



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**

JOANA BÁRBARA PEREIRA VAZ

***INFORMAÇÃO MAIS VALORIZADA PARA A
COMPREENSÃO DE CONSULTAS PASSADAS EM
MEDICINA GERAL E FAMILIAR***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

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

FEVEREIRO 2014

**Informação mais valorizada para a
compreensão de consultas passadas em
Medicina Geral e Familiar**

Joana Bárbara Pereira Vaz*

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

*E-mail: joanabpvaz@gmail.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

Índice de tabelas:.....	4
Abreviaturas:.....	5
Resumo:.....	6
Abstract:.....	8
Introdução:.....	11
Material e Métodos:.....	13
Resultados:.....	15
Discussão:.....	21
Conclusão:.....	26
Agradecimentos:.....	27
Referências Bibliográficas.....	28
Anexo.....	30

Índice de tabelas

Tabela I: Descrição da população e da amostra, no global e por ter ou não a especialidade de Medicina Geral e Familiar.....	15
Tabela II - Distribuição da amostra por sexo, formação anterior em ICPC-2 e idade média, em função de ser especialista ou interno de MGF.....	16
Tabela III - Informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas.....	17
Tabela IV - Informação que deveria constar numa consulta, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico.....	18
Tabela V - Percentagem de respostas múltiplas (mais que uma resposta assinalada em cada capítulo que compõe a consulta)	19
Tabela VI - Informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas” com a “Informação que deveria constar numa consulta, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico” para o global das respostas.....	20

Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CID - Classificação Internacional De Doenças

CEL - Claro, Entendível e Lógico

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ICPC 2 - Classificação internacional de Cuidados Primários (International Classification in Primary Care)

MGF - Medicina Geral e Familiar

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

WONCA - Sociedade Europeia de Clínica Geral /Medicina Familiar (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

RESUMO

Introdução: Sendo crítico o conhecimento do ocorrido no ambiente de contacto entre médico e consulente, impõe-se o estudo da informação que os médicos mais valorizam no registo da consulta no ambiente de Medicina Geral e Familiar, quando executadas segundo o método de WEED-SOAP.

Objectivos: Conhecer a opinião de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e de internos de especialidade quanto à informação mais valorizada para a compreensão do ocorrido em consultas anteriores e quanto à informação que deve constar numa consulta, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico. Secundariamente verificar diferenças consideráveis em variáveis, como género e formação anterior em ICPC-2.

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

Universo: Médicos especialistas e internos de MGF da área de influência da ARS do Centro que estavam a trabalhar em instituições agrupadas em Agrupamentos de Centro de Saúde.

População: 50% das unidades dos ACES da área de influência da ARS do Centro escolhidas aleatoriamente por meio de sorteio, após ordenação nominal de A a Z, em cada ACES.

Métodos: Aplicação de questionário validado com questões de resposta múltipla e pergunta aberta aos médicos e internos pertencentes às UCSP e USF seleccionadas aleatoriamente, após autorização da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS do Centro. Análise estatística descritiva e inferencial em SPSS versão 20.0.

Resultados: Taxa de resposta global de 53,2%. Dos que responderam, somente 39,4% correspondem a internos de especialidade. Para a compreensão do ocorrido em consultas passadas, a informação mais valorizada em S foi a anotação explicativa (44,5%), em O a anotação com o estado do paciente (63,5%), em A a codificação em ICPC-2 (73,4%) e em P a

anotação explicativa do plano (42,3%). Apenas um ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P foi considerado em 8,4% dos inquiridos. Não se registaram diferenças significativas nas variáveis de género e formação anterior em ICPC-2. A informação mais valorizada para constar numa consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares no futuro foi em S, a anotação explicativa (39,8%), em O a anotação com o estado do paciente (60%), em A a codificação em ICPC-2 (78,4%) e em P a anotação explicativa do plano (34,4%). Apenas um ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P foi considerado o mais importante por 7,2% dos indivíduos. Os valores obtidos foram praticamente idênticos nas duas variáveis consideradas, excepto em P, em que os indivíduos com formação em ICPC-2 consideraram significativamente menos importante a codificação do que os sem formação (variação $p=0,018$).

Discussão: Podemos afirmar que os inquiridos consideraram a anotação mais importante nos capítulos S e P, para a compreensão do ocorrido em consultas passadas e na interpretação de uma consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, sendo a codificação considerada insuficiente. No capítulo A, a codificação teve maior preferência em ambas as questões. A informação mais valorizada para a compreensão do ocorrido em consultas passadas foi coincidente com a informação a constar numa consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, obedecendo o estatuído no código deontológico.

