



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

EMANUEL HOMEM FERREIRA MARQUES DA COSTA

REGISTO MÉDICO ORIENTADO POR PROBLEMAS
-
***O QUE MOSTRAM POR INICIATIVA PRÓPRIA OS
CONSULENTES E O QUE ESPERAM OS
ESPECIALISTAS EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR***
(ARTIGO CIENTÍFICO)

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROF. DR. LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

MARÇO, 2012



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
2012

REGISTO MÉDICO ORIENTADO POR PROBLEMAS
-
***O QUE MOSTRAM POR INICIATIVA PRÓPRIA OS
CONSULENTES E O QUE ESPERAM OS ESPECIALISTAS EM
MEDICINA GERAL E FAMILIAR***

AUTORES:

Emanuel Homem Ferreira Marques da Costa
(mestrando)

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Prof. Dr. Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago
(tutor)

Centro de Saúde de Eiras

Para correspondência:

emanuel.termas@sapo.pt; lmsantiago@netcabo.pt

Índice

RESUMO	1
Introdução	1
Objetivos	1
Metodologia	1
Resultados	1
Discussão	2
ABSTRACT	2
Introduction	2
Objectives	2
Methods	3
Results	3
Discussion	3
PALAVRAS-CHAVE	3
INTRODUÇÃO	3
MATERIAIS E MÉTODOS	5
Enquadramento	5
Análise	6
RESULTADOS	6
Análise Descritiva das Amostras	6
Razões de Consulta por Iniciativa Própria e Perspetivas dos Médicos	10
Variações por Grupos Distinguidos	12
DISCUSSÃO	17
BIBLIOGRAFIA	19
AGRADECIMENTOS	20
ANEXOS	
Anexo I – Questionário – versão consulentes	i
Anexo II – Questionário – versão médicos	iii

RESUMO

Introdução

Em 1968, Lawrence Weed apresentou o sistema de "Registo Médico Orientado por Problemas", no entanto ainda pouco se sabe sobre a agenda de problemas dos consulentes e a perspectiva dos especialistas em Medicina Geral e Familiar. Mais, na relação médico-doente existe um especial interesse numa atmosfera de confiança e sintonia entre este duo dinâmico, principal elemento na decisão para a saúde do consulente. Neste contexto, o conhecimento da agenda de problemas própria de cada pessoa representa a vantagem que o médico de família necessita para melhorar a relação.

Objetivos

Assim, está justificado a realização de um estudo com o principal objetivo de determinar a agenda de problemas que leva os utentes das unidades de saúde que constituem o Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego I a procurar uma consulta por iniciativa própria e as expectativas de apresentação de queixas pelos médicos neste contexto, em função da idade, género e formação académica.

Metodologia

Foi realizado um estudo observacional transversal com amostragem de conveniência, através de inquérito, previamente validado, aplicado por abordagem pessoal dos consulentes e médicos das unidades de saúde referidas, para autopreenchimento anónimo, e recolha das respostas em envelope selado. A análise dos dados obtidos foi realizada através do *software* SPSS e PAWS 19, de acordo com os objetivos propostos.

Resultados

Os principais motivos de consulta por iniciativa própria para a amostra colhida são os sintomas de novo (23,9%), a patologia crónica (23,4%) e a avaliação periódica do estado de saúde geral (18,2%), sem variação significativa de acordo com sexo ($p=0,987$) e com o centro

de saúde que frequenta ($p=0,435$), mas diferente segundo o escalão etário ($p<0,001$) e as habilitações ($p<0,001$). Já a perspectiva dos médicos aponta para as mesmas duas primeiras categorias com 20,4% e 19,4%, respectivamente, e os problemas que afectam o consulente (19,4%), sem variação significativa por grupo etário de anos de carreira, sexo e centro de saúde onde trabalha.

Discussão

A literatura é divergente no que diz respeito ao motivo de consulta por iniciativa própria. No entanto, estes resultados têm diversas implicações na prática diária do médico de família. As principais limitações deste estudo foram os questionários não estatisticamente comparáveis dos médicos e dos consulente e o facto da amostra ter sido de conveniência.

ABSTRACT

Introduction

Lawrence Weed presented the Problem-Oriented Medical Record in 1968, but still very few is known about people's problem agenda and general practitioners' perception of it^{[8][6]}. Furthermore, doctor-patient relationship has a special interest in an environment of trust and cooperation between this dynamic duo, main element in a good health decision. This is the reason why, knowing the personal agenda of each consultant gives general practitioners the edge they need to improve doctor-patient relationship.

Objectives

All that was presented before justifies a study with the following main objective: to determine consultant's problem agenda that drives health center users from *Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego I* to ask for a consult with his family doctor on its own initiative, sorted by sex, age and qualifications, and what is general practitioners' awareness about it.

Methods

A Cross-sectional observational study was performed, featuring an opportunity sampling, through a previously validated questionnaire. The investigator presented it to the target population by a personal approach. All the information given is anonymous and it was collected in a sealed envelope. SPSS and PAWS 19 software was used for the statistical analysis, according to the study's objectives.

Results

The main reasons why patients consult on its own initiative are new symptoms (23,9%), chronic diseases (23,6%) and periodic health examination (18,2%) with a significant distribution between qualifications ($p<0,001$) and age groups ($p<0,001$), but not between sex ($p=0,987$) and healthcare center location groups ($p=0,435$).

