



**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**

**GONÇALO FILIPE FERNANDES GODINHO**

***O QUE LEVA UMA PESSOA À CONSULTA:  
CONFRONTO DE PERSPECTIVAS***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO  
PROFESSOR DOUTOR CARLOS MANUEL BRAZ SARAIVA**

**SETEMBRO 2014**

Gonçalo Filipe Fernandes Godinho

**O QUE LEVA UMA PESSOA À  
CONSULTA: CONFRONTO DE  
PERSPECTIVAS**

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de  
Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Travessa Rua dos Aviaais, S. Martinho do Bispo. 3045-280 Coimbra

ggodinho\_9@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 do Professor Doutor Carlos Saraiva.*

## Índice Geral

Resumo .....	4
Palavras-chave.....	5
Abstract.....	6
Keywords .....	7
Introdução.....	8
Materiais e métodos.....	12
Resultados.....	14
Discussão.....	19
Conclusão .....	24
Agradecimentos.....	25
Referências Bibliográficas .....	26

## **Resumo**

**Introdução:** A comunicação médico-doente, apesar de toda a sua importância é um tema pouco explorado na literatura médica, devendo ser avaliado para tomada de consciência da sua utilidade.

**Objectivo:** Conhecer o resultado desta comunicação e de que forma os doentes a entendem.

**Materiais e métodos:** Estudo observacional e transversal, realizado entre Fevereiro e Julho de 2014, na Unidade de Saúde Familiar Topázio, por aplicação de questionário, baseado na classificação ICPC-2, aos consulentes que se encontravam no local, sobre o motivo de consulta. No fim da recolha dos dados, estes foram cruzados com a informação recolhida e classificada pelos médicos na consulta do dia em que foram entrevistados. Realizou-se estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Foi estudada uma amostra de 82 indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (68,3%), com uma média de idade de  $51,2 \pm 20,6$  anos. Os consulentes referem 96 motivos de consulta no total, com maior prevalência para “geral e inespecífico” (16), “endócrino, metabólico e nutricional” (14 vezes), “sistema músculo-esquelético” e “gravidez/planeamento familiar” (13 vezes, cada), enquanto os médicos codificam 81 motivos de consulta, sendo “endócrino, metabólico e nutricional” e “gravidez/planeamento familiar” (13 vezes) os mais comuns. O grau de semelhança entre a informação veiculada pelos doentes e a codificada por médicos foi de 78%. Dos consulentes 86,6% sente-se satisfeito com a comunicação com o seu médico.

**Discussão:** Não existindo mais estudos sobre esta temática, torna-se imprescindível que mais estudos como este sejam realizados noutros locais de cuidados de saúde primários, mas também em hospitais, de forma a conhecer-se de que forma a comunicação é realizada e saber a sua importância para a obtenção diagnóstica com melhoria dos resultados terapêuticos.

**Conclusão:** Existe boa comunicação médico-doente na USF Topázio e os consulentes estão satisfeitos com a forma como essa comunicação está a ser realizada.

### **Palavras-chave**

Medicina Geral e Familiar; Relação médico-doente; Comunicação; ICPC-2; Agenda; Motivos de consulta

## **Abstract**

**Introduction:** *The doctor-patient communication, despite all its importance, is unexplored in the literature, which must be evaluated for awareness of its usefulness.*

**Objectives:** *To know doctor-patient communication results and how patients understand it.*

**Materials and methods:** *Observational cross-sectional study, made from February 2014 to July 2014, in the USF Topázio, using a questionnaire based on the ICPC-2 to consultees that were in the local for consultation. They were asked about the reasons of consultation. At the end of data collection, they were crossed with the information collected and coded by the physicians of the on these consultants interviewed. Descriptive and inferential statistic was performed.*

**Results:** *It was collected a sample of 82 individuals, mostly female (68.3%), with an average age of 51.2 years old and a standard deviation of 20.6. The patients referred 96 reasons, with a highly answer rate for "general and non-specific" (16), "endocrine, nutritional and metabolic" (14 times), "musculoskeletal system" and "pregnancy / family planning" (13 times, each), while physicians encoded 81 reasons, like "endocrine, metabolic and nutritional" and "pregnancy / family planning" (13 times were). The degree of similarity between the information provided by patients and coded by physicians was 78%. 86.6% of consultees feel satisfied with the communication with their doctor.*

