

# FREQUÊNCIA DE VERACIDADE DA QUEIXA PRINCIPAL

## FREQUENCY OF TRUTH OF THE MAIN COMPLAINT

FERNANDA SPAGNOL VIZIBELLI **CHAVES**<sup>1</sup>, JULIANA DINIZ **DIAS**<sup>1</sup>, LETÍCIA LAMAS **PEIXOTO**<sup>1</sup>, BRENO DOUGLAS VENTURA **SILVA**<sup>1</sup>, FÁBIO GOMES RIBEIRO **FERRAZ**<sup>1</sup>, IZABELA GOMES REIS DE **PAULA**<sup>1</sup>, ANTENOR BORBA DE OLIVEIRA **FILHO**<sup>1</sup>, LUCAS WINGLER **MOTTA**<sup>1</sup>, LAMARA LAGUARDIA VALENTE **ROCHA**<sup>2\*</sup>

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga; 2. Orientadora. Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV. Professora titular do Curso de Medicina do Centro Universitário de Caratinga, MG. Pesquisadora do Instituto de Ciências da Saúde da UNEC.

\* Vila Onze, 36, Centro, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-100. [lamara.laguardia@gmail.com](mailto:lamara.laguardia@gmail.com)

Recebido em 03/04/2018. Aceito para publicação em 23/04/2018

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a possível relação entre a queixa principal apresentada pelo paciente e a hipótese diagnóstica feita pelo médico e, dessa forma, identificar o estímulo iatrotópico. Além disso, objetiva salientar que com uma anamnese bem feita baseada no método clínico, o médico é capaz de chegar a um diagnóstico mais preciso e correto. O método utilizado foi uma pesquisa exploratória com análise descritiva, do tipo estudo de caso, com pacientes de um PSF da cidade de Piedade de Caratinga. Na pesquisa, foram analisados os resultados que averiguavam a ligação entre a queixa principal e a hipótese diagnóstica colhida durante as consultas, num total de 56 pacientes. Do total das consultas selecionadas, verificou-se que uma pequena porcentagem apresentou viés entre a queixa principal e a hipótese diagnóstica. Dessa forma, foi possível perceber que com uma anamnese bem realizada e completa, pode-se identificar o verdadeiro motivo pelo qual o paciente compareceu à consulta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Anamnese, queixa principal, hipótese diagnóstica, estímulo iatrotópico, método clínico.

### ABSTRACT

This article aims to analyze the possible relationship between the main complaint presented by the patient and the diagnostic hypothesis made by the physician and, thus, to identify the iatrotropic stimulus. In addition, it aims to emphasize that with a well-made anamnesis based on the clinical method, the doctor is able to arrive at a more accurate and correct diagnosis. The method used was an exploratory study with descriptive analysis, of the case study type, with patients from a PSF in the city of Piedade de Caratinga. In the research, we analyzed the results that verified the link between the main complaint and the diagnostic hypothesis collected during the consultations, in a total of 56 patients. From the total of the selected consultations, it was verified that a small percentage presented bias between the main complaint and the diagnostic hypothesis. In this way, it was possible to perceive that with a well-done and complete anamnesis, one can identify the true reason why the patient attended the consultation.

**KEYWORDS:** Anamnesis, main complaint, diagnostic hypothesis, iatrotropic stimulus, clinical method.

### 1. INTRODUÇÃO

É raro encontrar alguma pessoa que nunca ficou insatisfeita com uma consulta médica, no que diz respeito ao atendimento pelo médico. Muitas vezes os pacientes contam algumas histórias de insatisfação. A maioria destas insatisfações é devido à falha de comunicação com o profissional da saúde com relação a: incapacidade de acolher e ouvir o paciente o suficiente para tirar conclusões dos possíveis diagnósticos; grande utilização de palavras técnicas desconhecidas (jargões) pelo paciente, que não consegue compreender o médico; ou até insensibilidade do profissional diante de uma situação de vida exposta pelo paciente que até poderia ser importante para a consulta. Muitas famílias (e médicos) ainda acreditam que o profissional deve centrar sua consulta na dor/doença do paciente, ou que os equipamentos e exames de última geração é que irão curá-lo, ou ainda, que o médico tem grande poder divino em salvar vidas. Por isso, com esse ambiente, cercado de falhas na comunicação, é difícil cuidar e entrevistar um paciente<sup>1</sup>.

O comportamento do médico, assim como o estilo da entrevista, repercute sobre a relação médico-paciente. É preciso recolher todos os detalhes precisos e necessários para o diagnóstico, o que exige habilidades que devem ser exercitadas continuamente<sup>2</sup>.

