

Avaliação da representatividade de uma consulta no internato complementar de Clínica Geral

Estudo comparativo

ANA MATEUS*

RESUMO

Introdução: A escolha da totalidade da lista do Orientador de Formação (OF) como unidade de estudo no 3.º ano do Internato, com a selecção diária dos utentes a serem observados pelo Interno (IC), é uma alternativa à atribuição de uma lista autónoma a este. Sendo aquela selecção baseada em critérios não aleatórios, poderá originar uma representação distorcida da demografia e epidemiologia dos motivos de consulta (MC) e problemas de saúde da lista em estudo.

Objectivos: Determinar o grau de representação na consulta de uma IC de Clínica Geral dos principais motivos, diagnósticos (DG) e tipos de consulta registados na actividade do OF.

Metodologia: Estudo descritivo e transversal dos contactos efectuados em 5 meses (N= 756) por uma IC trabalhando com a lista do OF. Registaram-se, para ambas, as consultas, os tipos de consulta, as características demográficas dos utentes, e os MC e DG codificaram-se usando a ICPC-2. Considerou-se indicador de representação satisfatória a presença de pelo menos 70% dos 20 primeiros MC e DG da consulta do OF entre os primeiros 20 observados na consulta da IC.

Resultados: Na consulta da IC ocorreram proporções de jovens e de consultas de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Visitas Domiciliárias superiores às da consulta do OF. Os 20 primeiros MC registados pela Interna (padrão KRALX) incluíram 80% dos 20 primeiros encontrados na consulta do OF (padrão KALRP); os 20 primeiros DG (padrão KTAPL) continham 85% dos 20 mais comuns na consulta do OF (padrão KTPLD).

Discussão: Os MC e DG registados na consulta da IC pareceram reflectir de modo satisfatório o padrão seguido na consulta do OF. A estratégia descrita poderá ser uma alternativa válida à substituição de uma lista de utentes do IC quando existam problemas de aceitabilidade dos pacientes em integrá-la. Estudos noutros contextos serão úteis à validação destas conclusões.

Palavras-Chave: Formação; Internato Complementar de Clínica Geral; Motivos de Consulta; Problemas de Saúde.

formativas com um estágio de Clínica Geral com a duração de 11 meses¹.

Sendo o estágio mais longo do Internato, é aquele que pela sua duração, contexto e conteúdo permite de modo mais amplo ao Interno o treino das competências de que no futuro necessitará no seu exercício autónomo como Médico de Família (MF).

Dada a importância vital que assume, o planeamento deste estágio deve ser objecto de particular atenção por parte de Interno e Orientador, de modo a que seja assegurada a esta realidade protegida de alguns meses de duração uma capacidade adequada de exposição do formando quer aos múltiplos tipos de problemas de saúde, quer ao contacto com um conjunto de utentes de todas as idades com necessidades de prestação de cuidados diversas².

São múltiplas as metodologias utilizadas para a organização deste período formativo. A mais frequentemente descrita é a de atribuição ao Interno de uma lista de utentes própria, de cujas gestão e prestação de cuidados aquele se ocupará durante um ano³.

No entanto, e apesar das várias

INTRODUÇÃO



Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Norte (ICCGZN) termina a sua sucessão de etapas

*Médica de Família, USF Horizonte, CS de Matosinhos Ex-Interna do 23.º Curso do ICCG da Zona Norte

opções para a elaboração de uma lista de utentes a atribuir a um Interno que se encontram referidas na literatura⁴, esta poderá, por diversas ordens de razões, nem sempre constituir a melhor opção metodológica para a organização do 3.º ano do Internato.

A qualidade da relação que os utentes estabeleceram com o seu MF relaciona-se provavelmente de modo inverso com a sua disponibilidade para abandonar, ainda que temporariamente, os cuidados daquele para integrarem uma nova lista. A continuidade de cuidados é assim colocada em causa pela mudança anual de MF, o que levanta, inevitavelmente, questões éticas: até que ponto pode uma actividade formativa, sem dúvida necessária e desejável, ter reflexos sobre uma das vertentes da qualidade assistencial em Medicina Familiar? Outras alternativas, como as listas de pacientes previamente sem médico, levam ao mesmo tipo de considerações, para além de implicarem uma significativa sobrecarga para o Interno e um trabalho isolado, em que nenhum tipo de continuidade é por vezes assegurado aos utentes e em que o espaço para discussão de situações clínicas com o Orientador de Formação (OF) é também limitado pelo curto ou inexistente conhecimento que este tem dos pacientes que compõem a lista.

A utilização da totalidade da lista do OF como unidade de estudo poderá constituir uma estratégia válida de organização do trabalho clínico no estágio de Clínica Geral do 3.º ano do Internato.

Esta metodologia implica no entanto a selecção diária pelo Orientador, de entre os pacientes com consulta marcada para cada dia, daqueles que o Interno deverá observar. São vários os critérios que influem nesta selecção, não apenas relacionados com a relevância formativa da situação clínica em particular, mas também com um conjunto de factores não aleatórios que incluem

a ordem de chegada ou de marcação e a concordância expressa ou pressuposta do paciente com a realização da consulta pelo Interno. Tais critérios não aleatórios poderão influir na demografia e na epidemiologia dos motivos e das avaliações de consulta da fracção de utentes que, num determinado período, consultou o Interno, e conseqüentemente no grau de representatividade deste conjunto de consultas em relação à prática real de um Médico de Família.