**Discussion:** *In the absence of other studies on this subject, it is essential that more studies like this are made in the primary health care setting, in order to know patient-doctor communication results and its importance to obtain better diagnosis and to improve therapeutic out-comes.*

**Conclusion:** *There is a good doctor-patient communication at USF Topázio and consultants are satisfied with the way communication is held.*

***Keywords***

*General practice; Doctor-patient relationship; Communication; ICPC-2; Agenda; Reasons for consultation.*



## **Introdução**

A Medicina Geral e Familiar, como porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, tem um grande compromisso com a pessoa, ao invés de tantas outras especialidades médicas, que partilham o paciente com uma categoria específica de doenças. É, assim, uma medicina altamente contextualizada, que implica compreensão do paciente, médico e sistema de saúde.<sup>1</sup> Sendo praticada uma medicina baseada na pessoa, a relação médico-doente é a pedra basilar de todo o processo clínico, estando provado que esta é um bom indicador da adesão terapêutica por parte do doente.

A comunicação, definida como um processo dinâmico, complexo e permanente, através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos, torna-se parte fulcral para o estabelecimento de uma boa relação médico-doente, importante para que as decisões diagnósticas e terapêuticas sejam tomadas da forma mais assertiva.<sup>2</sup> Apesar do ser humano ser naturalmente social, torna-se imperativo que o médico vá aperfeiçoando as suas capacidades comunicativas como parte das suas funções profissionais, desenvolvendo a empatia, cordialidade, concreção, assertividade, convicção e modulação da reatividade.<sup>1</sup> Caso este processo não aconteça, surgirão dificuldades na comunicação, podendo esta dever-se à incapacidade de exposição do doente e/ou falta de receptividade do médico.

Para ser avaliada a comunicação médico-doente surgiu-nos estudar o motivo de consulta, definido como a razão que leva um doente a recorrer aos sistemas de cuidados de saúde, como reflexo da sua necessidade.<sup>3</sup> Este revela-se como uma fonte muito relevante de informação sobre o doente, sendo um passo base para a realização de uma boa prática clínica, nunca podendo esta etapa ser ignorada durante todo o processo da consulta. O motivo de consulta deve ser sempre registado a partir do ponto de vista do doente, baseando-se apenas na descrição feita pelo mesmo, não devendo ser feita

nenhum tipo de inferência por parte do médico, devendo este, porém, explorar todo o quadro o mais detalhadamente possível, até não lhe surgirem mais dúvidas.<sup>4,5</sup> Torna-se imprescindível, assim, investigar toda a agenda do doente, ou seja, o seu quadro de representações do sofrimento, em consonância com a agenda do médico, que pretende um diagnóstico clínico através da anamnese, exame físico e exames complementares de diagnóstico. Estudos feitos demonstraram que a explicitação completa da agenda do doente por parte do mesmo não prolonga significativamente a consulta, aumentando a eficiência da mesma e a qualidade da informação.<sup>6</sup>

O modelo de classificação ICPC-2 (*International Classification of Primary Care*), criado pelo WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), surgiu-nos como a forma ideal para realizar o estudo. Este sistema, que desde 2003 é reconhecido pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como a classificação para registo de dados, permite classificar os motivos de consulta, diagnósticos ou problemas e procedimentos, codificando a atividade clínica nos cuidados de saúde primários numa linguagem comum internacional. Baseia-se numa estrutura assente em 2 eixos: 17 capítulos num dos eixos, cada um com um código alfa e, no outro, 7 componentes idênticas com rubricas numeradas com códigos de 2 dígitos (ver quadro 1). Baseámo-nos no eixo referente aos capítulos, que utilizam como critério de agrupamento a anatomia e sistemas de órgãos, incluindo ainda “Geral e inespecífico”, “Psicológico” e “Problemas sociais”. Este método é facilmente usado pelo médico, pela sua simplicidade e rapidez com que é utilizado.

