



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CLARISSE CALÇA COELHO

***Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar – tendência
evolutiva na última década na região Centro de Portugal***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

NOVEMBRO/2020

Trabalho final do 6ª ano do Mestrado Integrado em Medicina com vista à atribuição do grau de Mestre em Medicina

**MOTIVOS DE CONSULTA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR –
TENDÊNCIA EVOLUTIVA NA ÚLTIMA DÉCADA NA REGIÃO CENTRO
DE PORTUGAL**

Artigo Científico Original

Autores:

Clárisse Calça Coelho ¹

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago ²

¹ Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina
Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
clarissecalca@hotmail.com

² Professor associado com agregação
Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
lsantiago@uc.pt

ÍNDICE

Lista de abreviaturas	4
Resumo.....	5
Abstract.....	6
Introdução	7
Material e Métodos.....	9
Resultados	10
Discussão.....	13
Agradecimentos	18
Bibliografia	19

Lista de abreviaturas

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS: Administração Regional de Saúde

CSP: Cuidados de Saúde Primários

ICPC: *International Classification for Primary Care*

ICPC-2: *International Classification for Primary Care* na segunda edição

MC: Motivo de consulta

MF: Médico de família

MGF: Medicina Geral e Familiar

RC: Registos clínicos

RMOP – SOAP: Registo médico orientado por problemas

SNS: Serviço Nacional de Saúde

Resumo

Introdução: Os motivos de consulta traduzem a razão pela qual um doente procura os cuidados de saúde, podendo ser classificados pela *International Classification for Primary Care* (ICPC-2). O conhecimento do motivo que traz um doente à consulta fornece dados importantes para investigação, permitindo caracterizar a morbilidade e avaliar como está a ser feita a codificação pelos médicos de família, melhorando, por conseguinte, a abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. Adicionalmente, permitem praticar uma medicina centrada no doente e criar associações que ajudam no raciocínio clínico e diagnóstico.

Material e métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal em dados obtidos de 3 Agrupamentos de Centros de Saúde da área de abrangência da Administração Regional de Saúde do Centro, seleccionados aleatoriamente, nos anos de 2010, 2012, 2014, 2016 e 2018. Os dados obtidos estavam organizados por sexo, continham o número total de consultas, o número de consultas com classificação ICPC-2 em S do SOAP, e os capítulos ICPC-2 registados em S do SOAP. Realizou-se estudo estatístico descritivo e das dinâmicas de crescimento.

Resultados: Foi analisado um total de 12569898 consultas. Do total de consultas, a proporção com motivo de consulta classificado por ICPC-2 foi 5,3%, variando este valor em onda ao longo dos anos estudados. Os capítulos mais classificados em todos os anos de estudo foram, por ordem decrescente, A (15,4%), L (11,3%), D (10,3%), R (8,4%), S (9,7%) e K (7,9%). Os capítulos menos classificados em todos os anos de estudo foram, por ordem crescente, Z (1,6%), Y (1,7%), B (1,9%), W (2,1%), H (2,9%) e N (3,7%). O capítulo Z registou a maior dinâmica de crescimento de 2010 para 2018 (1,15).

Discussão e conclusão: Os resultados obtidos neste estudo permitem perceber que os motivos de consulta registados na região Centro se mantiveram constantes ao longo da última década. Verificou-se que os médicos de família codificam pouco os motivos de consulta com a classificação ICPC-2. A avaliação da proporção por cada capítulo realçou a importância da Medicina Geral e Familiar como porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde. O capítulo Z foi o capítulo que registou maior aumento na classificação com o decorrer dos anos em estudo. Fatores económicos e legislativos parecem ter influência na procura de cuidados de saúde. A conformidade verificada nos resultados de estudos nacionais e internacionais comprova que, ao redor do mundo, os doentes procuram o seu médico de família por motivos idênticos.

Palavras-chave: Motivos de Consulta; ICPC-2; Cuidados de Saúde Primários; Medicina Geral e Familiar

Abstract

Background: The reason for encounter reflects the cause why a patient seeks medical care and can be classified by the *International Classification for Primary Care* (ICPC-2). Knowing why a patient is seeking care provides important data for research, allowing to characterize morbidity and evaluate how the codification is being made by general practitioners, thus improving the approach in Primary Care. In addition, they allow the practice of patient-centered medicine and create associations that help with clinical reasoning and diagnosis.

