

Porque consultam os utentes o seu Médico de Família?

J. GABRIEL RODRIGUES

RESUMO

Objectivos: Caracterização da consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) através da codificação dos motivos de consulta.

Tipo de estudo: Observação, transversal, de base populacional

Local do estudo: Centro de Saúde de Cascais, Extensão do Estoril

População: Média anual de 721 utentes activos.

Métodos: Durante 3 anos, entre Abril de 1997 e Março de 2000, registaram-se os motivos de consulta até um máximo de quatro em cada encontro, utilizando a metodologia da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC).

Resultados: a) Na distribuição dos motivos de consulta por Capítulos da ICPC, identifica-se o padrão geral «KALRP», na média dos três anos, para os 5 primeiros capítulos. b) Na partição por grupo etário, até aos 24 anos os motivos dos capítulos «A» e «R» ocupam as duas primeiras posições. A partir dos 45 anos predominam os capítulos «K», «A» e «L».

Conclusões: Encontraram-se padrões diferentes conforme os agrupamentos etários considerados, pelo que parece haver coerência entre a progressão etária e os motivos de consulta. O padrão geral de morbilidade identificado sugere uma consulta em que sobressaem as actividades relacionadas com a intervenção curativa e os aspectos promocionais de saúde e prevenção da doença.

Palavras-chave:

Motivos de Consulta; Codificação dos Motivos de Consulta (ICPC); Caracterização da Consulta de MGF.

cossocial, verbalizado sob a forma de motivos somáticos².

A classificação pelo médico de família dos motivos de consulta permite caracterizar a morbilidade em MGF. Ao identificar padrões de procura de consultas nesta especialidade, representa um instrumento importante na medição e definição da procura de serviços no sistema de saúde. Os dados resultantes também serão úteis para o planeamento da promoção da saúde e a prevenção de doenças e no estabelecimento de um programa de garantia de qualidade em MGF³.

Neste contexto, devem ser valorizados os motivos de consulta como objecto de investigação específica da MGF: a investigação sobre a prática, sobre a consulta, no âmbito da investigação epidemiológica e da caracterização de práticas⁴.

Os motivos de consulta ou descrição das razões que levam o utente a procurar o seu médico de família podem ser codificados pela ICPC (Classificação Internacional de Cuidados Primários). É um sistema de classificação com uma linguagem universal em Cuidados de Saúde Primários e na investigação em Medicina Geral e Familiar. Fornece uma estrutura de base simples e homogénea que satisfaz as principais necessidades de classificação para os prestadores de cuidados primários.

A ICPC apresenta uma estrutura bi-axial: 17 capítulos (Quadro I) num eixo,

INTRODUÇÃO

Motivos de consulta são as razões expressas pelo paciente para justificar a procura de cuidados médicos. Podem ser um sintoma, uma queixa, um pedido de renovação de prescrição de medicamentos ou de exames auxiliares de diagnóstico, um atestado médico, um procedimento administrativo ou um problema social¹. Ou então a verdadeira razão da consulta é um problema oculto, de ordem psi-

*Assistente Graduado de MGF
Centro de Saúde de Cascais
Extensão do Estoril

QUADRO I

CAPÍTULOS DO IPCP E SEUS CÓDIGOS ALFA

A – Geral e inespecífico
B – Sangue (e órgãos hematopoiéticos-baço e medula)
D – Aparelho Digestivo
F – Olho
H – Ouvido
K – Aparelho Circulatório
L – Sistema Musculo-Esquelético
N – Sistema Nervoso
P – Psicológico
R – Aparelho Respiratório
S – Pele
T – Endócrino, Metabólico e Nutricional
U – Aparelho Urinário
W – Gravidez e Planeamento Familiar
X – Aparelho Genital Feminino (incluindo mama)
Y – Aparelho Genital Masculino
Z – Problemas Sociais

cada um com um código alfa e, como segundo eixo, sete componentes com rúbricas com um código numérico de dois dígitos. A forma como o paciente expressa o seu motivo de consulta determina a escolha do capítulo e do componente. A rúbrica ICPC escolhida deverá ser tão semelhante quanto possível ao motivo apresentado pelo paciente^{1,4,5,6,7}.

