

Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar corretamente a qualidade sentida pelos doentes?

*The Quality of General Practice and Family Consultation:
are doctors prepared to correctly evaluate how
the patients feel about?*

Tiago Santos*
Inês Rosendo*
Gonçalo Pimenta*
Dina Martins*
Maria Prazeres Francisco**
Maria da Glória Neto**
Luiz Miguel Santiago***

Resumo

A valorização da atividade médica em Medicina Geral e Familiar (MGF), conhecida no Brasil como Medicina de Família e Comunidade, depende, entre outros fatores, do resultado de um encontro médico/doente. O especialista em MGF, ao ter de gerir a sua atividade com base nos pilares fundamentais do contexto, da ciência e da atitude, deve ponderar que a qualidade é algo que depende também da interface que ele contacta. Objetivos: verificar a satisfação dos pacientes com a consulta médica de Clínica Geral. Averiguar a capacidade de os médicos avaliarem corretamente a satisfação dos pacientes na consulta. Foi feito um estudo observacional, transversal, com intenção analítica. O material utilizado consistiu em: três médicos de Medicina Geral e Familiar de um Centro de Saúde, questionário validado e usuários da consulta em dois dias distintos de trabalho. Métodos: em dois dias de atividade, apenas sabidos no início de período laboral, foram entregues pelos médicos o questionário com 11 afirmações. No final de cada consulta os médicos preenchiam questionário sobre os mesmos pontos, mas, na sua óptica e após a saída do paciente. Critérios de inclusão: maiores de 16 anos, capacidade de leitura e escrita e aceitação para participar. Análise estatística descritiva e inferencial (χ^2 e *t de student*). Análise de diferenças na resposta às afirmações do questionário, por um modelo de correlação bi-variada com o coeficiente tau-b de Kendall com sensibilidade a 5%. Resultados: recebidos 43 (64,2%) dos questionários entregues. Idade média de $42,7 \pm 16,8$ anos, sendo majoritariamente do sexo feminino (72,1%). Para 51,3% da amostra não terá havido possibilidade de falar sobre as preocupações de saúde e para 50% não parecem ter sido recebidas instruções acerca de estilos de vida saudáveis para a doença, e para 56,1% o tempo de duração da consulta não terá sido suficiente. Sem diferenças com significado as respostas por sexo, grupo etário e formação. Apenas na questão de o médico querer advogar a saúde do doente, as respostas são consonantes entre doentes e médicos. Conclusões: boa avaliação da consulta nos 11 fatores estudados. Os médicos revelam

Palavras-chave: Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Avaliação em Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Relação Médico-paciente.

Key Words: *Quality Assurance; Health Care; Evaluation in health; General and Family Practice; Physician-Patient Relation.*

*Médico residente em Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Eiras, Portugal.

**Médica, assistente graduada de Clínica Geral, orientadora de Estágio de Especialidade e de alunos do ano profissionalizante da Licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina de Coimbra, Centro de Saúde de Eiras, Coimbra, Portugal.

***Médico, chefe de Serviço de Clínica Geral, mestre em Saúde Pública, orientador de Estágio de Especialidade de Clínica Geral e de alunos do ano profissionalizante da Licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina de Coimbra Centro de Saúde de Eiras, doutorando em Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

baixa capacidade de avaliação correta da satisfação dos pacientes na consulta, apenas estando médico e doente de acordo quanto à disponibilidade do médico para advogar a saúde do paciente.

