente perceber diferenças nas respostas em função de ser especialista ou interno de especialidade.

**Tipo de estudo:** Estudo observacional, transversal, analítico, por meio de questionário validado e de pergunta aberta em população aleatorizada.

**Locais do estudo:** Unidade de Cuidados de Saúde Primários: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF) da região geográfica de acuação da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

**População:** Médicos de 25% dos Centros de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da área de influência da ARS do Centro escolhidos aleatoriamente por meio de sorteio, após ordenação nominal de A a Z.

**Métodos:** Aplicação de questionário validado com resposta múltipla e pergunta aberta às UCSP e USF selecionadas aleatoriamente, após autorização da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS do Centro, enviados via postal com pacote verde para envio das respetivas respostas. Análise estatística descritiva e inferencial em SPSS versão 20.0.

**Resultados:** Foram obtidas 104 respostas do total de 210 questionários enviados (77 dos especialistas e 26 dos internos), o que fez uma taxa de resposta de 49,5%. Foi baixa a proporção dos que revelaram ter tido formação sobre ICPC-2 (31,7%). A anotação em O e a codificação em A foram considerados os mais importantes a realizar (94,2% e 91,3%, respetivamente) e são também os que são mais realizados pelos médicos (93,3% e 91,3 %, respetivamente). Como diferenças entre “O que deve ser feito” e “O que é feito” verifica-se a Codificação em S, Anotação em A e Codificação em P, que os médicos realizam mais na

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito consulta do que julgam necessário. Os internos da especialidade dão maior importância à codificação, especialmente em S, e realizam-na mais tanto em consulta presencial como não presencial, ao contrário dos especialistas que dão mais importância à Anotação em S em ambas. Os internos codificam também mais em P na consulta não presencial.

**Discussão:** Não existindo outros resultados com os quais comparar os do presente estudo, percebe-se que os médicos têm maior percepção da necessidade de anotar do que de codificar. Parece assim que o desiderato de ter um sistema de codificação para ser percebido o motivo da consulta não é cumprido, estando tal em linha com a reduzida proporção de médicos com frequência de formação em ICPC-2.

**Conclusões:** Os médicos realizam mais na sua consulta do que o que julgam necessário para obter um bom registo de informação. Anotar em O, em S e Codificar em A, são considerados os mais importantes e são também os mais realizados por todos os médicos. Os internos dão mais importância à codificação e realizam-na mais, principalmente em S, do que especialistas. Deveria ser promovida uma maior formação para a utilização da ICPC-2.

**Palavras-chave:** registos clínicos; Medicina Geral e Familiar; método de WEED-SOAP; Qualidade; ICPC-2.



**Abstract:**

**Objectives:** To survey attending and resident Family Physicians about their opinion on what type of information is most important to record during a patient appointment, and on what information is recorded on an attending-patient appointment and on a non-attending-patient appointment. Also, to note possible variations in response between attending and resident physicians.

**Type of study:** Analytical cross-sectional observational study, based on a validated survey, including an open-ended question, in a random population.

**Study locations:** Primary Health Care Centers of the geographical area of influence of the Center Region Health Care Regional Administration (ARS Centro).

**Population:** 25% of an attending and resident family physicians working in the Health Care Center Groups (ACES) of the ARS Centro area of influence, selected randomly by lot, after alphabetical ordering.

**Methods:** Distribution of a validated survey and open-ended question to the randomly selected UCSP and USF, after approval by the ARS Centro Ethics Committee on Health (CES), by postal service with an RSF package to return to the author.

Descriptive and inferential statistical analysis on SPSS version 20.0.

**Results:** The response rate was 49.5%, with 104 of 210 surveys sent (77 from attending and 26 from residents). Relatively few admit to have attended an ICPC-2 course (31.7%). O annotation and A encoding were considered most important (94.2% and 91.3%, respectively), and were found to be the most used (93.3% and 91.3%, respectively). When contrasting "what should be done" with "what is done", physicians admit to using S encoding, A annotation, and P encoding more than they believe necessary. Residents attribute a greater importance to encoding, especially S encoding, and do it more often either in attending-patient appointments, or in non-

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

attending-patient appointments, than attending physicians, who emphasize S annotation in both. Residents also encode in P more often in non-attending-patient appointments.

**Discussion:** In the absence of similar studies with which to compare our results, it would appear physicians have a greater perception of the need to write rather than to encode. Consequently, the desideratum of having a system to successfully encode the appointment reasons is not fulfilled, which is consistent with the low proportion of physicians who attended an ICPC-2 course.

**Conclusions:** Physicians record more information during appointments than they believe necessary to obtain good patient records. O and S annotations are considered the most important, and are also the most used by the physicians. Residents deem encoding more important than attending physicians, and encode more often, especially in S. Attendance in ICPC-2 courses should be encouraged.

**Keywords:** Medical records; Family Medicine; WEED-SOAP method; Quality; International Classification in Primary Care - 2 (ICPC-2).

