

Passos da consulta e satisfação do utente: estudo piloto observacional



Ana Luísa Marques Duarte,¹ Ana Rita Silvestre,¹ João Luis Milheiro²

RESUMO

Objetivo: Estudar a relação entre a execução de consultas estruturadas por passos e a satisfação do utente com a consulta, tendo como referência o modelo proposto no livro *A CONSULTA EM 7 PASSOS*.

Tipo de estudo: Observacional analítico.

Local: USF *Andreas*.

Amostra: Setenta utentes entre os 18 e os 85 anos que recorreram a consultas desta unidade entre outubro e novembro de 2016.

Métodos: Foi solicitado a cada utente, após a saída do gabinete, a resposta a um questionário sobre a satisfação com a consulta; e, ao médico, a resposta a um outro questionário relativo à sua perceção quanto ao grau de execução das diversas tarefas em consulta. Foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* para relacionar a pontuação total do questionário ao médico e o grau de satisfação do utente. O mesmo teste foi utilizado para relacionar o grau de realização de cada tarefa e a satisfação. Por fim, esta análise foi repetida separadamente por grupos definidos com base nas variáveis sexo, idade, escolaridade, tipo de consulta, verbalização de problemas e tempo de ligação médico-utente.

Resultados: Oitenta e sete por cento dos utentes declararam estar bastante ou totalmente satisfeitos com a consulta. No total da amostra não se identificaram correlações significativas entre a pontuação total do questionário e a satisfação do utente [$\rho = -0,11$ ($p = 0,36$)]. Também não se encontraram correlações significativas entre o grau de realização de cada tarefa e a satisfação do utente. Contudo, na análise de dados separada por sexo, tipo de consulta, verbalização de problemas e escolaridade encontraram-se correlações significativas entre a realização de algumas das tarefas da consulta e a satisfação.

Conclusão: O estudo sugere que algumas tarefas do modelo de consulta em 7 passos podem ter mais impacto na satisfação do utente com a consulta do que outras, em função das características do utente e natureza da consulta.

Palavras-chave: Satisfação do utente; Visita a consultório médico; Cuidados de saúde primários; Médico de família.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde primários tem vindo a ser avaliada com base em indicadores de desempenho que traduzem insuficientemente a realidade da prática clínica em medicina geral e familiar (MGF).¹ Por outro lado, a opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e avaliar a eficácia das medidas corretivas que têm vindo a ser implementadas no Serviço Nacional de

Saúde.² É conhecido que o grau de satisfação do utente relativamente à relação com o seu médico e aos cuidados que lhe são prestados é um importante fator na construção de uma relação de confiança e na decisão de aderir ou não à terapêutica, o que se traduz frequentemente em melhores resultados clínicos. Além disso, tem influência no efeito terapêutico da própria consulta.³

A consulta tem sido descrita como uma sucessão de fases, cada uma com tarefas específicas.³ O livro *A CONSULTA EM 7 PASSOS*, de Vítor Ramos,⁴ foi delineado com o propósito de ajudar os estudantes de medicina, internos e médicos de família a estruturar a sua consulta, fazendo hoje parte da bibliografia recomendada pelas

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF *Andreas*.

2. NOVA Information Management School.



coordenações do internato de MGF em Portugal. O autor decompõe a consulta em sete passos, cada um com pequenas tarefas, nomeadamente: 1) Preparação: rever a situação do médico, do consultório e do próximo paciente; 2) Primeiros Minutos: chamada, cumprimento, acolhimento, motivos de consulta e encontro de agendas; 3) Exploração: recolha, análise, contextualização de dados e informação; 4) Avaliação: interpretação, diagnósticos, explicação, previsão e impacto na qualidade de vida; 5) Plano: propostas, negociação e acordos de ação, incluindo prevenção; 6) Encerramento: dúvidas, revisão do plano e despedida; 7) Reflexão e notas finais. Esta abordagem apoia-se no modelo clínico integrado, o qual se baseia na premissa de que a interação clínica e o processo terapêutico requerem uma atenção ampla e multifocal. De um lado, o próprio médico e a autoconsciência das suas competências, limitações, bem como de valores, crenças, atitudes, comportamentos e práticas. Do outro lado, o doente é mais complexo que a(s) sua(s) doença(s). As emoções, vivências e meio sociocultural têm impacto no modo como o sofrimento e as doenças são vividas, cabendo ao doente parte da responsabilidade nas escolhas terapêuticas.⁴⁻⁵ A maioria dos indivíduos que espera por uma consulta parece preferir esta abordagem centrada na pessoa,⁶ existindo evidência de que a mesma se associa a maior satisfação.⁷

Diversos trabalhos têm explorado fatores da consulta com impacto na satisfação do utente^{6,8-12} como a aproximação às expectativas do utente,⁸ a duração da consulta⁹ e os aspetos da comunicação.¹⁰⁻¹¹ No entanto, parece não haver nenhum que tenha estudado diretamente a relação entre a estruturação da consulta por passos e a satisfação do utente.

Assim, este trabalho pretendeu estudar a relação entre a execução de consultas estruturadas por passos, com base no modelo definido por Vítor Ramos e a satisfação do utente com a consulta. O objetivo principal foi verificar se o grau de aplicação de um modelo de consulta estruturado por passos se associa a variações na satisfação do utente com a consulta. Os objetivos secundários foram: procurar associações entre o grau de concretização de cada tarefa deste modelo e a satisfação do utente com a consulta e estudar a eventual influência dos fatores sexo, idade, escolaridade, verbalização ou não de sintomas/problemas, tipo de consul-

ta e tempo de ligação médico-utente na associação entre a aplicação deste modelo e a satisfação.

MÉTODOS

Tipo de estudo: Observacional analítico.

Amostra: Amostra de conveniência constituída por utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 85 anos, que recorreram a consultas realizadas na Unidade de Saúde Familiar (USF) *Andreas*. A seleção das consultas foi feita consoante a disponibilidade dos investigadores, dos médicos e dos utentes, durante o horário de funcionamento da USF, nos meses de outubro e novembro de 2016. Foram excluídas consultas a utentes analfabetos, com dificuldade de compreensão ou outras limitações para o preenchimento do questionário; consultas marcadas exclusivamente para renovação de baixa; de saúde infantil; de saúde materna, por ser limitada à partida a aplicação do modelo de consulta estruturada por passos nestes casos; e ainda as associadas à realização de um procedimento invasivo (e.g., citologia cervical), por estes procedimentos poderem influenciar negativamente a satisfação.