Conclusão: Para a compreensão de uma consulta passada e para a interpretação de uma consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares, a anotação é preferida nos capítulos S e P e a codificação tem maior primazia no capítulo A.

Palavras-chave:

Anotação; Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2); Codificação; Código Deontológico; Consulta; Medicina Geral e Familiar (MGF); Registo Clínico.

ABSTRACT

Background: The knowledge of what happens in every doctor-patient relationship environment is extremely important nowadays. Therefore, it is utterly relevant that we, as physicians, study which information is most valued by family physicians within each consultation, according to the WEED-SOAP method.

Objective: The main purpose of this study is to know the opinion of both interns and family physicians about which information is most valued to understand what happened in previous consultations and which information must be logged regarding future legal, ethical and disciplinary problems, making it intelligible and respecting the deontological code. As a secondary purpose, we intend to analyse noteworthy disparities in variables such as gender or previous ICPC-2 experience.

Study Design: Observational, cross-sectional and analytical study, by means of a multiple-choice and open question survey.

Setting: Family physicians and interns working in health centers in the area covered by the Central Regional Administration for Health (ARS do Centro).

Participants: Randomly selected percentage of physicians (50%, sorted out after nominal ordering from A to Z) working in primary health centers in the area covered by the Central Regional Administration for Health (ARS do Centro).

Methods: Data collected from a multiple choice and open question survey filled in by family physicians belonging to the Family Health Units (USF) and Personalized Health Care Units (UCSP) in the area covered by the Central Regional Administration for Health (ARS do Centro), after approval of their Ethics Commission. The descriptive and inferential statistical analysis was obtained using SPSS statistics software v20.0.

Results: Global survey response rate of 53.2%, with 39.4% of the total belonging to intern physicians. To comprehend the events in previous consultations, the most valued information in chapter S was the explanatory annotation (44.5%), in chapter O the annotation regarding patient health status (63.5%), in chapter A ICPC-2 classification (73.4%) and in chapter P the explanatory annotation of the proposed plan (42.3%).

8.4% of the surveyed physicians only consider a clear, intelligible and logical environment. There were no significant differences regarding gender and previous ICPC-2 training. The most valued information to clarify clinical records on future legal, ethical or disciplinary matters was, in chapter S the explanatory annotation (39.8%), in chapter O the annotation regarding patient status (63.5%), in chapter A the ICPC-2 classification (78.4%), and in chapter P the explanatory annotation of the proposed plan (34.4%).

A clear, intelligible and logical environment was deemed most important by 7.2% of the inquired physicians. The obtained data was practically identical in both assessed variables, except in chapter P in which individuals with ICPC-2 training believed that encoding was less important than those without training (variation $p=0.018$)

Discussion: The surveyed physicians considered annotation more important in chapters S and P for better understanding of the events in previous consultations as well as for improving clarification on clinical records regarding future legal, ethical and disciplinary matters, being ICPC-2 classification considered insufficient. In chapter A, ICPC-2 encoding was the most favored answer in both questions. The most valued information for understanding what happened in previous consultations was equivalent to the most valued information to be contained in a consultation concerning future legal, ethical or disciplinary problems, respecting what is stated in the deontological code.

Conclusion: To clarify clinical records on legal, ethical or disciplinary matters and to understand previous consultations, annotation is preferred in chapters S and P while ICPC-2 classification is favored in chapter A.

Keywords:

Annotation; International Classification in Primary Care (ICPC-2); Encoding; Deontological Code; Office Visit; Family Practice; Clinical Record Keeping.

Introdução

A especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) exerce-se sobretudo em consulta, sendo o registo de informação da consulta a nível informático primordial. O bom registo clínico é uma das principais ferramentas do médico de família^{1,2} e a tarefa de registar deve ser encarada como uma necessidade de traduzir no presente, de forma fiel, o estado de saúde do doente, assim como, no futuro, planear e monitorizar o seu acompanhamento.² O registo clínico é por vezes a única fonte que permite recolher informação sobre a atividade clínica, pelo que fornece dados para auditorias e investigação judicial, refletindo a qualidade dos cuidados médicos e contribuindo para a formação, investigação e estudo epidemiológico.²⁻⁵

Na atualidade, o conhecimento do ocorrido no ambiente de contacto entre médico e consulente é crítico, sendo desta forma importante o estudo do tipo de informação que os médicos colhem na consulta e de como a registam segundo o método de Weed-SOAP. Neste método pode-se utilizar a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) e, de uma forma lógica e sequencial, informação que em S reflecte o motivo de consulta segundo o consulente, em O se regista o seu estado físico e psíquico e se anotam os resultados dos exames complementares, em A se faz a identificação do diagnóstico médico e em P se realiza o conhecimento do plano e procedimentos desenhados para e com o consulente.^{6,7} A ICPC-2 surgiu para complementar a utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID) no contexto da assistência em cuidados de saúde primários.^{7,8} Pode haver realização de codificação para S, A e P segundo a ICPC-2 e a anotação escrita em todos os campos.

