

Segunda opinião médica sob a perspectiva do paciente

José Antonio Chehuen Neto*
Mauro Toledo Sirimarco**
Thaís Chehuen Bicalho***
Ícaro Augusto Godinho***
Etyenne Pereira Silvestre***
Luandra Gabriel Rezende***

RESUMO

A todo o momento um avanço da medicina é anunciado. Este progresso é acompanhado pela população na busca pela qualidade assistencial. No Brasil, a legislação instituiu nos setores públicos e privados o direito à autonomia. Esse princípio vai ao encontro do ato de se buscar uma “segunda opinião médica”, que se refere ao direito do paciente em gerir seu tratamento. Buscamos traçar o perfil dos pacientes em relação à busca pela segunda opinião médica, avaliar a auto-percepção da saúde, definir os fatores de risco e motivos alegados para essa busca e estabelecer quais especialidades médicas estão mais envolvidas. Utilizamos entrevista estruturada com sete perguntas e amostra de 554 participantes, representando 0,1% da população de Juiz de Fora, distribuídos nas cinco regiões da cidade. Obtivemos que 43% utilizaram uma segunda opinião; os principais motivos alegados foram: falta de confiança no primeiro médico (50,0%), confirmação de diagnóstico (42,2%) e persistência dos sintomas (30,3%). Especialidades médicas mais envolvidas: reumatologia (14,4%), oncologia (12,6%) e cardiologia (10,6%). Concluimos que pessoas que apresentam autopercepção negativa da saúde e escolaridade de nível superior buscam mais por esse procedimento e consideramos alto o índice de intenção de não informar ao profissional da saúde sobre a busca pela segunda opinião médica, sendo o principal motivo o constrangimento do paciente frente ao médico.

Palavras-chave: Relações médico-paciente. Satisfação do paciente. Referência e consulta. Confiança.

1 INTRODUÇÃO

As expectativas individuais em relação à assistência médica nunca foram tão grandes. A todo o momento, um novo medicamento, tratamento e avanço tecnológico em saúde são anunciados. Este progresso é percebido e acompanhado pela população na alta taxa de busca pela qualidade na assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

O direito à saúde no mundo tem uma história de luta que vem sendo escrita há anos, tendo como marco especial meados da década de 1990. Nesse período diferentes países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) firmaram declarações

individuais e em conjunto relativas aos direitos dos pacientes. Esses documentos objetivaram implementar o conceito de respeito às pessoas e a equidade em saúde, enfatizando-se o livre exercício da escolha individual, entre tantos outros. Sinalizaram que a crescente complexidade dos sistemas de saúde, os progressos da medicina e da ciência e o fato da prática médica ter se tornado mais arriscada e, em muitos casos, mais impessoal e desumanizada, mostrou a importância de se reconhecer o direito do indivíduo à autodeterminação (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia – Juiz de Fora, MG. E-mail: chehuen.neto@yahoo.com.br

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia – Juiz de Fora, MG.

*** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Juiz de Fora, MG.

No Brasil, a legislação que assegura os direitos dos pacientes fez parte do processo de construção da democracia e da cidadania, sendo produto de reivindicações de diferentes organizações. Surgiu como direitos individuais vinculados aos direitos sociais em saúde, a partir da Constituição de 1988, onde se instituiu nos setores públicos e privados o dever de garantir às pessoas informações sobre sua saúde e a proteção de sua autonomia (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

A autonomia, sob a ótica da assistência à saúde, é definida como o direito do paciente de se consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos para diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados (SÃO PAULO, 1999). Essa definição vai ao encontro do ato de se buscar uma “segunda opinião médica”, uma vez que essa se refere ao direito do paciente de conduzir seu tratamento, isto é, o direito de selecionar o tratamento e o clínico de sua preferência (SATO et al., 1999). Esse termo é usado para designar uma consulta adicional com outro médico ou grupo de médicos, solicitados pelo paciente ou pelo profissional que o está atendendo, sendo, portanto, expressão da autonomia do paciente (SABBATINI, 2000).

Em 2003, foi criado em São Paulo o Projeto de Lei número 1.111 que almejava instituir a “segunda opinião médica” na rede de saúde daquele estado (JAZADJI, 2003). O projeto refere que “a segunda opinião será voluntária quando solicitada por iniciativa do paciente ou seu responsável legal”, e “obrigatória nas seguintes situações: quando os procedimentos implicarem em custos elevados; houver índices desiguais de procedimentos em regiões epidemiologicamente parecidas; houver suspeita da realização de procedimentos desnecessários; quando o médico considerar o quadro clínico fora de sua experiência prática ou quando ele recomendar a realização de uma cirurgia eletiva de grande porte, buscando possíveis alternativas de tratamentos; quando a doença for rara, congênita ou muito grave; quando o médico não conseguir um diagnóstico final convincente ou em casos da persistência dos sintomas do paciente” (JAZADJI, 2003).