## **Introdução**

A consulta é a principal e mais complexa atividade do médico de família. A informação relativa a cada utente, multiplicada por muitos, obriga o médico a socorrer-se de uma memória escrita, extensível, dinâmica e eficaz, o que vem realçar a importância do registo clínico como ferramenta do médico de família.<sup>1,2</sup> Este registo clínico é a memória do médico, auxiliando e promovendo o raciocínio clínico, permitindo arquivar as impressões subjetivas e os dados objetivos, servindo de suporte clínico e legal e constituindo uma base importantíssima para o processo de formação e investigação em Medicina.<sup>3</sup> Foi demonstrado que existe uma correlação entre a qualidade do registo e a qualidade da prática clínica e portanto, todo o registo deve ser realizado de forma clara, de modo a que a informação transmitida, quer pelo paciente, quer pelo médico, seja reconhecida e compreendida posteriormente pelos próprios e por outros.<sup>1,4</sup>

Deste modo, impõe-se o estudo do tipo de informação que os médicos colhem na sua consulta e de como a registam no ambiente do método de Weed-SOAP, comumente utilizado em MGF. Este é uma forma lógica e sequencial de colheita de informação em que, em S se colhe o motivo de consulta do consulente, em O se aprecia o seu estado e se faz a escrita do encontrado no exame, em A, se realiza a codificação do diagnóstico médico e em P se realiza o conhecimento do plano e procedimentos desenhados para e com o consulente. Para além de permitir a anotação em todos os campos, permite também a codificação para S, A e P de acordo com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC), publicada em 1987 pela Sociedade Europeia de Clínica Geral /Medicina Familiar (WONCA) e única reconhecida pela Organização Mundial de saúde (OMS) para registo da informação em ambiente de MGF.<sup>5</sup> Esta classificação surgiu para complementar a utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID), no contexto da assistência primária e permite codificar, utilizando uma identificação alfa-numérica fixa, o motivo de consulta, o diagnóstico, e os procedimentos. Para garantir a

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito comparabilidade dos seus códigos com os da CID-10, sofreu uma revisão que ficou conhecida como ICPC-2.<sup>5,6</sup>

Assim, com a união da codificação e anotação permitida pelo método de Weed-SOAP, pode evitar-se que o registo clínico na consulta seja efetuado apenas ou principalmente por codificação, o que, por um lado tem o benefício de harmonizar e uniformizar as diversas expressões pessoais que o doente relata, mas, por outro lado, pode levar a que a informação transmitida quer pelo paciente, quer pelo médico, não seja devidamente registada, empobrecendo e ameaçando a compreensão e inteligibilidade dos registos e história, o que, sob o ponto de vista legal, pode ter consequências importantes.<sup>3,7,8</sup> Outro fator importante a ter em conta é a validade dos códigos da ICPC-2 registados, uma vez que, para a maioria dos médicos de MGF, a formação em ICPC-2 é insuficiente e poucos se sentem à vontade com esta classificação, resultando numa codificação não homogénea e originando um registo incorreto e incongruente.<sup>8,9,10</sup>

Em Portugal, não existe conhecimento quanto ao que os especialistas e internos em MGF julgam ser informação importante a colocar na consulta para a obtenção de um bom registo clínico, e ao que realizam na realidade. Assim, é importante conhecer a opinião destes relativamente ao que entendem que deve ser feito e a comparação com aquilo que realmente fazem no que toca ao registo da informação na consulta e verificar assim, se os resultados são coincidentes. Tal poderá vir a servir para, em conjunto com a introdução de conhecimentos jurídicos, ajudar na formação de médicos acerca da quantidade e qualidade da informação a colocar em cada consulta para evitar problemas legais, éticos e disciplinares no futuro, cumprindo o preceituado pelo código deontológico.<sup>1</sup>

## **Material e Métodos:**

### **Tipo de estudo, participantes e procedimento**

Estudo observacional, transversal, analítico, por meio de questionário validado de resposta múltipla e de pergunta aberta (Anexo 1).

Antes de iniciado o trabalho, foi pedida autorização para a sua realização e posterior divulgação dos dados à CES da ARS do Centro, com parecer favorável.

O questionário foi realizado através das respostas de um painel de peritos (dois especialistas em MGF, três internos da especialidade de MGF e uma socióloga), que em três etapas estabilizaram a sua opinião positiva quanto à capacidade de as perguntas no questionário poderem medir os objetivos desenhados. Seguiu-se a metodologia de, na primeira etapa, perguntar se as perguntas permitiam medir os objetivos e de, na segunda, obter a resposta afirmativa a tal possibilidade após introdução das alterações sugeridas. Na segunda etapa apresentou-se o protótipo que foi corrigido em dois pontos, sendo aceite sem discussão na terceira etapa.

O estudo teve como universo médicos especialistas e internos da especialidade de MGF da área de influência da ARS do Centro e que exercem a sua atividade profissional em instituições agrupadas em ACES. Definiu-se como população, médicos de 25% dos Centros de Saúde dos ACES da área de influência da ARS do Centro, escolhidos aleatoriamente por meio de sorteio, após ordenação nominal de A a Z. Assim sendo, foram selecionados para estudo, a UCSP Mira e UCSP Fernão Magalhães, pertencentes ao ACES Baixo Mondego; UCSP Terras Azurara, UCSP Mangualde e UCSP São Pedro do Sul, pertencentes ao ACES Dão Lafões; UCSP Águeda e UCSP Estarreja, pertencentes ao ACES Baixo Vouga; UCSP Fundão, pertencente ao ACES Cova da Beira; UCSP Arnaldo Sampaio, USF Condestável (Batalha) e USF Santiago, pertencentes ao ACES Pinhal Litoral, e finalmente, UCSP Alvaiázere e UCSP Miranda do Corvo, pertencentes ao ACES Pinhal Interior Norte.