Tendo a autora sido uma Interna do 3.º ano do ICCGZN cujo Internato decorreu no contexto de uma Unidade de Saúde Familiar sem inscritos a descoberto, e na qual a acessibilidade, a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados são objectivos de trabalho assumidos pela equipa, encontram-se aí níveis significativos de satisfação dos utentes com os serviços prestados pela Unidade e pelo seu Médico de Família⁵, e é baixa a predisposição daqueles à integração numa nova lista.

Nestas circunstâncias, o recurso à totalidade da lista do OF, nos moldes atrás descritos, enquanto unidade de estudo no 3.º ano do Internato, revelou-se a solução mais adequada para o cumprimento dos objectivos formativos propostos.

Dada a inexistência na literatura de trabalhos com metodologias que permitam avaliar aspectos relativos à representatividade deste tipo de actividade assistencial no Internato, o estudo dos mesmos torna-se relevante para a obtenção de uma estimativa da qualidade formativa do estágio no que diz respeito à fidedignidade da representação da realidade clínica em Medicina Geral e Familiar.

OBJECTIVO

Determinar o grau de representação das variáveis demográficas, dos motivos e diagnósticos de consulta na activi-

dade clínica de uma Interna do IC-CGZN, quando comparada com a do seu orientador de formação durante um período de cinco meses, e tendo como unidade de estudo a totalidade da lista.

METODOLOGIA

Realizou-se em 2003 um **estudo descritivo e transversal** cuja **população alvo** correspondeu à totalidade dos contactos efectuados nos 12 meses desse ano pelos pacientes inscritos na lista de utentes do OF, médico de família na USF Horizonte do Centro de Saúde de Matosinhos, exceptuando os ocorridos no contexto de consultas de intersubstituição. Considerou-se que o período de um ano de consulta seria representativo do conteúdo global da actividade clínica em Medicina Familiar.

Consideraram-se para fins do estudo comparativo as duas **sub-populações** daquele conjunto, constituídas pelos contactos efectuados na consulta da IC e na consulta do OF. A primeira das subpopulações correspondeu maioritariamente a um conjunto de pacientes seleccionados em cada dia pelo Orientador de Formação para observação pela IC nas consultas abertas (marcada no próprio dia e orientada para situações urgentes) e programada destinadas aos utentes da sua lista.

Foi obtida uma **amostra de conveniência**, constituída pelo conjunto dos contactos efectuados nos 5 primeiros meses do ano (entre 09 de Janeiro e 06 de Junho de 2003) na consulta da IC ($n_1 = 756$) e na consulta do OF ($n_2 = 1.804$).

As **variáveis** avaliadas em ambas as populações foram:

- a) **tipo de consulta:** Saúde de Adultos, Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar/Vigilância Oncológica e Visitas Domiciliárias;
- b) **sexo dos pacientes que consultaram:** masculino e feminino;

- c) **idade dos pacientes que consultaram:** em anos ou fracção do ano;
- d) **motivos de consulta:** codificados e registados informaticamente para cada consulta pela IC e pelo OF utilizando a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2)⁶;
- e) **diagnósticos de consulta:** conjunto dos problemas avaliados em cada consulta, codificados do mesmo modo que os motivos de consulta.

Foram utilizados para fins de registo clínico os *softwares* Microsoft Excel 2000⁷ e Piloto 32⁸.

Não foi possível encontrar na revisão bibliográfica efectuada descrições ou estudos de critérios de representatividade para consultas do Internato Complementar, pelo que foi convencionado pela autora, após discussão com o OF, considerar **indicador de representatividade satisfatória** para a sua actividade a presença nos primeiros 20 motivos de consulta e diagnósticos aí registados de pelo menos 70% dos 20 mais comuns motivos e diagnósticos de consulta observados na actividade clínica do OF no mesmo período de tempo.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado usando o programa SPSS 10.0⁹, e incluiu o recurso a métodos de estatística descritiva para cálculo de proporções e ao teste do qui-quadrado para comparação das mesmas entre grupos, considerando um nível de significância de 0,05 para aceitação de diferenças estatisticamente significativas.

RESULTADOS

a) Avaliação da representatividade da amostra

A comparação da estrutura demográfica dos utentes incluídos na amostra de conveniência de consultas utilizada com a da população alvo do estudo – o conjunto das consultas efectuadas durante os 12 meses de 2003 – não evidenciou a presença de diferenças estatísti-

camente significativas, quanto ao sexo e à idade dos indivíduos que consultaram.

As proporções dos vários tipos de consultas no período em estudo não demonstraram também diferir significativamente das que ocorreram na totalidade do ano (Quadro I).

b) Estudo comparativo da distribuição das variáveis demográficas e dos tipos de consulta

Do conjunto dos 2.560 contactos efectuados no período estudado, cerca de 30% decorreram na consulta da IC, tendo os restantes 70% sido efectuados pelo OF.

Relativamente à distribuição por sexo dos utentes que consultaram, não foram aparentes diferenças significativas entre as consultas do OF e da IC ($p=0,884$), sendo claro o predomínio das mulheres em ambas as consultas, as quais representaram entre 62 e 63%

dos pacientes que contactaram no período em estudo (Figura 1).

O estudo da distribuição por classes etárias, representado na Figura 2, revelou diferenças entre os pacientes observados em ambas as consultas, sendo que os contactos efectuados na consulta da IC incluíram proporcionalmente mais utentes de escalões etários abaixo dos 45 anos, em detrimento dos utilizadores mais idosos, cuja presença na consulta do OF foi significativamente superior ($p<0,001$).