Assim sendo, é pertinente estudar qual é a informação (codificação e/ou anotações) necessária numa consulta para que seja clara e entendível, para que outros médicos a consigam interpretar e, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares no futuro, o que deve constar

nos vários capítulos que compõem a consulta, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico.

A forma como é encarada esta temática, a falta de estudos em Portugal nesta área e a sua realização prática leva-nos à necessidade da sua análise nos médicos especialistas em MGF e nos internos de especialidade da mesma área.

Neste sentido, este trabalho pretendeu conhecer a opinião de médicos especialistas em MGF e de internos de especialidade quanto à análise da informação mais valorizada para a compreensão do ocorrido em consultas passadas, bem como da informação que deve constar numa consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico. Secundariamente, pretendeu-se perceber se há diferenças consideráveis nas respostas entre algumas variáveis, como género e formação anterior em ICPC-2.

Material e métodos

Estudo observacional transversal, analítico, aleatório, por meio de questionário e de pergunta aberta.

O universo é constituído por médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) e internos de especialidade da área de influência da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro. A população foi escolhida aleatoriamente por meio de sorteio, após ordenação nominal de A a Z dos Centros de Saúde de cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e é definida por médicos de 50% dos Centros de Saúde de cada ACES.

Foi solicitada autorização à ARS do Centro para a realização do projeto e para o fornecimento de dados, após aprovação do protocolo pela Comissão de Ética da Saúde (CES) da ARS do Centro.

O questionário foi realizado através das respostas de um painel de peritos (dois especialistas em MGF, um interno da especialidade de MGF, um psicólogo e uma socióloga), que em três rondas estabilizaram a sua opinião positiva quanto à capacidade de as perguntas no questionário poderem medir os objectivos desenhados. Seguiu-se a metodologia de, na primeira ronda, apresentar 5 perguntas para cada objectivo pedindo que se escolhesse as que considerassem mais pertinentes em cada objectivo. Na segunda ronda apresentou-se o protótipo que foi corrigido em dois pontos, sendo aceite sem discussão na terceira ronda (questionário no anexo 1).

Da amostra fazem parte médicos e internos da especialidade de MGF dos seguintes locais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Belmonte (ARS Cova da Beira); UCSP Leiria, UCSP Marinha Grande e Unidade de Saúde Familiar (USF) D. Diniz (ARS Pinhal Litoral); UCSP Canas de Senhorim, UCSP Carregal do Sal e USF Estrela Dão (ARS

Dão Lafões); UCSP Penela, UCSP Góis (ARS Pinhal Interior Norte); UCSP Penacova, UCSP Mealhada (ARS Baixo Mondego); UCSP Anadia e UCSP Murtosa (ARS Baixo Vouga).

Os diretores dos ACES foram contactados para ser conhecido o número de médicos (especialistas e internos) em cada Unidade de estudo e prontificaram-se a solicitar resposta junto dos Coordenadores de Unidade de Saúde, do Diretor Clínico e dos Coordenadores das USFs e das UCSPs. O questionário foi enviado no número necessário para cada Unidade de Saúde, em pacote postal no qual havia envelope verde para reenvio dos questionários, para ser distribuído e respondido em reunião de serviço. Foi feito recordatório por telefonema aos Coordenadores de Actividades das Unidades que ainda não haviam respondido ao fim de três meses de envio.

Metodologia estatística:

Foi elaborada uma base de dados para análise estatística descritiva e inferencial em SPSS versão 20.0. A inferenciação foi feita pelo Teste de χ^2 para variáveis nominais, 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 156 questionários. Na tabela I podemos verificar uma proporção global de resposta de 53,2%, sendo que os especialistas responderam mais que os Internos de especialidade, 56,9% e 39,4% respetivamente. As percentagens de respostas foram entre 38,2% (ACES Pinhal Litoral) e 84,6% (ACES Dão Lafões).