Definição e operacionalização das variáveis

A satisfação do utente com a consulta foi avaliada mediante um questionário (Anexo I), tendo sido avaliados os seguintes aspetos relativos à satisfação: 1) qualidade percebida no atendimento do médico; 2) concretização das expectativas; 3) esclarecimentos/informações obtidos; e 4) satisfação global. A medição de vários aspetos da satisfação baseou-se noutros questionários realizados para avaliar a satisfação com a consulta e teve como objetivo levar a uma maior reflexão sobre a consulta e evitar respostas automáticas. Para medir o grau de satisfação foi utilizada uma escala de tipo *Likert* com 5 itens: totalmente insatisfeito, bastante insatisfeito, razoavelmente satisfeito, bastante satisfeito e totalmente satisfeito, os quais foram convertidos numa escala ordinal de 1 a 5 pontos, respetivamente. De forma a avaliar a consistência interna das questões calculou-se o índice de α de *Cronbach* para a satisfação das três primeiras respostas, que foi de 0,97. Para além disso, a associação da satisfação média nas três primeiras questões com a média da satisfação global foi bastante elevada ($\rho=0,96$).

Neste questionário foram ainda incluídas as variá-



QUADRO I. Passos da consulta e tarefas em análise

Passo	Designação das tarefas
1. Preparação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparação física do médico 2. Preparação mental do médico 3. Conhecer contexto sociocultural, familiar ou profissional 4. Recapitular de problemas de saúde, terapêutica e últimas consultas 5. Preparação do gabinete
2. Primeiros minutos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação atenta e cumprimento inicial 2. Procurar indícios sugestivos de algum estado de espírito 3. Questionar motivos da consulta/motivo latente 4. Explorar ideias e expectativas 6. Relembrar problema pendente
3. Exploração	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Identificar emoções e pontos de vista 3. Identificar fatores de risco 4. Exame físico/observação 5. Testar hipóteses de diagnóstico
4. Avaliação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintetizar situação geral de saúde 2. Explicar de forma clara 3. Ser empático 4. Fornecer informação prognóstica/previsão 5. Avaliação pré-plano
5. Plano	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedir judiciosamente exames complementares 2. Explicar terapêutica (medidas farmacológicas e não farmacológicas) 3. Incentivar participação e envolvimento do indivíduo no plano 4. Definir objetivos claros e seguimento 5. Prevenção oportunista
6. Encerramento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar clareza e compreensão 2. Explorar dúvidas 3. Esgotar agenda da pessoa 4. Recapitular principais ações 5. Encerrar formalmente a consulta

veis: idade, sexo, escolaridade, verbalização ou não de sintomas/problemas e tempo de ligação médico-utente (mais de cinco anos ou menos de cinco anos). A inclusão desta variável (tempo de ligação médico-utente) teve como objetivo estudar o efeito da relação terapêutica e da continuidade de cuidados na associação entre os passos da consulta e a satisfação. O valor de cinco anos foi definido tendo como base as características da equipa médica da USF *Andreas* que inclui médicos que seguem os mesmos utentes há mais de cinco anos e nos profissionais com menos tempo de trabalho (incluindo internos e recém-especialistas).

Foi feito um pré-teste numa pequena amostra de utentes não envolvidos no estudo final, de forma a verificar a existência de incorreções ou dificuldades de preenchimento.

Para avaliar o grau de aplicação do modelo de consulta estruturada por passos foi elaborado um questionário (Anexo II) de autoavaliação e preenchimento pelo médico. A elaboração do questionário baseou-se nos objetivos e nas perguntas-chave de cada passo da consulta, conforme definido no livro *A CONSULTA EM 7 PASSOS*, bem como a matriz proposta no anexo 3 deste mesmo livro, tendo sido apresentado ao próprio autor do livro.⁴ Foram considerados os seis primeiros passos da consulta e cinco tarefas por cada passo, cuja designação se apresenta no Quadro I. O grau de realização de cada tarefa da consulta foi avaliado através de uma escala tipo *Likert*, com cinco opções entre 0 e 4, em que 0 corresponde a não ter realizado de todo a tarefa e 4

corresponde a ter realizado totalmente a tarefa. O sétimo passo (reflexão e conclusões finais) não foi avaliado, dado que decorre após a consulta e não influencia a satisfação do utente. Foi calculada uma pontuação total do questionário ao médico, somando a pontuação relativa à concretização de cada tarefa, obtendo-se um máximo possível de 120 pontos.

O questionário foi dado a conhecer previamente a todos os médicos que aceitaram participar, tendo sido testado previamente no final de uma consulta, por forma a facilitar o futuro preenchimento e a servir como referência para os questionários seguintes. A cada mé-



dico foi dada a possibilidade de discutir as questões com o investigador de forma a detetar eventuais dúvidas. Neste questionário foi pedido ao médico para classificar o tipo de consulta em programada (CP) ou não-programada, também designada consulta do dia ou consulta aberta (CA).

De forma a validar internamente o questionário calcularam-se os índices de α de *Cronbach* para as pontuações de realização de cada tarefa correspondentes a cada passo, tendo sido obtidos valores α entre 0,6 e 0,7 para os passos 2, 3 e 5; entre 0,7 e 0,8 para os passos 4 a 6 e um valor $\alpha < 0,5$ para o passo 1.

Recolha de dados

Foi pedida previamente a participação de todos os médicos da unidade (excluindo os autores) e pedido o seu consentimento verbal. Ao todo participaram 13 médicos, dos quais oito especialistas e cinco internos.

Após saída do gabinete foi solicitado ao utente o consentimento informado verbal para participação no estudo e verificada a presença de critérios de inclusão ou exclusão. A resposta ao questionário ocorreu em ambiente de confidencialidade, sendo depositada em caixa fechada. Foi igualmente solicitado ao médico que realizou a consulta a resposta anónima ao questionário, sendo pedida a sua colocação na mesma caixa fechada, até ao final da manhã ou da tarde. O questionário do utente e do médico foram identificados com o mesmo número para posterior análise.