No Brasil, apesar dos grandes avanços no que se refere aos direitos dos pacientes, o processo de assistência à saúde não estabeleceu legalmente o direito ao paciente de obter uma segunda opinião médica em casos selecionados. Assim, diante da im-

possibilidade de se obter a segunda opinião médica por meios de protocolos tradicionais de assistência, alguns pacientes esclarecem suas dúvidas, sobretudo, por meio de telefonemas para médicos amigos ou parentes, ou mesmo pela internet (CAMPOS et al., 2003). A Espanha, por sua vez, através do artigo 16 da lei 41/2002, fez valer o direito a um segundo atendimento em seu sistema público de saúde (MIRA, 2006).

O emprego e, sobretudo, a regulamentação da segunda opinião estão associadas ao aumento da confiança e da credibilidade do usuário a respeito do sistema de saúde, ao aumento da qualidade da assistência oferecida e percebida e à diminuição da ansiedade e preocupação dos pacientes e familiares a respeito do atendimento prestado. Além disso, há aumento da autonomia do paciente e, com ela, da responsabilidade compartilhada, algo fundamental na adesão ao tratamento (MIRA, 2006).

Os especialistas sugerem como ponto primário para uma adequada implementação da segunda opinião, a conscientização ampla dos pacientes de modo que esses a utilizem de maneira racional e responsável. Além disso, é preciso definir quais regras irão reger essa prática como, por exemplo, quais profissionais poderão solicitá-la e em que condições ou patologias. Um importante ponto também é estipular limites, alcance e condições desse exercício, além de protocolos para sua regulamentação. A criação de conselhos para decidir, quando necessário for, qual das duas opiniões é a correta, também se faz importante, tal como a criação de equipes interprofissionais, de modo a facilitar o acompanhamento das pacientes (MIRA, 2006).

A implantação da segunda opinião, por outro lado, também está vinculada a uma questão de marketing realizada por grandes empresas da saúde que visam ofertar “um diferencial” em relação aos seus concorrentes. Nesse sentido, hospitais oferecem consultas em centros especializados e renomados, de qualquer parte do mundo, para auxiliar tomada de decisões importantes, por videoconferência ou telemedicina (INTER PARTNER ASSISTANCE, 2009).

Apesar da grande importância do tema, há poucos estudos nacionais que enfoquem a perspectiva dos pacientes, bem como os fatores motivadores da busca pela segunda opinião médica. Também notamos que as análises foram restritas a poucas especialidades, como ortopedia, oftalmologia e gastroenterologia.

Assim, tendo como base que se trata de uma questão que pode aprimorar a assistência à saúde, o objetivo dessa pesquisa é traçar o perfil dos pacientes em relação à busca pela segunda opinião médica, definir quais os fatores de risco e motivos alegados para esta prática, avaliar a auto-percepção da saúde e estabelecer quais especialidades médicas mais a motivaram.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa aplicada, original, exploratória, de campo, quantitativa, do tipo levantamento de amostra independente não-probabilística acidental.

A abordagem dos participantes foi realizada em vias públicas e estes foram informados sobre sua garantia de anonimato através da exposição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), posteriormente assinado em duas vias.

Para o presente estudo, o instrumento de pesquisa foi composto por entrevista estruturada (Anexo). A variável denominada autopercepção da saúde (considerada como o próprio paciente julga estar sua saúde) teve as cinco opções de resposta dicotomizadas em: autopercepção positiva de saúde (muito boa e boa) e autopercepção negativa de saúde (razoável, ruim e muito ruim).

Posteriormente investigou-se sua associação com a variável desfecho “busca pela segunda opinião médica” por meio do cálculo do Odds Ratio de Prevalência e através do teste do qui-quadrado (χ^2), respeitando-se como regra de significância estatística: índice de confiança de 95% e p-valor menor do que 0.05.