**Quadro 1: Capítulos e componentes do modelo ICPC-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

Este estudo surge no âmbito do trabalho final do curso de Mestrado Integrado em Medicina da FMUC (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), para um aprofundar de conhecimento e tomada de consciência da importância da comunicação em toda a atividade médica, bem como da forma como esta é feita pelos profissionais *in*

*loco*. Apercebendo-me que não havia estudos nesta área, torna-se de vital importância para todos os envolvidos, especialmente os doentes, que este e outros estudos do mesmo âmbito sejam realizados.

Este estudo tem como objetivo saber até que ponto a comunicação médico-doente é bem realizada e de que forma os doentes a entendem.

## **Materiais e métodos**

Realizou-se um trabalho observacional e transversal, com base num questionário organizado de acordo com o sistema de classificação internacional, a ICPC-2, (anexo) entre Março e Julho de 2014, num horário ocasional.

Foi obtido parecer positivo da Comissão de Ética da ARS do Centro IP.

O investigador, devidamente identificado, dirigia-se aos doentes que aguardavam por consulta médica na USF Topázio (Unidade de Saúde Familiar Topázio), apresentando-se e explicando quais os objetivos do trabalho, pedindo autorização oral para os questionar. Era então pedido aos consulentes que facultassem o seu NOP (número nacional de utilizador dos Serviço Nacional de Saúde), que era escrito em sobrescrito, sendo referido tal servir para futuro cruzamento de dados. Era também inscrita a data em que este procedimento era realizado.

Seguia-se a realização do questionário, sendo os doentes sempre inquiridos pelo investigador, anotando o próprio as respostas. À pergunta “O que o traz à consulta?” o investigador descrevia a situação exatamente como o doente a tinha dito, não inferindo qualquer codificação, tendo isto sido feito posteriormente com ajuda do orientador. À pergunta “Geralmente, sente que o(s) seu(s) médico(s) entende(m) os motivos que o(a) trazem à consulta?”, era explicado ao consulente que a questão referia-se a todos os cuidados, não apenas aos obtidos na USF Topázio. Denotando que alguns dos inquiridos não eram capazes de responder taxativamente à questão, o investigador criou novo item nesses questionários com a opção “Depende”.

Após o questionário, o investigador agradecia a disponibilidade e, à frente do doente, colocava o questionário realizado no envelope que continha o número de utente da pessoa, selando-o de seguida.

Todo este procedimento foi repetido até se obter o tamanho mínimo da amostra a estudar e que foi estimado, para margem de erro de 10% para um intervalo de confiança de 95% para uma amostra de 500 indivíduos (os consulentes de uma semana de trabalho na Topázio) com uma proporção de respostas de 50%, em 81 unidades de estudo, independentemente do género e da idade.

Quando o investigador inquiriu 82 pessoas deu esta fase por concluída.

De seguida foi realizado o registo e tratamento de dados. Foi feito cruzamento dos dados obtidos com os registos que os médicos realizaram nas consultas. Assim, com a ajuda do orientador, e usando os dados inscritos no envelope (número de utente e data do inquérito), foram acedidos os dados da consulta. Após codificação do motivo de consulta que o doente tinha facultado, foram verificadas as anotações e as codificações feitas pelo médico para estudo da sua conformidade com o que os consulentes haviam descrito ao investigador. O nome do médico que tinha consultado o doente foi também anotado, para apresentação futura dos resultados na USF estudada. Foram também alvo de estudo as variáveis sexo, idade, tipo de família, profissão, formação académica e grau de satisfação do utente com aquilo que considerava a comunicação médico-doente. Foi verificado, como parte fundamental do estudo, se as codificações e anotações dos motivos de consulta por parte dos médicos eram semelhantes àqueles que os consulentes nos tinham descrito, sendo esta semelhança atestada quando todos os motivos de consulta elencados pelo doente tinham correspondência nas descrições médicas.