Os pacientes chegam para suas consultas com um entendimento de seus problemas, sentimentos a esse respeito e expectativas quanto a sua condição e sobre como precisa ser tratada. Tal abordagem pode ser incompleta, rudimentar e inexata, ou coerente, bem informada e completamente consistente com a opinião médica corrente. Ainda assim, as representações que o paciente tem do problema, seus sentimentos e preocupação a respeito dele e os planos de ação para lidar com o problema, determinam, naquele momento, seu comportamento. Qualquer consulta que não explore essas questões provavelmente será ineficaz<sup>3</sup>.

O modelo dominante na prática médica chamado de “modelo médico tradicional” tem grande influência, toma princípio que a doença é explicada apenas por

desvios da norma de variáveis biológicas que podem ser medidas. No entanto tem sido questionado por simplificar em excesso os problemas da condição de estar doente, ou seja, não deixa espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença<sup>4</sup>.

Para o paciente não sair insatisfeito e o médico realizar uma boa anamnese, tem-se utilizado muito dentro do consultório, durante a consulta, o método clínico centrado na pessoa. Este método, é uma ferramenta profissional muito sofisticada, que permite ao médico trabalhar como um tradutor, usando do seu conhecimento científico para dar sentido aquele paciente com suas queixas. Quando colocado em prática no encontro médico-paciente, seus elementos essenciais são: acolhimento, entrevista (escrita como um documento formal e dentro de um modelo internacionalmente aceito, com a interpretação das observações feitas pelo paciente e pelo médico. É a técnica da qual os itens que compõe a anamnese – Identificação; Queixa Principal (QP); História da Doença Atual (HDA); História Patológica Progressiva (HPP); História Social (HS); História Familiar (HFam); História Fisiológica (HFis); e Revisão de Sistemas (RS) – são obtidos e usufrui de grande poder diagnóstico), exame físico, lista de problemas, exames complementares, proposta de ação e acompanhamento<sup>1</sup>.

Esse método clínico foi concebido e inicialmente usado em pesquisas e ensino em 1970, porém tem sido amplamente usado no mundo todo e com ótimas respostas. Hoje ele forma a base de muitos currículos educacionais em várias partes do mundo. Este modelo transformou o método clínico e começa a ocupar um papel central na assistência médica. Muitos pacientes estão saindo satisfeitos quando vão a uma consulta em que o médico usa este método, pois eles querem e gostam que o atendimento seja centrado neles.

Uma grande dificuldade dentro da consulta é que muitos pacientes chegam com uma queixa principal, mas que na verdade não é o real motivo dele ter buscado auxílio médico. A verdadeira razão pela qual este paciente procurou o médico é chamada de estímulo iatrotópico. Essa é a importância do interesse e o foco do profissional da saúde pelo paciente, pois, em particular, este método tem por objetivo tornar explícito aquilo que é implícito no atendimento, no relacionamento entre a pessoa atendida e ele<sup>4</sup>.

Este método centrado na pessoa é composto de seis componentes interativos e é o método clínico que mais tem começado a ser usado pelos médicos. Resumindo, os componentes principais da medicina são dois: um que identifica os objetivos comuns entre médicos e pacientes a respeito da doença e sua abordagem, compartilhando decisões e responsabilidades; e o segundo referente ao cuidado da pessoa, identificando suas ideias e emoções. Levar em consideração o desejo do paciente de obter informações e de compartilhar responsabilidades e responder apropriadamente a esse desejo também faz parte da prática médica centrada no

paciente<sup>5</sup>.

Essa discussão não pretende negar a importância da perspectiva do médico, representada pelo conhecimento do funcionamento do corpo e de como as doenças se manifestam e evoluem, na realização da consulta, mas ressaltar a necessidade de incluir a perspectiva do paciente, que é representada por sua experiência de adoecer. Para que isto ocorra, é necessário conhecer os aspectos que a compõem. Estes aspectos se relacionam às dimensões físicas, psíquicas e sociais do paciente. O médico que não explora essas questões durante a entrevista se arrisca a realizar uma consulta inefetiva, pois os pacientes chegam à consulta com representações sobre seu problema de saúde, sentimentos relacionados, expectativas em relação à sua abordagem e planos de ação para lidar com ele<sup>3</sup>.

Na dimensão física, a manifestação corporal somente não necessariamente motiva o indivíduo a buscar atendimento médico. Isto ocorre quando a manifestação causa incômodo por sua presença ou pelas interpretações a seu respeito. Já a dimensão psíquica são todas as experiências de adoecer, as quais aparecem em todas as entrevistas médicas e influenciam o resultado final da consulta. Inclui as ideias e as crenças do indivíduo relacionadas ao conceito de saúde e doença, os medos e as preocupações associados ao adoecimento e o modo e a capacidade de cada indivíduo de elaborar mecanismos para o enfrentamento do problema<sup>6</sup>.