A amostra contemplou 554 (quinhentos e cinquenta e quatro) habitantes do município de Juiz de Fora, Minas Gerais (0,1% da população). Consideramos erro amostral de 4,5% (para mais ou para menos) (LWANGA; LEMESHOW, 1991). Entrevistamos aproximadamente 111 indivíduos de cada uma das cinco áreas demográficas da cidade (regiões norte, sul, leste, oeste e centro), contemplando todos os níveis sócio-econômicos, que foram convidados de forma voluntária. Este espectro de amostra populacional atende rigorosamente aos critérios e a necessidade estatística.

Foi utilizado o programa Microsoft Access para a montagem do banco de dados e o programa Microsoft Excel para a análise dos dados colhidos que foram compilados individualmente e não identificados. Para análise estatística utilizamos o Programa Epi-Info 3.5.1, levantando-se possíveis justificativas para os dados coletados.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser maior de 18 anos e residir em Juiz de Fora/MG. Os critérios de exclusão foram: ser menor de 18 anos e não residir em Juiz de Fora/MG, e foi desenvolvida no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010.

Consideramos perda amostral a interrupção da entrevista por dados incompletos.

A participação na pesquisa implicou risco mínimo ao participante, ou seja, não houve interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico e social, bem como o respeito à intimidade do participante, conforme os parâmetros contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

O trabalho em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer número: 247/2009, protocolo: 1843.187.2009, FR: 294038 e CAAE: 0161.0.180.000-09.

3 RESULTADOS

Na amostra de 554 pessoas, 236 (43%) solicitaram uma segunda opinião nos últimos cinco anos, sendo que 60,1% desses buscaram-na mais de uma vez. A prática dessa atividade teve como média o valor de três e como moda um procedimento.

Analisando o grupo que solicitou a segunda opinião, o principal motivo alegado foi a falta de confiança no primeiro médico (Tabela 1).

TABELA 1

Motivos alegados para a realização da segunda opinião médica

Motivos	Frequências Absolutas	Porcentagens
Falta de Confiança no 1º médico	119	50,0%
Confirmação de Diagnóstico	101	42,4%
Persistência dos sintomas	72	30,3%
Atendimento Médico inadequado	45	18,9%
Pressão de familiares e amigos	28	11,8%
O 1º médico demonstrou desinteresse	26	10,9%
Cirurgia	23	9,7%
Diagnóstico de doença grave	22	9,2%
Falta de pedido de exames	12	5,0%
Participantes que solicitaram a segunda opinião	236	100%

Fonte: Os autores (2009).

Analisando o grupo que solicitou a segunda opinião, compreendendo 236 indivíduos (43% do total), as principais especialidades foram (Tabela 2):

TABELA 2
Especialidade médica e realização da segunda opinião

Especialidade	Frequências Absolutas	Porcentagens
Reumatologia	16	14,3%
Oncologia	14	12,5%
Cardiologia	12	10,7%
Neurologia	10	8,9%
Ortopedia	10	8,9%
Otorrinolaringologia	8	7,1%
Pneumologia	6	5,4%
Oftalmologia	6	5,4%
Dermatologia	4	3,6%
Imunologia	4	3,6%
Angiologia	4	3,6%
Psiquiatria	2	1,8%
Outros	15	14,2%
Total	112	100%

Fonte: Os autores (2009).

Analisando o grupo que solicitou a segunda opinião, compreendendo 236 indivíduos (43% do total), a iniciativa de se obter a segunda consulta foi do paciente em 74,4%. Destes, 23,3% informaram ao primeiro médico sobre essa intenção. Os motivos alegados para não informar ao médico foram,

principalmente, a aceitação do primeiro diagnóstico (36,2 %) e a abstenção de constrangimento (23,5%). Diferentes motivos estão apresentados na Tabela 3. Por outro lado, a maioria dos pacientes informa ao segundo médico sobre a consulta anterior (84,7%).

TABELA 3
Justificativas para a não declaração do desejo de se buscar um diferente profissional

Motivos	Frequências Absolutas	Porcentagens
Aceitaram o primeiro diagnóstico	60	36,2%
Evitar constrangimentos	21	12,7%
Por sentirem vergonha	12	7,2%
Não achavam necessário	10	6,0%
Não deu tempo para exporem suas vontades	2	1,2%
Não acreditavam que deviam satisfação ao 1º médico	2	1,2%
A desconfiança é uma característica própria	2	1,2%
Outros/ Não souberam responder	56	33,9%
Total	165	100%

Fonte: Os autores (2009).