Os resultados obtidos foram registados em folha de cálculo SPSS sendo realizada estatística descritiva e inferencial por meio de estatística não paramétrica por meio de  $\chi^2$ , U de Mann-whitney e Kruskal-wallys.

## Resultados

O universo estudado, ou seja, todos os elementos que se encontravam na USF Topázio à espera de consulta médica, engloba 82 indivíduos.

A distribuição das variáveis idade, género, formação académica, actividade profissional e estado civil encontram-se no quadro 2. Neste mesmo quadro é demonstrada a iniciativa para a ida à consulta. A amostra é constituída na sua maioria por indivíduos do sexo feminino (68,3%), sendo a média de idades de 51,2 anos. 24,4% da amostra afirma ter o 4º ano de escolaridade, sendo que 20,7% dos inquiridos afirma ter completado o ensino superior. Profissionalmente, 34,1% das pessoas está reformada, sendo que 24,4% dos indivíduos refere trabalhar na área dos serviços. Mais de metade dos inquiridos é casado (53,2%), existindo 25,3% das pessoas solteiras. Quando inquiridos se a iniciativa da consulta tinha sido sua, ou marcada por outra pessoa, 71,3% das pessoas afirmou que tinham sido as próprias a ter a iniciativa da marcação.

**Quadro 2: Descrição da amostra**

Variável			
<b>Idade</b>			
	Média±dp	51,2±20,6	
	Mediana	54	
	Moda	54	
	ic 95%	46,7 a 55,7	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>			
	Masculino	26	31,7
	Feminino	56	68,3

<b>Formação</b>			
	Não sabe ler e escrever	6	7,3
	Sabe ler e escrever	12	14,6
	4º ano	20	24,4
	9º ano	13	15,9
	12º ano	14	17,1
	Ensino superior	17	20,7
<b>Actividade profissional</b>			
	Rural	1	1,3
	Industrial	5	6,3
	Comércio	4	4,9
	Serviços	20	24,4
	Doméstica	8	9,8
	Desempregado	9	11,0
	Reformado	28	34,1
	Estudante	4	5,1
<b>Estado civil</b>			
	Solteiro	20	25,3
	Divorciado	7	8,9
	Casado	42	53,2
	Viúvo	10	12,7
<b>Iniciativa da consulta</b>			
	Do consulente	57	71,3
	De outrem	23	28,7

Os resultados encontrados em relação aos motivos de vinda à consulta, elencados por doentes e classificados por médicos, encontram-se no quadro 3, segundo o capítulo da ICPC-2, sendo de referir a diferença entre a quantidade de classificações de consulentes e médicos.



**Quadro 3: Capítulos de “razões de consulta” de consulentes e classificações de médicos.**

Capítulo	Consulente (*)		Médico (*)	
	n	%	N	%
Geral/Inespecífico	16	16,7	10	12,3
Aparelho digestivo	7	7,3	7	8,6
Ouvidos	2	2,1	1	1,2
Aparelho circulatório	12	12,5	10	12,3
Sistema musculo-esquelético	13	13,5	8	9,9
Aparelho respiratório	11	11,5	12	14,8
Endócrino, metabólico e nutricional	14	14,6	13	16,0
Aparelho urinário	3	3,1	2	2,5
Gravidez/ Planeamento familiar	13	13,5	13	16,0
Aparelho genital masculino	2	2,1	2	2,5
Aparelho genital feminino e mama	3	3,1	3	3,7
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

(\*) p=0,003 (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Ao visualizar os resultados colhidos, verificamos que foram referidos 96 motivos de consulta pelos consulentes, enquanto os médicos codificaram 81. Denotamos, assim, que 16 dos motivos elencados pelos doentes referem-se ao capítulo de geral/inespecífico (16,7%). Porém, outros capítulos são também elencados mais insistentemente, como “endócrino, metabólico e nutricional” (14 vezes), “sistema músculo-esquelético” e

“gravidez/planeamento familiar” (13 vezes, cada), “aparelho circulatório” (12 vezes) e “aparelho respiratório” (11 vezes).