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

Após a aprovação da CES da ARS de Centro e de realizado o sorteio foi feito o contato com os Diretores dos ACES e pedida a sua colaboração para obter o número de especialistas e de internos da especialidade de MGF de cada UCSP/USF pertencente ao respetivo ACES para proceder ao envio dos questionários de acordo com este número e para, junto do Diretor Clínico, dos Coordenadores de UCSP e das USF, distribuir os questionários em reunião de serviço, recolhendo-os para envio das respostas em pacote verde, constante do pacote de envio dos mesmos. Definiu-se consulta presencial como aquela em que existe contacto consulente-médico, anotação clínica como a escrita livre que o médico realiza nos campos S, O, A e P e codificação como atribuição alfa-numérica de acordo com a ICPC-2 em S, A e P.

### **Análise estatística**

Foi elaborada uma base de dados para análise estatística descritiva e inferencial em SPSS versão 20.0. A inferenciação foi feita por  $\chi^2$  para variáveis categoriais, U de Mann-Whitney para variáveis ordinais e Wilcoxon Signed Ranks Test para comparação de respostas emparelhadas não paramétricas. Definiu-se  $p < 0,05$  para significado estatístico.

## Resultados

Foram enviados um total de 210 questionários para as UCSP e USF pertencentes a cada ACES e selecionadas por sorteio aleatório, como já referido anteriormente. Na Tabela I, encontra-se a descrição detalhada da população e da amostra.

Pela análise da Tabela II, é possível verificar uma mais baixa proporção de respostas no ACES Pinhal Litoral com apenas 27% de respondentes, que o sexo masculino foi menos respondedor (35,6% dos médicos), que houve menor resposta pelos internos de especialidade (25,0% responderam) e que foi baixa a proporção dos que revelaram ter tido formação sobre ICPC-2. Apenas 35,1% dos especialistas e 23,1% dos internos declararam ter formação em ICPC-2. Dado haver um “missing” quanto à classificação em Especialista ou Interno, a real dimensão da amostra é de 49,5%.

**Tabela I.** Descrição da amostra por ACES, Unidade de Saúde, Ser ou não especialista em MGF, Sexo e ter ou não tido formação em ICPC-2.

ACES	UCSP/USF	N.º de questionários enviados (população)	N.º (%) de questionários recebidos (amostra)	Grau de formação		Sexo		Profissionais com formação ICPC-2
				Esp	Int	♀	♂	
Baixo Mondego	UCSP Mira	12	12 (100)	8	4	6	6	3
	UCSP Fernão Magalhães(*)	19	11 (57,9)	7	3	8	2	4
Dão Lafões	UCSP Terras Azurara	7	5 (71,4)	4	1	4	1	3
	UCSP Mangualde	5	5 (100)	4	1	2	3	0
	UCSP São Pedro do Sul	12	10 (83,3)	8	2	8	2	2
Baixo Vouga	UCSP Águeda	38	15 (39,5)	11	4	9	6	2
	UCSP Estarreja	22	12 (54,6)	9	3	8	4	3
Cova da Beira	UCSP de Fundão	19	9 (47,4)	8	1	6	3	6
	USF Condestável (Batalha)	16	10 (62,5)	6	4	6	4	4

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

Pinhal Litoral	USF Santiago	15	0	0	0	0	0	0
	UCSP Arnaldo Sampaio	32	7 (21,9)	4	3	5	2	4
Pinhal Interior Norte	UCSP Alvaiázere	5	3 (60,0)	3	0	1	2	0
	UCSP Miranda do Corvo	8	5 (62,5)	5	0	3	2	2

(\*) 1 “missing”; Esp- Especialista em MGF; Int- Interno de MGF; ♀- sexo feminino; ♂- sexo masculino

**Tabela II:** Descrição da amostra por sexo, ser ou não especialista e ter ou não formação em ICPC-2.

ACES	N.º de questionários enviados	N.º de questionários recebidos (%)	Sexo				Grau de formação				Formação em ICPC-2	
			♀		♂		Esp		Int		n	%
			n	%	n	%	n	%	n	%		
Baixo Mondego	31	23 (74,2)	66	63,5	37	35,6	77	74,0	26	25,0	33	31,7
Dão Lafões	24	20 (83,3)										
Baixo Vouga	60	27 (45,0)										
Cova da Beira	19	9 (47,4)										
Pinhal Litoral	63	17 (27,0)										
Pinhal Interior Norte	13	8 (61,5)										
Total	210	103 (49,1)										

Esp- Especialista em MGF; Int- Interno de MGF; ♀- sexo feminino; ♂- sexo masculino

Relativamente à questão “ O que deve ser feito”, com base nos dados obtidos e demonstrados pela Tabela III, verifica-se ser menor o julgamento da importância da colocação de informação na Codificação em S, Anotação em A e Codificação em P. Pelo contrário, o



A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

parâmetro considerado mais importante para a obtenção de um bom registo clínico, foi a Escrita em O.