Estudos de fiabilidade usando a avaliação de vários observadores de gravações em vídeo de consultas têm mostrado que os resultados obtidos na classificação dos motivos de consulta pelos médicos de família correspondem, em geral, à morbilidade encontrada na Medicina Geral e Familiar. Há concordância dos observadores ao nível dos capítulos e dos capítulos/componentes, mas há divergências ao nível das rúbricas^{8,9}, talvez porque os prestadores terão sensibilidades diferentes para classificar o motivo de consulta apresentado pelo paciente. No entanto, tem-se

verificado concordância na comparação dos resultados dos vários codificadores que utilizaram a ICPC^{1,3}.

O autor codifica por rotina desde 1997 os motivos de consulta dos seus pacientes com a finalidade de obter informação sobre a dinâmica (o porquê?) da procura de cuidados médicos pelos utentes e suas famílias.

O presente trabalho tem como objectivo caracterizar os padrões de procura da sua consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF) nos últimos 3 anos.

MÉTODOS

Efectuou-se, de Abril de 1997 a Março de 2000, um estudo de observação, transversal, de base populacional, durante o horário expresso de consulta do autor, na Extensão do Estoril do Centro de Saúde de Cascais.

A população alvo incluiu os indivíduos inscritos na lista de utentes do autor da Extensão do Estoril do Centro de Saúde de Cascais. A amostra é constituída pelos utentes activos ou seja, os pacientes que frequentaram a consulta pelo menos uma vez por ano: em média 721 doentes de ambos os sexos por ano de estudo, com idades a partir dos 3 anos (Fig. 1).

Registaram-se os motivos de consulta até um máximo de quatro para cada utente, utilizando como metodologia o

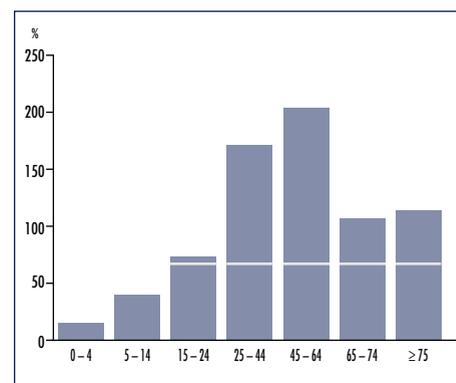


FIGURA 1 - Utentes activos por grupos etários (ambos os sexos).

código dos capítulos e respectivas rúbricas da ICPC. A codificação das rúbricas e, adicionalmente, o registo do sexo e idade tiveram lugar todos os dias de consulta, em todos os encontros directos, incluindo domicílios, durante o período de estudo, sendo os utentes inquiridos todas as vezes que consultaram o médico de família.

No âmbito da ICPC, foi feita a necessária clarificação do motivo de consulta apresentado pelo paciente, no sentido de ser aplicada a rúbrica mais apropriada. Isto foi obtido de duas maneiras: 1. Chegando a um entendimento e a um acordo com o paciente sobre o(s) motivo(s) de consulta, e 2. A rúbrica ICPC escolhida foi tão semelhante quanto possível ao(s) motivo(s) apresentados originalmente pelo paciente.

A duração do estudo foi de 3 anos, abrangendo 651 dias de consulta.

RESULTADOS

Durante os 3 anos do período de estudo registaram-se 7855 encontros (39.9% do sexo masculino, 60.1% do sexo feminino) e 16.573 motivos de consulta (média anual: 5.524 motivos de consulta), o que dá uma média de 2.1 motivos de consulta por encontro. A situação mais frequente nos homens é a de um e na mulher a de dois motivos

de consulta por utente.

Distribuição dos motivos de consulta por capítulos e componentes da ICPC

Na *distribuição dos motivos de consulta por capítulos da ICPC* (Fig. 2), identifica-se o padrão geral «KALRP» na média dos três anos, para os 5 capítulos mais frequentes, tanto no valor global como nos dois sexos em separado. Estes capítulos perfazem cerca de dois terços (68 %) da média anual de todos os motivos inquiridos.