Em relação à variável de exposição auto-percepção da saúde, ao separarmos os participantes entre aqueles que consideravam sua saúde “muito boa/boa” daqueles que a consideravam “razoável/ruim/muito ruim, concluímos que a auto-percepção da saúde (Índice de

Confiança (IC) de 95%), é considerada um fator que influi na ocorrência da segunda opinião. (Teste do Qui-quadrado obteve Odds Ratio 1,52 (1,01<OR< 2,29) e p-valor de 0, 033) (Tabela 4).

TABELA 4
Auto-percepção da Saúde e realização da Segunda Opinião

	Frequências Absolutas			Porcentagens		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Auto-percepção da Saúde						
Muito Boa/Boa	247	167	414	59,67%	40,33%	100%
Razoável/Ruim/Muito Ruim	67	69	136	49,26%	50,74%	100%
Total	314	236	550	57,0%	43,0%	100%

Fonte: Os autores (2009).

Ao analisarmos o critério “sexo” na procura por diferentes médicos, constatamos que, em média, 45,9% das mulheres e 39,4% dos homens procuraram a

segunda opinião, sem significância estatística (p-valor 0,12) (Tabela 4).

TABELA 5
Realização da Segunda Opinião em Relação ao Sexo

Sexo	Frequências Absolutas			Porcentagens		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Feminino	165	140	305	54,1%	45,9%	100%
Masculino	151	98	249	60,6%	39,4%	100%

Fonte: Os autores (2009).

Quanto à idade, decomposta entre indivíduos com idade acima e abaixo de 37 anos, após apurarmos a mediana desta variável, evidenciou: 44% dos indivíduos com idade menor ou igual a 37 anos já realizaram essa prática; 41% das pessoas com idade acima dessa também a realizaram (IC de 95%, OR de 1,14 (0,8-1,63) e p-valor de 0,45, sem significância).

A cor da pele não pode ser considerada um fator de risco, pois brancos, negros e pardos procuram um segundo profissional em frequências próximas de 40%.

O fato de as pessoas terem curso superior em andamento ou já concluído, por sua vez, pode ser considerado um fator para a realização da segunda opinião, a um IC de 95% e OR calculado de 1,45 (1,01-2,08), obtivemos p-valor de 0,036 (Tabela 6).

TABELA 6
Escolaridade em relação à realização da segunda opinião médica

Escolaridade	Frequências Absolutas			Porcentagens		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Curso Superior Concluído ou em Andamento	108	102	210	51,42%	48,58%	100%
Ensino fundamental incompleto ou graduações mais baixas	207	135	342	60,53%	39,47%	100%

Fonte: Os autores (2009).

Ao analisarmos a realização da segunda opinião em relação à renda familiar, estratificada entre indivíduos com renda superior e inferior a 2000, não obtivemos

relação causal (OR de 0,84 (0,58-1,21) a um IC de 95%, p-valor de 0,32) (Tabela 7).

TABELA 7
Influência da Renda Familiar na Realização da Segunda Opinião

Renda familiar	Frequências Absolutas			Porcentagens		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Até 500 reais	53	24	77	68,8%	31,2%	100%
501 a 1000 reais	64	53	117	54,7%	45,3%	100%
1001 a 2000 reais	89	70	159	56%	44%	100%
2001 a 5000 reais	68	62	130	52,3%	47,7%	100%
Maior que 5000	35	26	61	57,4%	42,6%	100%
Total	309	235	544	56,8	43,2%	100%

Fonte: Os autores (2009).

Ao investigarmos a distribuição da realização da segunda opinião quanto ao tipo de serviço prestado, caracterizamos 230 entrevistados que realizaram e

responderam a esta questão: planos de saúde (45,7%), SUS (40%) e de forma particular (14,3%).

4 DISCUSSÃO

De acordo com a OMS, saúde é a “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (SEGRE; FERRAZ, 1997). Tal conceito pode ser considerado idealista e algo inadequado, pois visa a uma situação quase inalcançável para a maioria da população, já que o indivíduo deve estar simultaneamente bem nesses três aspectos. Esse conceito também é susceptível às percepções de cada pessoa, já que seu significado é influenciado pela época, lugar, classe social, valores pessoais, concepções científicas, religiosas e filosóficas individuais (SCLiar, 2007). A autopercepção de saúde representa um importante indicador do nível de saúde. Estudos têm utilizado essa medida pois podem contribuir como um importante elemento no diagnóstico de risco à saúde, principalmente por representar um preditor de mortalidade (IDLER; ANGEL, 1990) e morbidade (SVEDBERG et al., 2006).