**Tabela III.** O que os profissionais julgam ser a informação mais importante a registar em consulta presencial (“O que deve ser feito”).

	<b>Sim (N total=104)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Codificar em S</b>	49	47,1
<b>Anotar em S</b>	89	85,6
<b>Escrever em O</b>	98	94,2
<b>Codificar em A</b>	95	91,3
<b>Anotar em A</b>	28	26,9
<b>Codificar P</b>	52	50,0
<b>Anotar em P</b>	72	69,2

Quanto à questão “O que é feito”, verificam-se diferenças significativas entre a informação registada pelos profissionais consoante se trate de uma consulta presencial ou de uma consulta não presencial, sendo verificável pela análise da Tabela IV, que apenas não existem diferenças estatisticamente significativas para a codificação.

**Tabela IV.** Comparação entre a informação registada pelos profissionais em Consulta Presencial vs. Não presencial.

	Presencial		Não presencial		P
	Sim (n=104)	(%)	Sim (n=104)	(%)	
<b>Codificar em S</b>	64	61,5	70	67,3	0,257
<b>Anotar em S</b>	89	85,6	30	28,8	0,000
<b>Escrever em O</b>	97	93,3	20	19,2	0,000
<b>Codificar em A</b>	95	91,3	90	86,5	0,197
<b>Anotar em A</b>	41	39,4	8	7,7	0,000
<b>Codificar P</b>	62	59,6	57	54,8	0,369
<b>Anotar em P</b>	74	71,2	24	23,1	0,000

Em relação à comparação entre “O que deve ser feito” e “O que é feito”, pela análise da Tabela V, verifica-se que, com diferenças estatisticamente significativas, os inquiridos revelam realizar mais na consulta do que aquilo que julgam que deveria ser feito, em particular na Codificação em S, Anotação em A e Codificação em P.

**Tabela V.** Comparação entre o que os profissionais julgam ser a informação mais importante a registar em consulta presencial e o que realmente fazem na sua consulta presencial (“O que deve ser feito” vs. “O que é feito”).

	“O que deve ser feito”		“O que é feito”- Presencial		p
	Sim (n =104)	(%)	Sim (n =104)	(%)	
<b>Codificar em S</b>	49	47,1	64	61,5	0,003
<b>Anotar em S</b>	89	85,6	89	85,6	1,000
<b>Escrever em O</b>	98	94,2	97	93,3	0,763
<b>Codificar em A</b>	95	91,3	95	91,3	1,000
<b>Anotar em A</b>	28	26,9	41	39,4	0,003
<b>Codificar P</b>	52	50,0	62	59,6	0,041
<b>Anotar em P</b>	72	69,2	74	71,2	0,683

No que toca à comparação entre “O que deve ser feito” e “O que é feito”, mas tendo agora em conta se o médico é especialista ou interno de especialidade, pela análise da Tabela VI, verifica-se que é dada uma maior importância à Codificação em S pelos internos, ao contrário dos especialistas, que preferem a Anotação neste mesmo campo (p=0,007).

**Tabela VI.** Comparação em função do grau de formação (especialista vs. interno) e o registo da informação como julgado que deve ser feito.

	Especialista		Interno		p
	Sim (n=77)	(%)	Sim (n=26)	(%)	
<b>Codificar em S</b>	30	39,0	18	69,2	0,007
<b>Anotar em S</b>	64	83,1	24	92,3	0,208
<b>Escrever em O</b>	73	94,8	24	92,3	0,475
<b>Codificar em A</b>	70	90,9	24	92,3	0,594
<b>Anotar em A</b>	21	27,3	7	26,9	0,594
<b>Codificar P</b>	36	46,8	16	61,5	0,141
<b>Anotar em P</b>	51	66,2	20	76,9	0,222

Os dados da Tabela VI vêm corroborar a informação da Tabela VII, na qual se verifica que, com significado estatístico, os internos revelam Codificar mais em S, quer em consulta presencial como não presencial, ao contrário do especialista que, em ambas as situações, prefere a Anotação em S. Na consulta não presencial, existem ainda diferenças na Codificação em P, mais uma vez preferida pelos internos.

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

**Tabela VII.** Comparação entre “O que é feito” em função da consulta ser presencial ou não e do médico ser especialista ou interno.