Em relação à *distribuição dos componentes por capítulos* (Fig. 3) encontra-se em primeiro lugar o componente 1 – «Queixas e Sintomas» (33.7%) seguido dos componentes 3 – «Procedimentos Diagnósticos e Preventivos» (27.4%) e 2 – «Medicação, Tratamento, Procedimentos terapêuticos» (20.3%). Estes 3 componentes constituem 81.4% do valor global dos 7 componentes. A seguir, com muito menos frequência, encontram-se os componentes 4 – «Resultados» (10.4%), 5 «Administrativo» (4.7%), 7 – «Diagnósticos/ doenças» (2.9%) e 6 – «Seguimento e outros motivos de consulta» (0.6%).

Partição por grupo etário

Relativamente à *partição dos capítulos pelos grupos etários* (Quadro II), até aos 24 anos os motivos dos capítulos «A» e «R» ocupam as duas primeiras posições. A partir dos 45 anos predominam

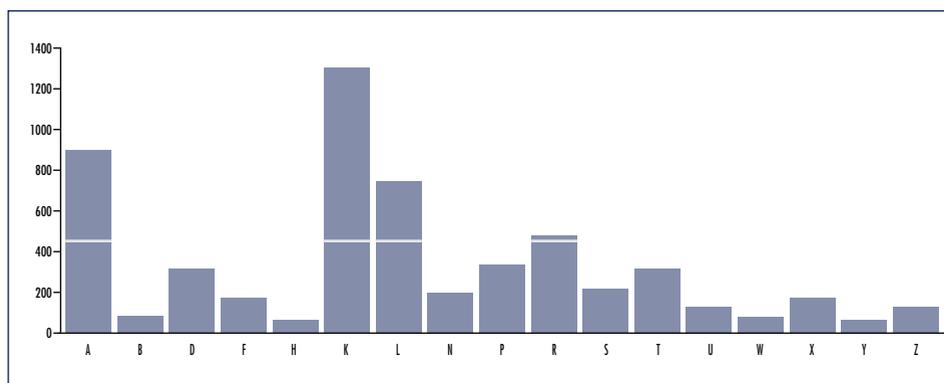


FIGURA 2 - Distribuição dos motivos de consulta por Capítulos da ICPC, na média dos 3 anos.

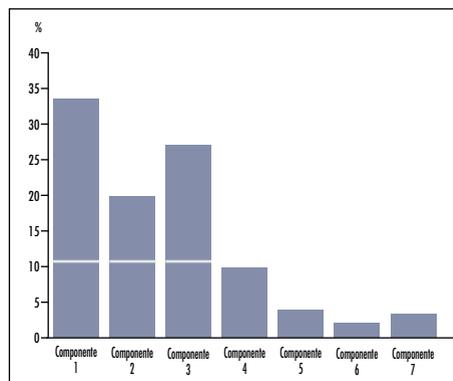


FIGURA 3 - Distribuição dos motivos de consulta pelos Componentes da ICPC, na média dos 3 anos.

os capítulos «K», «A» e «L». Entre os 15 e os 44 anos, o capítulo «W» surge em 3.º posição. Da análise mais pormenorizada do Quadro II evidencia-se o seguinte:

- Até aos 14 anos de idade destacam-se os motivos «gerais e inespecíficos» e

do «aparelho respiratório» com conjuntamente 65% de todos os motivos deste escalão etário.

- Dos 15 aos 44 anos, verifica-se ainda preponderância dos principais motivos do escalão etário anterior (30.0%) seguidos dos relacionados com a mulher em idade fértil (11.0%). A partir dos 25 anos é já assinalável a presença de queixas do «sistema músculo-esquelético» (15.6% de todos os motivos do respectivo subgrupo etário – 25-44 anos).
- Depois dos 45 anos são as razões de procura referentes ao «aparelho circulatório» que ocupam destacadamente o primeiro lugar (28.5%), seguidas do capítulo «gerais e inespecíficos» (15.1%) e do «sistema músculo-esquelético» (13.4%).