Material and methods: A cross-sectional observational study was carried out on data obtained from 3 Primary Health Centres Clusters in the area of the Regional Health Centre Administration, randomly selected, in 2010, 2012, 2014, 2016 and 2018. The data obtained were organized by gender, and contained the total number of consultations, the number of consultations with ICPC-2 classification in S of SOAP, and the ICPC-2 chapters registered in S of SOAP. A descriptive statistical study and growth dynamics were performed.

Results: A total of 12569898 consultations were examined. From the total number of consultations, the proportion of these consultations in which the reason for encounter was classified by ICPC-2 was 5.3%, varying this value in wave over the years under study. The top ranked chapters in all years of study were, in descending order, A (15.4%), L (11.3%), D (10.3%), R (8.4%), S (9.7%) and K (7.9%). The lowest ranked chapters in all years of study were, in increasing order, Z (1.6%), Y (1.7%), B (1.9%), W (2.1%), H (2.9%) and N (3.7%). Chapter Z recorded the highest growth dynamics from 2010 to 2018 (1.15).

Discussion and conclusion: The results obtained in this study show that the reasons for encounter in the Centre region have remained constant over the last decade. General practitioners do not codify the reasons for encounter with the ICPC-2 classification as much as they should. The evaluation of the proportion of each chapter highlighted the importance of General Practice as an entry point to the National Health Service. Chapter Z was the chapter that recorded the greatest increase in rank over the years under study. Economic and legislative factors seem to influence the demand for health care. Compliance with the results of national and international studies shows that, around the world, patients seek their general practitioner for similar reasons.

Keywords: Reasons for encounter; ICPC-2; Primary Care; General Practice

Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) pretendem assegurar proximidade de cuidados de saúde para com o doente, a sua família e a comunidade. (1) O primeiro contacto com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) surge, em regra, nos CSP, veiculado pela Medicina Geral e Familiar (MGF). O contacto poderá ser o primeiro, mas não será o último, graças ao cuidado contínuo, multidisciplinaridade e cooperação entre unidades de saúde; valências que, em conjunto com tantas outras, perfazem o papel do médico de família (MF). (2,3)

Dada a importância e a presença constante dos CSP, através da MGF, na vida do utente, é imprescindível estudar o que neles acontece.

O diagnóstico sempre esteve no centro das atenções para o conhecimento e gestão de cuidados de saúde. Mas, por detrás de um diagnóstico, estão vários acontecimentos vividos pelo doente que não podem ser ignorados. (4) Assumirmos que só o diagnóstico tem interesse é afastarmo-nos da pedra basilar da MGF, a medicina centrada no doente. (5) O recurso ao diagnóstico como meio exclusivo de informação tem sido posto em causa e outros meios têm suscitado interesse, como os motivos de consulta (MC). (2,4)

Os MC traduzem a razão pela qual um paciente procura os cuidados de saúde, e estes podem ser variados, desde sintomas ou preocupação com os mesmos, seguimento de doenças, pedido de exames complementares de diagnóstico, tratamento ou medicação, interesse em conhecer resultados de testes ou razões do foro administrativo. (6) A decisão de consultar o MF e o que traz o doente ao seu encontro estão envoltos numa experiência individual e muito dizem sobre ele.

O conhecimento do MC permite aplicar uma medicina centrada no doente, determinando uma resposta individualizada, que o doente tanto aprecia e que tanto influencia o sucesso terapêutico. (4) Em termos de investigação o conhecimento dos MC permite caracterizar a morbilidade em MGF, conhecendo os padrões que levam uma determinada população a procurar os CSP; permite inferir o valor preditivo de um sintoma para um determinado diagnóstico e o seu conhecimento tem também influência na dinâmica da consulta e permite avaliar como estão a ser feitos os registos pelo MF. É, portanto, uma ferramenta bastante útil para planeamento da promoção da saúde e prevenção de doenças, melhoria das unidades de CSP, e no estabelecimento de um programa de garantia de qualidade em MGF. (7–11)