Abstract

One of the criteria for evaluating medical activity in the field of Family and General Practice, in Brazil known as Family and Community Practice, is the satisfaction obtained in the doctor-patient encounter. The general practitioner, while performing his activity based on the fundamental pillars context, science and attitude, has to consider that quality is something that has to be seen from the viewpoint of the patient as well. Objectives: verify the degree of satisfaction of patients with the general practice consultation and the capacity of the practitioners to correctly predict the satisfaction of their patients with the consultation. An observational transverse study was carried out with the intent to analyze this question. The subjects and material used in the study consisted of: three general practitioners from a Primary Care Unit, a validated questionnaire and users of consultations on two distinct workdays. Method: during two specific days, only revealed in the beginning of each work shift, the doctors asked the patients to answer a questionnaire containing 11 statements. In the end of each consultation, after the patient had left, the doctors answered the same questionnaire from their own perspective. Criteria for inclusion in the study: over 16 years of age, ability to read and write and consensual participation. Data were submitted to descriptive and inferential statistical analysis (chi square and student's t test). The differences in the answers to the statements contained in the questionnaire were analyzed with a bi-variable correlation model using Kendall's tau-b coefficient with sensibility of 5%. Results: Forty three (64,2%) of the distributed questionnaires were returned. The age mean of responders was $42,7 \pm 16,8$ years, most of them of feminine sex (72,1 %). 51,3% of the sample claimed that they were not given the chance to speak about their health concerns, 50% seem not to have received instructions about healthier life styles in relation to their disease and in the opinion of 56,1% the consultation was too short. The answers showed no significant differences in relation to sex, age group and educational level of the responders. The only question in which doctors and patients agreed was that

the doctors were ready to care for the health of the patients. Conclusions: the consultations were considered good with regard to the 11 factors studied. The doctors reveal low capacity for correctly predicting the satisfaction of their patients with the consultation. Doctors and patients only agree with respect to the doctor's readiness to care for the patient's health.

1. Introdução

A valorização da atividade médica em Medicina Geral e Familiar (MGF), conhecida no Brasil como Medicina de Família e Comunidade, depende, fundamentalmente, do resultado de um encontro médico/doente. De pouco servirá a produção de elevado número de consultas, se destas não advier algo de valor acrescentado para quem apresenta problemas e pede soluções e para quem tem de dar uma resposta a sintomas e sinais, explicando quadros apresentados, expondo planos de atuação, imediatos ou a prazo, e, ao mesmo tempo, gerindo recursos e expectativas em situações de multipatologia^{1,2,3,4}.

Em MGF, a questão da empatia não se coloca apenas como o bom relacionamento entre os dois participantes na consulta. Tal tem a ver com a capacidade de, no futuro, o relacionamento poder continuar a ser humano e profissional, para o que deve haver trabalho de formação profissional contínua^{3,5,6}.

O especialista em MGF, ao ter de gerir a sua atividade com base nos pilares fundamentais do contexto, da ciência e da atitude, deve ponderar que a qualidade é algo que depende também da interface que ele contacta^{3,7}. O alvo da sua atividade, o doente, ser complexo que apresenta um problema a que chama “doença” ou que simplesmente procura consulta médica para certificar que não a tem, quer perceber, quer explicação, quer um plano futuro. Quer, por vezes, apenas uma desresponsabilização⁸.

Toda essa atividade implica disponibilidade, conhecimento, ciência e tempo, sendo julgados de diferentes formas consoante a posição do observador^{9,10}.

Neste contexto, qual a qualidade sentida pelos usuários da consulta? Como avaliam os médicos a satisfação

dos doentes quanto à consulta realizada? Será que conseguem perceber que satisfizeram o paciente por terem feito um boa interpretação, exame e orientação dos problemas, queixas e sintomas?

Alguma evidência já disponível, mas obtida em diferentes contextos, sugere que não¹¹.

Segundo a organização da prática da MGF em um particular Centro de Saúde e em atividade própria de formadores de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar, tanto do Ensino de Medicina Familiar na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, como da formação específica pós-graduada da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, procuramos responder a essa pergunta analisando, criteriosamente, quadros que têm a ver com a estrutura da consulta, o seu processo e o seu resultado, este entendido como a compreensão do explicado e como a apreciação global da consulta.

2. Objetivos

Medir aspectos relacionados à qualidade sentida pelos pacientes com a consulta médica de Medicina Geral e Familiar.

Avaliar a concordância da opinião de médicos e usuários sobre aspectos relacionados à satisfação destes com a consulta médica.

