

ANÁLISE DA REGRA DOS 50% A PARTIR DA COMPREENSÃO DOS PACIENTES EM CONSULTA MÉDICA

ALVES, Marcela Gimenes¹
CAPORAL, Marcelo Rodrigo²

RESUMO

O presente trabalho analisou a compreensão de pacientes atendidos por um médico de família e comunidade (MFC) e por uma médica generalista, em uma Unidade de Saúde da Família, a partir de uma entrevista semi-estruturada. Foi feita a análise por meio da regra dos 50%, em que é a média do que os pacientes compreendem sobre tudo o que foi falado em uma consulta médica, de acordo com Eugênio Vilaça Mendes, partindo-se da hipótese de que essa regra pudesse ser correspondida. Ao passo que a condição primordial de análise foi a própria perspectiva do paciente com o intuito de tentar quantificar o quanto cada paciente recordou e entendeu das informações que foram prestadas pelos dois médicos. O principal objetivo foi observar e analisar se as informações assimiladas nas consultas coincidiram com tal regra, avaliando as diferenças estatísticas entre as equipes. A metodologia se baseou na entrevista de pacientes, a partir de um questionário, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde 175 pacientes da USF Pioneiros Cascavelense do município de Cascavel foram entrevistados. A maioria dos entrevistados possuía bom nível de informação. Os resultados encontrados foram que não houve correspondência estatística quanto à regra dos 50%, isso se deveu, principalmente ao bom nível educacional que a população do bairro se encontra, o que permitiu demonstrar em análise estatística o melhor entendimento, por parte dos pacientes, de sua própria moléstia e das informações recebidas em consulta. Além disso, a unidade é um campo de estágio, tanto para acadêmicos, quanto para residentes de MFC, isso implicou em maior quantidade de informações fornecidas ao paciente, ou seja, mais fator positivo que favorece a compreensão dos pacientes em consulta, contrariando o que se esperava encontrar se a regra fosse correspondida, a USF mostrou-se com bom desempenho das duas equipes (MENDES, 2012).

PALAVRAS-CHAVE:Entendimento, análise, regra dos 50%..

ANALYSIS OF THE 50% RULE FROM THE UNDERSTANDING OF PATIENTS IN MEDICAL CONSULTATION

ABSTRACT

The present study analyzed the comprehension of patients treated by an MFC and a general practitioner in a Family Health Unit, using a questionnaire. The analysis was made using the 50% rule, assuming that this rule could be met. While the primary condition of analysis was the patient's own perspective in order to try to quantify how much each patient remembered and understood from the information provided by the two doctors. The main objective was to observe and analyze if the information assimilated in the consultations coincided with this rule, evaluating the statistical differences between the teams. The methodology was based on the application of a questionnaire through the Informed Consent Form, in which 175 patients from USF Pioneiros Cascavelense from the municipality of Cascavel were interviewed. Most respondents had a good level of information. The results found were that there was no statistical correspondence regarding the 50% rule, mainly due to the good educational level of the population of the neighborhood, which allowed us to demonstrate in the statistical analysis the patients' best understanding of his own illness and the information received in consultation. In addition, the unit is an internship field for both academics and CFM residents, this implied a greater amount of information provided to the patient, ie, a positive factor that favors a greater understanding of patients in consultation, contrary to the expected to meet if the rule was met, the USF showed good performance from both teams. (MENDES, 2012)

PALAVRAS CHAVE EM LÍNGUA ESTRANGEIRA: understanding, analyse, 50%'s rule.

1. INTRODUÇÃO

¹Acadêmica de medicina. E-mail: marcelagimenes.a@hotmail.com:

²Orientador Me e MFC. E-mail: marcelocaporal@hotmail.com

A compreensão ao tratamento do paciente depende de vários fatores, principalmente, daqueles que serão apresentados no momento da consulta. O diagnóstico e plano de tratamento explicitado ao paciente, são essenciais, quando feito de forma clara e coesa, para que o paciente sintasse-se mais seguro e apto a realizar uma melhor intervenção terapêutica. Não só o tratamento, mas também o entendimento do próprio diagnóstico, e a conscientização do paciente com relação à própria doença melhoram a aderência ao tratamento prescrito e proposto (SILVA, 2000).

Basicamente, um dos principais temas que serão tratados aqui, além dos já ditos, se baseará na regra dos 50%, que está intimamente ligada com a relação médico-pessoa, usuária nas consultas médicas (SCHILLINGER, 2003). Foram três estudos utilizados como base para o surgimento da regra, onde num primeiro estudo metade dos usuários deixaram a consulta sem compreender o que o médico lhes disse; no segundo estudo, cerca de 50% dos pacientes solicitados pelos médicos a reproduzir o que haviam compreendido de suas orientações, mostraram uma compreensão equivocada; já no terceiro estudo, 50% das pessoas usuárias atendidas nas consultas médicas não conseguiram entender as prescrições de medicamentos realizadas. (ROTER, 1989), (SCHILLINGER, 2003), (SCHILLINGER, 2005)