Os registos clínicos (RC) em MGF são de valor inestimável, fazendo parte das competências do MF. (3) Para além de serem um instrumento informativo acerca da clínica do paciente e do processo de cuidados, são também uma ferramenta de investigação, de gestão e de observação do desenvolvimento da experiência clínica do médico. (12–14) O Registo Médico

Orientado por Problemas (RMOP – SOAP), foi proposto por Lawrence Weed nos anos 60 do século XX, como maneira de proceder ao RC, sendo o seu uso ainda recomendado na atualidade. (14,15) Ao utilizar o SOAP, permite-se um fio de condução lógico ao longo da consulta; em S classificamos o “Subjetivo”, em O o “Objetivo”, em A a “Avaliação” e em P o “Plano”. Em Portugal, os RC são feitos maioritariamente em formato eletrónico, dada a informatização quase total dos CSP. Todas as aplicações informáticas de RC implementadas nos CSP utilizam a *International Classification for Primary Care* (ICPC), na versão atual (ICPC-2), como sistema de codificação. (6)

A ICPC foi criada pela WONCA (*World Organization of Family Physicians*) em 1987, tendo sofrido uma segunda versão (ICPC-2) em 1998. Foi desenvolvida como uma forma de classificação própria para utilização nos CSP. A sua estrutura assenta em dois eixos, num deles estão presentes 17 capítulos, cada um com um código alfa, e no outro 7 componentes, com rúbricas numeradas por códigos de dois dígitos. A ICPC permite classificar motivos de consulta, diagnósticos e problemas, podendo ser utilizada em concordância com o RMOP – SOAP. (6,16)

A classificação dos MC por ICPC-2 promove uniformidade nos RC, o que em termos de investigação garante dados passíveis de serem comparados. O MC codificado em ICPC-2 deve ser o mais próximo possível do MC expresso pelo doente, e não deve ser inferido pelo médico. (7) Para garantir a qualidade dos estudos devemos assegurar que os MF utilizadores desta classificação a sabem usar e aplicar na prática clínica. Estudos em Portugal vieram alertar acerca da insatisfatória codificação com ICPC-2, sendo de interesse investir em formação na área. (17).

Em Portugal há um grande desconhecimento dos motivos que trazem o doente à consulta, sendo escassos os estudos realizados na área (10,11). Já no estrangeiro, observa-se um interesse crescente em torno desta temática, contribuindo vários países ao redor do mundo para o conhecimento dos MC. (18–24) A pertinência deste tema suscitou o desenvolvimento deste trabalho.

O objetivo do presente estudo foi a análise dos MC classificados com ICPC-2 na componente S (Subjetivo) do método SOAP por MF na região geográfica do Centro de Portugal, ao longo da última década. Presumiu-se que os MC seriam diferentes consoante os anos em estudo, supondo-se uma dinâmica de crescimento positiva em relação à quantidade de consultas com uso da classificação ICPC-2.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal em dados fornecidos em formato eletrónico pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro após pedido e parecer positivo da *Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro*. Foi respeitado o anonimato em relação aos dados em questão, não sendo possível inferir por qualquer dado de que pessoa se tratava.

Para o presente estudo foi considerado como MC o que foi registado com a classificação ICPC-2 na componente S (Subjetivo) do SOAP.

Os dados, organizados por sexo, continham o número total de consultas, o número de consultas com classificação ICPC-2 em S do SOAP, e os capítulos ICPC-2 registados em S do SOAP em todas as consultas realizadas em 2010, 2012, 2014, 2016 e 2018 em três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da área de abrangência da ARS do Centro, que assim constituíram a amostra.

Os ACES foram selecionados de modo aleatório em função da representatividade geográfica quanto à sua localização do litoral para o interior da região Centro. No litoral dispúnhamos de 3 ACES (Pinhal Litoral, Baixo Mondego e Baixo Vouga) sendo sorteado Baixo Mondego. No médio-interior dispúnhamos de 3 ACES (Dão Lafões, Pinhal Interior Norte e Pinhal Interior Sul), sendo sorteado Dão Lafões. No interior dispúnhamos de 3 ACES (Guarda, Cova da Beira e Beira Interior Sul), sendo sorteado Cova da Beira.