3. Material e métodos

Estudo observacional, transversal, com intenção analítica.

1º - Material:

Três médicos de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar de um Centro de Saúde, questionário validado e usuários da consulta em dois dias distintos de consulta.

2º - Métodos:

Em dois dias de atividade, os médicos entregaram o questionário, com 11 afirmações, para as quais era solicitada resposta quanto ao grau de concordância com a afirmação. No final da cada consulta faziam o preenchimento de um questionário versando os mesmos pontos que o doente, mas na sua óptica. Foi solicitado pelos

médicos, aos usuários da consulta, que respondessem ao questionário fora do gabinete e que o entregassem na secretaria de atendimento onde o veriam ser depositado em caixa própria. A entrega foi apenas realizada a maiores de 16 anos, com capacidade de ler e escrever e que aceitassem participar. Os dias de entrega dos questionários foram revelados apenas no início das consultas de tais dias. As afirmações para os médicos foram construídas pelos próprios, interpretando o que era pretendido nas afirmações colocadas aos usuários.

A validação do questionário foi, resumidamente, efetuada em três fases: 1) validação interna após formulação das questões por um painel de peritos; 2) validação externa por um painel de pessoas que se dignaram a responder à compreensibilidade das afirmações e outras dificuldades no preenchimento, verificando-se não haver diferença entre resposta por escrito e oral, com intervalo de seis minutos, neste painel de 16 elementos, o qual não integrou a amostra do presente estudo, conforme a Tabela I; 3) validação lingüística por uma perita em Português.

Foi elaborada base de dados para análise estatística descritiva e inferencial (χ^2 e *t* de *student*). Para análise de diferenças na resposta às afirmações do questionário, foi utilizado um modelo de correlação bi-variada com o coeficiente tau-b de Kendall com sensibilidade a 5%.

4. Resultados

Dos 67 questionários entregues nos dias 11 e 15 de junho de 2007, foram recebidos 43 (64,2%). A idade média da amostra é de $42,7 \pm 16,8$ anos, sendo majoritariamente do sexo feminino (72,1%). As características sociodemográficas medidas, em comparação, encontram-se na Tabela II. Essa amostra representa a população que foi caracterizada em termos de sexo e idade para os dois dias de consulta.

Tabela I. Resultados de não-diferença entre dois tempos de aplicação do questionário a usuários de Consulta de Clínica Geral, utilizando o teste de Crohnback, para uma amostra de 31 elementos.

Afirmacao	α de Crohnback
1. O médico mostrou ter tempo para me ouvir sobre os meus problemas. (n=16)	0,920
2. Explicou-me as razões das minhas queixas. (n=16)	0,905
3. Não me deu oportunidade de falar sobre minhas preocupações de saúde. (n=16)	0,942
4. Quando receitou medicamentos explicou-me a necessidade de tomá-los. (n=16)	0,693
5. Fez-me compreender a importância de tomar corretamente a medicação. (n=16)	0,868
6. Se pedi análises ou outros exames explicou os motivos para realizá-los. (n=16)	0,756
7. Não fiquei satisfeito(a) com o exame que foi realizado. (n=16)	1
8. O tempo de duração da consulta não foi suficiente. (n=16)	0,977
9. Não me ensinou quais os comportamentos ou hábitos são mais saudáveis para a minha vida, por causa das minhas queixas. (n=16)	0,955
10. O meu médico manifestou interesse em me orientar na resolução dos problemas de saúde. (n=16)	0,942
11. Fiquei desagrado(a) com a consulta que me realizou. (n=16)	0,979

Tabela II. Características sociodemográficas comparadas na amostra.

Característica	Sexo		P
	Masculino (n=12)	Feminino (n=31)	
Formação	%	%	
Sabe ler e escrever	9,1	3,4	ns (*)
4ª classe / 9º ano	41,5	31,0	
7º ano / 12º ano	9,1	37,9	
Tecnico ou superior	31,4	27,6	
Idade	45,7 +/- 18,1	41,6 +/- 16,4	ns (**)

Nota; (*): χ^2 ; (**): *t de student*

Na Tabela III são fornecidos resultados obtidos para as 11 afirmações do questionário aplicado aos usuários. Podemos observar um ambiente geral de boa avaliação sobre a consulta, com exceção do exame realizado.