	Presencial				p	Não Presencial				p
	Especialista		Interno			Especialista		Interno		
	Sim (n=77)	(%)	Sim (n=26)	(%)		Sim (n=77)	(%)	Sim (n=26)	(%)	
<b>Codificar em S</b>	42	54,5	21	80,8	0,014	44	57,1	25	96,2	<0,001
<b>Anotar em S</b>	66	85,7	22	84,6	0,558	27	35,1	3	11,5	0,017
<b>Escrever em O</b>	71	92,2	25	96,2	0,432	15	19,5	5	19,2	0,612
<b>Codificar em A</b>	70	90,9	24	92,3	0,594	66	85,7	23	88,5	0,508
<b>Anotar em A</b>	30	39,0	11	42,3	0,469	8	10,4	0	0,0	0,089
<b>Codificar P</b>	44	57,1	18	69,2	0,196	38	49,4	19	73,1	0,029
<b>Anotar em P</b>	52	67,5	21	80,8	0,150	20	26,0	4	15,4	0,204

## **Discussão**

Este estudo foi realizado com recurso a metodologia de aleatorização, garantindo-se assim a melhor qualidade da informação colhida, tendo sido estudada a opinião de médicos de toda a área geográfica de influência da ARS do Centro. Deve ser registada a proporção de resposta obtida (49,5%) que, para este tipo de metodologia deve ser considerada elevada. A dimensão da amostra, em particular pela aleatorização realizada, garante a qualidade dos resultados. No início do estudo, não era de todo antecipada a delonga e a dificuldade na obtenção das respostas, tendo sido necessário recorrer a contactos telefónicos com as unidades seleccionadas para o estudo, a solicitar o envio do pacote postal com as respostas, tal como previsto no protocolo.

O presente trabalho permitiu demonstrar a opinião de especialistas e internos de MGF quanto ao que julgam ser importante colocar como registo de informação na consulta e a atividade de registos que realmente fazem na sua consulta, sendo esta presencial, com o consulente presente, ou não presencial, atividade sem o consulente presente. Além desta temática principal foram também avaliadas diferenças quanto ao grau de formação (especialista vs. interno).

Do total de questionários enviados (210), 166 destinavam-se a especialistas de MGF e 44 a internos da especialidade e foram recebidos 77 e 26, respetivamente, o que correspondeu à taxa de resposta já referida, de 49,5% no global. Pela análise da Tabela I, verifica-se que a UCSP Mira e a UCSP Mangualde, pertencentes ao ACES Baixo Mondego e ACES Dão Lafões, respetivamente, foram as que mais aderiram ao estudo, tendo sido recebido 100% dos questionários enviados. A USF Santiago, pertencente ao ACES Pinhal Litoral, não participou no estudo ao não devolver os questionários enviados. As UCSP pertencentes ao ACES Dão Lafões foram as que mais colaboraram para o estudo, tendo respondido a 83,3% dos questionários enviados. Contrariamente, as UCSP e USF pertencentes ao ACES Pinhal Litoral

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito foram as que tiveram uma percentagem de resposta mais baixa, com 27,0% de questionários respondidos. Estas diferenças no número de respostas obtidas por parte dos diferentes ACES poderia suscitar um estudo posterior, com o objetivo de esclarecer tais discrepâncias, não sendo, neste momento, possível explicar este resultado.

Pela análise da Tabela II, verifica-se que foram obtidas respostas de 46,4% de médicos especialistas e de 59,1% dos internos, constituindo então os primeiros 74,0% da amostra e os segundos 25,0% da mesma. Aqui coloca-se o problema do menor número de internos no estudo, o que pode ser justificável pelo facto destes, ao realizarem estágios formativos fora das UCSP/USF, não estarem presentes à data da entrega do questionário, a qual foi solicitada durante uma reunião de serviço para poder abranger o maior número de médicos possível. Outra hipótese é o facto de os internos poderem não assistir algumas vezes às reuniões de serviço. Para além disso, verifica-se também um predomínio de médicos respondentes do sexo feminino em relação ao sexo masculino (63,5% e 35,6%, respetivamente). Em relação aos profissionais com formação em ICPC-2, foram registadas 33 respostas positivas, pertencentes a 35,1% dos especialistas e a 23,1% dos internos de especialidade, constituindo na sua totalidade, 31,7% da amostra.

Abordando agora a temática principal do estudo, o parâmetro “Escrever em O” foi considerado o mais importante pelos médicos (94,2%) para a obtenção de um bom registo da informação na consulta. A Anotação em O, ao permitir a escrita do que foi encontrado a nível objetivo pelo médico na consulta, é sem dúvida importante para o registo como “memória futura”, bem como para a perceção, por outros, do estado do doente naquela exata consulta. O facto de O não ser passível de codificação obriga o médico a anotar e com isto, evita a distorção de uma realidade objetiva que pode ser transmitida pelos códigos da ICPC-2 e respetivas definições, que segundo resposta aberta de um dos participantes do estudo *“são um pouco redutores e pouco objetivos”*.