Logo, o referido trabalho se trata, a partir da perspectiva do paciente, da análise de uma entrevista, realizada após consulta com um MFC e uma médica generalista, com o intuito de tentar quantificar o quanto cada paciente recordou e entendeu das informações que foram prestadas pelos dois médicos. O questionário para tal teve questões que abrangem situações, como quanto o paciente entendeu da sua doença, da medicação prescrita, da solicitação e necessidade de realizar ou não exames complementares para elucidar o diagnóstico, etc. Em suma, uma tentativa de observar se esses pacientes entram na “regra” dos 50%, em que é a média do que os pacientes compreendem sobre tudo o que foi falado em uma consulta médica, de acordo com Eugênio Vilaça Mendes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O início da história do Médico da Família e Comunidade (MFC), aqui no Brasil, começou com certa marginalização, porém com a expansão do Programa Saúde da Família, isso começou a mudar. Era nítido que havia a necessidade de suprir as carências da população com relação à atenção primária. Logo, pensando no bem-estar do povo, em 1976, foi criado o Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina Geral e Comunitária, atual Medicina de Família e Comunidade. Mesmo sendo criada em 1976, foi apenas em 1986 que o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu esta especialidade como sua representante, o que foi essencial para a

expansão dos programas de saúde da família e atenção primária, foi a partir daí que se iniciou a construção da APS que se conhece nos dias de hoje. (OLIVEIRA, 2014)

No contexto atual, o movimento da Atenção Primária a Saúde é o que tem motivado o crescimento dessa especialidade, pois é uma área de atuação, basicamente, direcionada ao Médico da Família e Comunidade. De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina Família e Comunidade este profissional é conduzido a prestar os cuidados primários, de forma personalizada e continuada, característica essa que é a mais essencial desta conduta, a uma determinada população, independente de idade, sexo ou afecção. O local de atendimento vai do consultório ao domicílio, sendo que o principal objetivo é fazer diagnósticos precoces, além disso, ele orienta-se a partir de um modelo centrado na pessoa que envolve o treinamento para desenvolver habilidades comunicativas e lidar com as relações interpessoais, por fim utilizar intervenções efetivas e eficazes na tomada de decisões da prática clínica. Portanto, essa é uma especialidade essencial para garantir o fortalecimento da Atenção Primária e da Saúde da Família no Brasil. (CAMPOS, 2005)

Outrossim, por conta da alta demanda populacional e procura por serviços de atenção básica, a APS ainda é ocupada de maneira abrangente pelo Médico generalista, sem a formação em Medicina de Família e Comunidade, que segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina tem o compromisso com a cidadania de promover saúde integral do ser humano. O perfil deste profissional abrange as seguintes competências: estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada; se comunicar de forma acessível, e entre várias outras. Percebe-se que as designações dos dois profissionais apresentados neste trabalho são semelhantes e, por consequência disto, é que são a maioria dos atuantes responsáveis pela atenção primária no SUS. (DAMNO, 2015)

Pela grande importância que a APS assume nos dias atuais, este estudo tem como fundamento identificar se existem divergências entre o desempenho destes, a partir da compreensão do próprio paciente, de modo que, o que será levado em consideração é se o paciente ao sair da consulta conseguiu entender o seu diagnóstico, assimilar como deve ser feito o tratamento, quais as orientações extras com relação aos cuidados dos hábitos diários etc.

Em suma, testar se a abordagem médica foi, de fato, incorporada pelo paciente. A comunicação com paciente de forma clara e acessível é o que faz toda a diferença em uma consulta; estudos mostram que, em média, os pacientes compreendem 50% de tudo o que foi dito pelo médico. Além disso, também é válido ressaltar que dependendo do nível de Letramento funcional em saúde (LFC) do paciente, a capacidade dele de recordar e compreender as informações dadas vai variar. Este termo LFC, segundo Maria da Penha Baião Passamai, é o grau pelo qual os indivíduos

têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde. Pessoas com tal medida em baixos níveis podem apresentar dificuldades de ler uma bula, no caso de diabéticos, interpretar os níveis de glicose no HGT, descrever a própria situação de saúde, o que pode afetar a aderência ao tratamento, pois ele não entende a gravidade do próprio problema e pode não fazer da maneira correta. (SCHILLINGER, 2003), (PASSAMAI, 2012)

A “regra” dos 50% é, basicamente, o cerne do problema envolvido, pois se trata do quanto cada paciente assimilou das informações recebidas em uma consulta médica, o que, normalmente, pela regra, costuma representar 50% do real entendimento sobre tudo o que foi exposto ao paciente, desde informações sobre o diagnóstico, até a descrição de como deve ser feita o tratamento. (PASSAMAI, 2012)