A distribuição da actividade clínica da IC e do OF pelos vários tipos de consulta de que se ocupa habitualmente o Médico de Família encontra-se descrita na Figura 3. As Visitas Domiciliárias contabilizadas em ambas as sub-populações foram na sua quase totalidade efectuadas conjuntamente pela IC e pelo OF. São apresentadas percentagens de cada tipo de actividade relativamente à totalidade dos contactos efectuados

QUADRO I

COMPARAÇÃO DAS ESTRUTURAS DEMOGRÁFICAS E DAS PROPORÇÕES DE TIPOS DE CONSULTA NA AMOSTRA DE CONVENIÊNCIA E NA POPULAÇÃO DE ESTUDO

	AMOSTRA (%) (n= 2.560)	TOTAL CONSULTAS (%) (N= 5.551)	p
SEXO			
MASCULINO	973 (38,0)	2.167 (39,0)	0,389
FEMININO	1.587 (62,0)	3.384 (61,0)	
GRUPO ETÁRIO			
0-5 ANOS	113 (4,4)	253 (4,6)	0,243
6-15 ANOS	72 (2,8)	173 (3,1)	
16-25 ANOS	146 (5,7)	309 (5,6)	
26-45 ANOS	515 (20,1)	1.160 (20,9)	
46-65 ANOS	741 (28,9)	1.665 (30,0)	
66-75 ANOS	538 (21,0)	1.176 (21,2)	
≥ 75 ANOS	435 (17,0)	815 (14,7)	
TIPOS DE CONSULTA			
SAÚDE DE ADULTOS	2.004 (78,3)	4.385 (79,0)	0,547
SAÚDE MATERNA / PUERPÉRIO	65 (2,5)	122 (2,2)	
PLANEAMENTO FAMILIAR	92 (3,6)	189 (3,4)	
SAÚDE INFANTIL	370 (14,4)	805 (14,5)	
VISITAS DOMICILIÁRIAS	29 (1,1)	50 (0,9)	

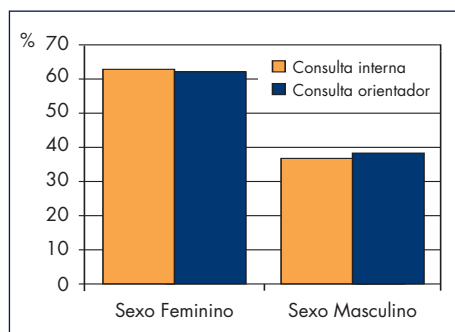


Figura 1. Distribuição percentual por sexo dos utentes observados nas consultas da IC e do OF.

em cada uma das duas sub-populações estudadas.

Observou-se na consulta da IC uma sobre-representação, em termos per-

centuais, das Consultas de Saúde Materna, Planeamento Familiar e Visitas Domiciliárias que assumiram aqui um peso significativamente mais elevado do que o registado na consulta do OF, onde as Consultas de Saúde de Adultos representaram uma proporção maior da actividade assistencial ($p < 0.001$).

c) Estudo comparativo dos motivos de consulta

Registaram-se 1.516 motivos de consulta (MC) na actividade da IC e 3.144 na do OF, o que correspondeu, em média, a cerca de 2,01 e 1,74 motivos por consulta, respectivamente.

A distribuição dos MC pelos 17 capítulos da ICPC-2 permitiu verificar que

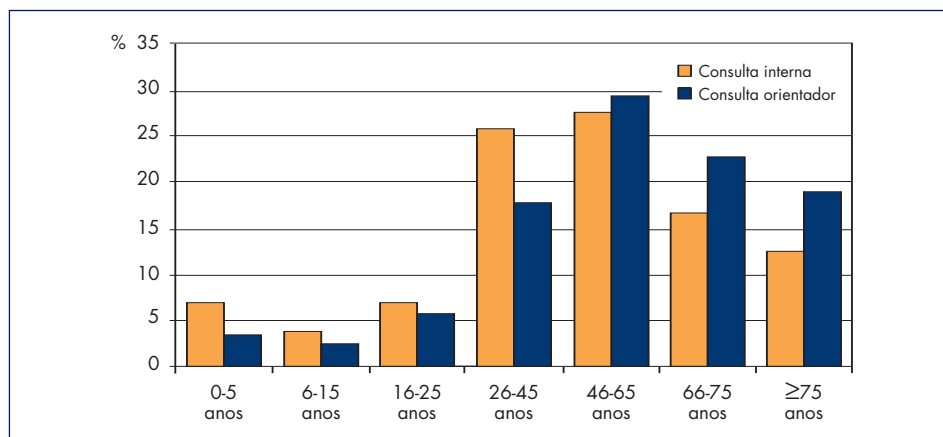


Figura 2. Comparação das taxas de distribuição etária dos utentes observados nas consultas da IC e do OF.

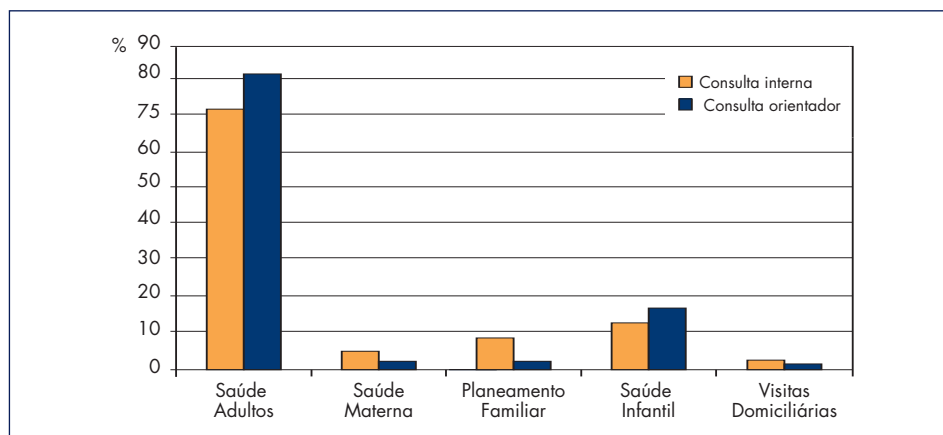


Figura 3. Distribuição proporcional comparativa das actividades clínicas da IC e do OF pelos vários tipos de consulta.

os cinco primeiros capítulos incluíam, na consulta da IC, 53,7% do total dos MC, e seguiam o padrão **KRALX**. No respeitante à consulta do OF, os cinco primeiros capítulos seguiam o padrão **KALRP**, e correspondiam a 61,7% do conjunto dos motivos de consulta aí registados.