As vantagens do método clínico centrado na pessoa em relação ao modelo médico tradicional são diversas, incluindo maior contentamento do paciente, melhor aderência à terapêutica, maior deleite do médico, menores casos de judicialização contra o profissional, diminui as queixas por más práticas, diferencia a investigação da queixa aparente pela real, ou seja, capta o estímulo iatrotópico, necessidade de menor número de exames complementares e frequência menor de encaminhamentos a especialistas, e conseqüentemente menores gastos para o sistema de saúde e para o paciente<sup>4</sup>.

Os pacientes chegam à consulta com “problemas” mais do que com doenças, e a tarefa é entender esses problemas, sua natureza, seu histórico e suas causas para que o manejo possa ser direcionado, sempre que possível, às causas, e não apenas aos efeitos. Essa tarefa também inclui o entendimento da experiência de doença do paciente como um todo, incluindo os efeitos que os problemas podem ter na sua vida e nas ruas respostas emocionais. Essas questões podem ser tanto parte do problema como parte das razões para a consulta, e seu entendimento é função claramente importante na consulta<sup>2</sup>.

Neste artigo, daremos enfoque à importância de uma boa anamnese, centrada na pessoa, para identificar a relação entre a queixa principal, a hipótese diagnóstica e a importância do estímulo iatrotópico a partir de uma pesquisa de campo feita por estudantes de medicina, baseada em uma consulta centrada na pessoa.

Objetivo geral: O objetivo deste artigo é identificar a relação entre a queixa principal, a hipótese diagnóstica e a importância do estímulo iatrotrópico, a partir de uma pesquisa de campo feita por estudantes de medicina, baseada em uma consulta centrada na pessoa.

Objetivo específico: Analisar a importância do estímulo iatrotrópico.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do Estudo: Trata-se de uma pesquisa exploratória com análise descritiva, do tipo estudo de caso, que visa verificar a relação entre a queixa principal e da hipótese diagnóstica de consultas ambulatoriais de pacientes de um PSF em Piedade de Caratinga – MG.

Definição da amostra e coleta de dados: A pesquisa foi realizada com pacientes de um Posto de Saúde da Família (PSF) no município de Piedade de Caratinga, no estado de Minas Gerais.

Como critérios de inclusão foram utilizados os atendimentos ambulatoriais, do período matutino, dos dias 08, 09, 10, 14 e 15 de março do ano de 2016. Tais datas foram determinadas devido à autorização da equipe do PSF. Os critérios de exclusão utilizados se basearam na não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e em consultas, unicamente, de retorno médico.

O método de pesquisa de campo empregado valeu-se da entrevista médica feita por médicos e internos do posto de saúde da família avaliado. Os dados coletados foram dispostos em fichas.

Para o levantamento de tais dados, utilizou-se o modelo clássico de anamnese, onde foram avaliadas: Queixa Principal, História da Doença Atual, História Patológica Progressiva, História Social, História Familiar e História social. No acondicionamento dos dados não foram discriminados idade, sexo do paciente e patologias progressivas, ou seja, só foram documentados: Queixas principais e hipóteses diagnósticas.

Análise de Dados: Os dados coletados foram tabulados e organizados no programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), versão 20.0, o qual foi utilizado para a realização da estatística. Utilizou-se os para o cálculo de percentagem, por intermédio da correlação entre a queixa principal do paciente e a hipótese diagnóstica levantada pelo médico (Através da análise, durante a consulta, dos dados levantados na anamnese).

Considerações Éticas: Uma carta de anuência foi encaminhada à direção do Posto de Saúde da Família em questão, solicitando a autorização deste estudo. Os sujeitos da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos do trabalho e informados de que os preceitos éticos seriam assegurados, inclusive o anonimato, sendo necessária uma assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996).

## 3. RESULTADOS

A queixa principal é o motivo, que de acordo com o paciente, a procurar o médico. Para seu registro, devem-se repetir, se possível, as expressões utilizadas pelo paciente. De acordo com Bastos (2014)<sup>2</sup> “A interpretação do paciente deve ser ouvida com o atributo do respeito, mas registrada com a interpretação cabível à luz da ciência atual”.

É necessário distinguir a demanda aparente (queixa) da demanda real (causa dos problemas), buscando formular um plano terapêutico ampliado e em conjunto com o paciente, ou seja, definir o estímulo iatrotrópico<sup>1</sup>.

Nesta pesquisa foram analisados os resultados do registro da relação entre queixa principal e diagnóstico aplicado a 56 pacientes que foram atendidos no PSF de Piedade de Caratinga– MG. Dessas 56, 7 consultas foram desconsideradas de acordo com os critérios de exclusão desta pesquisa. Assim, classificou-se um total de 49 consultas como válidas para análise.

Primeiramente, quantificaram-se os vieses (queixas principais que não possuem correlação com a hipótese diagnóstica) e as queixas principais (QP) que tinham correlação com a hipótese diagnóstica (HD) da amostra, cujos resultados encontram-se em registro na tabela 1.