A colheita foi feita diariamente durante o período de funcionamento da unidade, nos meses de outubro e novembro de 2016, consoante a disponibilidade dos investigadores, dos utentes e dos médicos, sendo que cada médico foi questionado no máximo uma vez por dia.

Análise de dados

De forma a verificar se um maior grau de aplicação do modelo proposto resultaria num maior grau de satisfação foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* – ρ (teste adequado a variáveis ordinais de natureza não normal, cujo valor representa uma associação que será tanto mais forte quanto mais próxima estiver do valor 1), relacionando o grau de satisfação e pontuação total do questionário. O mesmo teste foi utilizado para relacionar as variáveis grau de satisfação e grau de realiza-

ção de cada tarefa em particular.

O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado para comparar o nível de satisfação por grupos.

Esta análise foi repetida separadamente por grupos definidos com base nas variáveis sexo, idade, escolaridade, tipo de consulta, verbalização ou não de sintomas/problemas e tempo de ligação médico-utente.

As diferenças apuradas foram consideradas significativas se $p\text{-value} < 0,05$, isto é, a um nível de significância de 5%.

Os dados foram inseridos e tratados em R (versão 3.2.2).

RESULTADOS

Foram recolhidos 95 questionários de cada tipo (Anexos I e II), dos quais 25 foram excluídos por falta de emparelhamento, preenchimento desadequado ou incompleto. Para análise estatística foram considerados 70 pares de questionários (73%) (Quadro II).

Oitenta e sete por cento dos utentes revelaram-se bastante ou totalmente satisfeitos considerando a satisfação relativa aos esclarecimentos, expectativas e satisfação global; 90% revelaram-se bastante ou totalmente satisfeitos com a qualidade do atendimento (Quadro III).

Analisando o nível de satisfação global por grupos, os mais insatisfeitos foram os homens, os utilizadores da consulta programada, os que não verbalizaram queixas/problemas e os licenciados em comparação com os outros grupos de escolaridade; no entanto, estas diferenças não foram significativas (Quadro II).

Relativamente à execução dos passos da consulta por parte dos médicos (Anexo II) obteve-se uma média de pontuação total do questionário de 93 pontos, com desvio-padrão de 15, um mínimo de 61 e um máximo de 116, indicando elevado grau de aplicação do modelo A CONSULTA EM 7 PASSOS.

A. Pontuação total do questionário "passos da consulta" e satisfação

Considerando a amostra na sua globalidade ($N=70$) não se identificaram correlações estatisticamente significativas entre a pontuação total do questionário aos médicos e os vários aspetos da satisfação: satisfação relativa à qualidade do atendimento ($\rho=-0,03$, $p=0,77$; expectativas ($\rho=-0,11$, $p=0,37$), esclarecimentos/informa-


QUADRO II. Caracterização da amostra (n=70)

Variável	n (%)	Grau de satisfação global (média)*	Significânciat
Sexo			
Feminino	42 (60)	4,5	0,14
Masculino	28 (40)	4,2	
Idade			
18-39	16 (22,9)	4,2	0,79
40-64	37 (52,9)	4,3	
≥ 65	17 (24,2)	4,3	
Tipo de consulta			
Programada	49 (70)	4,2	0,07
Não programada	21 (30)	4,7	
Sintomas/Queixas			
Sim	48 (68,6)	4,5	0,33
Não	22 (31,4)	4,2	
Tempo de ligação médico-utente			
Menos de 5 anos	51 (72,9)	4,4	0,43
Mais de 5 anos	19 (28,1)	4,4	
Escolaridade			
1º Ciclo	12	4,4	0,22
2º Ciclo	9	4,4	
3º Ciclo	16	4,6	
Ensino Secundário	16	4,4	
Ensino Pós-secundário	3	3,7	
Bacharelato	1	5	
Licenciatura	11	4	
Mestrado	2	5	

Legenda: *valores de satisfação correspondentes à média numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a totalmente insatisfeito e 5 a totalmente satisfeito; † valor de p para o teste de *Mann-Whitney*.

ções ($\rho=-0,06$, $p=0,62$) e satisfação global ($\rho=-0,11$, $p=0,36$). Fazendo esta mesma análise em grupos separados por sexo, idade, tipo de consulta, escolaridade, tempo de ligação médico-utente e verbalização ou não de queixas, não se encontraram relações com significado estatístico entre a pontuação total dos questionários e a satisfação.

B. Pontuação de cada tarefa na consulta e satisfação

No total da amostra ($N=70$) também não se verificaram correlações significativas entre o grau de realiza-

ção de cada tarefa e os diferentes aspetos da satisfação.

Na análise separada por grupos encontraram-se correlações significativas entre o grau de realização de algumas tarefas e a satisfação, cujos resultados se apresentam seguidamente.

Sexo

Nos utentes do sexo feminino ($n=42$), ao contrário do masculino, a preparação física do médico (tarefa 1.1) associou-se de forma positiva e significativa com a satisfação relativa à qualidade do atendimento ($\rho=0,31$, $p=0,05$). A maior concretização da tarefa 6.5 – encerrar formalmente a consulta procurando algum *feedback* do utente – relacionou-se positivamente e de forma significativa com a satisfação relativa aos esclarecimentos, o que se verificou também apenas no sexo feminino ($\rho=0,34$, $p=0,03$).

Tipo de consulta

Na consulta não-programada ($n=21$), a maior concretização da tarefa 1.1 (preparação física do médico) e 6.5 (encerramento formal) associou-se de forma positiva e significativa com a satisfação relativa aos esclarecimentos (Quadro III). Por outro lado, neste grupo diversas tarefas se associaram negativamente de forma significativa com a satisfação. Procurar indícios de algum estado de espírito (e.g., medo, ansiedade) (tarefa 2.2) associou-se a menor satisfação global e das expectativas. Explicar a terapêutica (tarefa 5.2) e definir objetivos claros/seguimento (tarefa 5.4) também se associaram a menor satisfação das expectativas. Testar hipóteses diagnósticas (tarefa 3.5) associou-se a menor satisfação com os esclarecimentos.

Em contraposição, nos utilizadores da consulta programada não se encontraram associações significativas entre a realização das tarefas e a satisfação (Quadro III).