Na atenção básica é possível encontrar pacientes com diferentes níveis de LFC, porém, os com menores níveis será preciso garantir, por meio de explicações acessíveis, que o paciente recorde e compreenda o que ele precisará fazer e qual a sua situação de saúde. Um estudo feito por Dean Schillinger em que analisaram a comunicação entre médicos da atenção primária e pacientes que tinham diabetes mellitus tipo II e com baixos níveis de LFC, o resultado foi que ao melhorar os métodos de comunicação com esses pacientes, os níveis glicêmicos ficavam controlados. (SCHILLINGER, 2003)

Logo, percebe-se que quando se fala em consulta voltada ao paciente, está implícito que é em todos os aspectos, e essa dinâmica do diálogo terapêutico é uma discussão já antiga, em que se acredita na sua importância como veículo do cuidado e da cura. Assim como, quando o médico envolve o paciente com brincadeiras e risos, dá sugestões a partir de qualquer dúvida que o paciente tenha e não faça questionamentos de forma excessiva, isso está associado a uma resposta mais positiva do usuário, de modo que ele responde com maior adesão ao tratamento. Esta resposta positiva diante destes comportamentos foi comprovada por meio de um estudo feito por Freemon, Negrete, Davis & Korsch , além disso, eles também conseguiram demonstrar que a satisfação do paciente aumenta quando eles conseguem finalizar toda a sua história clínica sem perguntas fechadas no meio para interrompê-los. (FREMON, 1971)

Outro aspecto importante a ser mencionado é a excessiva concentração na atenção uni profissional, cujo modelo de atenção à saúde propiciada pelos médicos, tem resultado em consultas rápidas e condições desfavoráveis. Essa conduta, nos EUA tem gerado 62% a 65% dos portadores de hipertensão arterial, de colesterol elevado e de diabéticos, que não estão conseguindo manter suas condições sob controle. As consultas de 15 minutos é a denominação usada para essas consultas rápidas; em média, nos Estados Unidos, uma consulta médica de adultos dura em média

16,2 minutos e a de criança é de 14,2 minutos. Nota-se que há uma incongruência entre a duração das consultas e as incumbências a serem realizadas dentro deste período, pois o paciente diabético, por exemplo, os médicos devotam apenas 1,3 minutos em orientações, utilizando uma linguagem técnica e inacessível, quando, na verdade, necessitariam de 9 minutos para essas atividades. (SILVA, 2000), (SAYDAH, 2004)

Sob o mesmo ponto de vista, a falta de orientação sobre medicamentos fornecidos é uma das principais causas do mau uso deles. Orientar de forma correta é fundamental para garantir sucesso no tratamento. Os principais problemas relacionados a esse aspecto são o sobreuso, tanto a prescrição excessiva quanto o uso indiscriminado, a polimedicação e o uso incorreto, esses foram resultados obtidos, a partir de estudos feitos por Diony Oenning, em Grão Pará, Santa Catarina, onde a maioria dos entrevistados, por eles, não possuíam bom nível de informação para a administração de medicamentos. (OENNING, 2011)

Portanto, é imprescindível, o paciente ter ao seu alcance todas as informações e subsídios necessários para tal, ou seja, é preciso ter comunicação, o paciente tem o direito de saber sobre sua saúde, medicamentos que deverá utilizar, objetivos e riscos de seu tratamento, e é dever do profissional da saúde fazer com que essas informações cheguem de forma clara e objetiva.

O estudo feito por Oenning mediu o nível de conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos após consulta médica e dispensação, e concluiu-se que os entrevistados, em sua maioria, não possuíam bom nível de informação para realizarem a administração correta dos medicamentos, muitos deles tomaram o medicamento sem, ao menos, saber para que serve ou como administrá-lo corretamente e por quanto tempo. (OENNING, 2011)

3. METODOLOGIA

O presente trabalho, uma pesquisa transversal de caráter descritivo, foi desenvolvido a partir de uma entrevista semi-estruturada com 175 pacientes, todos moradores pertencentes à abrangência da USF Pioneiros Catarinenses do município de Cascavel, pelo período de agosto a outubro de 2019. A equipe da USF Pioneiros Catarinenses é composta por duas equipes de saúde da família, cada uma com uma área de abrangência, que dividem o mesmo espaço/unidade para atendimento à população, ou seja, metade da população de abrangência da unidade é atendida por um MFC e a outra metade é atendida por uma médica generalista (CLG).

Por se tratar de uma pesquisa que não utilizou prontuário médico e exames, os riscos envolvidos são muito baixos, restringindo-se a uma possível exposição dos dados genéricos dos

pacientes. Para a minimização desses riscos, os pesquisadores não divulgarão informações como nome, endereço, telefone, descrições físicas e/ou outras informações pessoais.

Além disso, a pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo comitê de ética com o número CAE 16570819.3.0000.5219. Os participantes foram informados sobre o caráter voluntário da participação na pesquisa, sobre o anonimato, sigilo das informações e da sua autonomia para desistir da pesquisa em qualquer momento que desejarem.