Na Tabela IV são referidos os valores encontrados no questionário que os médicos responderam a seguir a cada consulta igualmente avaliada por usuários. Não verificamos diferenças com significado estatístico na distribuição das respostas por sexo, atividade profissional e idade do paciente.

Na Tabela V são mostrados os resultados da análise estatística, valendo realçar apenas haver diferença com significado estatístico para a afirmação relativa à advocacia do estado de saúde. Os usuários revelam menor concordância com o sentimento de afirmação de advocacia dos seus problemas pelo médico (92,7% de concordância total e/ou muita) que os médicos (95,4% de concordância total e/ou muita).

Tabela III. Concordância com as afirmações do questionário por parte dos pacientes.

Afirmacao	Concordancia (%)			
	Total (%)	Muita (%)	Pouca (%)	Nenhuma (%)
1. O médico mostrou ter tempo para me ouvir sobre os meus problemas. (n=40)	72,1	27,9	0	0
2. Explicou-me as razões das minhas queixas. (n=39)	73,8	23,8	2,4	0
3. Não me deu oportunidade de falar sobre as minhas preocupações de saúde. (n=36)	35,9	15,4	5,1	43,6
4. Quando receitou medicamentos explicou-me a necessidade de tomá-los. (n=36)	74,4	23,1	2,6	0
5. Fez-me compreender a importância de tomar corretamente a medicação. (n=35)	73,7	23,7	2,6	0
6. Se pediu análises ou outros exames explicou os motivos para realizá-los. (n=36)	71,8	28,2	0	0
7. Não fiquei satisfeito(a) com o exame realizado. (n=34)	27,0	24,3	2,7	43,9
8. O tempo de duração da consulta não foi suficiente. (n=38)	39,9	17,1	0	43,9
9. Não me ensinou quais os comportamentos ou hábitos saudáveis para a minha vida, por causa das minhas queixas. (n=35)	31,6	18,4	0	50,0
10. O meu médico manifestou interesse em me orientar na resolução dos problemas de saúde. (n=38)	70,7	22,0	2,4	4,9
11. Fiquei desagradado(a) com a consulta que me realizou. (n=37)	22,5	10,0	0	67,5

(*) sem diferença com significado estatístico a distribuição das respostas por sexo, atividade profissional e idade.

5. Discussão e conclusões

A amostra é limitada no tempo e na quantidade, tendo, no entanto, sido colhida segundo critérios constantes em dias diferentes da semana, permitindo assim pensar ser uma aproximação à realidade para estes três médicos. Podemos, mesmo assim, julgar existirem vários vieses quanto aos usuários da consulta, como de voluntarismo, intenção na resposta, estado de alma pelo tempo de espera para a entrada na consulta e pelo prévio conhecimento do médico, bem como para os médicos de encenação em função do conhecimento do dia de aplicação do questionários. Vale realçar a idade relativamente jovem da amostra.

Este trabalho visa, por um lado, ao estudo da avaliação da qualidade da consulta pelos pacientes e, por outro, da capacidade que os médicos têm de prever a qualidade sentida pelos doentes. Este pode ser um aspecto importante na contínua melhoria da prática, não estando a ser avaliados

parâmetros científicos tecnicamente mensuráveis. Apesar de ter sido feito um inquérito que avalia algo com base em experiências concretas – como foi ouvido, atendido, examinado e orientado –, à saída de uma consulta, este tipo de estudo deve ser entendido como uma forma de avaliação de qualidade, com um peso a determinar em um conjunto de outras possibilidades de medição^{12,13}.