Verbalização de queixas/problemas

Como se verificou no grupo da consulta não-pro-



gramada, nos utentes que apresentaram queixas ou problemas ($n=48$) encontraram-se associações positivas entre a realização da tarefa 6.5 – encerrar formalmente a consulta e a satisfação com os esclarecimentos ($r=0,39$, $p=0,01$) e negativas entre a realização da tarefa 3.5 – testar hipóteses diagnósticas e a satisfação relativa aos esclarecimentos ($r=-0,32$, $p=0,02$).

Escalões etários

Na análise por escalões etários (18-39; 40-65; > 65) não se encontraram associações significativas entre a realização de cada tarefa e a satisfação dos utentes.

Escolaridade

Na análise por escolaridade consideraram-se dois grupos (≤ 12 anos e > 12 anos de escolaridade), não tendo sido encontradas associações significativas entre a realização de cada tarefa e a satisfação dos utentes.

QUADRO III. Satisfação da amostra relativa aos aspetos considerados [n (%)]

	Qualidade do atendimento	Expectativas	Esclarecimentos/ Informações	Satisfação global
Totalmente insatisfeito	2 (2,9)	3 (4,3)	2 (2,9)	2 (2,9)
Bastante insatisfeito	2 (2,9)	1 (1,4)	2 (7,1)	3 (4,3)
Razoavelmente satisfeito	3 (4,3)	5 (7,1)	5 (7,1)	4 (5,7)
Bastante satisfeito	22 (31,4)	25 (35,7)	19 (27,1)	18 (25,7)
Totalmente satisfeito	41 (58,5)	36 (51,5)	42 (60,0)	43 (61,4)

Tempo de ligação médico-utente

Nos utentes seguidos há mais de cinco anos ($n=19$) verificou-se uma associação positiva entre a realização da tarefa 5.5 – prevenção oportunista e a satisfação com as expectativas ($\rho=0,48$, $p=0,04$). A realização das restantes tarefas não se associou de forma significativa com a satisfação, quer no grupo seguido há mais de

QUADRO IV. Resultado das correlações entre a execução das diversas tarefas e satisfação, em indivíduos da consulta programada (CP) e não programada/aberta (CA)

Aspetos da satisfação	1.1. Preparação física	1.2. Procurar indícios de estado de espírito	3.5. Testar hipóteses diagnósticas	5.2. Explicar a terapêutica	5.3. Definir objetivos claros	6.5. Encerrar a consulta
Qualidade do atendimento						
CA	0,22 (0,34)	-0,28 (0,23)	-0,04 (0,85)	-0,14 (0,53)	-0,23 (0,32)	0,09 (0,71)
CP	0,11 (0,47)	0,00 (0,98)	-0,06 (0,66)	-0,05 (0,72)	0,01 (0,93)	0,08 (0,59)
Expectativas						
CA	0,37 (0,10)	-0,45 (0,04)	-0,23 (0,31)	-0,43 (0,05)	-0,56 (0,01)	0,03 (0,90)
CP	0,10 (0,49)	0,02 (0,91)	-0,08 (0,60)	-0,13 (0,39)	-0,12 (0,43)	0,04 (0,78)
Esclarecimentos						
CA	0,48 (0,03)	-0,39 (0,08)	-0,46 (0,04)	-0,14 (0,56)	-0,35 (0,12)	0,45 (0,04)
CP	-0,02 (0,91)	-0,05 (0,73)	-0,13 (0,36)	-0,06 (0,67)	-0,04 (0,77)	0,10 (0,49)
Satisfação global						
CA	0,43 (0,05)	-0,52 (0,02)	-0,38 (0,09)	-0,31 (0,18)	-0,28 (0,22)	-0,02 (0,91)
CP	0,05 (0,74)	-0,05 (0,74)	-0,08 (0,61)	-0,13 (0,38)	-0,05 (0,72)	0,08 (0,57)

Legenda: ρ -coeficiente de Spearman; entre parênteses: p -value (valores significativos a negrito).

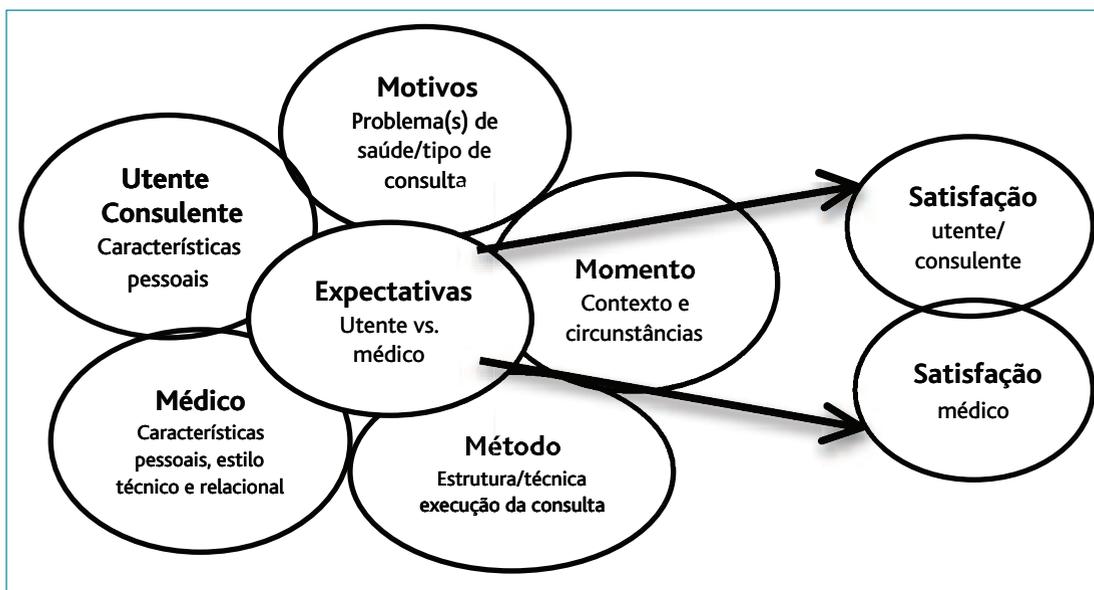


Figura 1. Consulta: fatores envolvidos – expectativas e satisfação (diagrama cedido pelo Dr. Vítor Ramos).

cinco anos quer no grupo seguido há menos de cinco anos.