Diante da complexidade desses conceitos fica claro a dificuldade que a promoção da saúde traz consigo. Dessa maneira, dentre tantos fatores, torna-se importante a participação dos profissionais de saúde e das diferentes opiniões médicas em determinadas situações, sobretudo aquelas que envolvem cirurgias, doenças crônicas e raras.

Desde a década de 80 observa-se atenção ao tema. Estudo revelou que dos 6.799 avaliados em programa de segunda opinião médica em cirurgias eletivas, 18,7% não tiveram suas operações confirmadas. Destes, 67,65% ainda não haviam feito as intervenções depois de um ano de acompanhamento. Isso gerava uma relação custo-benefício positiva de 2,63 dólares para cada US \$ 1,00 gasto no programa (MCCARTHY; FINKEL; RUCHLIN, 1981).

Recente pesquisa evidenciou que no Brasil, em média, ocorra por ano 560 mil cesáreas desnecessárias, o que origina um ônus na ordem de R\$ 84 milhões para os cofres públicos. Esse fato assume uma face mais preocupante, na medida em que as cesáreas estão associadas a uma taxa de morte cinco vezes maior do que no parto normal. Visando combater essa realidade, especialistas sugerem que todo parto seja precedido de uma consulta com obstetra experiente (ZORZETTO, 2006).

A segunda opinião médica em algumas especialidades ganha significado especial (Tabela 2) segundo a opinião dos pacientes, pela prevalência e incidência dos atendimentos e afecções. No ambiente médico, pesquisa recente mostrou que os diagnósticos histopatológicos primários discordavam dos diagnósticos de revisão em 40,1% dos casos, ocasionando 26,4% de mudança de terapêutica ou de conduta. Além disso,

dentre estes pacientes, muitos não receberiam tratamento oncológico adequado (SALLES et al., 2008).

Em concordância com esses estudos, a iniciativa privada veio contribuir para a expansão da busca pela segunda opinião médica, sobretudo, por meio da internet. Dessa forma, diversos serviços médicos foram criados, como, por exemplo: Second Medical Opinion Consultoria e Assessoria de Saúde, a Brasil Medicina e a HealthNet. Essa ferramenta de auxílio à assistência médica é a Telemedicina, por meio da qual cada vez mais se pratica a “segunda opinião médica”, consultas *on-line* e o telediagnóstico por imagem (REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA, 2005). Estas características nos remetem à importância que essa prática poderia assumir no Brasil, de dimensões continentais e com parte da população distribuída em localidades distantes dos centros de referência e dos atuais avanços da medicina. Assim, a segunda opinião médica realizada à distância seria capaz de agregar resolutividade à assistência prestada, diminuir gastos e oferecer recursos médicos, inacessíveis em condições normais. Benefícios como a redução dos custos com transportes e a possibilidade de se levar a medicina especializada a regiões remotas do país fariam enorme diferença para milhões de pessoas. Se analisarmos que a cobertura assistencial médica no país por habitante/região é disforme, com grande concentração na região sudeste e sul e déficit no nordeste e norte, seria altamente benéfico utilizar essa tecnologia e a busca da opinião de especialistas de outras regiões para casos selecionados (ALVES et al., 2006).

A respeito da frequência de realização da segunda opinião, estudo nacional evidenciou que 32% das pessoas buscam a segunda opinião médica (OBEID; VIEIRA; FRANGIEH, 2005). No Canadá, incluindo terapias não convencionais, observou-se aspecto interessante: 16% dos avaliados procuraram um segundo médico, incluindo a medicina alternativa como forma de tratamento (SUTHERLAND; VERHOEF, 1989).

Em nossa pesquisa, 43% da amostra procuraram uma segunda opinião, valor que se aproximou de um estudo realizado no Japão, onde 40% dos entrevistados a fizeram, e desses, 21,9% procuraram mais de dois médicos (SATO et al., 1999).

Evidenciamos que os principais motivos para se buscar uma segunda opinião médica foram (Tabela 1): falta de confiança no primeiro médico (50,0% dos entrevistados); confirmação de diagnóstico (42,4%); persistência dos sintomas (30,3%) e atendimento médico inadequado (18,9%) (Tabela 1). Em São Paulo, 33% das buscas decorrem da desconfiança no primeiro médico e 24% do desinteresse do profissional da saúde. Cerca de 60% dos pacientes relataram insatisfação em relação ao primeiro médico e destes, 50% afirmam

que o médico não dedicou tempo suficiente para a consulta (OBEID; VIEIRA; FRANGIEH, 2005).

