

A RELAÇÃO DOS DOENTES COM A RECEITA MÉDICA

Um Estudo Observacional em Populações Urbanas no Centro de Portugal

Luiz Miguel SANTIAGO, Catarina NEVES, Liliana CONSTATINO

RESUMO

Introdução: Terminando a consulta médica, na maioria dos casos, com uma prescrição farmacológica, tendo esta custos directos e indirectos, para indivíduos, famílias e sociedade, interessa saber qual a relação com a indução de prescrição bem como sobre o valor atribuído aos medicamentos prescritos.

Objectivos: Conhecer as expectativas do doente perante a decisão de ser tratado e o valor terapêutico atribuído aos medicamentos prescritos.

Material e Métodos: Estudo observacional descritivo, pela aplicação de Questionário, para auto-preenchimento em anonimato, a indivíduos que declararam consentimento após contacto personalizado, segundo sexo, grupo etário, grupo de actividade profissional e grupo de formação académica, representando o Universo urbano de um Centro de Saúde. **Resultados:** Amostra de 180 unidades, 85 homens (47,2%), idade média de $47,3 \pm 17,0$ anos (ns por sexos), mediana 45 e moda 29, dos 18 aos 93 anos. Não há diferenças na distribuição da amostra, por sexos, quanto a grupos etários, de formação académica e de actividade profissional. Há preferência pelo tratamento das doenças que o médico diagnosticou preferindo 2,8% definir a sua terapêutica farmacológica. Para 79,5% estão na receita os medicamentos para melhorar a saúde e, para 67,6%, os medicamentos para as doenças diagnosticadas pelo médico. Para os idosos e os não activos, estão na receita os medicamentos para os problemas que os afligem, enquanto os mais novos e os activos nela estão os medicamentos para as doenças que o médico diagnosticou. Para os activos estão na receita medicamentos para melhorar a saúde.

Conclusão: O doente prefere o tratamento das doenças que o médico diagnosticou com 2,8% a preferirem definir a sua terapêutica farmacológica sendo a idade e a actividade factores que diferenciam o valor terapêutico atribuído aos medicamentos prescritos.

L.M.S., C.N., L.C.: Serviço da
Carreira de Clínica Geral. Centro
de Saúde de Eiras. Coimbra

© 2010 CELOM

SUMMARY

PATIENT'S RELATIONSHIP WITH THE MEDICAL RECEIPT

An Observational Study in Urban Populations in the Ambulatory Setting of General Practice/Family Medicine in the Centre of Portugal

Introduction: The vast majority of General Practice/Family Medicine appointments end with a pharmacological prescription. It is therefore important to study the expectations facing the reasons to treat and the value attributed to the prescribed medicines, by patients.

Objectives: To know the expectations of patients facing the decision to treat and the therapeutic value attributed to prescribed medicines, by gender, academic grading, profession and age groups.

Material and methods: In an observational study using a validated questionnaire, a non probabilistic convenience population representing, by gender and age groups, the universe of the urban attendants of a Primary Care facility in central Portugal, was studied. The questionnaire was applied, after informed consent, in an interview with a psychologist, for anonymous self-fulfilment. Descriptive and inferential statistics were performed.

Results: A population of 180 individuals was studied, mean age $47,3 \pm 17,0$ years (ns by gender) median 45 years, mode 29, being 85 males (47,2%). No differences were found by gender, profession and age groups. There is a clear preference for the treatment of the diseases the doctor has diagnosed. A frequency of 2,8% would prefer to define the medical prescription. Patients think that prescribed medicines aim to increase health (79,5%) and to treat the diagnosed diseases (67,6%). Older and non actives agree that prescribed medicines are targeted to the problems they presented, while younger ones medicines are targeted for their diseases. For the active ones prescribed medicines are to improve health.

Discussion: Patient's expectations about the decision of treating are technically oriented and medicines are thought of as a tool for healing and also as a mean to increase health. These two perspectives urge general practitioners/family doctors to make good patients medicines information and to define therapeutical objectives with patients.

Conclusions: The knowledge of the patients' expectation on pharmacological therapy can help increase its results, once patients wish to be treated of the diseases doctors diagnose and think that medicines cure diseases and increase health.

INTRODUÇÃO

Em Medicina Geral e Familiar, o médico é diariamente confrontado com uma miríade de pessoas, cada qual trazendo uma agenda muito própria de sintomas e/ou sinais que significam um determinado estado bio-psico-social, que deve depois ser percebido através de um complexo sistema de percepções, correlações e interpretações, para que possa ser realizada uma avaliação do quadro e tomadas medidas de estudo, controle ou cura¹.