On the other hand, general practitioners' perspective points to the same first two categories (20,4% e 19,4% respectively) plus problems that affect the consultant (19,4%). Their perspective doesn't change between sex, age and workplace groups.

Discussion

Literature has opposite opinions on this subject. Even so, these results have many implications on family doctor's daily practice. Used methods' main limitations were non-statistically-comparable doctor and patient's questionnaires and an opportunity sampling.

PALAVRAS-CHAVE

- POMR; motivos; consulta; registo; médico; orientado; problemas; medicina; geral; familiar; iniciativa; própria;

INTRODUÇÃO

O registo médico orientado por problemas (POMR) foi apresentado por Lawrence Weed em 1968^[9] e era descrito como um guia para os profissionais médicos armazenarem e organizarem a informação dos seus consulentes. Estas características rapidamente o tornaram

popular entre os diversos profissionais de saúde, transformando-o no método de registo médico mais utilizado no mundo e com um papel imprescindível na educação nesta área.

O SOAP é uma das partes que constituem o método de registo apresentado por Weed e a sua simplicidade e eficiência permite que seja utilizado para o registo de qualquer consulta independentemente do profissional de saúde. O seu formato conciso, lógico e universal melhora a comunicação entre os membros da equipa médica, serve como lembrança do plano de cuidados, documenta as ações prestadas e satisfaz as especificidades legais e informáticas de armazenamento de dados. Tal como a sua designação indica encontra-se dividida em quatro partes: *Subjective (S)*, *Objective (O)*, *Analysis (A)* e *Plan (P)* ^{[9][1]}.

A categoria Subjectivo inclui tudo o que o consulente refere, seja problemas recentes ou antigos, sintomas novos ou que agravaram, medicação actual, antecedentes médico e/ou cirurgicos ou familiares, contexto social ou qualquer outra situação mencionada a que o utente ou o profissional de saúde atribui relevância. De acordo com *Santiago et al.*^[6](2009), o médico de família encontra diariamente pessoas com agendas de problemas próprias com sintomas e características biopsicossociais distintas, que interpreta mediante um conjunto complexo de percepções e associações para realizar uma adequada valorização do quadro e aplicação de medidas de seguimento e atenção correspondentes. Actualmente, a abordagem paternalista clássica da profissão médica está a tornar-se obsoleta^[5], ocorrendo um empoderamento do consulente, não só por razões ético-deontológicas, como também pelo facto de que estes estão cada vez mais capacitados para partilhar da responsabilidade inerente^{[10][7]}. Assim, é de especial interesse uma atmosfera de confiança e sintonia entre este duo dinâmico, principal elemento na decisão para a saúde do consulente, pois os elementos chave da consulta são, segundo os mesmos autores^[6] (2009), as razões para ir ao médico, as expectativas sobre os sinais e sintomas, a sua valorização, a interpretação da informação assimilada e, por fim, a orientação dada pelo médico de família, em que se confia.

Neste contexto, está justificado a realização de um estudo dos motivos de consulta por iniciativa própria do consulente, em função do sexo, escalão etário e formação académica e das perspetivas dos médicos especialistas em medicina geral e familiar.

O escasso conhecimento actual sobre o tema foi um dos propulsores da realização deste artigo científico, cuja utilidade será verificar se existe discrepância entre a razão real do consulente e as expectativas do médico relativamente à consulta. A sintonia ou divergência de agendas poderá representar um fator determinante na relação médico/doente e, conseqüentemente, na obtenção de informação e adesão terapêutica. Por outro lado, o conhecimento desta agenda possibilitará ao especialista em Medicina Geral e Familiar antecipar-se à marcação de uma consulta por iniciativa do consulente e incorporá-la no sistema de consultas de rotina que pratica, caso seja possível, evitando um gasto de tempo e recursos desnecessário.

MATERIAIS E MÉTODOS

Enquadramento

De 1 de Novembro de 2011 a 1 de Fevereiro de 2012 realizou-se um estudo observacional transversal, através de inquérito anónimo aplicado por abordagem directa dos consulentes e médicos do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Baixo Mondego I, num conjunto de 8 centros de saúde (Eiras, Penacova, S. Martinho do Bispo, Condeixa-a-Nova, Santa Clara, Bairro Norton de Matos, Rua Fernão Magalhães e Celas) e recolha das respostas em envelope selado. Os materiais e encargos associados à realização do mesmo foram: questionário, construído com base no modelo utilizado por *Santiago et al.*^[6] (2009), validado por profissionais das áreas de medicina, sociologia, psicologia, trabalho social e do público e verificação final por especialista linguístico; impressão dos mesmos; veículo de deslocação e combustível; contacto prévio com os coordenadores das diferentes Unidades de Saúde que constituem centros de saúde referidos; envelopes; e investigador.

Realizou-se uma amostragem de conveniência não probabilística, através da presença aleatória para aplicação de questionários nas unidades de saúde referidas, com possibilidade de repetição. Relativamente aos questionários dos médicos, no mesmo intervalo de tempo procedeu-se à entrega destes ao coordenador das primeiras (que se tornou responsável por distribuir pelos restantes profissionais) e recolha num dia posterior.