Para efeitos de obtenção de resultados, realizou-se estudo estatístico descritivo e das dinâmicas de crescimento em função da classificação ICPC-2 registada em S de SOAP em relação à proporção de consultas com motivo classificado em cada ano.

Resultados

Para o conjunto de anos estudados (2010, 2012, 2014, 2016, 2018) foi analisado um total de 12569898 consultas, sendo 672004 as consultas com MC classificado por ICPC-2 (5,3%).

Segundo a tabela 1:

Verifica-se uma diminuição acentuada do número total de consultas de 2010 para 2012; nos anos do período intermédio, 2014 e 2016, o número total de consultas manteve-se constante, verificando-se de novo subida no ano de 2018.

O sexo feminino é o maior consumidor de consultas em todos os anos observados neste estudo, no entanto, quanto ao sexo masculino não tem diferença significativa $p=0,999$ (Kruskal Wallis).

A proporção de consultas com MC classificado variou em onda ao longo dos anos, tendo o seu pico máximo em 2010 (6,1%), diminuindo acentuadamente em 2012 (4,4%), começando a aumentar progressivamente em 2014 (5,0%) e 2016 (5,7%), e voltando a diminuir em 2018 (5,4%).

Tabela 1: Números totais de consultas por ano e sexo, número de consultas com motivo de consulta classificado segundo ICPC-2 por ano e sexo e a sua proporção por ano e sexo.

Ano	Total de consultas			Total de consultas com MC classificado			Proporção de consultas com MC classificado (%)		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
2010	1112188	1715899	2828087	75275	96994	172269	6,8	5,6	6,1
2012	994624	1509103	2503727	49352	61716	111068	5,0	4,1	4,4
2014	939335	1417280	2356615	52313	65772	118088	5,6	4,6	5,0
2016	946484	1422974	2369458	60134	74867	135001	6,4	5,3	5,7
2018	1005740	1506271	2512011	60470	75108	135578	6,0	5,0	5,4

Na Tabela 2 podemos observar a classificação por capítulo de ICPC-2 em S de SOAP pelos respetivos anos.

Há uma constância na frequência média da classificação dos capítulos A (Geral e Inespecífico) (15,4%), L (Sistema Músculo-Esquelético) (11,3%) e D (Sistema Digestivo) (10,3%), sendo estes os mais classificados em todos os anos estudados. Os capítulos R (Sistema Respiratório) (8,4%), S (Pele) (9,7%), e K (Aparelho Circulatório) (7,9%) são os seguintes mais classificados em todos os anos. Identifica-se um padrão geral «ALDSRK» em

todos os anos à exceção de 2010, no qual o capítulo R foi mais classificado que o capítulo S, mantendo-se os restantes capítulos com a mesma ordem.

Quanto aos capítulos menos classificados, verifica-se também uma invariabilidade ao longo dos anos estudados. Ordenados por ordem crescente de frequência média, Z (Problemas Sociais) (1,6%), Y (Aparelho Genital Masculino) (1,7%), B (Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço) (1,9%), W (Gravidez e Planeamento Familiar) (2,1%), H (Ouvido) (2,9%) e N (Sistema Neurológico) (3,7%) são os capítulos menos classificados em todos os anos. Ao contrário do verificado nos capítulos mais classificados, não há nenhum padrão organizacional que perpetue ao longo dos anos em estudo.

Tabela 2: Número de classificações por Capítulo ICPC-2 em S de SOAP por ano, proporção por capítulo ICPC-2 pelo total de capítulos ICPC-2 classificados por ano e respetiva média segundo proporção de Capítulo ICPC-2 nos anos estudados.