Os capítulos mais codificados pelos médicos são “endócrino, metabólico e nutricional” e “gravidez/planeamento familiar”, com uma percentagem de 16%, cada (13 vezes). Foram também elencados outros capítulos, como “aparelho respiratório” (12 vezes) ou “aparelho circulatório” e “geral/ inespecífico”, 10 vezes cada.

O valor de p do teste de Wilcoxon entre as duas amostras é de 0,003 sendo de referir que as classificações com maiores diferenças são a “Geral e Inespecífico” e “Musculo-Esquelético”.

No Quadro 4 referem-se os valores absolutos e relativos de classificações e anotações semelhantes entre o que os doentes nos informaram e o que os médicos classificaram.

#### **Quadro 4: Anotações e Classificações semelhantes entre consulentes e médicos**

Registo	Sim n (%)	Não n (%)
Classificações semelhantes	64 (78,0)	18 (22,0)
Anotações semelhantes	61 (74,4)	21 (25,6)

Os resultados obtidos indicam que 64 classificações foram semelhantes (78% das consultas) e que 61 das anotações foram idênticas ao que nos foi indicado (74,4%).

O Quadro 5 refere-se à última pergunta do questionário, em que se interrogam os doentes sobre o seu grau de satisfação pela comunicação existente entre médicos e doentes. Denota-se que a maioria dos doentes respondeu à pergunta com “Sim” (86,6% da amostra). A resposta “Não” foi escolhida por 3 pessoas, enquanto 8 doentes afirmaram que dependia da situação.

**Quadro 5: Geralmente sente que o(s) seu(s) médico(s) entendem) os motivo(s) que o(a) trazem à consulta?**

Sim n (%)	Não n (%)	Depende n (%)
71 (86,6)	3 (3,7)	8 (9,8)

Segundo o Quadro 6, não há diferenças estatisticamente significativas nas classificações encontradas em função das variáveis utilizadas (sexo, grupo etário, iniciativa da consulta, formação académica, actividade profissional e estado civil), já que em todas as variáveis o valor-p é superior a 0,05.

**Quadro 6: Classificações segundo as variáveis utilizadas**

Variável	Classificação consulente	Classificação médica
Sexo (*)	0,646	0,877
Grupo etário (**)	0,841	0,555
Iniciativa da Consulta (*)	0,643	0,937
Formação académica (**)	0,255	0,520
Actividade profissional (**)	0,538	0,506
Estado civil (*)	0,156	0,133

(\*) U de Mann-whitney, Kruskall Wallis (\*\*)

## **Discussão**

Na recolha de informação para o estudo em causa, fizemos todo o trabalho, preenchendo a informação disponibilizada pelos consulentes. Isto permitiu que se eliminasse o viés de observação. Porém, não tivemos disponibilidade horária total para estar presente no local durante uma semana completa, considerando-se a possibilidade de as características da amostra não abrangerem fidedignamente as características epidemiológicas de todo o universo de consulentes na USF Topázio. Para tentar minimizar esta questão, tentámos que a recolha de dados ocorresse em diferentes dias da semana, em diferentes horários, e em alturas diferentes do ano, para que não incorrêssemos no risco de estar presentes apenas no horário de consultas para amostras populacionais muito específicas, profissionais de saúde específicos ou ainda de sintomatologia própria (variou-se assim de sintomas gripais, próprios do Inverno, a alergias, próprias da Primavera, ou até desidratação, no Verão). Por outro lado, íamos à instituição sem qualquer aviso prévio, tentando estar apenas o tempo necessário na sala de espera para inquirir todos os consulentes presentes no momento, sem que os elementos da equipa da USF Topázio se apercebessem da presença, de forma a não condicionar o comportamento dos profissionais envolvidos nas consultas.

Sendo uma recolha de informação que necessitava de autorização por parte dos consulentes, incorríamos também no risco de existirem indivíduos que não quisessem colaborar, o que diminuiria a fonte de informação disponível. Essa situação não se verificou, havendo doentes que até agradeciam o tempo da realização do questionário, por assim “se poderem distrair” enquanto esperavam a consulta. A explicação prévia da utilidade do uso do seu NOP fez que os doentes aceitassem bem a disponibilização do seu número de cartão de utente, tendo apenas registado uma situação que se recusou a fazer o inquérito por julgar que o seu anonimato não estaria protegido.