DISCUSSÃO

Ao contrário do que se poderia esperar, o grau de execução global dos passos da consulta não se mostrou relacionado com variações detetáveis na satisfação do utente, mesmo analisando em separado os indivíduos de diferentes idades, sexo, níveis educacionais e tipos de consulta. Também não foram encontradas associações entre o grau de execução de cada tarefa e o grau de satisfação do utente, quando considerada a amostra global. Estes resultados podem dever-se ao número insuficiente de indivíduos para demonstrar estas relações, mas também aos níveis globalmente elevados de satisfação encontrados, que reduzem muito a margem para análise discriminativa quanto a associações entre variáveis. Estes níveis elevados de satisfação estão de acordo com diversos estudos realizados na área da satisfação em Portugal, onde apesar de não ter sido avaliada especificamente a satisfação com a consulta, se encontram taxas semelhantes de satisfação relativas ao atendimento médico.¹³⁻¹⁶ Por outro lado, pode ser difícil encontrar associações quando existem inúmeros fatores no contexto de uma consulta que se interrelacionam e que influenciam a satisfação do uten-

te. São exemplos destes fatores, difíceis de controlar, as características do médico, o(s) problema(s) de saúde abordado(s) naquela consulta, o contexto, entre outros (Figura 1).

Apesar de tudo, a análise separada de algumas tarefas da consulta tendo em conta o sexo, o tipo de consulta, a verbalização ou não de queixas e o tempo de seguimento revelou os resultados já descritos, que se discutem seguidamente.

Relativamente à preparação física do médico (tarefa 1.1) foram encontradas associações positivas com a satisfação para alguns grupos analisados. A preparação do médico pode incluir satisfazer a fome, sede, necessidades fisiológicas, gerir o *stress* relacionado com os atrasos em consulta e as preocupações pessoais, sendo influenciada pelo volume e exigências de trabalho a que o médico está sujeito. É sabido que o *burnout* médico se associa a piores cuidados e a uma deterioração da relação médico-doente. Um estudo realizado nos cuidados primários verificou que os médicos com elevados níveis de despersonalização e elevados níveis de exaustão tinham *scores* mais baixos de satisfação dos utentes.¹² Por outro lado, alguns estudos têm demonstrado que as mulheres têm mais tendência a procurar informação e a expressar conteúdo emocional nas consultas.¹⁷ Neste sentido, a preparação do médico pode-



rá facilitar a busca de informação e a expressão de emoções da parte do utente, que pode ser mais importante para alguns indivíduos do que para outros. Seria interessante verificar se esta associação se mantém num estudo futuro com maior número de indivíduos.

Em relação ao tipo de consulta, os resultados ilustram diferenças entre as consultas programadas e as não-programadas. É de esperar que as consultas não-programadas sejam motivadas principalmente por sintomas específicos. Efetivamente, na amostra estudada 95% dos indivíduos da consulta não-programada apresentaram queixas/problemas, enquanto na consulta programada apenas 57% o fizeram. Foi sugerido que as expectativas dos utentes que se apresentam com sintomas específicos são diferentes das expectativas em consultas de vigilância e que o cumprimento destas expectativas se correlaciona com a satisfação.^{8,18} A aplicação do modelo de consulta em análise inclui a identificação, a caracterização e a abordagem de queixas/problemas, pelo que consultas sem verbalização de queixas ou problemas poderão limitar a aplicação dos passos na sua totalidade. Na consulta não-programada, procurar indícios de algum estado de espírito (e.g., medo, ansiedade) (tarefa 2.2) associou-se de forma significativa com uma menor satisfação, o que não se verificou no grupo da consulta programada. Uma possível explicação pode advir do facto de muitas das consultas não-programadas serem realizadas por um outro médico que, não conhecendo o utente, tem maior dificuldade em compreendê-lo. Por outro lado, o utente pode considerar tal abordagem desadequada à sua situação no momento. Quer nos utentes da consulta não-programada quer nos que apresentaram queixas, testar mentalmente hipóteses diagnósticas (tarefa 3.5) associou-se de forma significativa a uma menor satisfação relativa aos esclarecimentos. Poder-se-á admitir que um maior cumprimento deste passo surja em situações de maior incerteza e complexidade diagnóstica, pelo que os esclarecimentos fornecidos serão possivelmente limitados, levando a menor satisfação. Do mesmo modo, explicar medidas terapêuticas (tarefa 5.2) e definir objetivos claros e seguimento (tarefa 5.4) associaram-se de forma significativa a menor satisfação em relação às expectativas. Provavelmente estes resultados devem-se a disparidades entre as propostas apresentadas e as esperadas pelo utente.

Encerrar formalmente a consulta, procurando algum *feedback* da parte do paciente (tarefa 6.5), mostrou-se relacionado de forma positiva e significativa com a satisfação relativa aos esclarecimentos, quer nas mulheres quer nos utentes da consulta não-programada. Este resultado pode estar relacionado com a existência de confiança e proximidade médico-utente ou pode traduzir indiretamente uma maior preocupação do médico em relação àquele utente, à consulta realizada e às explicações dadas.

Há evidência de que utentes que veem mais vezes o seu médico ou que têm com ele uma relação mais longa têm níveis de satisfação mais elevados.¹⁹ Por isso, era expectável encontrar diferenças ao analisar separadamente os grupos por tempo de ligação ao médico. Contudo, o tempo necessário para estabelecer uma relação médico-doente pode ser difícil de definir e variável. A inexistência de associações nesta análise vem de encontro aos dados do estudo de satisfação a nível nacional, que indicam que o tempo de maturação de uma USF modelo B (mais cinco anos ou menos cinco anos desde a criação) não parece ter influência na satisfação na área dos cuidados médicos.¹³ O facto de a prevenção oportunista se associar a maior satisfação com as expectativas nos utentes seguidos há mais anos pode traduzir o maior conhecimento dos utentes acerca do modelo de funcionamento do seu médico/unidade; por exemplo, o utente pode estar habituado a realizar exames de rastreio e ter essa expectativa.