A concordância com as afirmações que pretendiam avaliar sobretudo o processo e o resultado da “consulta” quanto às envolventes tempo para ouvir, implicação na decisão terapêutica farmacológica, necessidade da realização de exames, exame médico efetuado, tempo de duração da consulta, ensino sobre estilos de vida saudáveis, advocacia dos problemas de saúde do paciente e ambiente geral, ou qualidade em geral da consulta, revelam um aparente bom conceito. Devemos, no entanto, realçar que 51,3% da amostra não julga ter tido da parte do médico a possibilidade

Tabela IV. Concordância com as afirmações do questionário por parte dos médicos.

Afirmacao	Concordancia (%)			
	Total (%)	Muita (%)	Pouca (%)	Nenhuma (%)
1. Mostrei ter tempo para ouvir os problemas do paciente. (n=40)	53,5	44,2	2,3	0
2. Expliquei as queixas aos pacientes em linguagem acessível. (n=39)	51,2	48,8	0	0
3. Não lhe dei oportunidade de falar sobre o que o preocupava. (n=36)	4,7	9,3	39,5	46,5
4. Expliquei a necessidade de tomar medicamentos. (n=36)	52,4	35,7	7,1	4,8
5. Expliquei a importância de tomar corretamente a medicação. (n=35)	54,8	33,3	7,1	4,8
6. Expliquei as razões para pedir exames. (n=36)	52,4	28,6	7,1	11,9
7. Julgo que o paciente não ficou contente com o exame realizado. (n=34)	4,8	2,4	45,2	47,6
8. O tempo da consulta não foi suficiente. (n=38)	7,0	25,6	33,3	44,2
9. Não ensinei estilos saudáveis de vida adaptados à patologia e ao doente. (n=35)	7,0	9,3	32,6	51,2
10. Manifestei interesse em advogar a saúde do paciente. (n=38)	53,5	41,9	4,7	0
11. O doente não ficou satisfeito com a consulta. (n=37)	4,7	2,3	46,5	46,5

de falar sobre as suas preocupações de saúde, que 50% não parecem ter recebido instruções acerca de estilos de vida saudáveis para a doença de que padecem e que, para 56,1%, o tempo de duração da consulta não terá sido suficiente. Esta questão é recorrente na literatura médica, sendo difícil, se alguma vez possível, que haja completo encontro de posições¹⁴. É, no entanto, curioso verificar que, apesar de 51,3% dos respondentes terem respondido não estarem satisfeitos com o exame realizado, é de 67,5% a concordância de agrado com a consulta. Ou seja: que, em MGF, nem só o exame interessa; é importante, entre outros fatores, o diálogo como paciente.

O médico tende a pensar a sua atividade na consulta como bastante boa. Apenas a duração da consulta não é tão bem avaliada, com 25,6% das situações a serem julgadas de pouca concordância em relação ao tempo dedicado.

Da comparação das respostas de doente e médico para a mesma consulta, sem que ambos conhecessem as respostas dadas, verifica-se existir apenas uma situação com

concordância entre médico e doente na afirmação: “O meu médico manifestou interesse em me orientar na resolução dos problemas de saúde / Manifestei interesse em advogar a saúde o paciente”. Ou seja: apenas para esta pergunta existe similaridade na resposta entre doentes e médicos e, tal como em outros estudos^{12,13}, os médicos têm alguma dificuldade em perceber a avaliação da sua consulta pelos doentes. Será necessário que esses médicos realizem eventuais modificações nos fatores em que aqui notamos diferença de respostas, podendo estas estar relacionadas com a comunicação na consulta. De fato, é possível que a antiguidade de conhecimento entre médico e doente, bem como o tempo de evolução da patologia sejam fatores condicionantes a serem estudados.

Para uma amostra de n=47 indivíduos, em 51,3% das respostas é revelado não ter havido possibilidade de falar sobre as preocupações de saúde; para 50%, não parecem ter sido recebidas instruções acerca de estilos de vida saudáveis para a doença e, para 56,1%, o tempo de

Tabela V. Correlações entre as respostas às afirmações por doentes e médicos.