Outrora a profissão médica tinha a seu cargo a definição dos cuidados a prestar perante cada caso² o que hoje se tornou já um pouco obsoleto ao passar a ser necessário assumir uma posição não paternalista e informativa por imposição ética e deontológica médica no posicionamento perante os indivíduos que consulta e outrora consolentes^{3,4}, bem como por os próprios pacientes se encontrarem cada vez mais capacitados para lidarem com os seus problemas e eventualmente mesmo com a terapêutica⁵ numa atitude que também os médicos têm vindo a encorajar.

As razões da vinda ao médico, as expectativas sobre a valorização das queixas e/ou sinais, a valorização que delas é feita, o exame que é realizado, a interpretação do conjunto percebido e por fim a orientação dada por um indivíduo, o médico, em quem se tem notável confiança, são o âmago da visita ao médico, no qual são colocadas as esperanças de uma resolução de um caso ou problema.

A necessidade de ter conhecimentos para poder mais correctamente seguir as terapêuticas depende do que seja transmitido e da forma como decorre o encontro⁶⁻⁸ devendo ser evitada a todo o custo a utilização excessiva e não criteriosa quer de medicamentos, quer de meios complementares de diagnóstico⁹ e tidos em conta inúmeros factores que podem levar a que o resultados da consulta não seja o pretendido e que se prendem, em muitos casos, com a relação entre dois indivíduos numa consulta e num relacionamento contínuo¹⁰.

O encontro dos quadros acima, coloca em patamar alto as expectativas de um lado e as responsabilidades do outro. A principal actividade do Médico especialista em Medicina Geral e Familiar é dar resposta aos problemas encontrados segundo um esquema organizacional próprio que advém de um conjunto de regras e princípios que estão publicados¹, de acordo com a ciência que conhece e que norteia o raciocínio médico e baseado na melhor prática relacional⁷⁻⁹ para o melhor resultado de um encontro entre um médico e um paciente¹¹.

Se por um lado a fragilidade física e/ou psíquica, condicionada pela formação e instrução, bem como pelo passado, é motivo para acesso, do outro a necessidade sentida de dar resposta sem causar dano e pôr em causa a profissão e as expectativas do doente, até pela manutenção regular e a longo prazo dos contactos, é real, sendo facto que o reforço de intervenção por um terceiro ele-

mento na consulta, idealmente da família, pode melhorar o resultado^{12,13}.

A forma como a informação flui para o paciente permitindo-lhe não só captá-la como interiorizá-la é importante para o resultado da consulta e depende, entre outros, de factores relativos à capacidade de comunicação e de informação^{5,14,15}.

No entanto fica sempre por saber qual a agenda do paciente que motiva a consulta: que conjunto axiomático de queixas, sinais e sintomas – o bio-psico-social que pode já ser ou não conhecido e ter um diagnóstico para o paciente – e de outras questões, como até a desresponsabilização por um qualquer assunto, é responsável pela necessidade de desencadear contacto com médico e de que forma pensam a necessidade de terem prescrições e, tendo-as, que razões apresentam para as adquirir ou não?

Em estudo anterior foi possível perceber que os médicos revelam baixa capacidade de avaliação correcta da satisfação dos pacientes na consulta¹⁶ sendo necessário não esquecer que a qualidade da consulta é algo que depende da interface de contacto^{17,18}, como um ser com características próprias e que apresenta quadro para o qual pede explicação, e por vezes apenas desresponsabilização.

Terminando o contacto ou consulta, em cerca de 80% dos casos com a entrega de uma prescrição de medicamento^{19,20} há razão para o estudo aprofundado das expectativas dos pacientes perante a decisão de tratar bem como sobre o valor atribuído aos medicamentos prescritos na consulta até por não terem sido encontrados artigos publicados em Portugal que estudem esta realidade. Há no entanto a hipótese de que o doente queira ser tratado das queixas que apresenta e depois de doenças que lhe sejam diagnosticadas e que julgue que os medicamentos prescritos pelo médico sejam então primeiro para as queixas que o trouxeram à consulta e depois para as doenças diagnosticadas.

OBJECTIVOS

Em função do sexo, do grupo etário do grupo de actividade profissional e do grupo de formação académica caracterizar:

As expectativas do doente perante a decisão de tratar;

O valor terapêutico atribuído aos medicamentos prescritos.

MATERIALEMÉTODOS

Questionário especificamente elaborado e validado;

Indivíduos que se deslocaram a um Centro de saúde em três dias específicos do mês de Outubro de 2008;

Investigadoras-aplicadoras do Questionário.