Este estudo apresenta várias condicionantes. Em primeiro lugar, o processo de amostragem pode ter induzido um viés de seleção. No entanto, a distribuição entre sexos e média de idades na presente amostra é semelhante à encontrada no estudo nacional em utilizadores dos centros de saúde em 2015¹³ e está de acordo com a distribuição da população na USF em estudo e na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT), com ligeiro predomínio do sexo feminino. Quanto à escolaridade, os grupos têm distribuição semelhante à população da USF *Andreas* e da RSLVT, havendo, contudo, uma sub-representação dos indivíduos com habilitações literárias inferiores ao 3º ciclo do ensino básico (30% na presente amostra *versus* os 42% da USF/RSLVT)²⁰ e uma sobre representação dos indivíduos com escolaridade superior, o que se poderá traduzir numa menor inclusão nesta amostra dos indivi-



duos com menos habilitações literárias.

Sugere-se, no futuro, uma seleção aleatória prévia das consultas a analisar de acordo com as marcações existentes nessa semana.

Relativamente aos questionários utilizados para avaliar a satisfação do utente foram delineados em função dos objetivos do estudo, não tendo sido validados em nenhum estudo prévio específico para o efeito.

Existem alguns questionários para avaliar a satisfação dos utentes de cuidados de saúde primários que se encontram validados para a população portuguesa e que, para além de questões relativas ao atendimento médico, envolvem questões relativas à acessibilidade, estrutura física e atendimento não médico.^{13,16,21} Na versão portuguesa do questionário EUROPEP (*European Study on Patient Evaluation of General Practice Care*) são questionados aspetos relativos à componente técnica dos cuidados médicos (explicações, informações prestadas e exame físico) e interpessoal (tempo em consulta, apoio dado pelo médico, qualidades da relação médico-doente, envolvimento na tomada de decisões).¹³ O estudo da Direção-Geral da Saúde, realizado em 2015 para monitorizar o grau de satisfação dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde português, envolveu as seguintes questões relativas à consulta: se o médico deu oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas, se ficou esclarecido de forma clara e perceptível, se o médico envolveu o indivíduo nas decisões, se ficou satisfeito com o tempo despendido na consulta e se considera ter sido bem atendido pelos profissionais.¹⁴

Santos e colaboradores²¹ desenvolveram e validaram um questionário de avaliação da consulta em MGF envolvendo 11 questões que abarcam as seguintes temáticas: tempo em consulta; oportunidade para falar sobre preocupações; interesse do médico; satisfação com o exame físico e explicações relativas a problemas, exames, medicamentos e comportamentos; sendo a última questão: «Fiquei desagrado(a) com a consulta que me realizou».

Comparativamente a estes estudos, o questionário de satisfação em análise aborda a satisfação relativa aos esclarecimentos e à qualidade de atendimento, temas sempre presentes nos questionários anteriores, tendo a vantagem de ser mais sucinto e de menor tempo de resposta. Além destes aspetos, avalia também a satis-

fação das expectativas, as quais se têm revelado determinantes da satisfação.⁸ Finalmente, salienta-se a elevada coerência interna entre as questões que o envolvem e o facto de ter sido realizado o pré-teste neste estudo.

De futuro, será importante aumentar o tamanho da letra, dado que alguns utentes não puderam participar por dificuldades de visão. Outra forma possível de aumentar a taxa de resposta será informar o utente que irá ser pedida a sua colaboração num estudo.

Em relação ao questionário sobre a execução dos passos da consulta procurou-se identificar e corrigir os principais erros, as dificuldades de preenchimento e a correspondência com o observado na consulta numa fase de pré-aplicação. O questionário foi elaborado tendo como base a matriz de análise já existente no referido livro, tendo sido alvo de análise por parte do próprio autor do livro *A CONSULTA EM 7 PASSOS*. Os índices de α de *Cronbach* para as tarefas que compõem cada passo revelaram consistência razoável para os passos 2, 3, 4 e 5, boa para o passo 6 e fraca para o passo 1, o que indica necessidade de reformular as questões neste passo, caso se pretenda futuramente utilizar estas dimensões. Para algumas das questões é difícil testar a veracidade da resposta, dado serem questões pessoais e subjetivas do próprio médico. O estudo envolveu 13 médicos, com diferentes padrões de exigência na autoavaliação da execução dos passos da consulta, o que pode ter influenciado os resultados.

O tempo necessário para responder ao questionário sobre os passos da consulta pode ser perturbador face à normal atividade do médico, o que constituiu neste trabalho um fator limitativo na obtenção de questionários e deve ser considerado em estudos futuros.

Nestes questionários foi utilizada uma escala tipo *Likert*, escala muito utilizada quando é necessário que o entrevistado expresse uma opinião. No entanto, esta escala pode ter induzido um viés de aquiescência – ação de consentir ou de responder positivamente à questão colocada. Por outro lado, a atribuição de uma pontuação de 1 a 5 pode ter diminuído o poder discriminativo. Será provavelmente necessário, no futuro, avaliar a satisfação numa escala de Cantril (0 a 10) ou numa escala de 7 pontos ou ainda usar uma escala analógica de faces/visual. Poderá ser importante colocar a opção de não sei/não respondo, de forma a evitar a eliminação



de alguns questionários por défices de preenchimento, bem como controlar a possibilidade de respostas desprovidas de significado.

Por último, não foram avaliados outros fatores com influência na satisfação, como, por exemplo, aspetos relacionados com o estado de saúde do indivíduo e o efeito de ser atendido por outro médico que não o médico de família, os quais poderão ser incluídos em futuro trabalho.