**Tabela 1.** Quantificação das consultas realizadas e seus vieses.

	Quantidade	%
Viés entre QP e HD	8	16,32%
Qp correlacionadas com a HD	41	83,67%
Total de Consultas	49	100%

Fonte: autores.

Foram selecionadas 49 consultas (100%) ditas como válidas para esta pesquisa. Verificou-se que deste total, apenas 8 consultas (16,32%) apresentaram viés entre a queixa principal e a hipótese diagnóstica. Em contrapartida, houve o predomínio de queixas principais correlacionadas às suas respectivas hipóteses diagnósticas em 41 consultas (83,67%). Considerando as hipóteses diagnósticas encontradas, foi possível separá-las de acordo com os sistemas fisiológicos do corpo humano, expressos na tabela 2.

Em relação aos sistemas muscular, tegumentar, urinário, imunológico, endócrino, reprodutor, respiratório e linfático foi possível verificar que 100% das QP foram correlacionadas à HD, dessa forma, não obtiveram vieses. Já em relação aos outros sistemas, em uma parte das consultas de todos eles, foi possível observar o viés entre QP e HD. O sistema nervoso, por exemplo, apresentou 5 consultas correlacionadas com a hipótese diagnóstica de um total de 8 consultas, sendo 62,5%. O sistema cardiovascular apresentou 3 consultas correlacionadas com a hipótese diagnóstica de um total de 4 consultas, sendo 75%. O sistema sensorial apresentou 2 consultas correlacionadas com a hipótese diagnóstica de um total de 5 consultas, sendo

40%. E por último, o sistema digestório que apresentou 8 consultas correlacionadas com a hipótese

diagnóstica, sendo 88,88%.

**Tabela 2.** Hipóteses diagnósticas estruturadas de acordo com os sistemas fisiológicos.

	Número Total de Consultas	Consultas Correlacionadas com HD	% de Consultas Correlacionadas com HD
Nervoso	8	5	62,5%
Muscular	3	3	100%
Cardíaco	4	3	75%
Tegumentar	6	6	100%
Sensorial	5	2	40%
Urinarío	3	3	100%
Imunológico	3	3	100%
Disgostório	9	8	88,88%
Endócrino	1	1	100%
Reprodutor	2	2	100%
Respiratório	3	3	100%
Linfático	2	2	100%

Fonte: autores.

#### 4. DISCUSSÃO

Foi possível identificar e compreender o perfil das anamneses da amostra colhida. Somente através de uma anamnese completa, ampla e bem realizada, é possível captar o verdadeiro motivo pelo qual aquele paciente compareceu àquela consulta. Dessa forma, analisando os dados colhidos, as consultas que tiveram suas queixas principais não correlacionadas com as hipóteses diagnósticas, provavelmente foram consultas que tiveram uma anamnese no mínimo satisfatória, realizada de acordo com o que o Método Centrado na Pessoa exige já que mesmo os pacientes trazendo queixas não icônicas, sem qualquer indício do verdadeiro diagnóstico, o médico foi capaz de destrinchar ao máximo as informações colhidas e captar o estímulo iatrotrópico.

A instituição que atende os pacientes também pode colaborar no incentivo ao melhoramento das anamneses realizadas pelos médicos por meio da sensibilização e treinamento da equipe médica para que sejam transmitidas confiança e segurança àqueles pacientes. Pois uma anamnese empática e cuidadosa melhora a prevalência de alcançar o estímulo iatrotrópico e reduz os índices de hipóteses diagnósticas equivocadas. Além disso, ressalta-se a importância do investimento das autoridades municipais nas políticas de saúde.

#### 5. CONCLUSÃO

Esta pesquisa foi gratificante, pois foi possível identificar algumas dificuldades enfrentadas na consulta, fazendo-nos refletir sobre o papel que o profissional médico e a forma como ele conduz seu atendimento são decisivas nos achados diagnósticos e, assim, podem promover da melhor forma a saúde.

#### AGRADECIMENTOS

Á, Professora Mônica Isaura Corrêa, pela sua

contribuição no desenvolvimento deste estudo.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Ceron M. Habilidades de Comunicação: abordagem centrada na pessoa [Internet]. UNASUS, 2015 [Acesso em 5 jan. 2017]. Disponível em: [www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/.../Unidade\\_17.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_17.pdf).
- [2] Bastos RR. O método clínico. 1 ed. Juiz de Fora. Belvedere editora. 2014.
- [3] Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The New Consultation: developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press, 2003; 143:288-4
- [4] Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR; McWilliam CL; Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2 ed. Artmed editora. 2010.
- [5] Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro. 2008; 32(1):90-97.
- [6] Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam SSA. Escobar AMU. A consulta do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev. Bras. Educ. Med. 2010; 34(4).