No Quadro II apresenta-se a comparação da frequência de MC de cada um dos 17 capítulos em ambas as consultas. São aí apresentadas também as designações e respectivos símbolos de cada capítulo, que serão utilizados ao longo da apresentação e discussão dos resultados.

Comparando as duas consultas, verifica-se que na consulta da IC se observaram proporcionalmente **mais 51% de MC do capítulo X e 84% do capítulo W** relativamente à distribuição percentual obtida na consulta do OF. Em contrapartida, os MC do **capítulo L estiveram sub-representados em cerca de 24%**,

os do capítulo P em 26%, os do capítulo Y em cerca de 100% e os do capítulo B em 91%, se as prevalências esperadas na consulta da interna fossem semelhantes às obtidas na consulta do OF ($p < 0.001$).

A análise comparativa dos 20 primeiros MC revelou estarem presentes entre os registados na consulta da IC 80% dos observados na consulta do OF, conforme apresentado no Quadro III.

Em ambas as consultas estudadas, os vinte principais motivos de consulta corresponderam a mais de 50% do total de motivos para consultar respectivamente registados.

Uma proporção significativa de motivos de consulta dizia respeito, quer na consulta da IC quer na do OF, aos componentes 2 (procedimentos de diagnóstico e de prevenção), 3 (medicação, tratamento, procedimentos terapêuticos) e 4 (resultados) da ICPC-2. A comparação dos 20 primeiros MC do componen-

QUADRO II

PROPORÇÕES DE MOTIVOS DE CONSULTA POR CAPÍTULO DA ICPC-2

CAPÍTULO ICPC-2		CONSULTA INTERNA n (%)	CONSULTA ORIENTADOR n (%)
K	Aparelho circulatório	222 (14,6)	485 (15,4)
R	Aparelho respiratório	170 (11,2)	361 (11,5)
A	Geral e inespecífico	149 (9,8)	388 (12,3)
L	Sistema músculo-esquelético	140 (9,2)	370 (11,8)
X	Aparelho genital feminino	133 (8,8)	135 (4,3)
P	Psicológico	129 (8,5)	336 (10,7)
T	Endócrino, metabólico e nutricional	123 (8,1)	259 (8,2)
D	Aparelho digestivo	119 (7,8)	255 (8,1)
W	Gravidez, parto e planeamento familiar	104 (6,9)	36 (1,1)
S	Pele	57 (3,8)	124 (3,9)
N	Sistema nervoso	55 (3,6)	115 (3,6)
U	Aparelho urinário	47 (3,1)	72 (2,3)
F	Olhos	23 (1,5)	46 (1,5)
H	Ouvidos	16 (1,1)	46 (1,5)
Y	Aparelho genital masculino	13 (0,86)	59 (1,9)
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	11 (0,73)	43 (1,4)
Z	Problemas sociais	5 (0,35)	14 (0,45)
TOTAL		1.516	3.144

QUADRO III

OS VINTE MAIS COMUNS MOTIVOS DE CONSULTA NA ACTIVIDADE CLÍNICA DA INTERNA E DO ORIENTADOR DE FORMAÇÃO, SEGUNDO A ICPC-2

MOTIVOS CONSULTA INTERNA		n (%)	MOTIVOS CONSULTA ORIENTADOR		n (%)
K31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	87 (5,7)	K50	Medicação/prescrição/renovação	275 (8,7)
W31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	79 (5,2)	P50	Medicação/prescrição/renovação	154 (4,9)
K50	Medicação/prescrição/renovação	78 (5,1)	K31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	128 (4,1)
A31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	71 (4,7)	T50	Medicação/prescrição/renovação	118 (3,8)
X31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	60 (4,0)	A60	Resultados de análises/procedimentos	108 (3,4)
P50	Medicação/prescrição/renovação	54 (3,6)	A31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	105 (3,3)
R05	Tosse	41 (2,7)	R05	Tosse	82 (2,6)
T31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	36 (2,4)	L50	Medicação/prescrição/renovação	80 (2,6)
T60	Resultados de análises/procedimentos	36 (2,4)	R50	Medicação/prescrição/renovação	64 (2,0)
R31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	34 (2,2)	T60	Resultados de análises/procedimentos	62 (2,0)
R07	Espirro/congestão nasal	33 (2,2)	T31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	53 (1,7)
T50	Medicação/prescrição/renovação	32 (2,1)	D50	Medicação/prescrição/renovação	50 (1,6)
A60	Resultados de análises/procedimentos	24 (1,6)	R07	Espirro/congestão nasal	48 (1,5)
K60	Resultados de análises/procedimentos	24 (1,6)	A62	Procedimento administrativo	44 (1,4)
R50	Medicação/prescrição/renovação	22 (1,5)	L61	Resultados de outro prestador-exame/análises/registos/carta	42 (1,3)
P01	Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	19 (1,3)	P01	Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	41 (1,3)
N01	Cefaleia	18 (1,2)	L62	Procedimento administrativo	37 (1,2)
P31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	17 (1,1)	N01	Cefaleia	35 (1,1)
D07	Dispepsia/indigestão	16 (1,1)	K60	Resultados de análises/procedimentos	34 (1,1)
L50	Medicação/prescrição/renovação	16 (1,1)	S50	Medicação/prescrição/renovação	33 (1,0)
L62	Procedimento administrativo	16 (1,1)			
TOTAIS		813 (53,6)	TOTAIS		1.593 (50,7)