No Japão evidenciou-se que 43% dos pacientes foram motivados a buscar uma segunda opinião para confirmar diagnóstico ou conduta médica; 33% referiram aborrecimento com a primeira consulta (SATO et al., 1999). Na Inglaterra, 30% das pessoas procuram um segundo médico para confirmarem diagnósticos ou condutas médicas, e 60% ficam insatisfeitas com o primeiro atendimento (MCCARTHY; WIDMER, 1974).

A literatura mostra outros motivos para uma segunda opinião médica, como a pressão de familiares e amigos, que influenciou 48% dos participantes (OBEID; VIEIRA; FRANGIEH, 2005), evidenciada em nossa pesquisa em 11,8% da amostra. Uma possível explicação para essa discrepância se encontra nas diferenças metodológicas entre estes estudos, pois nossa pesquisa se restringiu aos indivíduos maiores de idade, capazes de decidirem por si só.

Nossa pesquisa avaliou que, em sua maioria, a segunda opinião médica parte da iniciativa do paciente (74,4% do total) e não do médico. A maioria daqueles que a realizou (76,7%) não chega a comunicar ao primeiro médico sobre a intenção de ir a um segundo profissional. Os motivos alegados para essa atitude advêm do fato de 36,2% desses pacientes aceitarem o primeiro diagnóstico. Isso nos mostra que, mesmo buscando um médico diferente, 36,2% confiaram no primeiro médico. Além dessa justificativa, 23,5% responderam que não relataram a fim de evitar constrangimentos, 12,7% dos participantes declararam sentir vergonha e 7,2% não o fizeram, pois acreditavam que se tratava de falta de ética (Tabela 3). Uma explicação para isso é que alguns médicos, ao serem comunicados, sentir-se-iam ofendidos por acreditar que o paciente o considerava incapacitado, não compreendendo que, na maior parte das vezes, a segunda opinião sucede a insegurança do paciente que se sente ameaçado (OLIVEIRA, 2007).

Com significância estatística, a auto-percepção negativa da saúde (Tabela 4) leva à realização da segunda opinião: indivíduos que consideram sua saúde regular, ruim ou péssima buscam mais por esse procedimento do que aqueles que dizem ser sua saúde excelente ou boa. Esse resultado nos remete aos pacientes hipocôndricos, os quais não acreditam em resultados de exames, mudam com frequência de médicos e sempre tendem a apresentar no momento da consulta alguns diagnósticos a guisa das suas queixas (PORTO, 2005).

O fator sexo e a realização da segunda opinião não é estatisticamente demonstrada (Tabela 5), inclusive pela literatura (OBEID; VIEIRA; FRANGIEH, 2005), embora mulheres procurem em média 6,5% a mais por essa prática do que os homens.

Quanto à idade, a literatura apresenta discordâncias. Alguns trabalhos mostram que pessoas com até 15 anos buscam menos outro médico (22%) do que aqueles com idades maiores (27% a 39%) (OBEID; VIEIRA; FRANGIEH, 2005). Outros, porém, não revelaram diferenças (SUTHERLAND; VERHOEF, 1989). Em nosso estudo, estratificamos amostra em duas faixas etárias, acima e abaixo de 37 anos segundo mediana. Também não encontramos relação significativa da cor da pele e a realização da segunda opinião. Vale destacar que esse aspecto não foi, ainda, bem explorado, provavelmente porque pesquisas sobre esse tema foram realizadas em países que não apresentam taxas de miscigenação nos níveis do Brasil (SATO et al., 1999). Assim, essa questão motiva futuras pesquisas.

A escolaridade influencia na realização da segunda opinião (p-valor de 0,036) (Tabela 6). Esses achados corroboram a idéia de que pessoas com níveis mais elevados de formação tendem a assumir uma postura mais questionadora, o que as levariam a outros profissionais, semelhante com pesquisa japonesa, na qual foi estabelecida uma relação de linearidade entre a escolaridade e a busca por diferentes médicos (SATO et al., 1999). No entanto, vale destacar que essa correlação não foi encontrada em outro estudo feito no Brasil (OBEID; VIEIRA; FRANGIEH, 2005).

As condições econômicas dos participantes também não influenciam na busca da segunda opinião (Tabela 7). Contrariando a lógica de que uma maior renda e, portanto, acesso mais facilitado a diferentes médicos, leve a maiores porcentagens dessa realização.