Capítulo ICPC-2	Total geral por ano (n)					Proporção capítulo ao total dos capítulos por ano (%)					Média (%)
	2010	2012	2014	2016	2018	2010	2012	2014	2016	2018	
A	30465	17136	17402	19571	20265	17,7	15,4	14,7	14,5	14,9	15,4
B	2513	2242	2488	2895	2552	1,5	2,0	2,1	2,1	1,9	1,9
D	18535	11367	12026	13581	13671	10,8	10,2	10,2	10,1	10,1	10,3
F	6446	4456	4641	5222	5339	3,8	4,0	3,9	3,9	3,9	3,9
H	4996	3193	3356	3972	4016	2,9	2,9	2,8	2,9	3,0	2,9
K	12629	9093	9527	10755	10516	7,3	8,2	8,1	8,0	7,8	7,9
L	20972	12230	13167	14906	14995	12,2	11,0	11,2	11,0	11,1	11,3
N	5657	4037	4376	5211	5198	3,3	3,6	3,7	3,9	3,8	3,7
P	8454	5965	6753	7753	7573	4,9	5,4	5,7	5,7	5,6	5,5
R	15985	9104	9642	11298	11029	9,3	8,2	8,2	8,4	8,1	8,4
S	15975	10908	11534	12779	13454	9,3	9,8	9,8	9,5	9,9	9,7
T	8207	5961	6504	7654	7625	4,8	5,4	5,5	5,7	5,6	5,4
U	7854	4870	5229	5780	5836	4,6	4,4	4,4	4,3	4,3	4,4
W	3208	2345	2430	3081	2944	1,9	2,1	2,1	2,3	2,2	2,1
X	6449	4466	4839	5440	5429	3,7	4,0	4,1	4,0	4,0	4,0
Y	2373	1910	2125	2528	2506	1,4	1,7	1,8	1,9	1,8	1,7
Z	1551	1784	2044	2574	2629	0,9	1,6	1,7	1,9	1,9	1,6

De acordo com a Tabela 3 podemos observar como variou a proporção de capítulos ao longo dos anos em estudo.

De 2010 para 2012 verifica-se uma dinâmica de crescimento positiva com destaque para os capítulos Z (0,78), B (0,38), Y (0,25), W (0,13), T (0,13), K (0,12) e N (0,11). Nos capítulos com dinâmica de crescimento negativa sobressai o A (-0,13), o R (-0,12) e o L (-0,10).

De 2012 até 2018, apenas ressalta a dinâmica de crescimento positiva do capítulo W de 2014 para 2016 (0,11), a dinâmica de crescimento negativa do capítulo B de 2016 para 2018 (-0,12) e a dinâmica de crescimento positiva de Z em todos os intervalos de anos – 2012 a 2014 (0,08), 2014 a 2016 (0,10) e 2016 a 2018 (0,02).

De 2010 para 2018, os capítulos com uma maior dinâmica de crescimento positiva foram o Z (1,18), o Y (0,34), o B (0,29), o T (0,18), o W (0,17), o N (0,17) e o P (0,14). Já nos capítulos com uma dinâmica de crescimento negativa destacaram-se o A (-0,15) e o R (-0,12).

Tabela 3: Dinâmica de crescimento por capítulo ICPC-2 em S de SOAP e por ano face ao total de classificações de motivos de consulta para cada ano.

Capítulo ICPC-2	Dinâmica de crescimento (Δ)				
	10-12	12-14	14-16	16-18	10-18
A	-0,13	-0,04	-0,02	0,03	-0,15
B	0,38	0,04	0,02	-0,12	0,29
D	-0,05	0,00	-0,01	0,00	-0,06
F	0,07	-0,02	-0,02	0,02	0,05
H	-0,01	-0,01	0,04	0,01	0,02
K	0,12	-0,01	-0,01	-0,03	0,06
L	-0,10	0,01	-0,01	0,00	-0,09
N	0,11	0,02	0,04	-0,01	0,17
P	0,09	0,06	0,00	-0,03	0,14
R	-0,12	0,00	0,02	-0,03	-0,12
S	0,06	-0,01	-0,03	0,05	0,07
T	0,13	0,03	0,03	-0,01	0,18
U	-0,04	0,01	-0,03	0,01	-0,06
W	0,13	-0,03	0,11	-0,05	0,17
X	0,07	0,02	-0,02	-0,01	0,07
Y	0,25	0,05	0,04	-0,01	0,34
Z	0,78	0,08	0,10	0,02	1,15

Discussão

São escassos os estudos em Portugal que se dedicam ao conhecimento dos MC e nenhum se debruçou ainda sobre a tendência evolutiva dos mesmos em séries temporais. A importância deste trabalho apoia-se nestes pilares e os resultados obtidos fornecem-nos informações de relevo.