Os **vingte primeiros motivos de consulta** (Quadro III) representam um pouco mais de metade (52.31%) de to-

QUADRO II

PARTIÇÃO DOS CAPÍTULOS DA ICPC PELOS GRUPOS ETÁRIOS*

0-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65-74		>75	
A	14	A	30	A	59	L	122	K	392	K	391	K	452
R	15	R	19	R	55	A	117	L	290	A	170	A	256
D	5	D	5	W	27	W	90	A	230	L	162	L	130
F	1	P	4	L	30	R	88	P	148	T	126	R	85
H	1	L	5	D	20	P	64	R	144	R	82	P	76
L	1	F	2	S	18	D	56	D	125	P	68	T	59
N	1	H	2	N	15	S	50	T	103	D	60	D	54
P	1	S	3	P	14	X	46	X	86	U	40	N	49
S	1	T	2	X	13	K	45	S	50	F	38	F	46
T	1	Y	2	Y	6	U	21	U	49	S	38	S	42
U	1	B	1	U	5	N	19	N	43	N	30	U	36
B	0	K	1	K	4	Z	17	Z	37	X	21	B	10
K	0	N	1	T	4	Y	12	F	36	Z	13	H	10
W	0	U	1	B	3	T	11	H	14	H	8	Z	8
X	0	X	1	H	3	B	9	B	10	Y	5	Y	5
Y	0	Z	1	Z	2	F	8	Y	5	B	2	X	4
Z	0	W	0	W	0	H	8	W	0	W	0	W	0
42		80		281		783		1762		1254		1322	

* Média anual de 5524 motivos de consulta

QUADRO III

OS VINTE PRIMEIROS MOTIVOS DE CONSULTA

	Rúbrica ICPC	Motivos de Consulta	Valor Absoluto	%	Cumul.%
1	K31	Exame médico/avaliação de saúde/parcial	579	10,48	10,48
2	A50	Renovação de prescrição	429	7,76	18,24
3	K50	Renovação de prescrição	428	7,74	25,98
4	P50	Renovação de prescrição	179	3,24	29,22
5	R05	Tosse	177	3,20	32,42
6	T50	Renovação de prescrição	167	3,02	35,44
7	A60	Resultado de análises/procedimentos	159	2,87	38,31
8	L03	Sinais/sintomas lombares sem irrad.	93	1,68	39,99
9	L50	Renovação de prescrição	81	1,46	41,45
10	F50	Renovação de prescrição	72	1,30	42,75
11	A03	Febre	71	1,28	44,03
12	L62	Procedimento administrativo	67	1,21	45,24
13	L20	Sinais/sintomas múltiplos das artic.	61	1,10	46,34
14	T60	Resultado de análises/procedimentos	59	1,06	47,40
15	R21	Sinais/sintomas da garganta	56	1,01	48,41
16	A62	Procedimento administrativo	54	0,97	49,38
17	N17	Vertigem/Tontura/Excl H82	53	0,95	50,33
18	L01	Sinais/sintomas do pescoço	47	0,85	51,18
19	P01	Sensação de ansiedade/nervosismo	32	0,57	51,75
20	P62	Procedimento administrativo	31	0,56	52,31
		Totais	2895	52,31	
		Restantes motivos	2629	47,69	

dos os motivos registados. Referem-se maioritariamente a pedidos de renovação de prescrição de medicamentos (24,5%) dos capítulos geral e inespecífico, circulatório, psicológico, endócrino, metabólico e nutricional, músculo-esquelético e visão. As avaliações parciais do aparelho circulatório resultam quase exclusivamente da vigilância da pressão arterial (10,5 %). O padrão «KALRP» está incluído também nos vinte primeiros motivos de consulta.

DISCUSSÃO

O número de mulheres utilizadoras é 20% superior ao dos homens e a média de motivos de consulta por utente é também maior no sexo feminino. Tal parece ser justificado pela procura de cuidados relacionados com a idade fér-

til, nomeadamente com a contraceção, o planeamento familiar, a gravidez, o parto e o puerpério. Nas mulheres idosas, é de referir o aumento da morbidade inerente ao processo de envelhecimento e os aspectos do isolamento social decorrentes da viuvez.

Considerando os 17 capítulos da ICPC, observa-se que os motivos de consulta se distribuem por todos eles, o que demonstra o largo espectro de queixas, sintomas e pedidos que os utentes apresentam ao seu médico de família.

Na distribuição dos motivos pelos capítulos identifica-se o padrão geral «KALRP», que os relaciona, em termos de frequência, com motivos do aparelho circulatório, gerais e inespecíficos, do sistema músculo-esquelético, do aparelho respiratório e do foro psicológico.