Contrariamente, a “Codificação em S”, “Anotação em A” e “Codificação em P”, foram considerados os menos importantes. O facto da Codificação em S ser considerada menos importante (47,1%) quando comparada à Anotação em S (85,6%), mostra que os médicos têm consciência de que, em S, mais do que codificar uma doença ou uma queixa, é preciso entender o porquê do doente recorrer à consulta, o que ele pensa, receia e compreende sobre a sua situação e se certificar que o paciente se apercebeu de que ele entendeu o porquê da consulta, bem como aquilo que lhe foi dito sobre o seu problema, prognóstico e tratamento.<sup>2</sup> Neste aspeto, a anotação em S será preferencial à codificação, na qual muitas vezes a validade dos códigos deve ser questionada, tanto pela codificação em excesso de situações que não constituem verdadeiros motivos de consulta e que são fruto da interpretação errada, pelo médico, da informação dada pelo doente, como pela omissão de outras pelo primeiro.<sup>8,9</sup> Assim, a anotação em S é importante para no futuro poder evitar problemas legais devido a “falha” de comunicação médico-doente. É preciso ter sempre em mente que os registos pertencem ao doente e como tal devem conter a informação precisa que este forneceu. De acordo com o preceituado pelo código deontológico da Ordem dos Médicos (art. 100º), «o médico...deve registar cuidadosamente», assim como «o doente tem o direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico».<sup>11</sup> Pela opinião de um dos respondentes ao questionário, “A codificação em S só tem interesse para o próprio realizar investigação pessoal, dado que a subjetividade, leva a critérios muito dispare não permitindo com segurança, comparar com outros profissionais”.

Pelo contrário, a Anotação em A, foi considerada o parâmetro menos importante para um bom registo de informação (26,9%), em detrimento da Codificação em A (91,3%). A Codificação em A é muito importante para fornecer tanto dados de morbilidade local como nacional, contribuindo para o planeamento em saúde, o que não seria possível pela anotação devido à diversidade e heterogeneidade da informação que deste modo poderia ser colocada



A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito neste parâmetro.<sup>8,12</sup> No entanto, a falta de prática e inexperiência de codificação podem ser uma barreira importante à utilidade da Codificação em A.<sup>13</sup> A “Codificação em P” também foi considerada um dos parâmetros menos importantes a realizar. De facto, neste campo, a anotação volta a ter uma maior importância (69,2% vs. 50,0%), e mais uma vez, segundo um dos colaboradores, “*Nas anotações em P fica descrito tudo o que foi pensado e idealizado, bem como aquilo que é realizado na consulta e planeado para a próxima, de modo a orientar os colegas que abrirem a ficha clínica do doente*”. Para além disso, é essencial que todo o plano efetuado para e com o doente, quer inclua este, medidas de estilo de vida, terapêutica medicamentosa ou ambas, esteja bem descrito, com todas as indicações dadas ao doente, inclusive sobre posologia da medicação, pois todo esse rigor, bem como a legibilidade permitida pelo registo eletrónico, servirá para melhorar a informação e evitar possíveis problemas legais que possam surgir no futuro.<sup>14</sup> Um estudo anterior verificou que 50,0% dos doentes afirmaram não receber instruções acerca de estilos de vida saudáveis para a doença de que padecem.<sup>15</sup> Esta situação mostra a importância do registo de tudo o que incorpora o plano do consulente. Deste modo e aplicando-se a qualquer um dos campos S,O,A e P, o registo atualizado e completo é a melhor defesa: para a justiça um acontecimento não registado é um acontecimento inexistente.<sup>1</sup> Assim, a codificação isolada de motivos de consulta (codificação em S) e dos procedimentos (codificação em P) deve ser reservada a contextos de investigação e realizada por médicos bem treinados para o efeito, uma vez que a maioria considera a formação em ICPC-2 insuficiente, sentem-se pouco à vontade com esta classificação e portanto, dela resultam registos e codificações incorretas e sem rigor.<sup>3,8</sup> Um estudo sobre a utilização da ICPC-2 por internos em MGF, mostrou também que a codificação de problemas (Codificação em A) é a mais corretamente realizada (79,5%), ao contrário da codificação de motivos de consulta (Codificação em S) e dos procedimentos (Codificação em P), que foram classificados corretamente apenas em 56,5% e 48,8%, respetivamente.<sup>9</sup>

Em relação à comparação entre “O que deve ser feito” e “O que é feito”, foram comparados os resultados do primeiro com o segundo mas neste, apenas com os resultados obtidos para “O que é feito” na consulta presencial, uma vez que o estudo entre “O que é feito- Presencial” vs. “O que é feito- Não presencial” mostrou diferenças estatisticamente significativas em 4 campos, como é visível pela análise da Tabela IV, e portanto não foi possível efetuar tal comparação. Assim, pela análise da Tabela V verifica-se que, na consulta presencial, os médicos realizam mais do que aquilo que julgam necessário para obter um bom registo da informação. Existem diferenças na Codificação em S, Anotação em A e Codificação em P, as quais são mais realizadas em consulta presencial do que aquilo que os médicos acham necessário. Mais uma vez aqui, é importante ter em atenção a validade dos códigos usados em S, que muitas vezes codificam a interpretação do médico sobre o motivo de consulta e não correspondem ao verdadeiro motivo do paciente. Muitas vezes, o problema identificado pelo médico não é necessariamente o que mais preocupa o utente, mas sim outro, decorrente do próprio sintoma apresentado ou ocorrendo independentemente deste.<sup>4</sup> Uma anotação excessiva em A poderá comprometer a validade da codificação como fonte de estudos epidemiológicos e investigação.<sup>8</sup> No que toca à Codificação em P, mais uma vez e tal como em S, é preciso atender à validade dos códigos.<sup>9</sup> Os restantes parâmetros são coincidentes em relação ao que os médicos acham importante registar e o que realizam na sua consulta, não existindo diferenças estatisticamente significativas.