Análise

Para a amostra dos consulentes foram distinguidos 2 grupos de idade – adultos e idosos (55 anos a linha separadora) –, 3 grupos de formação académica – básico, secundário e superior –, 2 por sexo e 8 por centros de saúde que frequenta. Por outro lado, para os especialistas de Medicina Geral e Familiar destacaram-se 3 grupos de anos de carreira (com pontos de corte 15 e 30 anos incluídos na categoria mais alta), 2 grupos por sexo e 8 grupos por centro de saúde onde pratica.

Foi utilizada a ferramenta estatística Java Applets for Power and Sample Size^{[2][3]} para determinação aproximada do número de questionários necessários (n=151) para determinar um estudo estatístico com uma probabilidade de sucesso de 0,5%, a um intervalo de confiança de 95%, numa avaliação de proporções e margem de erro de 0,08%, para uma população de 159939 pessoas. Foi utilizado o *software* de estatística SPSS e PAWS 19 na análise dos dados obtidos.

RESULTADOS

Análise Descritiva das Amostras

Estudaram-se duas amostras de 453 consulentes e 63 médicos respectivamente, cujas principais características são sumariadas nas tabelas I, II e III. Os valores apresentados são apenas para as respostas válidas, excluindo informação incompleta, recusa de preenchimento e dados incorrectos ou ilegíveis.

Na amostra de consulentes, 57,3% dos elementos do sexo masculino tem idade superior aos 55 anos e no grupo complementar esta condição verifica-se para 45,8%. Ainda, 68,9% dos adultos são do sexo feminino assim como 58,2% dos idosos. Relativamente às habilitações literárias, 58,6% das mulheres são analfabetas ou terminaram o ensino básico e 23,5% o ensino secundário. No grupo do sexo masculino, as percentagens são de 55,6% e 19,1% respectivamente. Mais, 61,8% dos indivíduos analfabetos ou com ensino básico são do sexo feminino, assim como 58,2% dos que concluíram o ensino secundário e 70,7% dos licenciados. Cruzando os grupos segundo as habilitações e segundo o escalão etário verificou-se que 37,6% dos adultos são iletrados ou acabaram o ensino básico e 31,2% o ensino secundário. O mesmo se verificou no grupo de idosos para 75,8% e 10,3% dos elementos.

Tabela I – Análise descritiva das variáveis quantitativas idade e anos de carreira.

		N	Min	Max	\bar{x}	<i>s</i>
Médicos	Idade	53	25	61	47,91	12,611
	AC	51	1	35	21,12	12,273
Consulentes	Idade	452	17	92	54,41	17,733

AC: anos de carreira médica; **N:** número de respostas válidas; **Min:** mínimo; **Max:** máximo; \bar{x} : média aritmética; *s*: desvio padrão amostral.

A amostra de consulentes tem uma idade média de $54,41 \pm 17,733$ anos. O grupo de médicos estudado tem uma idade média de $47,91 \pm 12,611$ anos, com $\rho = 0,959$ (coeficiente de correlação de Pearson) relativamente aos anos de carreira, cuja média é de $21,12 \pm 12,273$ anos.

Ainda numa abordagem por grupos, 67,3% das pessoas iletradas ou que concluíram o ensino básico têm idade superior a 55 anos, tal como 25,3% dos com equivalência ao ensino secundário e 31,3% dos que terminaram o ensino superior.

Tabela II – Análise descritiva das variáveis qualitativas escalão etário, sexo, habilitações e centro de saúde a que recorre para a amostra dos consulentes.

CONSULENTES			
Variável		Fa	Fr (%)
Escalão Etário	Adulto	225	49,8
	Idoso	227	50,2
	N	452	100,0
Sexo	Masculino	164	36,5
	Feminino	286	63,5
	N	450	100,0
Hab.	EB	251	56,8
	ESec	91	20,6
	ESup	100	22,6
	N	442	100,0
CS	CSE	41	9,1
	CSSMB	47	10,4
	CSC	46	10,2
	CSFM	53	11,7
	CSP	24	5,3
	CSSC	21	4,6
	CSCe	101	22,3
	CSNM	120	26,5
	N	453	100,0

N: total de respostas válidas;

CS: centro de saúde que frequenta:

E: Eiras

SMB: S. Martinho do Bispo

C: Condeixa

FM: Rua Fernão Magalhães

P: Penacova

SC: Santa Clara

Ce: Celas

NM: Bairro Norton de Matos

Fa: frequência absoluta

Fr: frequência relativa

Hab.: Habilitações:

EB: Ensino Básico

ESec: Secundário

Esup: Superior

A percentagem de utentes do agrupamento de centros de saúde estudado do sexo masculino é de 36,5%. Da mesma amostra, 49,8% dos elementos tem idade inferior ou igual a 55 anos, 56,8% é iletrado ou completou apenas o ensino básico e 20,6% o ensino secundário. A proporção de educação superior é de 22,6%.

Cerca de 48,8% dos questionários foram colhidos nos centros de saúde de Celas e do Bairro Norton de Matos e os restantes repartidos com proporções entre 4,6% a 11,7% pelos outros 6 centros de saúde. 9,9% é a percentagem de inquiridos nos centros de saúde de Penacova e Santa Clara.

Na amostra dos médicos especialistas em medicina geral e família, uma vez que existe uma correlação forte (coeficiente de correlação de Pearson) entre a idade e o número de anos de carreira do profissional de saúde, apenas um dos grupos é utilizado nesta análise descritiva.