Estudo observacional descritivo, através da aplicação do Questionário a indivíduos que declararam o seu consentimento após contacto personalizado com as investigadoras-aplicadoras, enquanto aguardavam a entrada para a consulta.

Questionário para auto-preenchimento, em anonimato. Nos casos de contacto com analfabetos, as investigadoras/aplicadoras realizaram o trabalho de preenchimento do Questionário, na presença do entrevistado, segundo as respostas obtidas.

O Questionário foi construído tendo em atenção o já publicado e as matérias mais sensíveis a estudar, segundo os objectivos do estudo. A sua validação foi realizada em Julho de 2008 pela discussão em painel de peritos pelo método das rondas sucessivas até à estabilização, através de teste re-teste (primeiro escrito e depois oral, com intervalo de cinco minutos) aplicando o Questionário a 25 indivíduos pacientes frequentadores de Centro de Saúde que o criticaram dando sugestões. O teste α de Cronbach, teve valores sistematicamente acima de 0,886 para cada uma das afirmações testadas. Foi depois feita análise por linguista. Nenhum dos inquiridos na validação foi estudado na fase de campo.

A amostra de conveniência e não probabilística foi calculada para representar por sexos e grupos etários (< 51 anos e \geq 51 anos) a população residente em freguesias predominantemente urbanas da área de influência do Centro de saúde de Eiras, em função dos resultados do teste piloto.

Foram definidos:

Grupos etários para < 51 anos e \geq 51 anos;

Grupo de actividade profissional activo para domésticas, trabalho em serviços, indústria e comércio e não activo para estudantes, reformados e desempregados;

Grupo de formação académico baixo para analfabeto, sabe ler e escrever e 9º ano ou antiga 4ª classe e média/superior para 12º anos (antigo 7º ano), formação técnica e superior.

Base dados em SPSS 11.0 e estatística descritiva e inferencial, esta por χ^2 para variáveis ordinais e U de Mann-Whitney para variáveis categoriais.

RESULTADOS

Foi estudada uma amostra de 180 unidades, com idade média de $47,3 \pm 17,0$ anos (ns por sexos), mediana 45 e moda 29, dos 18 aos 93 anos, sendo 85 homens (47,2%) que, além de representar por grupos etários e sexos a po-

pulação residente em freguesias predominantemente urbanas da área de influência do Centro de saúde de Eiras, representa também a que, nos diferentes dias da semana, nas diferentes semanas de recolha, afluiu ao local de aplicação do Questionário.

No Quadro 1 é referida a constituição da amostra, por sexos, quanto a grupo etário, grupo de formação académica e grupo de actividade profissional podendo verificar-se não haver diferença nas distribuições.

Quadro 1 – Amostra por sexo e grupo etário

Grupo etário/Sexo	Homem (n)	Mulher (n)	Total (n)
< 51 anos (*)	54	53	107
≥ 50 anos (*)	31	42	73
Grupo formação académica/Sexo			
Básica (**)	58	67	125
Média/Superior (**)	27	28	55
Grupo actividade profissional/Sexo			
Activo (†)	52	49	101
Não activo (†)	33	46	79

(*), (**) e (†) = ns

Verifica-se diferença na idade média entre activos e não activos ($39,4 \pm 10,4$ vs $57,3 \pm 18,4$; $p = 0,000$) e entre aqueles que têm formação académica básica e formação académica média/superior ($49,9 \pm 17,3$ vs $41,4 \pm 15,4$; $p = 0,002$). A distribuição etária da amostra é normal com Z Kolmogorov-Smirnov = 1,076, p de duas caudas = 0,197.

No Quadro 2 são mostradas as distribuições relativas por grupo etário e sexo da população e da amostra, sendo população o conjunto dos indivíduos que nos dias de recolha da amostra se inscreveram na consulta. Podemos perceber que são semelhantes as distribuições entre sexos e grupos etários da amostra e população.

No Quadro 3 verificamos que há uma clara preferência pelo tratamento das doenças que o médico diagnosticou.

Quadro 2 – Números relativos de amostra e população por sexo e grupo etário

Grupo etário	Homem		Mulher	
	Amostra (%)	População (%)	Amostra (%)	População (%)
< 51 anos	63,5	67,2	55,8	64,5
≥ 50 anos	36,5	32,8	44,2	35,5

Fonte: SINUS, Centro de Saúde de Eiras, Sub-Região de saúde de Coimbra, ARS do Centro, Ministério da Saúde.

Apenas 2,8% dos respondentes parecem querer de alguma forma gerir as suas expectativas de terapêutica farmacológica.

A análise estatística não permitiu verificar diferenças com significado nas respostas em função das variáveis consideradas.