te 1 (sinais e sintomas) evidenciou, tal como o já descrito para as razões para consultar do conjunto de todos os com-

ponentes da ICPC-2, um nível de concordância de cerca de 80% entre ambas as consultas (Quadro IV).

QUADRO IV

OS VINTE PRIMEIROS MOTIVOS DE CONSULTA DA COMPONENTE 1 DA ICPC-2 NAS CONSULTAS DA IC E DO OF
(A AZUL DESTACAM-SE OS ITENS SEM REPRESENTAÇÃO RECÍPROCA EM CADA UMA DAS CONSULTAS)

MOTIVOS CONSULTA INTERNA		% total	MOTIVOS CONSULTA ORIENTADOR		% total
SINAIS E SINTOMAS		MC	SINAIS E SINTOMAS		MC
R05	Tosse	2,7	R05	Tosse	2,6
R07	Espirro/congestão nasal	2,2	R07	Espirro/congestão nasal	1,5
P01	Sensação de ansiedade/ nervosismo/tensão	1,3	P01	Sensação de ansiedade/ nervosismo/tensão	1,3
N01	Cefaleia	1,2	N01	Cefaleia	1,1
D07	Dispepsia/indigestão	1,1	A03	Febre	1,0
A03	Febre	0,99	R02	Dificuldade respiratória, dispneia	1,0
L03	Sinais/sintomas região lombar	0,99	R21	Sinais/sintomas da garganta	0,99
X14	Secreção vaginal	0,86	P03	Sensação de depressão	0,92
D12	Obstipação	0,79	D07	Dispepsia/indigestão	0,80
P03	Sensação de depressão	0,79	L03	Sinais/sintomas região lombar	0,80
P06	Perturbação do sono	0,79	L02	Sinais/sintomas região dorsal	0,76
R02	Dificuldade respiratória, dispneia	0,79	L14	Sinais/sintomas da perna/coxa	0,73
N17	Vertigens/tonturas	0,73	P04	Sentir-se/comportar-se de forma irritável/zangada	0,64
R21	Sinais/sintomas da garganta	0,73	S02	Prurido	0,57
L14	Sinais/sintomas da perna/coxa	0,66	A04	Debilidade/cansaço geral	0,54
U01	Disúria/micção dolorosa	0,66	P06	Perturbação do sono	0,54
D01	Dor abdominal generalizada/cólicas	0,59	U01	Disúria/micção dolorosa	0,48
D06	Outras dores abdominais localizadas	0,59	D01	Dor abdominal generalizada/cólicas	0,45
K01	Dor atribuída ao coração	0,59	S06	Erupção cutânea localizada	0,41
S06	Erupção cutânea localizada	0,59	N17	Vertigens/tonturas	0,35

d) Estudo comparativo dos diagnósticos de consulta

Foram descritos 1.806 diagnósticos de consulta (DG) na consulta da IC e 3.322 na consulta do OF. Tal traduziu o registo de cerca de 2,39 e de 1,84 diagnósticos/consulta, respectivamente para cada uma daquelas sub-populações.

Aos cinco capítulos da ICPC-2 mais representativos, relativamente aos DG, foram atribuíveis 61,1% do total dos problemas avaliados na consulta da IC (padrão KTAPL), e 66,3% dos abordados na consulta do OF (padrão KTPLD). Apresenta-se no Quadro V a distribuição dos DG de ambas as consultas pelos 17 capítulos da ICPC-2.

As diferenças observadas entre as duas consultas, no que aos diagnósti-

cos de consulta diz respeito, acompanham, de modo geral, as já descritas em relação à distribuição de MC. Assim, continua presente na consulta da IC um excesso relativo, estatisticamente significativo ($p < 0,001$), de DG associados aos capítulos X e W da ICPC-2, e, contrariamente ao que aconteceu no estudo dos MC, também do capítulo A (geral e inespecífico), no qual se inclui o código A98 (medicina preventiva), utilizado em todas as avaliações de consultas de vigilância de grupos vulneráveis, e que, tal como será demonstrado adiante (Quadro VI), constituiu uma proporção mais significativa dos diagnósticos na consulta da IC.