Quanto ao tipo de serviço prestado, não encontramos diferenças expressivas com a literatura: 33% realizadas utilizando planos de saúde, 31% de forma particular e o restante pelo SUS (OBEID; VIEIRA; FRANGIEH, 2005).

Como tema de futura pesquisa, avaliaremos se a segunda opinião cumpriu suas funções precípuas como, por exemplo, oferecer um novo julgamento sobre a necessidade de realização de cirurgia eletiva ou quando houver suspeita de realização de procedimentos desnecessários. Assim, uma ferramenta que comprovadamente fornecerá uma relação custo-benefício positiva, gerando ônus para o sistema de saúde quando mal empregada.

5 CONCLUSÃO

A autopercepção negativa da saúde leva a uma maior realização da segunda opinião de forma estatisticamente significativa, ou seja, aqueles indivíduos que consideram sua saúde razoável, ruim ou péssima, em geral buscam mais esse procedimento do que aqueles que dizem ser sua saúde muito boa ou boa.

Pessoas de escolaridade de nível superior buscam informações complementares sobre seu estado de saúde (segunda opinião médica) de maneira estatisticamente superior em relação aos demais níveis de escolaridade.

Aprimorar a relação médico-paciente e a qualidade assistencial pode minimizar o dilema quanto à segunda opinião, em virtude da “desconfiança em relação ao primeiro médico” e o “atendimento médico inadequado” serem fatores importantes para seu uso.

Consideramos alto o índice de intenção de não informar ao profissional da saúde sobre a busca pela segunda opinião médica, sendo o principal motivo o constrangimento do paciente frente ao médico. Para evitar esse conflito na relação assistencial, protocolos multiprofissionais poderiam estabelecer padrões na busca pela segunda opinião médica, minimizando custos e diminuindo distâncias em um país continental.

Second medical opinion under the perspective of the patient

ABSTRACT

Medical breakthroughs have been reported all the time. Such progress feeds popular expectation towards quality medical care. The right to autonomy has been granted by law to users of both, public and private health sectors, in Brazil. This principle underlies the search for a “second medical opinion”, which refers to the patient’s right to manage their own treatment. The objective was to draw the patients’ profile regarding the search for a second medical opinion, define the risk factors and reasons claimed for this behavior, and establish which medical specialties are more involved. We used a structured interview with seven questions and a sample composed of 554 individuals, representing 0.1% of the Juiz de Fora population, from the five municipal regions. Our results: 43% sought a second opinion. The main reasons were: lack of trust in the first doctor (50.0%), diagnosis confirmation (42.2%) and symptom persistence (30.3%); the medical specialties more frequently involved were: Rheumatology (14.4%), Oncology (12.6%) and Cardiology (10.6%). Conclusions: People with a negative approach to health self-perception and higher education were more likely to seek a second opinion; there was a high rate of intention not to inform the attending physician about this behavior, embarrassment being the most frequently alleged reason.

Keywords: Physician-patient relations. Patient satisfaction. Referral and consultation. Trust.

REFERÊNCIAS

- ALVES, H. J. et al. **Telessaúde**: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006.
- CAMPOS, C. J. R. et al. A questão ética da segunda opinião médica na internet = The Ethical Issue of the Second Medical Opinion on the Internet. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 128-133, jul./set. 2003.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Legislação do SUS**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf>. Acesso em: 21 set. 2009.
- GRINBERG, M. Segunda opinião. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 114-115, 2006.
- IDLER, E.; RONALD. A. J. Self-Rated Health and Mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. **American Journal of Public Health**, Washington, D. C., v. 80, p. 446-452, 1990.
- INTER PARTNER ASSISTANCE. **Segunda opinião médica**. Barueri, 2009. Disponível em: <<http://www.interpartner.com.br/saude.aspx?LinkID=14>>. Acesso em: 1 nov. 2009.
- JAZADJI, A. **Projeto de lei n.º 1111**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgnoticias_det.asp?AreaSelect=4&Codigo=604>. Acesso em: 13 dez. 2009.
- LWANGA, S. A.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies**: a practical manual. Genebra: World Health Organization Library Cataloguing, 1991.