Tabela I: Descrição da população e da amostra, no global e por ter ou não a especialidade de Medicina Geral e Familiar.

ACES	Unidade de Saúde	População	Amostra	% Amostra	Especialista n enviado e % recebida	Interno n enviado e % recebida	% Amostra ACES
Cova da Beira	Belmonte	4	3	75	3 (100)	1 (0)	75
Pinhal Litoral	D.Diniz	11	6	54,5	6 (50)	5 (60)	38,2
	Leiria	34	8	23,5	28 (17,9)	6 (50)	
	Marinha Grande	23	12	52,3	19 (63,2)	4 (0)	
Dão Lafões	Canas de Senhorim	3	3	100	3 (100)	0(0)	84,6
	Carregal do Sal	5	3	60	5 (60)	0(0)	
	Estrela Dão	5	5	100	5(100)	0(0)	
Pinhal Interior Norte	Penela	4	4	100	4 (100)	0(0)	75
	Góis	4	2	50	4 (50)	0 (0)	
Baixo Mondego	Mealhada	15	13	36,7	8 (87,5)	7 (85,7)	67,9
	Penacova	13	6	46,2	10 (50)	3 (33)	
Baixo Vouga	Anadia	26	11	42,3	20 (55)	6 (0)	52,4
	Murtosa	9	7	77,8	8 (87,5)	1 (0)	
Total		156	83	53,2	123 (56,9)	33 (39,4)	53,2

Na tabela II verifica-se haver uma distribuição normal das amostras de especialistas e de internos pela idade e uma baixa formação em ICPC-2 pela amostra.

Tabela II: Distribuição da amostra por sexo, formação prévia em ICPC e idade média, em função de ter ou não a especialidade de Medicina Geral e Familiar.

	Especialista	Interno	p
Sexo			
Masculino	30 (42,9)	4 (30,8)	0,310
Feminino	40 (57,1)	9 (69,2)	
Ter formação ICPC2	34 (48,6)	5 (38,5)	0,358
Idade			
Média±dp	52,2±9,1	30,2±2,2	<0,001
Ic a 95%	50,0 a 54,2	29,2 a 31,5	

Na tabela III verifica-se que a informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas nos diferentes capítulos não teve variação significativa de acordo com o género e anterior formação em ICPC-2.

Tabela III: Informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas.

Variável	Valores totais		Sexo Feminino		Sexo Masculino		p	Com formação ICPC2		Sem formação ICPC2		p	
	n	%	n	%	n	%		N	%	n	%		
Capítulo/Percentagem	n	%	n	%	n	%		N	%	n	%		
S	Codificação em ICPC2	26	21,8%	12	17,9%	14	26,9%	0,347	13	22,0%	13	21,7%	0,368
	Anotação explicativa	53	44,5%	31	46,3%	22	42,3%		28	47,5%	25	41,7%	
	Anotação do que consulente exprime	40	33,6%	24	35,8%	16	30,8%		18	30,5%	22	36,7%	
O	Anotação com o estado do paciente	61	63,5%	33	57,9%	28	71,8%	0,200	30	62,5%	31	64,6%	0,279
	Anotação clara	35	26,5%	24	42,1%	11	28,2%		18	37,5%	17	35,4%	
A	Codificação em ICPC2	69	73,4%	39	69,6%	30	78,9%	0,270	33	73,3%	36	73,5%	0,708
	Anotação explicativa	25	26,6%	17	30,4%	8	21,1%		12	26,7%	13	26,5%	
P	Codificação em ICPC2	27	20,8%	13	17,6%	14	25,0%	0,644	12	18,2%	15	20,3%	0,820
	Anotação clara em P	18	13,8%	11	14,9%	7	12,5%		10	15,2%	8	10,8%	
	Anotação explicativa de procedimentos realizados	30	23,1%	20	27,0%	10	17,9%		17	25,8%	13	31,1%	
	Anotação explicativa do plano	55	42,3%	30	40,5%	25	44,6%		27	40,9%	28	37,8%	
Apenas ambiente CEL de S a P SIM (*)	7	8,4%	5	10,2%	2	5,9%	0,393	3	7,7%	4	9,1%	0,568	
Apenas ambiente CEL de S a P NÃO (*)	76	91,6%	44	89,8%	32	94,1%		36	92,3%	40	90,9%		

(*) Nota: "Apenas ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P"

Na tabela IV, não se observam alterações significativas nas respostas consideradas de acordo com o género. No entanto, em relação à variável de ter ou não formação em ICPC-2, no capítulo P, verifica-se uma variação significativa na informação que deveria constar numa consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros ($p=0,018$).