Este padrão da média dos três anos variou nos anos respectivos, de 1997 a

1999, do seguinte modo: «KLPAR», «KALRD», «KALRT» (Fig. 4). Além de razões relacionadas com a diferente apresentação dos motivos pelos utentes, os critérios de codificação das rúbricas tiveram também influência nesta variação. Verificou-se uma maior homogeneidade na codificação à medida que aumentava a experiência do autor.

rem à consulta por motivos largamente coincidentes (Fig.5).

Braun¹² que comparou investigações suas na Alemanha e Austria com as de investigadores de outros países europeus, formulou o postulado de que indivíduos em condições de vida semelhantes consultam o médico de família por razões idênticas. Noutros contextos

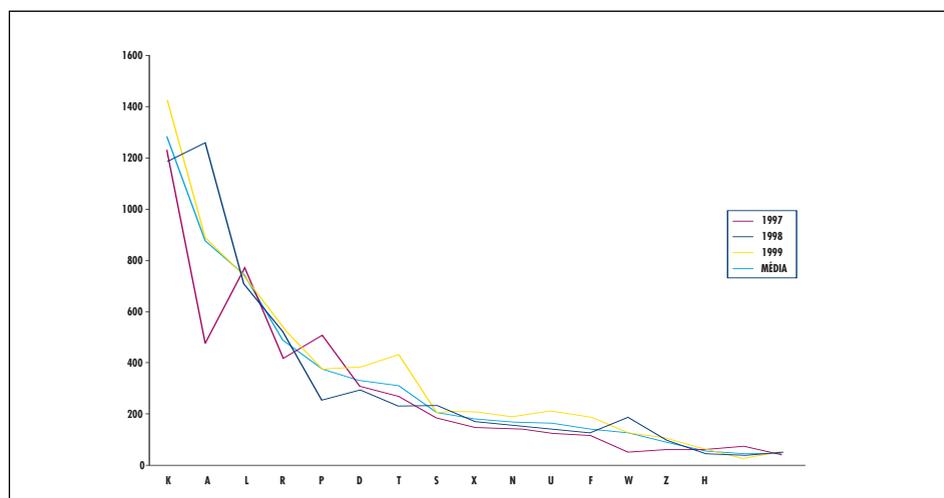


FIGURA 4 - Distribuição anual e média dos 3 anos dos motivos de consulta pelos Capítulos da ICPC.

Dos estudos de fiabilidade da ICPC são conhecidas divergências entre vários observadores ao nível das rúbricas⁹. No nosso caso, as divergências tiveram lugar no mesmo observador. Daí a necessidade destes estudos terem a duração de, pelo menos, três anos^{10,11}.

O padrão geral «KALRP» engloba 68% da média anual de todos os motivos de consulta. Jordão⁴ encontrou um valor semelhante em todos os tipos de centro de saúde em que os utentes foram inquiridos, na Zona Sul do Continente: rural, urbano em meio rural, urbano em meio industrial, grande cidade. A comparação do colectivo dos utentes da nossa consulta (Extensão do Estoril do Centro de Saúde de Cascais – tipo grande cidade) com os dos centros de saúde atrás referidos parece fundamentar que os utentes dos médicos de família recor-

sócio-económicos e culturais, os motivos de procura dos cuidados primários de saúde são diferentes, como se verificou em ensaios de campo em países de várias regiões do mundo^{13,14} e também em estudos envolvendo comunidades multiculturais no mesmo país europeu¹⁵.

Na análise do cruzamento dos capítulos com os componentes, verifica-se que os pacientes frequentam a consulta, em primeiro lugar, com «sinais e sintomas». Por aparelhos e sistemas, o respiratório e ouvidos (infecções gripais!) são os mais frequentes, seguindo-se o sistema nervoso, a pele, o músculo-esquelético e os aparelhos digestivo, genital masculino e urinário. Isto sugere que os utentes visitam o seu médico de família prioritariamente por razões de doença aguda solicitando deste uma in-