- MCCARTHY E. G.; FINKEL M. L.; RUCHLIN H. S. Second opinions on elective surgery: the Cornell/New York Hospital study. **The Lancet**, New York, v. 20, no. 8234, p. 1352-1354, 1981.
- MCCARTHY, E. G.; WIDMER, G.W. Effects of screening by consultants on recommended elective surgical procedures. **The New England Journal of Medicine**, Boston, no. 291, p. 1331-1335, 1974.
- MIRA, J. J. et al. El derecho a una segunda opinión: ventajas, barreras y recomendaciones para su ejercicio responsable. **Revista de Calidad Asistencial**, Licante, v. 21, n. 3, p. 120-128, 2006.
- OBEID, W. N.; VIEIRA, L. A.; FRANGIEH, A. Y. Segunda opinião em Oftalmologia. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, São Paulo, v. 68, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492005000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2009.
- OLIVEIRA, E. Há momentos em que o paciente, inseguro ou com dúvidas em relação a determinado diagnóstico ou tratamento, enfrenta um verdadeiro dilema: ele deve ou não ouvir uma segunda opinião médica? **Viva a Saúde**, São Paulo, n. 42, p. 1-2, mar. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report 2000- health systems: improving performance**. Genebra, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>>. Acesso em: 20 out. 2009.
- PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA. **O que é telemedicina?** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://rute.rnp.br/sobre/telemedicina/>>. Acesso em: 5 set. 2009.
- SATO, T. et al. Second opinion behavior among Japanese primary care patients. **British Journal of General Practice**, Londres, v. 49, no. 444, p. 546-550, Jul.1999.
- SABBATINI, R. M. E. O direito à segunda opinião médica. **Jornal Correio Popular**, Campinas, SP, 14 abr. 2000. Coluna de Ciência, p. 3. Disponível em: <http://www.sabbatini.com/renato/correio/medicina/cp0_00414.html> . Acesso em: 10 ago. 2009.
- SALLES, M. A. et al. Importância da segunda opinião em patologia cirúrgica mamária e suas implicações terapêuticas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 602-608, 2008.
- SÃO PAULO (Estado). Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=LeisProjetosIntegra&id=7>>. Acesso em: 4 set. 2009.
- SATO, T. et al. Second opinion behavior among Japanese primary care patients. **British Journal of General Practice**, Londres, v. 49, no. 444, p. 546-550, 1999.
- SCLiar, M. História do conceito de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910199700600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2009.
- SUTHERLAND L. R.; VERHOEF M. J. Patients who seek a second opinion: are they different from the typical referral? **Journal of Clinical Gastroenterology**, New York, v. 11, no. 3, p. 308-313, 1989.
- SVEDBERG, P. et al. A prospective study of health, life-style and psychosocial predictors of self-rated health. **European Journal of Epidemiology**, Rome, v. 21, p. 767-776, 2006.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde / Satisfaction and responsiveness: ways to measure quality and humanization of health assistance. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul.-set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2009.
- ZORZETTO, R. Escolha errada. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, n. 124, jun. 2006. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br>>. Acesso em: 17 dez. 2009.

Enviado em 14/5/2010

Aprovado em 15/7/2010

ANEXO:

Dados pessoais:

Idade: ____ anos Profissão: _____ Bairro: _____ Região: _____
Sexo: M () / F () Cor da pele: _____

Escolaridade: Não alfabetizado
Ensino Fundamental (1ª a 4ª) (5ª a 8ª)
Ensino Médio: incompleto completo
Ensino Superior: incompleto completo
Pós graduação

Renda Familiar Mensal (reais):
 < 500 501 a 1.000 1.001 a 2.000 2.001 a 5.000 > 5.000

Quantas pessoas vivem com esta renda? _____

Perguntas Relativas à busca por uma consulta extra:

1) Como você considera sua saúde? Muito boa Boa Razoável Ruim Muito ruim

2) Você já foi ao médico para pedir uma segunda opinião?

Sim Não: Por que? _____

3) Se “sim”, sua consulta para pedir uma segunda opinião foi realizada:

de forma Particular Pelo Plano de saúde Pelo SUS

4) Quantas vezes você já procurou uma segunda opinião? _____

5) Por qual motivo você procurou um outro médico?

- Cirurgia
- Falta de confiança no 1º médico
- Atendimento médico inadequado
- Diagnóstico de doença grave
- Confirmação do diagnóstico
- O 1º médico demonstrou desinteresse
- Por persistência dos sintomas
- Pressão de familiares/ amigos
- Não pediu exames.

-Qual a doença apresentada na época da busca pela segunda opinião? _____

-Iniciativa para a busca: do primeiro médico do próprio paciente

6) Você informou ao seu primeiro médico sobre sua intenção de ir ao segundo profissional?

Sim Não: por quê? _____

7) Você informou ao seu segundo médico que havia feito uma consulta anterior sobre o mesmo problema?

Sim Não: por quê? _____