Quadro 3 – Quando é preciso tratamento com medicamentos qual é a frase com que mais concorda

Afirmação	n	%
Prefiro que o médico me trate do que me aflige	27	15,2
Prefiro que o médico me trate das doenças que me encontrou	146	82,0
Prefiro ser eu a definir quais os medicamentos a serem receitados em vez de ser o médico a defini-lo.	5	2,8

As respostas quanto ao que os inquiridos julgam acerca do sentido para a prescrição de medicamentos nas receitas mostram os resultados constantes do Quadro 4. Nele podemos verificar ser mais respondido, estarem lá os medicamentos para melhorar a saúde não, segundo o ambiente do Quadro 3, os medicamentos para as doenças diagnosticadas pelo médico.

Quadro 4 – Quando recebe uma receita acha que

Afirmação	n	%
Estão lá os medicamentos para os problemas que o afligem (n = 180)	97	55,1
Estão lá os medicamentos para as doenças que o médico encontrou (n = 176)	119	67,6
Julgo que está lá a medicação necessária para melhorar a minha saúde (n = 180)	140	79,5

A análise estatística realizada em função das variáveis consideradas, mostrou haver as diferenças constantes do Quadro 5.

Os idosos e os não activos, tendem a considerar estarem na receita os medicamentos para os problemas que afligem, enquanto os mais novos tendem mais a pensar estarem na receita os medicamentos para as doenças que o médico diagnosticou. Os activos respondem mais crer estar na receita a medicação necessária para melhorar a saúde.

Quadro 5 – *Quando recebe uma receita acha que: Resultados em valores relativos em função do significado estatístico nas respostas por variáveis.*

	Afirmação	Grupo etário		p
		< 51 anos (%)	> 50 anos (%)	
Estão lá os medicamentos para os problemas que o afligem (n = 97)		46,4	53,6	0,000
Estão lá os medicamentos para as doenças que o médico encontrou (n = 119)		52,9	47,1	0,030
	Afirmação	Grupo actividade profissional		p
		Activo (%)	Não activo (%)	
Estão lá os medicamentos para os problemas que o afligem (n = 97)		44,3	55,7	0,001
Julgo que está lá a medicação necessária para melhorar a minha saúde (n = 140)		50,7	49,3	0,021

DISCUSSÃO

A metodologia seguida neste trabalho de campo – abordagem de frequentadores de estrutura de saúde por psicólogas enquanto era esperada a entrada para a consulta – com pedido de consentimento para a resposta e colocação do envelope em urna própria, foi julgada mais conveniente, apesar de poder ser pensado um viés de escolha oportunística pelas distribuidoras do questionário, que estavam devidamente apresentadas com um *crachat* alusivo ao trabalho. Foi considerada a hipótese de colocação do questionário em sala de espera com a esperança de que houvesse respostas mas a necessidade de colher amostra segundo os critérios etários e de sexo definidos, bem como a habitual baixa rentabilidade de tais metodologias, associada ao importante viés do voluntarismo, levaram a adotar a presente metodologia em que podemos assumir na mesma voluntarismo mas dirigido. Igualmente o tipo de abordagem, padronizado no estilo e na explicação, a solicitação de resposta individual, excepto nos casos de ajuda a analfabetos, bem como a deposição pelo próprio do seu questionário em envelope, numa urna, terão facilitado a tarefa e contribuído para o seu sucesso. A escolha pelas psicólogas não foi isenta de escolhos por terem de enfrentar algumas resistências que foram vencidas por simples explicação do pretendido, não tendo nunca havido insistência para a resposta, mas sim explicação de dúvidas. Dado o facto de todos os questionários terem sido respondidos antes de entrada para a consulta, podemos assumir que a aplicação não está eivada de outros factores psicológicos que poderiam advir da qualidade e do resultado do encontro com o médico, tendo, ao mesmo tempo, tido o condão de evitar o viés de *responsabilização* que poderia ser originado pelo tempo de espera para a entrada na consulta.

Obtivemos uma amostra percentualmente semelhante à população na distribuição por grupos etários e sexos. Segundo documentos internos do Centro de Saúde e não publicados, a amostra representa por grupos de actividade e formação académica a população inscrita no Centro de Saúde, pelo que a escolha pelas aplicadoras dos questionários foi acertada. A proporção de utilizadores do Centro de Saúde que recusou responder foi muito baixa, apenas um dos abordados não assentiu em responder, não tendo nunca havido contactos, em público, entre todos os investigadores.