Este estudo veio clarificar que os MF não classificam por rotina os MC usando a classificação ICPC-2, sendo apenas 5,3% a proporção de consultas com o MC classificado no global dos períodos estudados. A existência de livros, artigos e folhetos explicativos (8,16,25,26) de um site de fácil navegação com sistema auxiliar de codificação, de cursos para Internos da Especialidade de MGF, bem como a própria familiarização com a classificação ICPC-2, faziam prever um aumento da frequência de uso desta classificação nas consultas, mas tal não acontece, oscilando o valor em onda ao longo do estudo. É fundamental incutir aos médicos a importância do uso da classificação, incentivando-os a codificar, com formação, estímulo e reconhecimento da atividade, e consciencializando-os acerca do efeito benéfico na área da investigação, sendo também uma fonte de informação epidemiológica e de apoio à autoformação.

O período de crise económica enfrentado pela Europa entre 2007 e 2013, teve um impacto negativo na saúde das populações que a vivenciaram, não só pelo impacto financeiro na economia das famílias, mas também pelas medidas de austeridade aplicadas ao setor da saúde. Portugal foi um dos países mais afetados, e as consequências revelam-se nos resultados deste estudo. (27)

De 2010 para 2012 verificou-se uma diminuição de 11% no número total de consultas realizadas. O aumento do valor das taxas moderadoras nas consultas de MGF nos CSP, em janeiro de 2012, com o objetivo de racionar a procura de cuidados de saúde, parece figurar esta diminuição de procura de cuidados. (28)

De 2016 para 2018 houve um aumento de 6% no acesso a consultas. Em maio de 2016, as taxas moderadoras aplicadas às consultas de MGF nos CSP sofreram uma diminuição de valor, (29) ao mesmo tempo que se verificou uma melhoria das condições financeiras das famílias (período pós-crise), o que parece originar este maior consumo de consultas.

O capítulo A foi o mais classificado, com uma média pelos anos de estudo de 15,4%, seguindo-se os capítulos L, D, S, R e K com média de proporções entre 7,9% e 11,3%. Podemos inferir com estes resultados que, apesar de o capítulo A ser o MC mais frequentemente indicado, os capítulos que se lhe seguem são classificados em semelhante proporção, o que traduz o propósito dos CSP – a porta de entrada do SNS para o doente e

as suas diversas patologias. (3) Supõe-se que a frequência com que o capítulo “Geral e Inespecífico” é classificado possa indicar que o doente tem dificuldade em expressar o verdadeiro motivo que o leva a procurar o MF e/ou que o MF não consiga traduzir o MC, sendo interessante do ponto de vista investigacional apurar estas correlações.

Os capítulos Z, Y, B, W, H e N são os menos classificados em todos os anos de estudo. A limitada codificação destes capítulos como MC pode alertar-nos para a hesitação do doente em indicá-los por serem capítulos delicados, pela dificuldade por parte do MF em investigar estes capítulos, ou pela menor representatividade destes capítulos na população.

Como referido anteriormente, 2010 para 2012 houve uma grande redução no número de consultas. O capítulo A registou uma dinâmica de crescimento negativa, contrastando com as dinâmicas de crescimento positivas dos capítulos Z, B, Y, W, T, K e N. Porventura, com a aplicação das taxas moderadoras em 2012, os doentes racionaram as idas aos CSP e priorizaram outros MC ao invés de “Gerais e Inespecíficos”. O capítulo R e L registaram uma dinâmica de crescimento negativa de destaque, não havendo, de momento, explicação para tal pelo que futuros trabalhos deverão ser desenvolvidos para a explicação destes resultados.

O capítulo Z é o capítulo correspondente aos Problemas Sociais e ao codificá-lo estamos a registar MC relacionados com “pobreza/dificuldades financeiras”, “problemas de desemprego”, “problemas com as condições de trabalho”, entre outros. Este capítulo teve uma dinâmica de crescimento positiva em todos os intervalos de anos em estudo, e é o capítulo com maior dinâmica de crescimento positiva de 2010 para 2018. Estudos anteriores (11) já previam este aumento de codificação, que se comprova nestes resultados. Durante a crise económica de 2007, a taxa de desemprego em Portugal aumentou de 7,6% em 2008 para 16,2% em 2013, estando em conformidade com a dinâmica de crescimento positiva do capítulo Z de 2010 para 2012 (0,78). A partir de 2014 a taxa de desemprego começou a diminuir e em 2018 atingiu o valor de 7,0% (30); os valores da dinâmica de crescimento do capítulo Z também decresceram, registando-se de 2016 para 2018 o valor mais baixo para este capítulo (0,02).