Tendo por critérios de inclusão, pacientes que, durante o período de coleta de dados, utilizaram os serviços de saúde da unidade de saúde da família Pioneiros Catarinense do município, que correspondem a um total de 5700 pessoas beneficiadas pela abrangência da região. Já os critérios de exclusão foram pacientes com idade inferior a 18 anos, sendo que quando acompanhados por um responsável ele era o entrevistado; indivíduos institucionalizados (ex. presidiários) ou quaisquer incapacidades que impeçam que o questionário seja respondido.

Os pacientes foram entrevistados pela própria pesquisadora, logo após a consulta médica, munida de um questionário contendo 17 questões, uma aberta e as restantes fechadas, com questões do primeiro bloco que englobavam perguntas sobre perfil social, como idade, gênero e escolaridade; já o segundo bloco era composto por perguntas sobre o tempo de consulta, qual médico responsável por realizar a consulta (MFC ou CLG), sobre o entendimento do diagnóstico e do tratamento; já o terceiro bloco continha questões sobre a linguagem utilizada, se foi realizado pedido de exame complementar e se o paciente estava satisfeito com a consulta. O questionário foi previamente testado em estudo piloto realizado na mesma USF Pioneiros Catarinenses com outros pacientes que não entraram no N do estudo atual.

Durante a entrevista o paciente podia consultar a receita, quando as questões sobre o tratamento eram realizadas, o paciente tinha que saber descrever como e com quais medicamentos ele deveria realizá-lo, por fim o entendimento foi testado com base no próprio entendimento do paciente acerca dos questionamentos propostos.

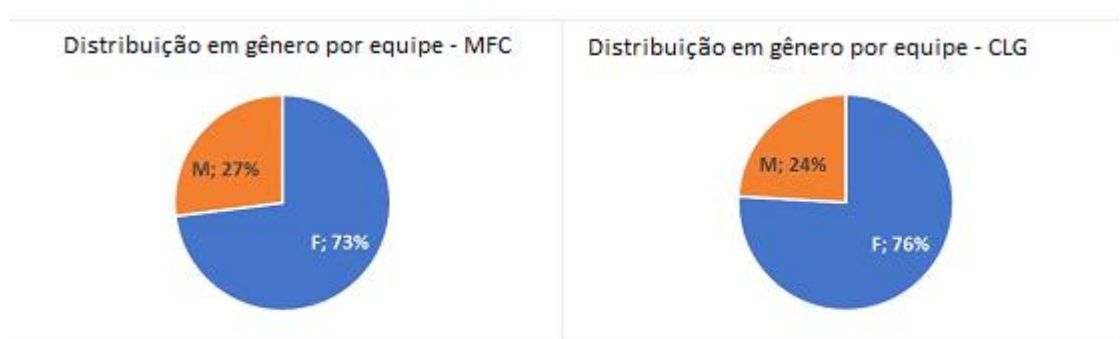
A USF utilizada para este estudo é um campo de estágio para alunos de graduação na área da saúde, assim como para residentes de Medicina de Família e Comunidade do município de Cascavel.

Os dados foram coletados por meio de Questionários aplicados à amostra da população estudada e foram incorporados e analisados em planilhas nos programas Microsoft Excel 2016 e Microsoft Word 2016, tais ferramentas foram utilizadas para organização dos dados. Já para análise de dados utilizou-se da estatística descritiva, correlação entre variáveis e o teste de hipótese por Fisher.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O bloco de perguntas iniciais, feitas em questionário, avaliou variáveis como: Sexo, Idade e Escolaridade. Dos 93 participantes, quanto ao gênero, a população manteve uma proximidade na distribuição. Dos atendidos pelo MFC 73% foram do Sexo Feminino, enquanto que 27% do Sexo Masculino; já dos 82 atendidos pela CLG, 76% foram do sexo feminino, enquanto que 24% foram do sexo masculino (gráfico1)

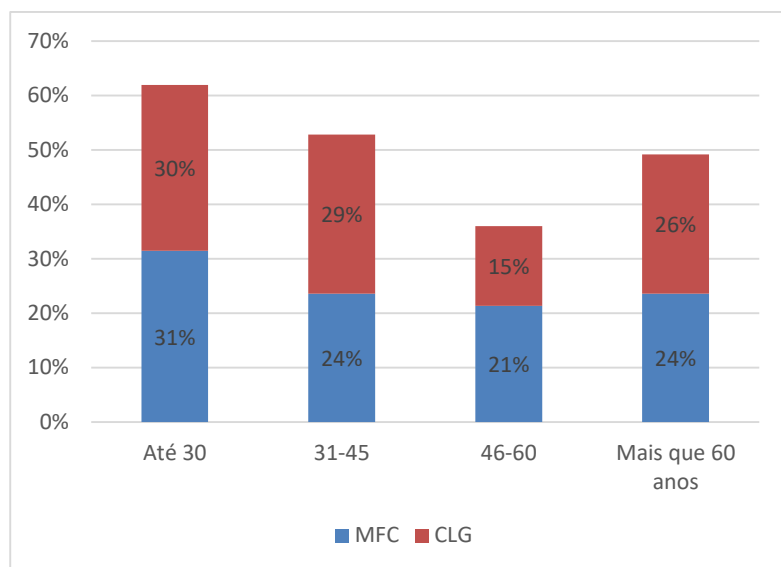
Gráfico 1 – Distribuição em Gênero por equipe