Para aferirmos a capacidade de comunicação médico-doente, estudámos o motivo de consulta por ser uma fonte prática de informação sobre o consulente, que o médico tem sempre de investigar e muito detalhadamente, para a obtenção de orientações diagnósticas corretas. Esta informação será tanto mais detalhada quanto melhor for a relação e a comunicação estabelecidas, tendo esta de surgir através da boa descrição do doente e de capacidade de bom ouvinte do profissional, nunca podendo esta informação ser inferida daquilo que o doente descreve. Popularmente, expressões como “fui ao médico e nem percebeu o que me levou lá”, escutadas também pelo investigador no decurso do estudo, revelam uma insatisfação por parte do consulente relativamente ao que considera ser uma boa relação comunicacional, que com o bom estabelecimento dos motivos de consulta poderiam ser menos comuns.

Escolhemos o modelo ICPC-2 como base do inquérito por ser aquele que os médicos usariam em todas as consultas e que a OMS recomenda. Por ser um modelo simples e intuitivo, revelou-se bastante fácil de usar, o que permitiu ter uma correlação mais direta e fidedigna com os dados apontados pelos médicos.

Quando averiguámos a semelhança entre as codificações e anotações feitas pelos médicos com o que os consulentes nos tinham transmitido, apenas contámos os casos em que estava descrita toda a agenda relatada pelo doente por parte do médico. Isto porque uma boa comunicação pressupõe um total conhecimento dos problemas do doente, e não apenas de informações parciais. Porém, assumimos que haveria casos em que o doente iria descrever mais problemas ao médico que ao investigador, por este ser um elemento estranho à USF Topázio e não conhecer nem ter uma relação profissional com o consulente em causa, tendo sido assumido como casos de semelhança aqueles em que a descrição do médico tinha mais elementos do que aqueles fornecidos pelo doente ao investigador.

A amostra estudada corresponde ao esperado em consultas de cuidados de saúde primários, sendo esta maioritariamente do sexo feminino, envelhecida, com o 4º ano de escolaridade e casada. Na caracterização da população foi estudada a iniciativa de marcação da consulta, se do consulente ou se do médico, um dado que poderia ser importante para aferir da confiança que existia nas capacidades do médico, pois uma ida voluntária à USF poderia pressupor um maior grau de satisfação na comunicação médico-doente.

É de realçar existirem mais motivos de consulta elencados por doentes do que por médicos, com algumas diferenças entre os capítulos codificados, demonstrado pela diferença estatisticamente significativa revelada pelo valor-p do *Wilcoxon signed rank test*. Isto demonstra algum défice a nível da comunicação, especialmente da parte médica, que pode revelar uma certa incapacidade para ouvir toda a agenda do doente, inferindo que os problemas que levavam este à consulta seriam em menor quantidade, ou até relativizando alguns. Tal é particularmente notório para o capítulo “Geral e Inespecífico” e “Músculo-esquelético” podendo ser pensadas várias razões para tal como diferentes motivos de consulta referidos ao investigador e ao médico e como elaborações integradas pelo médico que já conhece, eventualmente há muito tempo, o consulente. De acordo também com outros artigos publicados, não deixa de ser relevante verificar que os motivos mais elencados pelos doentes sejam “geral e inespecífico”, “musculo-esquelético” e “sistema circulatório”, aos quais acrescentamos no nosso trabalho, embora não com uma amostra tão importante e não sendo este o objectivo do nosso trabalho, “endócrino, metabólico e nutricional”, “gravidez/planeamento familiar” e “sistema respiratório”.<sup>7,8</sup>

Em relação ao grau de semelhança entre as codificações e anotações feitas pelos médicos com a descrição dos doentes, verificamos que em 74,4% da amostra estudada

há semelhança. No entanto, sem quaisquer outros estudos feitos, não existem bases para compararmos os nossos resultados. Verificámos ainda que quando a codificação era semelhante, a descrição também o era. Existiram casos em que isto não se verificava, mas devido ao médico não ter feito qualquer anotação/descrição do caso, tendo apenas codificado os problemas que trouxeram o doente à consulta.