Tabela III – Análise descritiva das variáveis qualitativas sexo, centro de saúde em que trabalha e grupo etário de anos de carreira para a amostra de médicos.

MÉDICOS			
Variável		Fa	Fr (%)
Sexo	Masculino	15	27,8
	Feminino	39	72,2
	N	54	100,0
GAC	Início	16	31,4
	Intermédio	5	9,8
	Fim	30	58,8
	N	51	100,0
CS	CS-E	7	12,7
	CS-SMB	8	14,5
	CS-C	4	7,3
	CS-FM	10	18,2
	CS-P	4	7,3
	CS-SC	6	10,9
	CS-Ce	8	14,5
	CS-NM	8	14,5
	N	55	100,0

N: total de respostas válidas;

GAC: grupos por anos de carreira médica

CS: centro de saúde onde trabalha:

E: Eiras

SMB: S. Martinho do Bispo

C: Condeixa

FM: Rua Fernão Magalhães

P: Penacova

SC: Santa Clara

Ce: Celas

NM: Bairro Norton de Matos

Fa: frequência absoluta

Fr: frequência relativa;

A proporção de elementos do sexo masculino no grupo amostral dos médicos de família é de 27,8%. Cerca de 58,8% dos que preencheram o questionário completaram no mínimo 30 anos de carreira e 31,4% ainda não atingiram os 15. Quanto à distribuição dos questionários recolhidos nos diferentes centros de saúde as proporções variam entre 7,3% para os centros de saúde de Condeixa e Penacova e 18,2% para o centro de saúde da Rua Fernão Magalhães.

Exposto isto, observou-se que 64,3% dos elementos do sexo masculino exercem na área referida há mais de 29 anos e 28,6% há menos de 15. Analogamente, 56,8% das médicas completou 30 ou mais anos de serviço e 32,4% das mesmas menos de 15. Por outro lado, 70,0% dos médicos em final de carreira são do sexo feminino, assim como 75,0% dos em início de carreira e 80,0% daqueles que têm entre 15 e 29 anos de serviço na área referida.

Razões de Consulta por Iniciativa Própria e Perspetivas dos Médicos

À semelhança da análise anterior, apenas as respostas válidas foram contabilizadas para a elaboração das tabelas IV e V, que ilustram o principal objectivo deste estudo.

Tabela IV – Perspetivas dos médicos sobre as razões de consulta por iniciativa própria dos seus consulentes, sob a forma de combinações.

Combinação*	1.3	1.2	1.4	1.10	2.3	2.4	2.10	3.4
Fa	1	5	8	7	3	3	11	1
Fr (%)	1,9	9,3	14,8	13,0	5,6	5,6	20,4	1,9

Combinação*	3.7	3.10	4.7	4.8	4.10	5.7	6.7
Fa	2	2	2	1	6	1	1
Fr (%)	3,7	3,7	3,7	1,9	11,1	1,9	1,9

Fa: frequência absoluta; **Fr:** frequência relativa.

* respostas seleccionadas separadas por “.” de acordo com o questionário (anexo II).

As combinações de razões de consulta mais assinaladas pelos médicos de família foram a doença crónica e os problemas que afectam o consulente (14,8%), a doença crónica e a avaliação do estado geral de saúde rotineira (13,0%) e a sintomatologia de novo e o “*check-up*” de rotina (20,4%).

Tabela V – Razões de consulta por iniciativa própria dos consulentes e expectativas dos médicos.

Motivo*	<i>Médicos</i>		<i>Consulentes</i>	
	N	%	N	%
1. Doença de que padece	21	19,4	99	23,4
2. Sintomas de novo	22	20,4	101	23,9
3. Sintomas que agravaram	9	8,3	38	9,0
4. Problemas que o afectam	21	19,4	18	4,3
5. Doença de um familiar	1	0,9	22	5,2
6. Conselhos sobre bem-estar e saúde	1	0,9	1	0,2
7. Planeamento familiar	6	5,6	45	10,6
8. Preocupação por informação dos <i>media</i>	1	0,9	1	0,2
9. Opinião sobre medicamentos	0	0	0	0
10. Exames de rotina	26	24,1	77	18,2
11. Nunca consultei por iniciativa própria	NA	NA	21	5,0
Total	108**	100,0	423	100,0

N: número de respostas válidas; NA: não aplicável à amostra.

* De acordo com os questionários aplicados (anexo I e II).

** A pergunta feita ao médico é diferente da do consulente daí a discrepância entre número de indivíduos abordados e repostas válidas.

As principais razões para a requisição da consulta médica são a doença crónica (23,4%), os sintomas que surgiram de novo (23,9%) e a avaliação do estado de saúde geral de rotina (18,2%), o que totaliza 65,5% dos motivos.

As perspetivas médicas mais frequentes totalizam 82% das respostas e acrescentam às referidas pelos consulentes (19,4%, 20,4% e 24,1% respectivamente) os problemas dos mesmos (19,4%).

A opinião sobre medicamentos não foi apontada como motivo para a marcação de uma consulta por iniciativa própria do consulente, nem como perspectiva dos médicos de família relativamente à mesma.