Dado: Fonte de Pesquisa

O estudo abrangeu pacientes entre 18 e 80 anos, mas no geral, a faixa de idade não teve diferenças relevantes entre as equipes e a faixa de idade, sendo a maior prevalência entre os menores de 30 anos (gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição da idade por equipe



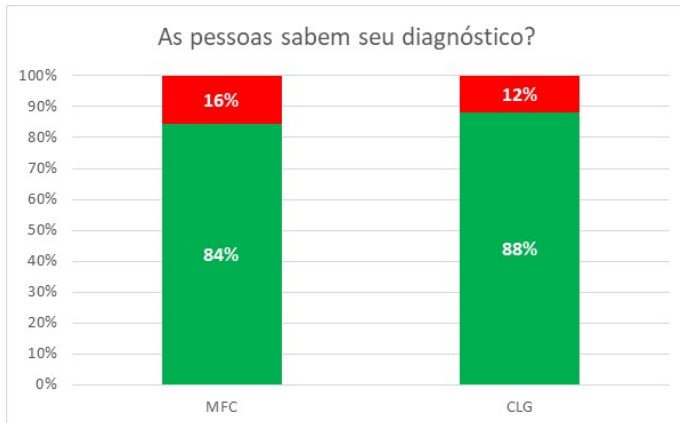
Dado: Fonte de Pesquisa

Uma das questões feita aos pacientes era se o mesmo sabia relatar qual era o seu diagnóstico; nos atendidos pelo MFC 84% sabiam sobre o seu diagnóstico e 16% não sabiam, já os pacientes atendidos pela CLG 88% sabiam qual era o seu diagnóstico e 12% não sabiam (gráfico 3).

Assim como, dito por Schillinger em sua pesquisa realizada em pacientes diabéticos, o LFC mais baixo estava intimamente ligado a compreensão quanto a própria doença e, no caso dessa pesquisa, mostrou-se que com isso o controle glicêmico tinha um índice de maior controle (SCHILLINGER, 2003). Ao analisar os pacientes entrevistados na USF pioneiros, foi demonstrado, também, um alto letramento funcional, ou seja, a maior parte da população tem um letramento de alta proficiência, logo isso proporcionou tal resultado estatístico da pesquisa, mostrando que a maioria dos pacientes tem plena consciência da própria moléstia. Pela distribuição do percentual das pessoas que sabem o diagnóstico, fica evidente que nas duas equipes, as pessoas sabem seu diagnóstico e com percentual muito superior a 50%. Adicionalmente, corrobora com o fato de que 88-89% das pessoas tem no mínimo ensino primário e que mais de 50% tem nível médio ou superior, em ambas as equipes.

Para investigar se a diferença entre as duas equipes é significativa, é usado o teste de Fisher com 95% de confiança. O resultado do p-valor para o teste de Fisher determinado via Minitab® 17 é de 0,517. Como o valor é maior que 0,05, logo a diferença entre as equipes não é significativa.

Gráfico 3 – As Pessoas sabem seu diagnóstico?



Fonte: Dados da Pesquisa

Teste de Fisher

Estimativa para a diferença: 0,036

IC de 95% para a diferença

Teste para a diferença = 0 (versus $\neq$ 0): $Z = 0,70$

Teste exato de Fisher: Valor-p = 0,517

Quanto ao nível de escolaridade dos pacientes entrevistados, a maioria se apresentou com o ensino médio completo, que é um fator que tem muita influência no objetivo desse trabalho e na melhora do letramento funcional. Podemos ver essa distribuição na tabela abaixo:

Tabela 1 – Nível de escolaridade das duas equipes

Nível de Escolaridade	MFC	CLG
Analfabeto	0%	1%
Ensino Primário	11%	12%
Ensino Básico	30%	30%
Ensino Médio	43%	52%
Universitário	16%	5%
Pós/Mestrado	0%	0%