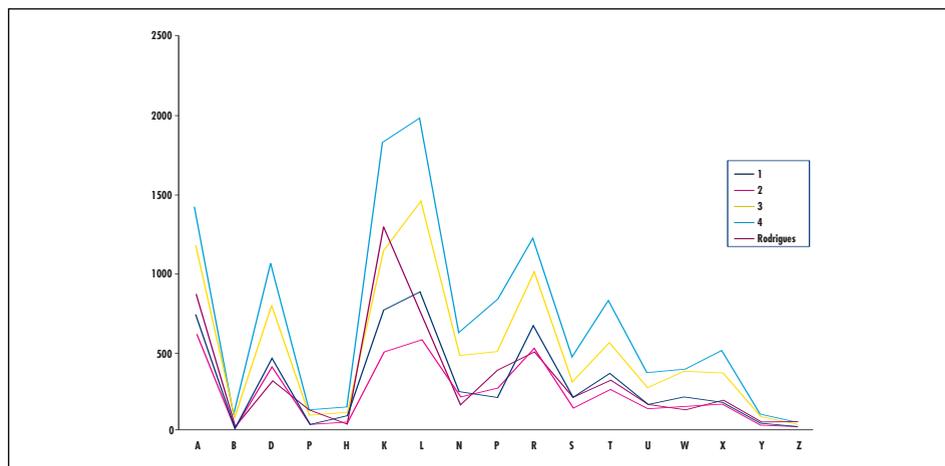


FIGURA 5 - Distribuição dos motivos de consulta por Capítulos da ICPC na nossa consulta e nos centros de saúde inquiridos por Jordão⁴: 1 - rural, 2 - urbano em meio rural, 3 - urbano em meio industrial, 4 - grande cidade.

tervenção curativa. A forma pouco definida como os utentes expressam, por vezes, os motivos de procura está expressa no valor relativamente elevado (15.7%) dos sinais e sintomas gerais e inespecíficos (Componente 1). É evidente que os «problemas sociais» pertencem quase exclusivamente a este componente.

A renovação da prescrição de medicamentos (Componente 3) é bastante frequente no psicológico (ansiolíticos e indutores do sono), endócrino, metabólico e nutricional (diabetes mellitus tipo 2 e dislipidémias), no geral e inespecífico e no aparelho circulatório. É uma grande carga de cronicidade e multimorbilidade a caracterizar a vertente preventiva da actividade do médico de família.

Aliás, esta actividade de promoção de saúde e prevenção da doença está também expressa no 3º como componente mais registado – procedimentos diagnósticos e preventivos (Componentes 2). Os dois valores mais elevados relacionam-se com a vigilância materna e com o aparelho circulatório (vigilância da pressão arterial).

Como seria de esperar, identificam-se padrões diferentes conforme os agrupamentos etários considerados.

Em termos quantitativos, nos mais jovens destacam-se as queixas gerais e inespecíficas e as do aparelho respiratório, situação compatível com as necessidades especiais de saúde destes utentes, que incluem a promoção da saúde e prevenção da doença. Nos mais idosos predominam as referentes ao aparelho circulatório e ao sistema músculo-esquelético, enquanto que nas idades intermédias sobressaem os referentes à mulher em idade fértil. Deste modo, parece haver coerência entre a progressão etária e os motivos de consulta.

O estudo confirmou a percepção do padrão de cuidados em MGF que tinhamos da nossa prática diária. Com uma população e um período de tempo bem definidos, dados estatísticos colhidos por rotina e classificados com a ICPC, julgamos poder afirmar que a informação obtida assume particular importância para a caracterização da morbilidade na nossa consulta.

Os resultados anteriormente comentados sobre os motivos de consulta parecem também confirmar a relevância do seu estudo para a compreensão e qualificação da prática da MGF. Assim, a informação obtida da sua análise global e dos padrões identificados permite identificar necessidades de

saúde nos vários grupos etários:

Na *criança*, as especiais necessidades que incluem essencialmente a promoção da saúde e prevenção da doença.

No *adulto*, as actuações em saúde relacionadas com a situação laboral, a pré-reforma e com a morbilidade dos homens idosos. A identificação de actividades relacionadas com a saúde na idade fértil, com situações laborais e de pré-reforma e com a morbilidade própria das mulheres idosas e a viuvez.

O padrão geral de consulta identificado sugere uma vertente importante de multimorbilidade crónica, em especial do aparelho circulatório, sistema músculo-esquelético, sistema endócrino, metabólico e nutricional e do foro psicológico.

Em termos globais e com base nos resultados obtidos, pode afirmar-se que a nossa prática de médico de família é semelhante, no que respeita aos aspectos gerais, às práticas caracterizadas por outros investigadores^{4,5}, observando mais utentes do sexo feminino, sobretudo adultos entre os 45 e os 64 anos e onde sobressaem as actividades relacionadas com a intervenção curativa e os aspectos promocionais de saúde e preventivos da doença.