Variações por Grupos Distinguidos

A determinação da variabilidade das razões de consulta por iniciativa própria de acordo com o grupo etário, sexo, habilitações e centro de saúde do consulente foi definida como objectivo secundário deste estudo e está representada nas tabelas V, VI, VII e VIII.

Aplicou-se a prova de Mann-Whitney-Wilcoxon na análise das razões em função do sexo e escalão etário dos diferentes elementos e o teste de Kruskal-Wallis para as restantes combinações, uma vez que há um cruzamento de 3 ou mais grupos. A hipótese nula avaliada foi “a distribuição da razão de consulta é idêntica entre os diferentes grupos” ($P > 0,005$).

Completando a tabela VI, no grupo do sexo masculino os três motivos de consulta mais frequentes são os sintomas de novo, a doença crónica e a necessidade de avaliação do estado geral com percentagens de 27,0%, 25,0% e 21,7%, respectivamente. Mais, 8,6% dos homens nunca marcou consulta por sua iniciativa. Neste grupo, ninguém consultou o médico de família por “conselhos sobre bem-estar e saúde”, “preocupação por informação dos *media*” ou “opinião sobre os medicamentos”. No grupo do sexo feminino as 3 razões com proporções de seleção mais elevadas são as mesmas com percentagens de 22,3%, 21,9% e 16,4% analogamente. A quarta principal razão para este grupo foi “planeamento familiar” com 14,9% dos elementos (3,3% no sexo oposto).

Repetindo o mesmo procedimento para a tabela VII, as 3 razões de consulta mais assinaladas por grupos de habilitações literárias são “sintomas de novo”, com 27,1% dos elementos analfabetos ou que terminaram o ensino básico, 20,5% daqueles com ensino secundário concluído e 16,3% dos licenciados; “doença de que padece”, com 27,5%, 20,5% e 15,2% respectivamente; e “exames de rotina”, com 16,7%, 19,3% e 22,8%. Relativamente ao planeamento familiar como motivo de consulta a sua distribuição por grupos de habilitações é a seguinte: 5,4%, 15,7% e 20,7% de acordo com a ordem exposta anteriormente.

Tabela VI – Razões de consulta em função do sexo dos consulentes.

Razão*	Masculino	Feminino	Total
1. Doença de que padece	38 39,2%	59 60,8%	97 100,0%
2. Sintomas de novo	41 40,6%	60 59,4%	101 100,0%
3. Sintomas que agravaram	10 26,3%	28 73,7%	38 100,0%
4. Problemas que o afectam	8 44,4%	10 55,6%	18 100,0%
5. Doença de um familiar	4 18,2%	18 81,8%	22 100,0%
6. Conselhos sobre bem-estar e saúde	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
7. Planeamento familiar	5 11,1%	40 88,9%	45 100,0%
8. Preocupação por informação dos <i>media</i>	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
9. Opinião sobre medicamentos	0	0	0
10. Exames de rotina	33 42,9%	44 57,1%	77 100,0%
11. Nunca consultei por iniciativa própria	13 61,9%	8 38,1%	21 100,0%
Total	152 36,1%	269 63,9%	421 100,0%

* De acordo com os questionários aplicados (anexo I).

$p = 0,897$: confirma a hipótese nula testada.

À semelhança do que acontece para o total da amostra, a percentagem de indivíduos do sexo masculino que assinalou os motivos de consulta 1,2,3,4,5,7 ou 10 é inferior (11,1%-44,4%) à dos elementos do sexo feminino (55,6%-88,9%). As razões 6 e 8 apenas foram referidas por uma mulher cada. 61,9% das pessoas que nunca consultaram o médico de família são do sexo masculino.

Tabela VII – Razões de consulta em função das habilitações dos consulentes.

Razão*	EB	ESec	ESup	Total
1. Doença de que padece	66 68,00%	17 17,50%	14 14,40%	97 100,00%
2. Sintomas de novo	65 67,00%	17 17,50%	15 15,50%	97 100,00%
3. Sintomas que agravaram	24 63,20%	9 23,70%	5 13,20%	38 100,00%
4. Problemas que o afectam	7 43,80%	4 25,00%	5 31,30%	16 100,00%
5. Doença de um familiar	9 40,90%	4 18,20%	9 40,90%	22 100,00%
6. Conselhos sobre bem-estar e saúde	0 0,00%	1 100,00%	0 0,00%	1 100,00%
7. Planeamento familiar	13 28,90%	13 28,90%	19 42,20%	45 100,00%
8. Preocupação por informação dos <i>media</i>	1 100,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 100,00%
9. Opinião sobre medicamentos	0	0	0	0
10. Exames de rotina	40 51,90%	16 20,80%	21 27,30%	77 100,00%
11. Nunca consultei por iniciativa própria	15 71,40%	2 9,50%	4 19,00%	21 100,00%
Total	240 57,80%	83 20,00%	92 22,20%	415 100,00%

EB: Ensino Básico; **ESec:** Ensino Secundário; **ESup:** Ensino Superior.

* De acordo com os questionários aplicados (anexo I).

$p = 0,003$: significativo de distribuição diferente dos motivos de consulta entre grupos com educação básica, secundária e superior;

A percentagem dos grupos etários que apresentou como motivo de consulta o planeamento familiar é crescente da iliteracia ou ensino básico (28,9%) para aqueles com educação superior (42,2%). O primeiro grupo detém uma proporção de 71,4% daqueles que nunca consultaram o médico de família por iniciativa própria. Nas restantes respostas as percentagens intergrupais são semelhantes às do total da amostra. Ainda, 1 elemento do segundo grupo referiu a razão 6 e 1 do primeiro a 8.