Neste estudo, realizado numa amostra de conveniência de uma USF a indivíduos entre os 18 e os 85 anos, o grau de realização global dos passos da consulta não se mostrou relacionado com a satisfação do utente, mesmo analisando em separado os indivíduos de diferentes idades, sexo, níveis educacionais, tipos de consulta e tempo de ligação médico-utente. Os resultados obtidos indicam que algumas tarefas podem ter mais impacto na satisfação do utente com a consulta do que outras. Estas diferenças variam em função das características pessoais de cada utente e da natureza da consulta. Assim, a execução de umas tarefas em particular pode ter mais impacto na satisfação do que um *score* total que quantifique a realização de todas as tarefas. Os resultados corroboram o alerta do autor de *A CONSULTA EM 7 PASSOS* para o facto de a matriz de análise, proposta nesta obra, ter uma vocação essencialmente de análise reflexiva qualitativa, devendo acautelar-se a utilização de *scores* quantitativos parcelares ou totais.⁴ As diferenças encontradas e alguns resultados contraditórios associados ao sexo e ao motivo/natureza da consulta ilustram a singularidade peculiar de cada pessoa e suas circunstâncias num dado momento. Este estudo sugere que a execução de algumas das tarefas da consulta poderá contribuir para a satisfação de alguns utentes mais do que outros. Tipos diferentes de utentes e diferentes motivos de consulta poderão requerer estilos de consulta diferentes, pelo que o seguimento automático e acrítico dos passos e tarefas propostos não parecem garantir maior satisfação. Sugere-se a realização de estudos mais focalizados que explorem cada tarefa da consulta em particular.

A satisfação do utente é apenas uma das dimensões consideradas quando se avalia a qualidade dos serviços, não sendo, por si só, indicadora de cuidados de saúde efetivos e de qualidade.²²⁻²³ Os benefícios da aplicação de um modelo de consulta estruturada por pas-

sos estendem-se eventualmente para além da satisfação do utente. Assim, considera-se importante continuar a desenvolver e a estudar este modelo de consulta, que tem servido como base de aprendizagem e treino em consulta dos médicos internos de MGF.

Este é um estudo inovador, sendo o primeiro a estudar diretamente a relação entre a estruturação da consulta por passos de acordo com o modelo do livro *A CONSULTA EM 7 PASSOS* e a satisfação do utente. A análise detalhada das diversas tarefas da consulta e atendendo a diferentes aspetos da satisfação constitui um ponto forte do trabalho, levantando questões diversas que poderão ser estudadas futuramente. Atendendo à qualidade da amostra, qualquer generalização para a população é abusiva. Assim, pretende-se abrir caminho para a realização de novos estudos sobre os efeitos e a utilidade deste método, esperando que o estudo sirva como ponto de partida para reflexão metodológica de novos trabalhos.

Os autores esperam ter contribuído para melhorar e aprofundar a reflexão sobre a consulta, tornando mais claros e perceptíveis os efeitos que advêm da sistematização das consultas por passos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos de modo especial ao Dr. Vítor Ramos pela orientação, revisão e apoio dado desde a criação do projeto e ao longo da elaboração do presente trabalho.

Agradecemos ainda aos médicos e aos utentes da USF *Andreas* por terem aceitado participar, aos orientadores de formação do internato de MGF pelo tempo disponibilizado e aos colegas Hugo Santos e Rita Viegas pelas sugestões de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos I, Ribeiro IL. Indicadores de desempenho na consulta [Performance indicators in the consultation]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(2):227-36. Portuguese
2. Pereira MG, Araújo-Soares V, McIntyre T. Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto [Patient attitudes and satisfaction toward physicians and medicine: a pilot study]. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2(2):69-80. Portuguese
3. Nunes JM. A abertura da consulta: o fim está no princípio [The opening of the consultation: the ending is in the beginning]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(2):199-207. Portuguese
4. Ramos V, editor. *A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar*. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008. ISBN 9789898160225
5. Nunes JM. Comunicação em contexto clínico [Internet]. Lisboa: Bayer Health Care; 2010. Available from: https://www.mgfamiliar.net/_literature_41723/comunicacao-em-contexto-clinico



6. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468-72.
7. Kinnarsley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*. 1999;49(446):711-6.
8. Pinto D, Coutinho SS, Rezende C. Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de medicina geral e familiar [Meeting expectations and satisfaction with the consultation in family medicine]. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(4):405-17. Portuguese
9. Nogueira JD. Duração da consulta: perspectivas dos médicos e dos pacientes [Duration of the consultation: perspectives of doctors and patients]. *Rev Port Clin Geral*. 2002;18(5):303-12. Portuguese
10. Agostinho C, Cabanelas M, Franco D, Jesus J, Martins H. Satisfação do doente: importância da comunicação [Patient satisfaction: the importance of doctor-patient communication]. *Rev Port Clin Geral*. 2010;26(2):150-7. Portuguese
11. Pollak KI, Nagy P, Bigger J, Bilheimer A, Lyna P, Gao X, et al. Effect of teaching motivational interviewing via communication coaching on clinician and patient satisfaction in primary care and pediatric obesity-focused offices. *Patient Educ Couns*. 2016;99(2):300-3.
12. Anagnostopoulos F, Liolios E, Persefonis G, Slater J, Kafetsios K, Niakas D. Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(4):401-10.
13. Ferreira PL, Raposo V. Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP [Internet]. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2015. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Monitorizacao-da-satisfacao-dos-utilizadores-USF-e-UCSP.pdf>
14. Departamento da Qualidade na Saúde. Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. Available from: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/estudo-de-satisfacao-dos-uten-tes-do-sistema-de-saude-portugues-pdf.aspx>
15. Mendes F, Mantovani MF, Gemito ML, Lopes MJ. A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários [User satisfaction with primary health care]. *Rev Enferm Ref*. 2013;11(9):17-25. Portuguese
16. Hespanhol A, Ribeiro O, Costa-Pereira A. Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: satisfação dos utentes [Quality assurance in São João Health Center]. *Arq Med*. 2005;19(5-6):191-7. Portuguese
17. Weisman CS, Rich DE, Rogers J, Crawford KG, Grayson CE, Henderson JT. Gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality measurement. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(6):657-65.
18. Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med*. 2001;134(9 Part 2):889-97.
19. Fan VS, Burman M, McDonnell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(3):226-33.
20. Administração Central do Sistema de Saúde. Ficha de caracterização da USF Andreas (31-12-2015): sistema de dados mestre. Lisboa: ACSS; 2015.
21. Santos T, Rosendo I, Pimenta G, Martins D, Francisco MP, Neto MG, et al. 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?]. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2007;3(9):13-20. Portuguese
22. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care: a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:98.
23. Cohen JB, Myckatyn TM, Brandt K. The importance of patient satisfaction: a blessing, a curse, or simply irrelevant? *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(1):257-61.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO DO ESTUDO

Este estudo não foi apoiado por qualquer subsídio ou bolsa.

COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo realizado após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Luísa Marques Duarte

E-mail: luisa.duarte@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5774-4009>

Recebido em 20-02-2018

Aceite para publicação em 09-02-2019



ABSTRACT

A STEP APPROACH TO CONSULTATION AND PATIENT SATISFACTION: AN OBSERVATIONAL PILOT STUDY

Objective: To study the relationship between a step structured primary care consultation and patient satisfaction, based on the model proposed in the book *A CONSULTA EM 7 PASSOS*.

Design: Analytical observational.

Place: Primary Health-care facility USF Andreas.

Sample: Seventy patients, between the ages of 18 and 85 years, who attended primary care consultations between October and November of 2016.

Methods: After leaving the medical office, each patient was invited to fill a consultation satisfaction questionnaire; in its turn, the physician was asked to complete another set of questions related to his perception about the accomplishment level of several consultation tasks. It was conducted a Spearman correlation test, to relate the family physician questionnaire score with the patient satisfaction level. The same test was also conducted to relate the tasks accomplishment level with satisfaction. Finally, this analysis has been run on a sample of different groups separated by sex, age, education, consultation type, verbalization problems, and patient-physician relationship length.

Results: Eighty-seven percent of the patients declared to be total or highly satisfied with the primary care consultation. In the overall sample, the findings show no significant correlation, between family physician questionnaire score and patient satisfaction level [$\rho=-0.11$ ($p=0.36$)]. There were also no significant correlations between tasks accomplishment level and patient satisfaction. Nevertheless, the data analyzed clustered by sex, consultation type, verbalization problems, and education, showed significant correlations between some of the performed tasks and satisfaction.

Conclusion: This research suggests that some tasks, from the 7-step primary care consultation model, may have more impact on patient satisfaction than others, depending on the patient characteristics and consultation type.

Keywords: Patient satisfaction; Office visits; Primary health care; Family physician.



ANEXO I

Questionário ao utente

Pense sobre esta consulta – a que teve hoje – e não sobre outras consultas que possa ter tido nesta unidade. Pense sobre a satisfação com esta consulta em particular e não sobre a satisfação com a Unidade de Saúde ou com a relação que tem com o seu médico.

I - Idade _____ II - Sexo _____

III - Qual o nível de ensino mais elevado que completou?

- Ensino básico 1º ciclo (atual 4º ano/antiga instrução primária/4ª classe)
- Ensino básico 2º ciclo (atual 6º ano/antigo ciclo preparatório)
- Ensino básico 3º ciclo (atual 9º ano/antigo 5º liceal)
- Ensino secundário (atual 12º ano/antigo 7º liceal/ano propedêutico)
- Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV)
- Bacharelato (inclui antigos cursos médios)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

IV - Há quanto tempo é seguido por este médico?

- Menos de 5 anos
- Mais de 5 anos

VII - Trouxe alguma queixa, algum sintoma ou algum problema para esta consulta?

- Sim
- Não

VIII - Qual o seu grau de satisfação em relação à qualidade do atendimento nesta consulta?

(Assinale com um X a quadrícula que corresponde melhor ao seu grau de satisfação)

- Totalmente insatisfeito
- Bastante insatisfeito
- Razoavelmente satisfeito
- Bastante satisfeito
- Totalmente satisfeito

IX - Qual o seu grau de satisfação em relação a terem sido atingidas as expectativas que trazia para esta consulta?

(Assinale com um X a quadrícula que corresponde melhor ao seu grau de satisfação)

- Totalmente insatisfeito
- Bastante insatisfeito
- Razoavelmente satisfeito
- Bastante satisfeito
- Totalmente satisfeito

X - Qual o seu grau de satisfação em relação aos esclarecimentos/informações que obteve nesta consulta?

(Assinale com um X a quadrícula que corresponde melhor ao seu grau de satisfação)

- Totalmente insatisfeito
- Bastante insatisfeito
- Razoavelmente satisfeito
- Bastante satisfeito
- Totalmente satisfeito

XI - Qual o seu grau de satisfação global em relação a esta consulta?

(Assinale com um X a quadrícula que corresponde melhor ao seu grau de satisfação)

- Totalmente insatisfeito
- Bastante insatisfeito
- Razoavelmente satisfeito
- Bastante satisfeito
- Totalmente satisfeito

ANEXO II

Questionário ao médico – «passos da consulta»

Passos	Questões – Tarefas	Grau de realização				
		0	1	2	3	4
1. Preparação	1. Em relação a si enquanto médico... pensou intencionalmente se estava fisicamente preparado para esta consulta? (e.g., fome, necessidades fisiológicas...)					
	2. Em relação a si enquanto médico... estava mentalmente preparado para esta consulta? (sem interferência de preocupações pessoais, preocupações com a equipa, com a agenda do dia...)					
	3. Em relação ao paciente... conhecia o seu contexto sociocultural, familiar ou profissional? (ou procurou essa informação no processo?)					
	4. Em relação ao paciente... pôde recapitular previamente os seus problemas de saúde, terapêutica, conteúdo das últimas consultas? (ou procurou essa informação no processo?)					
	5. Em relação ao contexto/gabinete... estava em condições/preparado (e.g., tinha todo o material necessário, tinha temperatura adequada...)?					
2. Primeiros minutos	1. Fez uma observação atenta e cumprimento inicial, atendendo aos aspetos da comunicação verbal e não-verbal (e.g., olhar nos olhos do doente)?					
	2. Procurou encontrar na pessoa algum indício sugestivo de algum estado de espírito (e.g., medo, ansiedade...)?					
	3. Questionou abertamente sobre os motivos da consulta, procurando inclusivamente indícios de algum motivo latente (ou oculto) de consulta nesta fase da consulta?					
	4. Foram exploradas ideias e expectativas do doente em relação à consulta?					
	5. Relembrou algum problema pendente das últimas consultas (identificado no Passo 1) e não referido pelo paciente?					
3. Exploração	1. Foi feita a anamnese procurando sintomas, em especial sintomas com alto valor preditivo em termos de diagnóstico e gravidade?					
	2. Procurou identificar as emoções e pontos de vista do paciente em relação ao sintoma/problema e as repercussões na sua funcionalidade/qualidade de vida?					
	3. Procurou identificar algum fator de risco para a saúde?					