Finalmente, é lícito concluir que a codificação dos motivos de consulta, segundo a metodologia da ICPC, permite a identificação de padrões de procura de consultas em cuidados primários. Parece ser, no entanto, insuficiente como metodologia de registo de informação clínica^{16,17}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. ICPC-2, Classificação Internacional de Cuidados Primários, segunda edição. Lisboa: APMCG; 1999
2. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pract* 1998; 15: 1-8
3. Shanahan R. Why do people visit their GPs? *Forum* (Irlanda) 1998; 15: 18-21
4. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado (Dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina; 1995
5. APMCG Grupo de trabalho da Classificação ICPC. Novos Episódios em Clínica Geral 1989-1990. *Rev Port Clin Geral* 1992; 9: 98-102
6. Costa JM, Costa AM. Motivos de consulta. Estudo comparativo. *Rev Port Clin Geral* 1995; 12: 267-79
7. Tavares MG. Caracterização dos motivos de consulta em Clínica Geral/Medicina Familiar. *Rev Port Clin Geral* 1997; 14: 198-206
8. Britt H, Meza RA, Del Mar C. Methodology of morbidity and treatment data collection in general practice in Australia: a comparison of two methods. *Fam Pract* 1996; 13: 462-7
9. Britt H, Angelis M, Harris E. The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection systems. *Scand J Prim Health Care* 1997; 16: 50-55
10. Danninger H. Fünfjahresstatistik (1991-1996) einer österreichischen Allgemeinpraxis. Teil II: Methode der statistischen Erfassung. *Der Allgemeinarzt* 1997; 18: 1716-8
11. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. *Fam Pract* 1992; 9:330-9
12. Braun RN, Haber P. Das Fällverteilungsgesetz. *Der Allgemeinarzt* 1998; 19: 1849-60
13. Lamberts H, Meads S, Wood M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification (RFEC). *Med Sociale Preventive* 1985; 30: 80-7
14. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, eds. The International Classification of Primary Care in the European Community: with Multi-Language Layer. Oxford: Oxford University Press; 1993
15. Versluis-van Winkel SY, Bruijnzeels MA, Lo Fo Song SH, van Suijlekom-Smit LW, van der Wouden JC. No difference in frequency of family practitioner consultation by Turkish, Surinam and Moroccan 0-14-year-old children from Dutch children, but difference in reason for contact. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996; 140: 980-4
16. Britt H. A new coding tool for computerised clinical systems in primary care – ICPC plus. *Aust Fam Physician* 1997; 26 Suppl 2: 79-82
17. Portella E, Juncosa S, Bolibar B. Motivos de consulta y problemas activos. Una clave para la comprensión de la información en atención primaria. *Gac Sanit* 1992; 6: 216-9

Recebido em 21/06/00
Aceite para publicação em 07/12/00

Endereço para correspondência:

J. Gabriel Rodrigues
Rua Laura Alves, Lote 7, 2º Dto
Alto do Murtal
2775 – 114 Parede

WHY DO PATIENTS CONSULT THEIR FAMILY DOCTOR?**ABSTRACT**

Objectives: To characterise the general/family practice consultation by coding reasons for encounter.

Type of study: Observational, cross-sectional, population-based.

Site: Cascais Health Centre - Estoril Outpost.

Population: Annual average of 721 actively consulting patients.

Methods: For three years between April 1997 and March 2000, the reasons for encounter were recorded up to a maximum of four per encounter. The International Classification of Primary Care (ICPC) was used.

Results: a) A "KALRP" general pattern of reasons for encounter was identified on average for the five most frequent ICPC Chapters. b) As for age groups, chapters "A" and "R" are the two most frequent for those aged 24 years or younger, whereas from 45 years of age chapters "K", "A" and "L" predominate.

Conclusions: Different patterns were found according to age groups, which seems to reflect a coherent relationship between age progression and reasons for encounter. The general morbidity pattern found apparently depicts a practice where both curative and preventive and health promotion interventions stand out.

Key-words:

Reasons for Encounter; Coding of Reasons for Encounter (ICPC); Characterisation of general/family practice consultations.