Quando os inquiridos tiveram que dar a sua perspetiva sobre a capacidade dos médicos os entenderem, 86,6% dos inquiridos revelaram estar satisfeitas com os profissionais, havendo ainda uma percentagem maior de satisfação do que o grau de semelhança entre classificações e descrição dos doentes revela. Os investigados demonstravam insatisfação em casos em que o seguimento de determinadas situações era muito prolongado, sem certezas relativas ao diagnóstico, em que revelavam incómodo por sentirem que os profissionais não lhes transmitiam muitas informações. Sentiu-se necessidade da criação do item “depende”, uma vez que as pessoas referiam que o local onde eram atendidas fazia diferença na resposta à questão. Assim, demonstravam insatisfação nos momentos em que se dirigiam a hospitais, por sentirem que os profissionais não as escutavam nem observavam corretamente, referindo que nos centros de saúde esses cuidados eram mais pessoais, entendendo estes profissionais melhor os doentes.

Não se verificaram diferenças significativas nas classificações de ICPC2 pelas variáveis estudadas em função do classificado pela entrevista do investigador e do médico.

Este estudo demonstra grande importância na aferição e na tomada de consciência da forma como ocorre a comunicação médico-doente e de como a poderemos melhorar. Melhorar esta vertente fará com que os doentes estejam mais satisfeitos com os cuidados prestados, tenham mais confiança nos médicos e que haja uma maior troca de informação. Esta situação trará mais acertadas aproximações diagnósticas e eventuais

melhores resultados terapêuticos. Não existindo mais trabalhos na área, será importante que em outros locais e contextos esta temática seja repetida.



## **Conclusões**

Num estudo populacional não aleatorizado, verificámos classificações ICPC2 semelhantes entre o relatado ao investigador e o classificado pelo médico em 78,0% dos casos e anotações semelhantes entre o referido ao investigador e o anotado pelo médico em 74,4% dos casos.

É de 86,6% a proporção de inquiridos que sentem que os médicos entendem os motivos pelos quais vêm à consulta, revelando 9,8% que tal depende do ambiente em que o médico trabalha.

## **Agradecimentos**

Ao Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago, por toda a ajuda e conhecimentos emprestados, bem como pela total disponibilidade que teve, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

Ao Prof. Doutor Carlos Braz Saraiva, pelos conselhos e revisão desta tese.

Aos meus pais, Fernando e Salete, e irmão, João, por tudo o que me proporcionaram até hoje e em todo o percurso escolar.

À Filipa, pelo constante apoio e compreensão oferecidos.

Aos amigos, familiares e colegas, sempre presentes.

## Referências Bibliográficas

1. Ramos V. *Consulta em 7 passos*. 1ª edição. Lisboa: VFBM Comunicação, Lda; 2008
2. Nunes J. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care; 2010
3. Comissão de classificações da WONCA. *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários*. 2ª edição. Oxford University Press; 2011
4. Queiroz MJ, *SOAP revisitado*. Rev Port Med Geral e Fam; 2009
5. Pinto D, *Classificar motivos de consulta e procedimentos com a ICPC na prática clínica*. Rev Port Med Geral e Fam. 2012
6. Marvel M, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. *Soliciting the patient's agenda: have we improved?* JAMA. 1999
7. Barreiro D, Santiago LM. *Motivo de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010*. Rev Port Med Geral e Fam. 2013
8. Gusso G. *Diagnóstico de demana em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2)*. Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo; 2009
9. Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. *Manual de Medicina Geral e Familiar*.  
Disponível em: <http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/mgf2000.html>
10. Stewart M. *Medicina centrada na pessoa*. 2ª edição. Artmed; 2010

## Anexo 1

“Este questionário tem como objectivo 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 objecto 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	Sist.ema 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!**