Tabela VIII – Razões de consulta em função do escalão etário.

Razão*	Adulto	Idoso	Total
1. Doença de que padece	29 29,3%	70 70,7%	99 100,0%
2. Sintomas de novo	41 40,6%	60 59,4%	101 100,0%
3. Sintomas que agravaram	14 36,8%	24 63,2%	38 100,0%
4. Problemas que o afectam	15 83,3%	3 16,7%	18 100,0%
5. Doença de um familiar	19 86,4%	3 13,6%	22 100,0%
6. Conselhos sobre bem-estar e saúde	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
7. Planeamento familiar	43 95,6%	2 4,4%	45 100,0%
8. Preocupação por informação dos <i>media</i>	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
9. Opinião sobre medicamentos	0	0	0
10. Exames de rotina	37 48,1%	40 51,9%	77 100,0%
11. Nunca consultei por iniciativa própria	8 38,1%	13 61,9%	21 100,0%
Total	208 49,2%	215 50,8%	423 100,0%

* De acordo com os questionários aplicados (anexo I).

$p < 0,001$: significativo de distribuição diferente dos motivos de consulta entre os grupos etários.

A faixa etária adulta engloba 95,6% dos indivíduos que assinalaram o planeamento familiar como motivo de consulta, assim como 86,4% dos que indicaram a razão 5. Ainda, 61,9% daqueles que nunca consultaram por iniciativa própria completaram pelo menos 55 anos, assim como 70,7% dos que foram motivados por patologia crónica.

Tabela IX – Razões de consulta em função do centro de saúde a que recorre.

Razão*	CSE	CSSMB	CSC	CSFM	CSP	CSSC	CSCe	CSNM	Total
1.	7	11	7	13	4	4	21	32	99
	7,1%	11,1%	7,1%	13,1%	4,0%	4,0%	21,2%	32,3%	100,0%
	18,9%	25,0%	15,2%	26,5%	17,4%	21,1%	22,6%	28,6%	23,4%
2.	6	11	16	11	6	5	14	32	101
	5,9%	10,9%	15,8%	10,9%	5,9%	5,0%	13,9%	31,7%	100,0%
	16,2%	25,0%	34,8%	22,4%	26,1%	26,3%	15,1%	28,6%	23,9%
3.	4	4	8	5	2	1	7	7	38
	10,5%	10,5%	21,1%	13,2%	5,3%	2,6%	18,4%	18,4%	100,0%
	10,8%	9,1%	17,4%	10,2%	8,7%	5,3%	7,5%	6,3%	9,0%
4.	3	0	1	1	1	2	9	1	18
	16,7%	0,0%	5,6%	5,6%	5,6%	11,1%	50,0%	5,6%	100,0%
	8,1%	0,0%	2,2%	2,0%	4,3%	10,5%	9,7%	0,9%	4,3%
5.	4	2	2	2	0	1	4	7	22
	18,2%	9,1%	9,1%	9,1%	0,0%	4,5%	18,2%	31,8%	100,0%
	10,8%	4,5%	4,3%	4,1%	0,0%	5,3%	4,3%	6,3%	5,2%
6.	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
7.	2	3	4	6	5	3	9	13	45
	4,4%	6,7%	8,9%	13,3%	11,1%	6,7%	20,0%	28,9%	100,0%
	5,4%	6,8%	8,7%	12,2%	21,7%	15,8%	9,7%	11,6%	10,6%
8.	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
9.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10.	7	9	6	9	2	2	29	13	77
	9,1%	11,7%	7,8%	11,7%	2,6%	2,6%	37,7%	16,9%	100,0%
	18,9%	20,5%	13,0%	18,4%	8,7%	10,5%	31,2%	11,6%	18,2%
11.	4	4	1	1	3	1	0	7	21
	19,0%	19,0%	4,8%	4,8%	14,3%	4,8%	0,0%	33,3%	100,0%
	10,8%	9,1%	2,2%	2,0%	13,0%	5,3%	0,0%	6,3%	5,0%
Total	37	44	46	49	23	19	93	112	423
	8,7%	10,4%	10,9%	11,6%	5,4%	4,5%	22,0%	26,5%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

CS: centro de saúde (**E**: Eiras; **SMB**: S. Martinho do Bispo; **C**: Condeixa; **FM**: Fernão Magalhães; **P**: Penacova; **SC**: Santa Clara; **Ce**: Celas; **NM**: Norton de Matos); % (**superior**): percentagem dentro da razão; % (**inferior**): percentagem dentro da localidade.

* De acordo com os questionários aplicados (anexo I).

$p = 0,435$: confirma a hipótese nula testada.

Os motivos de consulta nos idosos com maior percentagem são a sua doença crónica (32,6%), a doença aguda ou sintomas novos (27,9%) e a avaliação de rotina (18,6%),

enquanto no adulto são o planeamento familiar (20,7%), a sintomatologia de novo (19,7%) e o chamado “*check-up*” rotineiro (tabela VIII).