Tabela IV: Informação que deveria constar numa consulta, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico.

Variável	Valores totais		Sexo Feminino		Sexo Masculino		p	Com formação ICPC2		Sem formação ICPC2		p	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		
Capítulo/Percentagem	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		
S	Codificação em ICPC2 (1)	26	23,0%	14	22,6%	12	23,5%	0,095	13	22,0%	14	24,1%	0,595
	Anotação explicativa (2)	45	39,8%	26	41,9%	19	37,3%		28	47,5%	21	36,2%	
	Anotação do que consulente exprime (3)	42	37,2%	22	35,5%	20	39,2%		18	30,5%	23	39,7%	
O	Anotação com o estado do paciente (1)	57	60,0%	31	56,4%	26	65%	0,908	30	62,5%	29	60,4%	0,281
	Anotação clara em O (2)	38	40,0%	24	43,6%	14	35%		18	37,5%	19	39,6%	
A	Codificação em ICPC2 (1)	69	78,4%	39	76,5%	30	81,1%	0,803	33	73,3%	36	78,3%	0,710
	Anotação explicativa (2)	19	21,6%	12	23,5%	7	18,9%		12	26,7%	10	21,7%	
P	Codificação em ICPC2 (1)	34	25,9%	18	23,7%	16	29,1%	0,684	12	18,2%	18	28,6%	0,018
	Anotação clara em P (2)	20	15,3%	13	17,1%	7	12,7%		10	15,2%	10	15,9%	
	Anotação explicativa de procedimentos realizados (3)	32	24,4%	17	22,4%	15	27,3%		17	25,8%	13	20,6%	
	Anotação explicativa do plano (4)	45	34,4%	28	36,8%	17	30,9%		27	40,9%	22	34,9%	
Apenas ambiente CEL de S a P SIM (1)	6	7,2%	4	8,2%	2	5,9%	0,524	3	7,7%	3	6,8%	0,603	
Apenas ambiente CEL de S a P NÃO (2)	77	92,8%	45	91,8%	32	94,1%		36	92,3%	41	93,2%		

(*) Nota. "Apenas ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P"

Na Tabela V, verificamos que no capítulo P há uma maior percentagem de respostas múltiplas em ambas as questões (39% e 44%). Os capítulos O e A obtiveram as percentagens menores

de resposta múltipla na primeira pergunta (16% em O e 15% em A) e na segunda pergunta (16% e 9%, respectivamente).

Tabela V: Percentagem de respostas múltiplas (mais que uma resposta assinalada em cada capítulo que compõe a consulta).

Informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas.					
	Valores totais (%)	Sexo feminino (%)	Sexo masculino (%)	Com formação ICPC2 (%)	Sem formação ICPC2 (%)
S	30	25	38	39	32
O	16	16	15	23	9
A	15	17	12	18	11
P	39	37	41	46	32
Informação que deveria constar numa consulta, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico.					
% de respostas múltiplas	Valores totais	Sexo feminino	Sexo masculino	Com formação ICPC2	Sem formação ICPC2
S	27	26	36	32	23
O	16	12	21	24	9
A	9	6	12	14	5
P	44	48	39	55	34

Pela tabela VI, a comparação dos resultados dos quadros acima permite verificar que não há diferenças significativas para a amostra global, ao ser comparada “Informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas” com a “Informação

que deveria constar numa consulta, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico”.

Tabela VI: “Informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas” vs. “Informação que deveria constar numa consulta, em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros, para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico” para o global das respostas.

Ambiente	P
Subjectivo	0,360
Objectivo	0,462
Avaliação	0,097
Plano	0,512
Apenas ambiente geral de S a P	0,564

Discussão

A metodologia seguida para a escolha da população a ser questionada permite realizar inferências por ter havido aleatorização. Não sendo possível obter listagens dos médicos para os aleatorizar individualmente, optou-se por realizar a aleatorização por unidades dentro dos respectivos ACES. A taxa de resposta – 53,2% - é animadora, apesar de todas as dificuldades na obtenção das respostas das várias unidades inquiridas e que obrigou, em alguns casos, a telefonar ao responsável para ela fosse obtida. De fato, nalguns casos, passaram-se meses até se obterem respostas, quer porque os Conselhos Clínicos tardaram em responder, quer porque os responsáveis pelas unidades aleatorizadas se atrasaram a enviar os questionários.