Tal como nos resultados do estudo comparativo dos MC, continuam a

QUADRO V

PROPORÇÕES, POR CAPÍTULO DA ICPC-2, DE DIAGNÓSTICOS AVALIADOS NAS CONSULTAS DA IC E DO OF

CAPÍTULO ICPC-2	CONSULTA INTERNA n (%)	CONSULTA ORIENTADOR n (%)
K Aparelho circulatório	315 (17,4)	712 (21,4)
T Endócrino, metabólico e nutricional	229 (12,7)	448 (13,5)
A Geral e inespecífico	217 (12,0)	209 (6,3)
P Psicológico	196 (10,9)	434 (13,1)
L Sistema músculo-esquelético	147 (8,1)	350 (10,5)
R Aparelho respiratório	143 (7,9)	249 (7,5)
D Aparelho digestivo	119 (6,6)	259 (7,8)
X Aparelho genital feminino	98 (5,4)	111 (3,3)
W Gravidez, parto e planeamento familiar	85 (4,7)	35 (1,1)
S Pele	64 (3,5)	124 (3,7)
N Sistema nervoso	54 (3,0)	94 (2,8)
U Aparelho urinário	33 (1,8)	52 (1,6)
H Ouvidos	27 (1,5)	52 (1,6)
F Olhos	26 (1,4)	44 (1,3)
Y Aparelho genital masculino	20 (1,1)	72 (2,2)
B Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	18 (0,99)	57 (1,7)
Z Problemas sociais	15 (0,83)	20 (0,60)
TOTAL	1.806	3.322

observar-se na consulta da IC **proporções inferiores às esperadas**, se as prevalências de DG fossem semelhantes às da consulta do OF, de problemas avaliados dos **capítulos Y, L e P**, e também, no caso dos DG de consulta, dos relativos ao **capítulo K** da ICPC-2.

Comparando os **20 mais frequentes diagnósticos** nas avaliações das duas sub-populações estudadas, encontram-se entre os **registados na consulta da IC 85% dos efectuados na consulta do OF** (Quadro VI).

Em ambas as consultas assumem lugares de destaque, pela sua frequência, os diagnósticos relacionados com o **risco cardiovascular** (hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus) e com as **perturbações psicológicas** (ansiedade, depressão, perturbações do sono), que exigem vigilância clínica e/ou renovação de medicação regular e frequente.

As principais diferenças entre as

duas consultas relativamente às prevalências dos diagnósticos mais comuns seguem as tendências já apresentadas relativamente à distribuição dos mesmos pelos capítulos da ICPC-2.

DISCUSSÃO

Na comparação efectuada com um período de um ano de consulta da lista, não foram aparentes diferenças estatisticamente significativas entre a amostra utilizada e o padrão global dos indivíduos que consultaram durante o ano relativamente ao sexo e à idade, nem se observaram diferenças em termos da distribuição do tipo de consultas efectuadas. Parece deste modo que, apesar das limitações inerentes ao método de amostragem de conveniência utilizado, se obteve uma amostra significativa da tipologia dos utentes e das consultas habituais.

QUADRO VI

OS VINTE PROBLEMAS AVALIADOS MAIS FREQUENTEMENTE NAS CONSULTAS DA INTERNA E DO ORIENTADOR DE FORMAÇÃO (DESTACAM-SE A AZUL OS DIAGNÓSTICOS SEM REPRESENTAÇÃO RECÍPROCA EM CADA UMA DAS CONSULTAS)

DIAGNÓSTICOS CONSULTA INTERNA	n (%)	DIAGNÓSTICOS CONSULTA ORIENTADOR	n (%)
K86 Hipertensão sem complicações	197 (10,9)	K86 Hipertensão sem complicações	419 (12,6)
A98 Medicina preventiva/ manutenção da saúde	159 (8,8)	T93 Alterações do metabolismo dos lípidos	227 (6,8)
T93 Alterações do metabolismo dos lípidos	106 (5,9)	T90 Diabetes não insulino dependente	128 (3,9)
T90 Diabetes não insulino dependente	67 (3,7)	P76 Perturbações depressivas	128 (3,9)
P76 Perturbações depressivas	57 (3,2)	P06 Perturbação do sono	113 (3,4)
P01 Sensação de ansiedade/ nervosismo/ tensão	45 (2,5)	A98 Medicina preventiva/ manutenção da saúde	104 (3,1)
W78 Gravidez	39 (2,2)	P01 Sensação de ansiedade/ nervosismo/ tensão	75 (2,3)
R96 Asma	36 (2,0)	R96 Asma	61 (1,8)
P06 Perturbação do sono	35 (1,9)	D07 Dispepsia/ indigestão	56 (1,7)
R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior	35 (1,9)	R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior	55 (1,7)
D07 Dispepsia/ indigestão	28 (1,6)	K77 Insuficiência cardíaca	52 (1,6)
K77 Insuficiência cardíaca	28 (1,6)	L90 Osteoartrose do joelho	51 (1,5)
A91 Investigação com resultados anormais NE	27 (1,5)	P17 Abuso do tabaco	47 (1,4)
W11 Contraceção oral	26 (1,4)	Y85 Hipertrofia benigna da próstata	46 (1,4)
X11 Sinais/ sintomas da menopausa	25 (1,4)	L95 Osteoporose	42 (1,3)
U71 Cistite/ outra infecção urinária	23 (1,3)	X11 Sinais/ sintomas da menopausa	41 (1,2)
P17 Abuso do tabaco	22 (1,2)	K95 Veias varicosas da perna	38 (1,1)
T82 Obesidade	20 (1,1)	A91 Investigação com resultados anormais NE	35 (1,1)
L95 Osteoporose	16 (0,89)	K91 Doença vascular cerebral	34 (1,0)
K95 Veias varicosas da perna	15 (0,83)	T82 Obesidade	33 (0,99)
TOTAIS	1.006 (55,7)	TOTAIS	1.786 (53,8%)

O intervalo de tempo em que decorreu a recolha da amostra (cinco meses, incluindo meses de Inverno, Primavera e transição para o Verão) traduzirá diferentes padrões de procura de cuidados em Medicina Familiar, com predomínio de diversos tipos de doenças agudas ao longo do período cuja actividade assistencial foi analisada.