Finalmente, na amostra dos médicos de família determinou-se uma distribuição não significativa das perspetivas relativamente às consultas de iniciativa do utente entre grupos de sexo ($p=0,147$), de grupo etário na carreira ($p=0,084$) e por local de trabalho ($p=0,058$).

DISCUSSÃO

Primeiro, os consulentes mostram maior preocupação pela sua doença crónica, sintomas de novo e por uma avaliação regular do seu estado de saúde geral. Por outro lado, os médicos de família são um pouco mais abrangentes e referem que os principais motivos de consulta por iniciativa própria dos seus utentes são os anteriormente referidos e os problemas bio-socio-económicos que os afectam.

Os resultados vão de encontro aos apresentados por *Santiago et al.*^[6] em 2009, que demonstrou que a principal razão de consulta por iniciativa própria dos utentes do Centro de Saúde de Eiras é “os sintomas de novo”. Contrariamente, o segundo motivo mais frequente é os problemas do consulente. Em 1991, Martin et al^[4] conduz um estudo em Inglaterra, numa metodologia com alguns pontos em comum, que aponta o agravamento dos sintomas como o principal motivo para consulta do médico de família.

Segundo, de acordo com os grupos de escalão etário e habilitações literárias dos consulentes (onde se confirma a sua influência no motivo de consulta) conclui-se que existe uma maior preocupação com o planeamento familiar e a doença do familiar nas pessoas com mais estudos. Por outro lado, a uma baixa escolaridade corresponde uma menor proporção de consultas por iniciativa própria. Ainda, quase a totalidade das consultas motivadas pelo planeamento familiar e preocupação com a saúde de um familiar são requisitadas por pessoas com idade inferior a 55 anos. Nos idosos a doença crónica e os sintomas de novo representam as suas principais razões.

Nos grupos com variações não significativas, é de salientar que o planeamento familiar é um motivo de consulta por iniciativa própria quase exclusivo da população do sexo feminino.








Terceiro, tecidas as principais conclusões do estudo é pertinente reflectir sobre as suas limitações. Assim, os questionários aplicados, uma vez diferentes entre consulentes e médicos (anexo I e II), não permitem a comparação estatística das duas realidades, apenas a exposição das principais observações isoladamente. A presença apenas do investigador na aplicação dos questionários, apesar de ter concebido à metodologia uma maior flexibilidade e simplicidade, anulando o efeito da interpretação externa, sujeitou-a a uma maior viés dependente do observador. Por outro lado, a amostragem não probabilística de conveniência limita a generalização dos resultados, mas este aspecto foi compensado pela dimensão da amostra, que ultrapassou amplamente o valor inicialmente proposto (n=151).

Para finalizar, estes resultados têm diversas implicações na prática diária do médico de família. Primeiramente, a concordância aparente entre a razão de consulta real e a perspectiva do profissional de saúde é um bom indicador de uma boa relação médico-doente, com compreensão mútua e partilha de informação. Depois, demonstra que o médico de família se apercebe globalmente da agenda de problemas dos seus utentes, o que lhe permite uma maior agilização do seu calendário de consultas, poupando tempo e recursos, através de, por exemplo, antecipação ou adiamento das consultas de acordo com as necessidades do consulente. As variações intergrupais determinadas justificam um estudo posterior focado nas causas da mesma. Por exemplo, na avaliação da diferente prioridade do planeamento familiar na população mais e menos instruída, poderá encontrar-se uma realidade que condicione a necessidade de intervenção médico-social sobre a importância e benefícios do mesmo na comunidade estudada. Ainda, a implementação à vida real constitui uma mais-valia da

metodologia. Todos os questionários foram aplicados aos utentes e profissionais de saúde nos seus centros de saúde, no seu dia-a-dia.

E por último, é de salientar que existe um número elevado de utentes que nunca marcaram uma consulta por iniciativa própria. Tal facto pode estar relacionado com a expectativa que o cidadão comum tem do trabalho do seu médico de família, fundamentando a realização de intervenções para informação dos utentes sobre a utilidade e funcionalidade do seu centro de saúde ou, mesmo antes, um estudo sobre os motivos das baixas proporções de consulta médica por iniciativa própria.

BIBLIOGRAFIA

- 1  Donnelly, W. (2005) *Patient-centered medical care requires a patient-centered medical record*, Academic Medicine, 80: 2, 33-38.
- 2  Lenth, R. V. (2001), *Some Practical Guidelines for Effective Sample Size Determination*, The American Statistician, 55, 187-193.
- 3  Lenth, R. V. (2006). *Java Applets for Power and Sample Size* [Software]. Consultado em <http://www.stat.uiowa.edu/~rlenth/Power>.
- 4  Martin, E.; Russell, D.; Goodwin, S.; Chapman R.; North, M.; Sheridan, P. (1991) *Why patients consult and what happens when they do*, British Medical Journal, 303 (6797): 289-92.
- 5  McGregor, S. (2006) *Roles, power and subjective choice. Patient Education and Counseling*; Q2; 60:5-9.
- 6  Santiago, L.; Neves, C.; Constatino, L.; De Leon Rodriguez, E. (2009) *Why do patients consult the family doctor and what do they want to know about their illnesses and ailments? A Portuguese study*; Atención Primaria, 41(11): 654-5.
- 7  Simões, J. (2008) *A ética em Medicina Geral e Familiar, Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24: 45-7.