Os resultados encontrados mostram claramente a intenção de os doentes colocarem nas mãos dos médicos a resolução dos problemas que estes diagnosticam após a apresentação das queixas e do trabalho diagnóstico. Parece assim que, ao contrário do que é pretendido pela classe médica – menor protecção e paternalismo bem como mais responsabilidade dos pacientes – há uma clara necessidade de orientação pelos doentes que, tecnicamente, pode mesmo bem ser necessária⁴.

Simultaneamente a perspectiva de ter uma receita tem mais a ver com a melhoria da saúde do que com a cura do diagnosticado ou dos problemas que afligem. Tal liga-se com a necessidade de boa comunicação na consulta para o melhor resultado, bem como com fenómenos de superlativização do receituário que para lá de curar a doença melhora a saúde. O valor da receita é para os mais idosos e para os não activos, sobretudo de resolução dos problemas sentidos e para os mais novos e para os activos sobretudo para a cura de doenças o que significa um diferente valor da medicação.

Os resultados implicam boa qualidade de informação pelo médico, bem como o conhecimento necessário da particularização do tipo de paciente a tratar para a obtenção do melhor resultado haja em vista a expectativa decla-

rada em função das variáveis estudadas quanto ao valor da terapêutica.

CONCLUSÃO

As expectativas do doente perante a decisão de tratar situam-se na clara preferência pelo tratamento das doenças que o médico diagnosticou. É de 2,8% a frequência dos respondentes que querem, de alguma forma, definir a sua terapêutica farmacológica.

O valor terapêutico atribuído aos medicamentos prescritos versa a melhoria da saúde e não a cura das doenças diagnosticadas pelo médico. Os idosos e os não activos consideram estarem na receita os medicamentos para os problemas que os afligem, enquanto os mais novos e os activos pensam estarem na receita os medicamentos para as doenças que o médico diagnosticou.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Versão Reduzida – EURACT. Rev Port Clin Geral 2005;21:511-6
2. MCGREGOR S: Roles, power and subjective choice. Patient Education and Counseling 2006;60:5-9
3. SIMÕES JA: A ética em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral 2008;24:45-7
4. HESPANHOL AP, COUTO L, MARTINS C: A Medicina Preventiva. Rev Port Clin Geral 2008;24:49-64
5. YAPHE J: Teaching and learning about empowerment in family medicine. Rev Port Clin Geral 2007;23:365-7
6. NUNES JMM: Importância da comunicação em Clínica Geral. In Comunicação em contexto clínico. Lisboa Março 2007;31:40
7. RAMOS V: A consulta – pilar central de medicina geral e familiar. Lisboa Setembro 2008;13-37
8. McGregor S, Roles, power and subjective choice. Patient Education and Counseling 2006;60:5-9
9. LOURENÇO A: Do injustificável ao ajustado – notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. Rev Port Clin Geral 2008;24:75-84
10. SALGADO R: O que facilita e o que dificulta uma consulta. Rev Port Clin Geral 2008;24:513-8
11. BMJ, doi:10.1136/bmj.38841.444861.7C (published 17 May 2006).
12. RUSSELL GM: Is prevention unbalancing general practice? MJA 2005;183:104-5
13. GREENHALGH T, ROBB N, SCAMBLER G: Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective Social Sc Med 2006;63:1170-87
14. SOUSA JC: Do peixe no prato à cana de pesca. Reflexões sobre empoderamento, capacitação e cuidados de saúde. Rev Port Clin Geral 2007;23:353-8
15. Competências pessoais e sociais, guia prático para a mudança positiva. Jacinto Jardim e Anabela Pereira. Capítulo 3:31-36. Edições ASA ISBN 972-414787-8)
16. SANTOS T, ROSENDO I, PIMENTA G et al: Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar correctamente a qualidade sentida pelos doentes? Rev Bras Med Fam e Com 3(9):13-20
17. SÁ AB: O médico, o paciente, o medicamento e a sua prescrição. Rev Port Clin Geral 2007;23:13-4
18. MIRANDA JÁ: O que esperam os nossos clientes? Como um ser com características próprias e que apresenta quadro para o qual pede explicação, e por vezes apenas desresponsabilização Rev Port Clin Geral 2001;17:11-12
19. SANTIAGO LM, COBRADO NM: Custos directos da terapêutica farmacológica no ambulatório de Clínica Geral. Rev Port Clin Geral 2002;18:351-9
20. SANTIAGO LM, FERNANDES J, FRANCISCO MP et al: Interações farmacocinéticas na prescrição – um estudo alargado no ambulatório de medicina geral e familiar na área da Sub-região de Saúde de Coimbra. Rev Port Clin Geral 2004;20:307-319