Verifica-se também que existem diferenças na Anotação em S, O, A e P, no que toca ao registo da informação pelos médicos consoante se trate de uma consulta presencial ou não presencial. Por outro lado, não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da codificação. A Anotação em A é o menos realizado tanto em consulta presencial como não presencial o que corrobora os resultados da Tabela III, na qual este parâmetro foi também considerado o “menos importante” a ser registado. Ou seja, os médicos não dão muita

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

importância ao esclarecimento dos seus diagnósticos, mesmo que sobre eles tenham dúvidas. A Escrita em O é o que os médicos mais realizam na sua consulta presencial, ao contrário da consulta não presencial, mas mais uma vez existe concordância entre o que os médicos julgam que deve ser feito e o que realmente fazem.

Quanto às diferenças de opinião sobre o que deve ser feito na consulta, em relação ao registo de informação, consoante o grau de formação do médico (especialista *vs.* interno de especialidade), verifica-se sobretudo diferenças em relação à Codificação em S, a qual é considerada mais importante pelos internos do que pelos especialistas (69,2% *vs.* 39,0%,  $p=0,007$ ). Um estudo anterior, demonstrou que os internos codificam frequentemente em excesso situações abordadas na consulta, que não constituem motivos segundo a definição da ICPC-2 e que apenas classificam corretamente os motivos de consulta em 56,5% dos casos.<sup>9</sup> Esta evidência vem corroborar os dados obtidos no presente estudo, que demonstram tanto uma maior aderência dos internos à Codificação em S, assim como uma maior importância atribuída por estes à mesma. Em termos de consulta presencial e não presencial e o que nelas é feito, os internos, mais uma vez tendem a codificar significativamente mais em S do que os especialistas (80,8% *vs.* 54,5%,  $p=0,014$ ). Tal pode ocorrer porque, os internos têm tendência a usar a sua interpretação enquanto técnicos, acerca do que o utente afirma, o que não é permitido pela ICPC-2, resultando em uma maior utilização, porém incorreta, da Codificação em S.<sup>9</sup> Estes resultados levantam a necessidade do estudo do porquê da maior Codificação em S pelos internos: menor vontade de escrever? Maior vontade de objetivação para futuros estudos? Pelo contrário os especialistas utilizam mais a Anotação em S. Esta preferência poderá estar relacionada com uma certa inadaptação dos mais velhos face às novas tecnologias e ausência de formação sobre a codificação nas aplicações informáticas, ou à necessidade de procura, em listas longas, dos códigos mais apropriados para cada caso, resultando no prolongamento do tempo de consulta, com o médico a olhar mais para o computador e a dar menos atenção ao

A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito paciente, correndo o risco tanto de não conseguir classificar corretamente os motivos que levaram o doente à consulta, bem como de se envolver em problemas legais devido a este facto.<sup>8</sup> De acordo com médicos especialistas colaborantes, *“A ICPC tem muitas falhas nas hipóteses de codificação de assuntos frequentes e portanto, é pouca adaptada à prática extensa do médico de família”*, bem como, apresenta *“(…) manifestas dificuldades na classificação de problemas simples, sendo mais dirigida a sintomas vagos que a classificação diagnóstica, o que dificulta a compreensão dos registos autónomos sem a adição da anotação, e atrasa o processo de consulta”*.

O bom contacto estabelece-se através de uma escuta ativa, com o médico mostrando interesse, compreensão e respeito pelo que o doente diz.<sup>16</sup> Será assim este trabalho, o primeiro a permitir perceber a forma pela qual os médicos julgam mais importante colocar os registos das suas consultas, ou seja, a anotação – a escrita livre – que deve ser sempre fonte fidedigna do que aconteceu numa consulta para que, tanto o médico como o consulente ou mesmo outro observador, fique dotado do relato do que se passou.<sup>1,2,3</sup>

## Conclusão

O presente estudo permitiu concluir que os médicos, quer sejam especialistas ou internos de MGF, realizam mais na sua consulta presencial do que aquilo que julgam necessário para a obtenção de um bom registo da informação. A Escrita em O, Codificação em A e Anotação em S, foram considerados os parâmetros mais importantes a ser registados e verificou-se que são também os mais realizados. A Codificação em S, Anotação em A e Codificação em P foram considerados os menos importantes a ser realizados, no entanto são mais realizados do que aquilo que os médicos acham necessário. Existem muitas diferenças quanto ao tipo de registo feito caso se trate de uma consulta presencial ou não presencial, exceto a nível da codificação. Os internos da especialidade tendem a dar mais importância e a utilizar mais a codificação, principalmente em S, tanto em consulta presencial como não presencial. Nesta última tendem também a utilizar mais a codificação em P. Especialistas dão mais importância e realizam mais a anotação, especialmente em S.