8 📖 van de Kar, A.; Knottnerus, A.; Meertens, R.; Dubois, V.; Kok, G (1992) *Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision*, British Journal of General Practice, 42(361): 313-6.

9 📖 Weed, L. (1968) *Medical records that guide and teach*, The New England Journal of Medicine, 278: 11, 593-599,652- 657.

10 📖 Yaphe, J. (2007) *Teaching and learning about empowerment in family medicine*, Revista Portuguesa de Clínica Geral, 23: 365-7.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todos os que tornam possível a realização deste artigo científico. Em especial, aos coordenadores dos Centros de Saúde Do Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego I: Dr. António Alegre (C.S. Eiras), Dr. Lusitano Bronze (C.S. Penacova), Dr^a. Maria João Trindade (C.S. Rua Fernão Magalhães), Dr. Mesquita (U.S.F. Cruz de Celas), Dr^a. Teresa Tomé (U.S.F. Celasaúde), Dr^a. Conceição Milheiro (C.S. Bairro Norton de Matos), Dr^a. Conceição Maia (U.S.F. Briososa), Dr. José Miguel (U.S.F. Condeixa), Dr. Lineu (U.C.S.P. Rainha Santa), Dr^a Conceição Nunes Vicente (UCSP Aeminium), Dr. João Arcanjo (USF Mondego), Dr^a Alice Pinto (U.C.S.P. S. Martinho do Bispo) e, obviamente, a todos os que me receberam tão bem e me ajudaram durante a minha breve passagem nestes centros de saúde.

Um enorme obrigado à Dra. Maria Augusta Mota, Directora Executiva da ACES do Baixo Mondego I, por amavelmente ter permitido a realização do estudo apresentado.

E como não poderia deixar de ser, o maior dos abraços e muito obrigado ao Prof. Dr. Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago, pela disponibilidade, motivação incansável e paciência que investiu na concretização deste projecto.

Termino agradecendo à família e amigos: “Obrigado pai, mãe e mano!”

ANEXOS

Anexo I – Questionário – versão consulentes

Anexo II – Questionário – versão médicos

Questionário

_____, __ de _____ de 20____,

O meu nome é Emanuel Homem Ferreira Marques da Costa. Sou aluno de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

O (A) Senhor(a) está convidado(a) a responder a este questionário que faz parte da minha Tese de Mestrado cujo tema é "Registo Médico Orientado por Problemas - o que mostram por iniciativa própria os consulentes e o que esperam os especialistas em Medicina Geral e Familiar", sob a orientação do Sr. Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.

Caso concorde em participar na pesquisa, leia com atenção os seguintes aspectos:

- A) O (A) Senhor(a) é livre de a qualquer momento deixar de participar nesta pesquisa
- B) A resposta às questões não é obrigatória, podendo ser recusada sempre que estas causem algum constrangimento
- C) O questionário é anónimo
- D) Caso deseje terá toda a liberdade de colocar dúvidas e pedir informações ao aplicante do questionário.

Obrigado!

Idade: ____

Sexo: _____

Localidade: _____

Habilitações:

1. Menos de 4 anos de escolaridade
2. 9.º Ano (3.º ciclo do ensino básico)
3. 12.º Ano (ensino secundário) / Curso Tecnológico/Profissional (Nível III)
4. Bacharelato/Licenciatura
5. Mestrado/Doutoramento

1. Qual foi a razão para marcar a última consulta de sua iniciativa com o seu Médico de Família:

1. Doença de que padece
2. Sintomas novos
3. Sintomas que agravaram
4. Problemas que o afectam
5. Doença de um familiar
6. Conselhos sobre bem-estar e saúde
7. Planeamento familiar
8. Preocupação por informação dos meios de comunicação social
9. Opinião sobre medicamentos
10. Fazer exames para saber do estado de saúde
11. Nunca marquei uma consulta por iniciativa própria

Questionário

_____, __ de _____ de 20____,

O meu nome é Emanuel Homem Ferreira Marques da Costa. Sou aluno de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

O (A) Senhor(a) Dr. +a) está convidado(a) a responder a este questionário que faz parte da minha Tese de Mestrado cujo tema é "Registo Médico Orientado por Problemas - o que mostram por iniciativa própria os consulentes e o que esperam os especialistas em Medicina Geral e Familiar", sob a orientação do Sr. Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.

Caso concorde em participar na pesquisa, leia com atenção os seguintes aspectos:

- E) O (A) Senhor(a) é livre de a qualquer momento deixar de participar nesta pesquisa
- F) A resposta às questões não é obrigatória, podendo ser recusada sempre que estas causem algum constrangimento
- G) O questionário é anónimo
- H) Caso deseje terá toda a liberdade de colocar dúvidas e pedir informações ao aplicante do questionário.

Obrigado!

Idade: ____

Sexo: _____

Localidade: _____

Anos de Carreira: _____

2. Quais pensa serem as duas principais razões, do consulente, para marcar uma consulta de sua iniciativa com o seu Médico de Família:

1. Doença de que padece
2. Sintomas novos
3. Sintomas que agravaram
4. Problemas que o afectam
5. Doença de um familiar
6. Conselhos sobre bem-estar e saúde
7. Planeamento familiar
8. Preocupação por informação dos meios de comunicação social
9. Opinião sobre medicamentos
10. Fazer exames para saber do estado de saúde