Este trabalho pretendia conhecer a opinião de médicos e internos de MGF quanto à informação a valorizar numa consulta passada e quanto à informação a constar numa consulta, em caso de problemas éticos, legais e disciplinares futuros, obedecendo o código deontológico.

Sendo 53,2% a proporção de resposta global, deve salientar-se que os internos de especialidade responderam em menor proporção (39,4%). Uma hipótese que se coloca para este acontecimento é a possibilidade de nalguns locais os internos não assistirem às reuniões de serviço, tendo sido este o momento indicado para a realização dos questionários. Outra hipótese viável é a deslocação de internos das suas unidades de saúde, por frequência em estágios hospitalares, durante o período em que os questionários foram enviados. Verificamos também que a adesão ao questionário foi maior nos centros com menos profissionais, nomeadamente os pertencentes aos ACES Cova da Beira, Dão Lafões e Pinhal Interior Norte. Na informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas, em S, a anotação explicativa foi claramente preferida (44,5%), tendo a codificação um papel menor em todas as variáveis (21,8%). Cerca de 30% dos inquiridos considerou importante

quer a anotação, quer a codificação para análise posterior do registo clínico. Esta preferência da anotação em vez da codificação era esperada, tendo em conta que a primeira tende a ser mais utilizada neste capítulo.⁹

No capítulo O, a anotação com o estado do paciente teve uma valorização consideravelmente superior (63,5%) à anotação clara, para a compreensão de consultas passadas.

No capítulo A, a codificação teve uma apreciação evidente (73,4%) para a interpretação do registo de consultas anteriores. Cerca de 15% dos indivíduos consideraram a codificação e a anotação explicativa igualmente necessárias. Este resultado está de acordo com a maior utilização da codificação no registo clínico da consulta neste capítulo.⁹

No capítulo P, na informação mais valorizada para a compreensão do ocorrido em consultas anteriores, a anotação explicativa do plano teve uma maior preferência (42,3%), seguida da anotação de procedimentos realizadas. A codificação pareceu ter menor importância para os inquiridos (20,8%). Em P, houve uma maior percentagem de respostas múltiplas (39%) em relação aos outros capítulos, o que demonstra a importância de utilizar simultaneamente quer a anotação, quer a codificação em ICPC-2, para que o registo clínico forneça os dados necessários.¹⁰

Da amostra, apenas 8,4% considera que basta um ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P para se compreender a consulta passada.

Segundo o código deontológico, artigo 100º (Processo clínico, ficha clínica e exames complementares) “o médico deve registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo. A ficha clínica é o registo dos dados clínicos do doente e tem como finalidade a memória futura e a comunicação entre os profissionais que tratam ou virão a tratar o doente. Deve, por isso, ser suficientemente clara e detalhada para cumprir a finalidade.”¹¹ Obedecendo o referido anteriormente, na informação que os inquiridos consideram que deveria constar numa consulta, em caso de

problemas legais, éticos e disciplinares futuros, em S a anotação explicativa foi igualmente preferida (39,8%), seguida por perto pela anotação do que o consulente exprime (37,2%) e tendo novamente a codificação uma importância inferior nas diferentes variáveis. Dos consultados, cerca de 27% consideraram a anotação e codificação concomitantemente importantes.

No capítulo O, a anotação com o estado do paciente teve uma valorização superior (60%) à anotação clara.

No capítulo A, a codificação teve novamente uma apreciação clara (78,4%) para que a consulta obedeça o estatuído no código deontológico. Estes resultados demonstram que para além de ser mais fácil a utilização da codificação neste capítulo, a maioria dos médicos compreende que esta permite o fornecimento de dados de morbilidade nacional importantes para o planeamento em saúde.¹² Apenas 9% dos inquiridos consideraram a codificação e a anotação explicativa simultaneamente essenciais.

No capítulo P, a anotação explicativa com o plano foi a opção que os inquiridos consideraram mais importante para a interpretação da consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares no futuro em todas as variáveis, seguida da anotação de procedimentos realizados. No entanto, neste capítulo existiu uma variação significativa ($p=0,018$) em relação à variável de ter ou não formação em ICPC-2, neste caso, os inquiridos com formação em ICPC-2 consideraram menos importante a codificação (18,2%) do que os indivíduos sem formação (28,6%), o que carece de ser estudado para explicação cabal.

Este capítulo voltou a ter nesta questão a maior percentagem de respostas múltiplas (44%), sendo que os indivíduos com formação em ICPC-2 deram mais importância à utilização da anotação juntamente com a codificação (55%) do que os indivíduos sem formação (34%).