Um parecer obtido na secção de resposta aberta do questionário aplicado resume muito bem as conclusões do estudo: *“É fundamental o registo por codificação para tirar proveito do SAM estatístico. Para uma adequada codificação deveria ser garantida a mesma formação sobre a ICPC-2 a todos os profissionais de saúde, de forma a tornar a codificação mais uniforme ou então, existir alguém que proceda à codificação da anotação clínica, de forma minimizar as viés/variabilidade da interpretação interpessoal. A anotação no SOAP é crucial para dar melhor seguimento as consultas, especialmente para dar continuidade dos procedimentos/orientações/hipóteses de diagnóstico aos colegas internos ou especialistas que possam atender o mesmo utente”*. Tal leva-nos à necessidade de estudar, para lá do agora conhecido, qual o tipo de informação a colocar em cada um dos capítulos do método de Weed-SOAP.

## **Agradecimentos**

Agradeço à ARS do Centro por ter autorizado a realização deste estudo e permitir a cedência dos dados. Aos ACES e respetivos Diretores por permitirem a realização do estudo nas UCSP e USF selecionadas, bem como pelo fornecimento de dados previamente ao envio dos questionários. A todas as UCSP, USF, incluindo Diretores/Coordenadores e todos os seus médicos pela sua disponibilidade e colaboração.

Agradeço especialmente ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, sem o qual jamais conseguiria realizar o meu estudo. Agradeço toda a ajuda que me prestou quer na preparação do estudo como na recolha dos questionários, sem a qual o estudo não seria possível. Agradeço pela sua imprescindível orientação, disponibilidade e paciência para o esclarecimento de todas as dúvidas que surgiram no decorrer do trabalho. Agradeço todo o conhecimento que me foi transmitido, assim como todo o interesse que me suscitou na área da Medicina Geral e Familiar.

Agradeço à Doutora Margarida Silvestre por ter aceitado a co-orientação do trabalho, pela sua atenção, disponibilidade e perfeccionismo.

## **Bibliografia**

1. Queirós, M.J., SOAP Revisitado, Rev Port Clín Geral, 2009, 25:221-7
2. Simões, J.A., A consulta em Medicina Geral e Familiar, Rev Port Clín Geral, 2009, 25: 197-8
3. Braga, R., Os registos clínicos e a codificação, Rev Port Med Geral Fam 2012;28:155-6
4. Caeiro, R., Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.
5. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. ICPC-2, Classificação Internacional de Cuidados Primários, segunda edição. Lisboa: APMCG; Oxford University Press, 1999, edição revista, 2011.
6. Sampaio, M.M.A.; Coeli, C.M.; Miranda, N.N.; Faerstein, E.; Werneck, G.L.; Chor, D.; Lopes, C.S., Confiabilidade interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários, Rev Saúde pública 2008;42(3):536-41
7. Santiago, L.M., Anotações codificações e registos na consulta de Medicina Geral e Familiar, Rev Port Clín Geral, 2011;28:313
8. Melo, M., O uso da ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar, Rev Port Med Geral Fam 2012;28:245-6
9. Pinto D, Corte-Real S. Codificação com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) por internos de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral, 2010-Ago; 26 (4): 370-82.
10. Barreiro, D.; Santiago, L.M., Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010, Rev Port Med Geral Fam 2013;29:236-43

11. Código deontológico. Disponível em:  
<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6> (acedido em 16/01/2014)
12. Rodrigues, J. G., Porque consultam os utentes o seu médico de família, centro de saúde de Cascais, extensão do Estoril, Rev Port Clin Geral 2000; 16: 442- 52
13. Delaney, B., Evidence-based diagnosis in general practice: needs both robust evidence and sophisticated electronic health record systems, Family Practice 2009; 26:239-240
14. Cox-Hippisley, J.; Pringle, M., Information in practice, BMJ 2003; 326:1439-43
15. Santos, T.; Rosendo, I.; Pimenta, G.; Martins, D.; Francisco, M.P.; Neto, M.G.; Santiago, L.M., Qualidade da consulta de Medicina geral e Familiar: conseguem os médicos julgar correctamente a qualidade sentida pelos doentes?, Rev Bras Med Fam e Com, 2007,3(9):
16. Nunes, J.M., A abertura de consulta: o fim está no princípio, Rev Port Clin Geral 2009 25:199-207



## Anexo 1: Questionário aplicado

### A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito

Trabalho no âmbito do Trabalho Final do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Com este questionário pretende-se estudar a opinião dos Especialistas e dos Internos, em Medicina Geral e Familiar, acerca da informação a registar na consulta pela anotação e pela codificação, segundo a definição abaixo:

**Anotação clínica** – a escrita livre que o médico realiza nos campos S, O, A e P.

**Codificação** – atribuição alfa-numérica ICPC 2 em S, A e P.

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ♀  ♂  Especialista:  Interno:

Frequência prévia de ação formativa sobre ICPC-2: Sim  Não

Para colocar boa “informação” numa consulta presencial, **qual ou quais** julga serem mais importantes numa consulta presencial?

<b>Codificar em S</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anotar em S</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Escrever em O</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Codificar em A</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anotar em A</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Codificar P</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Anotar em P</b>	<input type="checkbox"/>

**Qual ou quais** das seguintes atividades realiza na consulta presencial e numa consulta não presencial?

	Presencial	Não presencial
<b>Codificar em S</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anotar em S</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Escrever em O</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Codificar em A</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anotar em A</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Codificar P</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anotar em P</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opinião que queira exprimir:

---

---

---

---