O indicador utilizado na aferição do grau de representatividade da consulta da IC relativamente à do OF, a qual serviu como modelo aproximado do es-

pectro de situações clínicas com as quais o Médico de Família se confronta na sua prática diária, foi, como ficou referido na metodologia, definido especificamente para este trabalho, não se baseando em nenhum estudo prévio que documente a adequação do nível de concordância estabelecido de 70% entre os mais comuns motivos e diagnósticos de consulta registados na actividade clínica da IC e do OF. Poderá, por isso, ser discutível a sua escolha, a qual pretendeu fixar um limiar mínimo de

representatividade suficientemente exigente, sem no entanto limitar de forma demasiado restritiva a variabilidade esperada e inevitável entre os conteúdos das duas consultas.

Em ambos os aspectos estudados (motivos e diagnósticos de consulta), o nível de concordância da consulta da IC com a do OF foi superior ao mínimo estabelecido como indicador de representação satisfatória – 80 e 85 % respectivamente. Parece desta forma poder dizer-se que, aplicado o critério atrás definido e tendo na interpretação dos resultados as reservas impostas pelas considerações feitas no parágrafo anterior, o método de trabalho que este estudo pretendeu avaliar para a organização do estágio do 3.º ano do Internato proporciona uma representatividade satisfatória dos motivos e diagnósticos encontrados nas consultas efectuadas pelos utentes ao seu Médico de Família.

A comparação dos 20 primeiros motivos de consulta obtidos na actividade clínica da IC com os resultados de outros estudos encontrados na literatura evidenciou percentagens de concordância na ordem dos 70%, mesmo em trabalhos com metodologias diversas e efectuados em populações diferentes. Assim, Jordão¹⁰, num estudo de cerca de 18.000 consultas de Medicina Familiar efectuadas na Zona Sul de Portugal no início da década de 90, chegou a uma listagem dos 20 principais motivos de consulta onde se incluíam 70% dos obtidos neste estudo para a consulta da IC. Outros autores, em estudos de menor dimensão^{11,12}, publicaram também resultados com os quais os encontrados na consulta do Internato agora estudada apresentam níveis de concordância, no que diz respeito aos principais motivos de consulta, igualmente próximas dos 70%. Tal como era esperado e se encontra descrito na literatura¹⁰, os 20 mais comuns motivos de consulta representaram mais de metade de todos os registados. Parece as-

sim existir, em termos de motivos de procura de cuidados em Medicina Familiar, uma significativa representatividade destes resultados, não apenas no que diz respeito à consulta do OF, relativa à mesma lista de utentes, mas também considerando resultados obtidos noutros contextos.

Existem e eram esperadas, no entanto, diferenças na frequência de motivos de consulta entre as duas consultas estudadas, correspondentes a alguns capítulos particulares da ICPC-2.

O excesso relativo de consultas relacionadas com os capítulos X (aparelho genital feminino) e W (gravidez, parto e puerpério) da ICPC-2 fica provavelmente a dever-se a diferenças na distribuição semanal dos horários de trabalho da IC e o OF, tendo assumido as consultas de vigilância de grupos vulneráveis para a Interna uma porção muito mais significativa da actividade assistencial. Este achado é explicável não só pelo facto de terem sido maioritariamente realizadas pelas duas Internas que trabalharam com a mesma lista (a autora e uma colega do 2.º ano do Internato), e também com a circunstância de o horário de trabalho da IC contemplar menos um dia semanal de consulta de saúde de adultos, o qual era preenchido com o estágio hospitalar em Medicina de Urgência. Por consequência, as restantes consultas assumiram uma maior expressividade percentual no total da actividade desenvolvida, o que explica as proporções significativamente superiores de consultas de Planeamento Familiar, Saúde Materna e Visitas Domiciliárias que foram obtidas na consulta da IC em relação à do OF, e também a sobre-representação dos motivos de consulta dos capítulos da ICPC-2 com elas relacionados. A única excepção a esta regra foi a consulta de Saúde Infantil, a qual foi durante o período em estudo, e por razões que se prenderam com a organização da mesma, efectuada em maior proporção pela

Interna do 2.º ano e pelo OF. Tal justifica a proporção ligeiramente superior de consultas de Saúde Infantil registadas na actividade assistencial do OF.

A proporção menor de consultas de Saúde de Adultos efectuadas pela IC, pelos motivos acima expostos, poderá explicar o maior peso de indivíduos mais jovens presentes na consulta da mesma, em ligeiro detrimento dos mais idosos, utilizadores sobretudo daquelas consultas, bem como, com toda a probabilidade, a menor percentagem de motivos e diagnósticos de consulta dos capítulos L e K e de pedidos de renovação de medicação relativa a vários capítulos da ICPC-2 (código -50).

Outras diferenças significativas encontradas serão explicáveis por aspectos diversos. Relativamente ao expressivo défice relativo de motivos de consulta e de diagnósticos relativos ao capítulo Y (aparelho genital masculino) observado na consulta da IC, tal terá muito provavelmente ficado a dever-se à diferença de sexos. Era esperada uma menor proporção de sinais e sintomas desta área, e um aumento da dos relacionados com o capítulo X (aparelho genital feminino), que se confirmaram, e que chamam a atenção para o sexo do médico como facilitador ou não da expressão de alguns tipos de queixas do paciente, nomeadamente as que se relacionam com o foro genital.

No que diz respeito ao capítulo P (psicológico), a menor expressividade dos sinais e sintomas e dos diagnósticos deste capítulo poderá eventualmente explicar-se pela curta relação ainda estabelecida, à data deste estudo, entre a IC e os utentes, a qual poderá ter condicionado uma maior dificuldade na expressão de sintomatologia cuja verbalização ocorre preferencialmente numa relação médico-paciente mais longamente estabelecida.