Apenas um ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P foi considerado em cerca de 7,2% dos indivíduos.

Pelo quadro VI podemos verificar que a informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas é praticamente coincidente com a informação que os inquiridos pensam que devia constar numa consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares futuros.

Com estes resultados, podemos verificar que no capítulo S e sobretudo no capítulo P do registo clínico SOAP a codificação não merece o maior destaque, confirmando-se que *“a codificação não parece suficientemente expressiva para substituir a rica descrição semiológica do que se escuta e do que se subentende ou a complexidade e a incerteza do que se ajuíza¹⁰”*. Na classificação dos motivos e procedimentos poder-se-á também verificar falta de treino.¹² Nem sempre tudo o que se descreve e se ajuíza, num momento que pode ser demasiado breve, consegue ser transcrito num código.¹⁰ *“O problema das classificações não reside na ICPC, mas sim na forma como é utilizada.”¹⁰* Em S, a codificação pode frequentemente ignorar a terminologia e visão do doente e em P, o facto de não existirem critérios de inclusão e exclusão definidos na ICPC-2 poderá dificultar a utilização da classificação.¹³

Já em 1995, José Guilherme Jordão relata na sua tese de doutoramento que *“a importância da informação contida nos registos médicos exige a aquisição de competência sobre registos clínicos e sistemas de informação adaptados aos Cuidados Primários e ao exercício da Medicina Geral e Familiar”¹⁴*. Para que as informações contidas nos registos médicos electrónicos possam ser estudadas e comparadas, é necessário que os médicos saibam aplicar na prática a ICPC-2 e o façam de forma consistente. O treino dos médicos de família poderá ser uma forma de evitar erros e vieses na utilização da classificação.¹² É importante, por isso, o investimento na formação dos médicos de família e internos de especialidade quando ao uso da ICPC-2, para minimizar os erros de codificação.¹⁵

Estas foram algumas respostas abertas que obtivemos e que representam de forma narrativa os resultados que adquirimos: *“ICPC-2 constitui um método de codificação uniformizado o que facilita a "linguagem/informação" entre os médicos de modo mais fácil e rápido, tendo em conta o tempo disponível para cada consulta. Claro que em situações excepcionais pode-se justificar uma anotação explicativa.”*; *“Para dados estatísticos é necessário a codificação de ICPC-2, mas é importante completar com anotações explicativas todos os itens.”*; *“A codificação ICPC-2 é muito importante, mas a anotação explicativa deve complementar essa codificação, caracterizando os vários componentes do SOAP.”*.

Inicialmente, este trabalho pretendeu também perceber se haveria diferenças significativas nas respostas às duas questões efectuadas em relação ao grau de formação e grupo etário (variáveis). No entanto, o número de questionários recebidos respondidos por internos, grupo etário mais novo, não foi suficiente em tamanho para se poder efectuar a comparação pretendida.

Visto que são desconhecidos trabalhos nesta área, sugiro a realização de futuras investigações que permitam conhecer a qualidade da informação registada (anotações e codificação).

Conclusão

Concluimos que a informação mais valorizada para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas foi em S a anotação explicativa, em O a anotação clara com o estado do paciente, em A a codificação e em P a anotação explicativa com o plano. Tendo sido igualmente esta a informação que os inquiridos consideraram mais importante para constar numa consulta em caso de problemas legais, éticos e disciplinares no futuro, para que esta seja perceptível e obedeça ao estatuído no código deontológico.

Estes resultados permitem afirmar que a anotação é preferida nos capítulos S e P e que a codificação tem maior primazia no capítulo A.

Para que a codificação passe a ser mais valorizada pelos médicos de família e internos de especialidade, sugiro que se deva investir mais na formação em ICPC-2.

Agradecimentos

Agradeço à ARS do Centro por ter aceitado este trabalho, aos ACES por me terem cedido os dados necessários e a todos os centros de saúde, médicos e internos de especialidade por terem colaborado no projeto e amavelmente respondido ao questionário.

Agradeço especialmente ao Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago por toda a orientação, pelo conhecimento transmitido, pela paciência sempre demonstrada para o esclarecimento de todas as dúvidas e por sempre me ter entusiasmado na realização do projeto.

Agradeço à Doutora Margarida Silvestre a disponibilidade demonstrada e o auxílio fornecido.

Agradeço à minha grande família e à minha melhor amiga o apoio incondicional.

Agradeço à minha amiga e companheira de casa por ter comigo partilhado esta aventura diariamente.