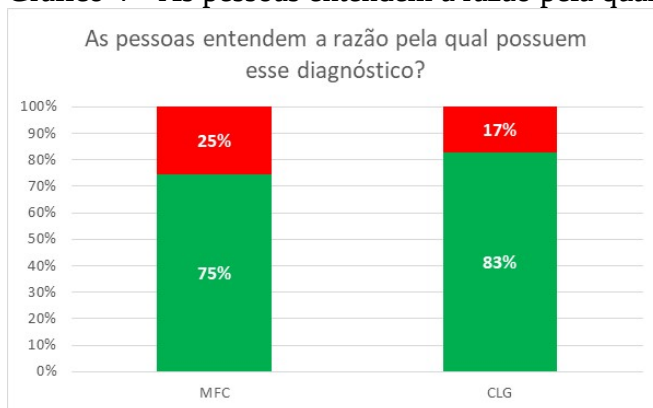
Dado: Fonte de Pesquisa

Ainda com relação ao diagnóstico, foi questionado quanto ao conhecimento do paciente sobre os motivos de ele apresentar tal diagnóstico. Segundo a análise feita, nos pacientes atendidos pelo MFC, 75% entendiam a razão pela qual possuíam esse diagnóstico e 25% não, já os atendidos pelo CLG, 83% entendiam a razão pela qual possuíam esse diagnóstico e 17% não entendiam (gráfico 4). Quando questionados sobre isso, a maioria dos pacientes, principalmente os do MFC, não sabia uma explicação exata pelo motivo que haviam desenvolvido a doença, alguns tinham uma noção do que poderia ser, mas os 25% representados no gráfico, eram pacientes que apenas estavam tomando a medicação, sem se darem o trabalho de entender o porquê. Segundo Schillinger, os pacientes lembram ou compreendem menos da metade do que os médicos transmitem durante um encontro ambulatorial, o que pode contribuir para o não entendimento do motivo pelo qual sofre-se

de determinada doença. Durante algumas entrevistas, nesta pergunta, alguns pacientes tentavam se recordar do que havia sido discutido em consulta, mas por vezes não lembravam. (SCHILLINGER, 2003)

Neste caso temos uma diferença mais acentuada entre as respostas das duas equipes. Usando a mesma ferramenta estatística de Fisher, embora haja uma certa diferença percentual, estatisticamente esta diferença não é significativa, utilizando um intervalo de confiança de 95%.

Gráfico 4 – As pessoas entendem a razão pela qual possuem esse diagnóstico?



Dados: Fonte da pesquisa

Teste de Fisher

Estimativa para a diferença: 0,078

IC de 95% para a diferença

Teste para a diferença = 0 (versus $\neq$ 0): $Z = 1,28$

Teste exato de Fisher: Valor-p = 0,261

Com relação ao tratamento houve várias perguntas que envolviam, basicamente, se os pacientes já receberam durante a consulta orientações sobre o tratamento. Nas pessoas atendidas pelo MFC 91% haviam recebido, já os pacientes atendidos pelo CLG 96% receberam orientações sobre o tratamento, aqui, houve certa dificuldade de mensurar com exatidão, por conta do diagnóstico de alguns pacientes, que ainda não havia sido fechado, estando em fase de investigação. A razão de haver uma porcentagem que afirmou não ter recebido orientações quanto ao tratamento eram em sua maioria por conta de não terem a certeza de um diagnóstico, ou seja, ainda estarem em fase de investigação.

As pessoas que entenderam como seria feito o tratamento de forma devida foram 87% dos pacientes atendidos pelo MFC e, 90% dos atendidos pelo CLG. Logo, vê-se pouca diferença estatística quanto ao entendimento dos pacientes, quando direcionado ao tratamento, percebe-se que a comunicação utilizada e todos os parâmetros que um médico possui para instruir o paciente sobre

como deve ser feito um tratamento adequado, pôde ser compartilhado por ambos os médicos da Unidade. De acordo com Leite, “a ausência de informações acerca dos medicamentos constitui uma das principais razões pelas quais 30% a 50% dos pacientes não os usam conforme a prescrição”, o que implica em possível não adesão medicamentosa e erro de utilização. (LEITE, 2003)

Também foi questionado, ao sair da consulta, se os pacientes sabiam dizer o nome do medicamento ao qual tinha sido prescrito há pouco, nos pacientes atendidos pelo MFC 78% sabiam dizer o nome e 22% não sabiam dizer, já os atendidos pelo CLG 80% sabiam dizer o nome e 20% não sabiam. Considerando que os entrevistados tinham a possibilidade de consultar a receita, e a maioria deles já haviam utilizados alguns dos medicamentos, e mesmo assim não sabiam dizer o nome e nem como deveriam usa-los, onde 24%(MFC) e 21%(CLG) não sabiam descrever a maneira correta do uso da medicação, algo que precisa ser levado em consideração, mesmo que a porcentagem não tenha sido tão expressiva, é um fato que é decisivo para que a adesão medicamentosa seja feita, quanto para a cura.

Nesse processo de atenção à saúde é essencial que o paciente seja visto como protagonista em seu quadro saúde/doença/tratamento. É responsabilidade do paciente também assumir o seu próprio tratamento¹⁰ uma vez que a sua atitude interfere no sucesso terapêutico, sendo ele mesmo quem vai decidir se vai aderir ou não a indicação médica. Então, além de dizer o nome, o paciente também foi questionado quanto à maneira correta de se fazer o uso do medicamento; 76% dos pacientes atendidos pelo MFC sabiam corretamente descrever o uso e os pacientes da CLG 79% sabiam dizer como era a administração correta. Deve-se levar em consideração que o tempo utilizado para fazer a dispensação do medicamento é um dado importante para avaliar a qualidade da informação passada do médico para o paciente, pois segundo Leite, quanto maior o tempo dedicado à transmissão de informações, maior é a contribuição para o entendimento e correta utilização, além disso, o número de medicamentos prescritos e a forma como o esquema terapêutico é prescrito, como o número de doses e medicamentos diários, também interfere na capacidade de o paciente recordar. (LEITE, 2003)