As diferenças observadas entre as duas consultas e até aqui discutidas não pareceram filiar-se pois em limita-

ções da metodologia de trabalho avaliada, mas em aspectos paralelos de índole organizativa e individual, que poderão surgir também em modelos de estágio com uma lista de utentes atribuída ao Interno.

A análise deste estudo deverá por fim ter em conta o facto de ele ter decorrido no âmbito limitado de uma única consulta e lista de utentes. A validação externa dos seus resultados só poderá por isso ocorrer pela comparação dos mesmos com os de outras investigações de metodologia semelhante levadas a efeito em contextos diversos.

No âmbito deste estudo, parece no entanto poder concluir-se que, de um modo global, a utilização da totalidade da lista do OF como unidade de estudo no 3.º ano do Internato Complementar pareceu assumir-se como uma forma válida e representativa de organização deste período formativo, a qual deverá ser considerada como uma alternativa viável às estratégias habituais de constituição de listas de utentes próprias para o Interno quando tal não se apresente, em função das circunstâncias particulares de trabalho, como uma solução adequada ao melhor cumprimento dos objectivos curriculares definidos para o estágio de Clínica Geral.

Agradecimentos

A autora deseja agradecer ao Dr. Jaime Correia de Sousa, seu Orientador de Formação, quer a disponibilização dos registos clínicos da sua consulta, a qual permitiu a análise comparativa descrita neste trabalho, quer a leitura crítica do manuscrito que efectuou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coordenação do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Norte. Caderneta de Estágio, 23.º Curso. Porto, CICCZGN; 2001.
2. Barroso R. Realidade protegida. Rev Port Clin Geral 2001; 17 (5): 355-6.
3. Santos I, Jordão JG. Internato Comple-

mentar de Clínica Geral: Situação actual e evolução. *Educ Medica* 1997; 8 (2): 69-83.

4. Ceia CP. A constituição de uma Lista de Utentes a atribuir a um interno. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17(5): 405-28.

5. Mateus A, Carneiro T, Espírito-Santo S, Santos A. Queremos Ouvi-lo: Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes da USF Horizonte. Livro de Resumos do 7.º Congresso Luso-Galego de Clínica Geral; 10-11 Maio 2002: Viana do Castelo: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; 2002.

6. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. ICPC-2. 2.ª Edição. Lisboa, APM-CG – Departamento Editorial; 1999.

7. Microsoft Excel® 2000 [programa de computador]. Version 9.0.2912. Redmond (WA): Microsoft Corporation; 1999.

8. Piloto® [programa de computador]. Versão 01/2002. © Pedro Moura Relvas; 2002.

9. SPSS® for Windows [programa de computador]. Release 10.0.1, standard version. Chicago (IL): SPSS Inc. 1999.

10. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar: Caracterização da Prática e sua Influência no

Ensino Pré-Graduado [dissertação]. Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa; 1995.

11. Rodrigues, JG. Porque consultam os utentes o seu Médico de Família? *Rev Port Clin Geral* 2000; 16(6): 442-52.

12. Medeiros A. Reasons for encounter in Portugal: practical use of ICPC as a classification of patients' reasons for encounter. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (eds.). *The International Classification of Primary Care in the European Community With a Multi-Language Layer*. Oxford, Oxford University Press; 1993. p. 118.

Endereço para correspondência:

Ana Mateus
CS de Matosinhos- USF Horizonte
R. Alfredo Cunha, 365
4450-024 Matosinhos
E-mail: anmateus@clix.pt

Recebido para publicação em: 27/11/04

Aceite para publicação em: 13/03/05

ASSESSMENT OF THE REPRESENTATIVITY OF A GP VOCATIONAL TRAINING CONSULTATION: A COMPARATIVE STUDY

RESUMO

Background: In GP's Vocational Training (VT), the choice of the trainer's whole patient list as the trainee's study unit in the 3rd year of formation, selecting each day the patients that he or she shall observe, is an alternative to the organization of an autonomous list to be managed by the trainee. However, patients are usually selected on a non-random basis, which can lead to a distorted representation of the demography and epidemiology of reasons for encounter (RFE) and diagnosis (DG) existing in the trainer's list.

Aim: To determine the degree of representation in a GP trainee's consultation of the main RFE, DG and consultation types observed in the clinical activity of the trainer.

Methods: Descriptive, cross-sectional study of all the encounters occurred during a period of 5 months in the clinical activity of a trainee working with the whole patient list of the trainer, a GP in Horizonte Family Health Unit, Matosinhos, Portugal. Both the trainee and the trainer registered the consultation types and the demographic characteristics of the observed patients; the RFE and DG were coded using ICPC-2. A satisfactory representation rate was defined as the presence of 70% or more of the 20 commonest trainers' RFE and DG in the 20 more frequent in the trainee's consultation.

Results: Higher proportions of maternal health, family planning and domiciliary consultations were observed in the trainee's activity. The 20 more frequent RFE in this consultation (ICPC pattern KRALX) included 80% of the 20 commonest in the trainer's activity (pattern KALRP); the 20 more frequent DG (pattern KTAPL) contained about 85% of the 20 commonest in the trainer's consultation (pattern KTPLD).

Discussion: The RFE and DG registered in the trainee's consultation achieved a good level of representation of the patterns observed in the trainer's activity. The described strategy can be a valid alternative to the constitution of a patient list to be managed by the trainee when limited acceptability to join it is perceived in the patients. Studies in different settings can be useful to validate these conclusions.

Key-Words: Training; Vocational Training; Reasons for Encounter; Health Problems.