Agradeço ao meu namorado por todos os minutos de dedicação, pelo constante amparo e por estar sempre presente em todos os momentos.

Referências Bibliográficas:

1. Rakel RE, Rakel DP. Textbook of Family Medicine. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011.
2. Queirós, M.J., SOAP Revisitado, Rev Port Clín Geral, 2009, 25:221-7
3. Simões, J.A., A consulta em Medicina Geral e Familiar, Rev Port Clín Geral, 2009, 25: 197-8.
4. De Lusignan S, Teasdale S, Little D, Zapp J, Zuckerman A, Bates DW, et al. Comprehensive computerized primary care records are an essential component of any national health information strategy: report from an international consensus conference. Inform Prim Care 2004; 12 (4): 255-64
5. Pigeot I, De Henauw S, Foraita R, Janh I, Ahrens W. Primary prevention from the epidemiology perspective: three examples from the practice. BMC Med Res Methodol 2010 Feb 3; 10 (1): 10
6. Caeiro, R., Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.
7. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. ICPC-2, Classificação Internacional de Cuidados Primários, segunda edição. Lisboa: APMCG; Oxford University Press, 1999, edição revista, 2011.
8. Sampaio, M., Coeil, C.M, Faerstein, E., Confiabilidade interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários; Rev saúde publica 2008; 42 (3)536-41
9. Santiago, Luiz Miguel, Anotações, Codificações e Registos na Consulta de Medicina Geral e Familiar, Rev Port Clin Geral, 2011, 28:313.

10. Braga, Raquel, Os registos clínicos e a codificação, Rev Port Clín Geral Familiar, 2012, 28:155-6.
11. Código Deontológico. Disponível em:
<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=cc42acc8ce334185e0193753adb6cb77> (acedido 17 de Janeiro 2013)
12. Melo M. O uso da ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Med Geral Fam 2012 Jul-Ago; 28 (4): 245-6.
13. Pinto D., Corte-Real, S. Codificação com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) por internos de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clín Geral 2010 Jul-Ago; 26 (4). 370-82.
14. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado (Dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina; 1995, pag 121
15. Barreiro, D., LM Santiago, 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

Anexo 1: Questionário realizado

A informação a valorizar para a compreensão do que ocorreu em consultas passadas em Medicina Geral e Familiar.

Autores: Joana Bárbara Pereira Vaz (*) e Luiz Miguel Santiago (**)

(*) Aluno de Mestrado Integrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

(**) Consultor, Especialista Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar, ADES Baixo Mondego 1, ARS do Centro IP, Professor Associado da Universidade da Beira Interior.

Trabalho no âmbito da Tese de Mestrado em Medicina.

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesses e suportar todas as despesas inerentes à realização do trabalho.

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

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

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

Idade: _____ Sexo: ♀ ♂ Especialista: Interno:

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

Se tivesse de hoje analisar uma consulta efetuada há tempos, por si ou por outro médico, **que informação mais valorizaria para a compreensão do que então ocorreu** em cada um dos capítulos abaixo?

S	Codificação ICPC2	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa	<input type="checkbox"/>
	Anotação do que o consulente exprime	<input type="checkbox"/>
O	Anotação com o estado de paciente (impressão e resultados de análises e exame físico)	<input type="checkbox"/>
	Anotação clara em O	<input type="checkbox"/>
A	Codificação ICPC2	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa	<input type="checkbox"/>
P	Codificação ICPC2	<input type="checkbox"/>
	Anotação clara em P	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa de Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa de Plano	<input type="checkbox"/>
Apenas ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P		<input type="checkbox"/>

Em caso de problemas legais, éticos e disciplinares no futuro que informação pensa que deveria constar numa consulta para que esta seja perceptível e obedeça o estatuído pelo código deontológico?

S	Codificação ICPC2	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa	<input type="checkbox"/>
	Anotação do que o consulente exprime	<input type="checkbox"/>
O	Anotação com o estado de paciente (impressão e resultados de análises e exame físico)	<input type="checkbox"/>
	Anotação clara em O	<input type="checkbox"/>
A	Codificação ICPC2	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa	<input type="checkbox"/>
P	Codificação ICPC2	<input type="checkbox"/>
	Anotação clara em P	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa de Procedimentos realizados	<input type="checkbox"/>
	Anotação explicativa de Plano	<input type="checkbox"/>
Apenas ambiente geral claro, entendível e lógico de S a P		<input type="checkbox"/>

Opinião que queira exprimir:

Obrigada pela colaboração.