Quanto à comunicação com o paciente, foi visto que em sua maioria supriu as necessidades de entendimento da consulta como um todo. Nos pacientes atendidos pelo MFC 91% disseram que foi um atendimento fácil de ser entendido, a não ser alguns pacientes que referiram não entender certas palavras difíceis. Já os atendidos pelo CLG 98% entenderam com bastante clareza e tiveram pouca dificuldade com relação as palavras difíceis.

Logo, usando o mesmo racional, foram agrupados os resultados com percentuais próximos e investigado o valor do teste de Fisher. Os resultados estão resumidos abaixo:

Tabela 2 – Representação das questões que tiveram pouca diferença estatística

Percentual de respostas afirmativas e teste de hipóteses de Fisher	CL		p-valor de Fisher
	MFC	G	
As pessoas receberam as informações necessárias de como deve ser o tratamento?	91%	96%	0,214
As pessoas entenderam como deve ser feito o tratamento?	87%	90%	0,630
As pessoas conseguem dizer o nome do medicamento?	78%	80%	0,849
As pessoas conseguem entender como o medicamento é administrado?	75%	79%	0,712
A linguagem usada na orientação, foi de fácil entendimento?	91%	98%	0,101
Se não precisou fazer exames complementares, entende por quê?	83%	97%	0,086

Dado: Fonte de Pesquisa

Nestes casos, novamente podemos observar que o entendimento geral das pessoas é bem superior a 50% e que as diferenças entre as equipes não tem significância estatística, pois os valores do teste de Fisher estão acima de 0,05, ou seja, dentro do intervalo de confiança de 95%, não podemos descartar a hipótese de que as proporções das respostas são estatisticamente iguais.

Para as perguntas abaixo onde houve diferenças consideráveis nos percentuais de respostas temos:

Tabela 3 – Representação da pergunta com maior diferença estatística:

Percentual de respostas afirmativas e teste de hipóteses de Fisher	MFC	CLG	p-valor de Fisher
Foi necessário fazer exames complementares?	40%	64%	0,020

Dado: Fonte de pesquisa

No caso de a necessidade de realizar exames complementares para a elucidação diagnóstica, houve um percentual de 40% dos pacientes atendidos pelo MFC que precisaram de exames, enquanto que dos pacientes atendidos pela CLG, 64% precisaram. Neste caso, o p-valor de Fisher foi significativo, indicando que há uma diferença significativa entre os profissionais. Isto nos mostra que, devido a formação do médico MFC em área específica para atendimento em atenção primária, o mesmo faz uso mais criterioso de exames complementares e consegue fazer diagnósticos utilizando menos exames e mais a relação médico-paciente, o cuidado longitudinal e atenção integral ao cuidado.

Tabela 4 – Nível de satisfação dos pacientes, por equipe:

	Ótimo	Bom	Regular
MFC	63	27	3
CLG	69	13	0

Dado: Fonte de pesquisa

Num estudo feito por Roter, onde ele e seus pesquisadores analisaram a interação e a relação médico paciente, de todas as variáveis discutidas, desde tempo de consulta a adesão medicamentosa, a satisfação do paciente foi a variável que apresentou dado mais consistente e proporcional com relação ao melhor comportamento do paciente, quanto ao tratamento e a cura. Isso foi resultado de mais comunicação num geral, conversas que poderiam ser interpretadas como construção de parceria, além de um comportamento não-verbal mais imediato e positivo, por partes dos médicos. Neste trabalho, foi notória a grande satisfação dos pacientes. Na tabela acima, 68% dos atendidos pelo MFC acharam ótima a consulta, e dos atendidos pelo CLG, aproximadamente, 84% afirmaram ter tido uma ótima consulta. Com base nesses dados, percebe-se o grande potencial oferecido pela unidade, em ambas as equipes. (ROTTER, 1989)

Outro dado, coletado, porém de forma estimada pelo próprio paciente, foi o tempo de consulta. A maior parte das consultas, cerca de 45%, tanto dos atendidos pelo MFC, quanto dos atendidos pelo CLG afirmaram ter tido consultas com duração de, aproximadamente, 20 minutos, o que confere um tempo hábil para realizar anamnese, o exame físico e elaborar um bom plano médico, segundo Bodenheimer. O que se mostra como algo de extremo importância, pois de acordo com Schillinger, “as evidências demonstram, de forma inquestionável, a falência de uma das principais instituições sustentadoras dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, a consulta médica de curta duração”. (BODENHEIMER, 2007), (SCHILLINGER, 2005)

Tabela 5 – Porcentagem do tempo de consulta estimado pelos pacientes de cada equipe:

Tempo de consulta	MFC	CLG
5	6%	7%
10	28%	28%
20	48%	42%
30	18%	23%

Dado: Fonte de Pesquisa

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo se propôs a responder a hipótese de que os pacientes da unidade de saúde da família pioneiros catarinense corresponderiam ou não a regra dos 50%. A principal avaliação foi saber se há diferença estatística entre os pacientes entrevistados pelas duas equipes, porém não houve tal diferença, o que levou esse estudo para a hipótese nula que, justamente, propunha que a quantidade de informações assimiladas em consulta médica pelos pacientes entrevistados, dentro da

regra dos 50%, não tem diferença estatística. Dentro dos objetivos gerais e específicos foi observado, documentado e quantificado se os pacientes assimilaram as informações durante a consulta. A partir dos dados obtidos, foi possível perceber, com clareza de que a população do bairro Pioneiros Catarinense possui bons níveis educacionais, o que refletiu em mais de 70% os pacientes que entendiam a razão de possuírem o diagnóstico que possuíam.

O bom letramento funcional, representado na tabela 1, mostrou que, pelo menos, metade dos pacientes entrevistados tinham o ensino médio concluído, isso foi um dos fatores que permitiram o resultado apresentado, que demonstrou melhor entendimento, por parte dos pacientes, de sua própria moléstia e das informações recebidas em consulta. Assim como, por meio da utilização da Unidade por acadêmicos e residentes de Medicina da Família e Comunidade, cuja a orientação do preceptor aos acadêmicos se baseia, principalmente, em fornecer as informações necessárias que o paciente precisa ter para a compreensão integral do que apresenta, também foi um fator importante para o resultado obtido.

Além disso, o bairro Pioneiros Catarinense é um bairro em que sua população apresenta uma renda média mais elevada que outros bairros do município. Logo, infere-se que por conta disso, o nível de instrução e o bom letramento funcional faça com que a população tenha um melhor entendimento e conhecimento sobre as suas comorbidades e sobre as informações prestadas pelos profissionais de saúde que as atendem.

O resultado, principal, foi que, felizmente, essa amostragem mostrou-se superior ao que se esperava como resultado da pesquisa, pois não representa os, apenas, 50% da regra, mas sim, mais de 84%, pois essa foi a porcentagem de pacientes que afirmou saber o seu diagnóstico, 90% foi a parcela que disse ter recebido informações sobre o tratamento e desses mais de 87% afirmou ter entendido tudo o que lhes foi dito, quanto ao diagnóstico e ao tratamento.

O intuito desse trabalho foi também avaliar a atuação do MFC e do CLG, mas em suma foi uma pesquisa para demonstrar a importância da relação médico-paciente no processo de diagnóstico, tratamento e cura. Foi visto que a satisfação do paciente é um fator de importância significativa na adesão ao tratamento e com isso, a partir dos resultados da USF pode-se perceber que a satisfação dos pacientes foi alta, assim como citado acima, o que refletiu na produtividade da Unidade. Conclui-se então que a regra não foi correspondida, felizmente. A USF Pioneiros Catarinense demonstrou bons resultados, apontados no bom desempenho das duas equipes.

REFERÊNCIAS

- MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.
- DE OLIVEIRA, Vinicius Gomes et al. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 85-88, 2014.
- CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Strategies of assessment and continuous quality improvement in the context of Primary Health Care. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, p. s63-s69, 2005.
- DAMNO, Hirone Sakae et al. Perfil profissional dos médicos atuantes na estratégia Saúde da Família no Município de Campo Grande-MS. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 16, n. 25, p. 125-137, 2015.
- SCHILLINGER, Dean et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 1, p. 83-90, 2003.
- PASSAMAI, Maria da Penha Baião et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 301-314, 2012.
- FREMON, Barbara et al. Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. **Pediatric Research**, v. 5, n. 7, p. 298, 1971.
- SAYDAH, Sharon H.; FRADKIN, Judith; COWIE, Catherine C. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. **Jama**, v. 291, n. 3, p. 335-342, 2004.
- OENNING, Diony; OLIVEIRA, Bruna Volpato de; BLATT, Carine Raquel. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3277-3283, 2011.
- LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 775-782, 2003.
- SILVA, Tatiane da; SCHENKEL, Eloir Paulo; MENGUE, Sotero Serrate. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 449-455, 2000.
- ROTER, Debra L.; HALL, Judith A. Estudos de interação médico-paciente. **Revisão anual de saúde pública**, v. 10, n. 1, p. 163-180, 1989.
- SCHILLINGER, Dean et al. **Prevenção de erros de medicação em atendimento ambulatorial: a importância do estabelecimento de concordância com o regime**. AGÊNCIA DE PESQUISA EM SAÚDE E QUALIDADE ROCKVILLE MD, 2005.
- BODENHEIMER, Thomas. Um homem de 63 anos com múltiplos fatores de risco cardiovascular e baixa adesão aos planos de tratamento. **Jama**, v.17, p. 2048-2055, 2007