Afirmacao	p2 caudas (*)
O médico mostrou ter tempo para me ouvir sobre os meus problemas / Mostrei ter tempo para ouvir os problemas do paciente.	0,517
Explicou-me as razões das minhas queixas / Expliquei as queixas ao paciente em linguagem acessível.	0,309
Não me deu oportunidade de falar sobre as minhas preocupações de saúde / Não lhe dei oportunidade de falar sobre o que o preocupava.	0,374
Quando receitou medicamentos explicou-me a necessidade de tomá-los / Expliquei a necessidade de tomar medicamentos.	0,255
Fez-me compreender a importância de tomar corretamente a medicação / Expliquei a importância de tomar corretamente a medicação.	0,388
Se pediu análises ou outros exames explicou os motivos para os realizar / Expliquei as razões para pedir exames.	0,672
Não fiquei satisfeito(a) com o exame realizado / Julgo que o paciente ficou contente com o exame realizado.	0,151
O tempo de duração da consulta não foi suficiente / O tempo da consulta não foi suficiente.	0,190
Não me ensinou quais os comportamentos ou hábitos que são mais saudáveis para a minha vida, por causa das minhas queixas / Não ensinei estilos saudáveis de vida adaptados à patologia e ao doente.	0,693
O meu médico manifestou interesse em me orientar na resolução dos problemas de saúde / Manifestei interesse em advogar a saúde do paciente.	0,039
Fiquei desagrado(a) com a consulta realizada / O doente não ficou satisfeito com a consulta.	0,499

(*) Correlação bi-variada, Teste tau-b de Kendall

duração da consulta não terá sido suficiente. A avaliação global da qualidade da consulta em 11 pontos é francamente positiva.

Os médicos revelam baixa capacidade de avaliação correta da satisfação dos pacientes na consulta, apenas estando médico e doente de acordo quanto à disponibilidade do médico para advogar a saúde do paciente.

6. Referências

1. Gomes LF. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, versão reduzida. EURACT. 2005. Rev Port Clin Geral. 2005;21:511-516.
2. Santos I. O desafio da comorbilidade para os serviços de saúde. Rev Port Clin Geral. 2006;22:191-4.
3. Sá AB. O médico, o paciente, o medicamento e a sua prescrição. Rev Port Clin Geral. 2007;23:13-4.
4. Gervas J, Santos I. A complexidade da comorbilidade. Rev Port Clin Geral. 2007;23:181-189.
5. Portugal. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EB139DE8-00B1-4B54-A19F-418D98D52DF0/2824/linhas_acção.pdf
6. Starfield B. Comorbidity and its challenges for quality of Primary Care. Rev Port Clin Geral. 2007;23:179-180.
7. Miranda JA. O que esperam os nossos clientes? Rev Port Clin Geral. 2001;17:11-12.
8. Sousa JC. Ups! Será que é MUPS? Rev Port Clin Geral. 2006;22:277-279.
9. Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários. Rev Port Clin Geral 2000; 16:53-62.

10. Hespanhol A, Costa Pereira A, Sousa Pinto A. Insatisfação Profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? *Rev Port Clin Geral*. 2000;16:183-199.
11. Cannon B. General practice consultations: how well do doctors predict patient satisfaction? *Australian Family Physician*. 36:3:185-187.
12. Coulter A. Can patients assess the quality of health care? *BMJ*. 2006;333:1-2.
13. Rao M; Clarke A; Sanderson C; Hammersley R. Avaliações pelos próprios doentes da qualidade dos cuidados primários em comparação com medidas objectivas baseadas nos processos clínicos da qualidade técnica dos cuidados: estudo transversal. *BMJ*. 2006;333:19-22.
14. Sousa JC. Quanto tempo é tempo bastante? *Rev Port Clin Geral*. 2006;22:549-553

Trabalho realizado no Centro de Saúde de Eiras, sub-região de Saúde de Coimbra, Portugal.

Endereço para correspondência

Luiz Miguel Santiago
Quinta de Voimarães lote 12 – 5º D
3000-377 Coimbra
Portugal

Endereço eletrônico

lmsantiago@netcabo.pt