O capítulo P (Psicológico), está em harmonia com esta temática. Estudos anteriores (27) vieram mostrar que “períodos de recessão económica contribuem para uma maior frequência de problemas de saúde mental”, havendo uma correlação positiva entre a taxa de desemprego e a depressão. Os nossos resultados corroboram os encontrados neste estudo, verificando na classificação do capítulo P uma dinâmica de crescimento positiva de 2010 para 2012 (0,09) e de 2012 para 2014 (0,06), e aquando do período de recuperação económica, a partir de 2014, uma dinâmica de crescimento nula (0,00) de 2014 para 2016 e negativa (-0,03) de 2016 para 2018.

O aumento da classificação dos capítulos Z e P e a correlação com períodos de crise económica tornam a reflexão sobre este assunto imperativa. Estes resultados devem impulsionar a tomada de medidas preventivas que possam atenuar o impacto de uma futura crise na saúde dos portugueses. O facto de o capítulo Z ser mais classificado que o capítulo P indica que os MF reconhecem a presença dos fatores sistémicos – problemas sociais – que poderão estar na origem de problemas psicológicos, e não apenas a patologia sistémica em si. Estas conclusões refletem a relação entre o profissional de MGF e o contexto holístico da sua prática.

O capítulo B (Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Linfáticos) destacou-se com uma dinâmica de crescimento positiva de 2010 para 2012 (0,38), no entanto, de 2016 para 2018 registou uma dinâmica de crescimento negativa (-0,12). Não se encontram justificações, de momento, para estes resultados, sendo necessário um estudo mais aprofundado sobre esta temática.

O capítulo Y (Órgãos Genitais Masculinos) teve uma dinâmica de crescimento positiva de 2010 para 2012 (0,25) e foi também um dos capítulos com maior dinâmica de crescimento de 2010 para 2018 (0,34), o que o sobressaiu. Um estudo debruçado sobre este capítulo catalogando os doentes por idade terá utilidade para interpretar estes resultados.

O capítulo W (Gravidez e o Planeamento Familiar) teve dinâmicas de crescimento importantes de 2010 para 2012 (0,13) e de 2014 para 2016 (0,11), sendo inclusive dos capítulos com maior dinâmica de crescimento de 2010 para 2018 (0,17). Tal parece indicar uma maior preocupação do sexo feminino e do casal com a saúde sexual e planeamento familiar.

Em Portugal são escassos os estudos que se debruçam sobre a temática dos MC. Os trabalhos encontrados apenas reportam realidades locais e já estão algo desatualizados. Contudo, verificam-se inúmeras semelhanças com os resultados obtidos no presente estudo.

Um estudo realizado no distrito de Coimbra em 2010 por *Diogo Barreiro e Luiz Miguel Santiago* (11), indicou como MC mais classificados os capítulos A, L, K e W. Estes resultados estão em concordância com o nosso estudo à exceção do capítulo W, que foi dos menos registados no nosso estudo, mesmo no ano de 2010. Os capítulos menos classificados - B, H, Y e Z – são os mesmos encontrados no nosso trabalho.

J. Gabriel Rodrigues, num estudo realizado de 1997 a 1999 no Centro de Saúde de Cascais (Extensão Estoril) (10), identificou o padrão «KARLP» como MC. Verificam-se semelhanças nos resultados encontrados, excetuando-se a presença do capítulo P entre os mais classificados e o facto de o capítulo A não ser o mais codificado de entre todos os capítulos. A população do estudo deste autor indicou em maior número o capítulo P como MC do que a

população do nosso estudo, podendo o fator “localização geográfica” ter o seu peso neste resultado.

No estrangeiro, o destaque em redor dos MC começa a suscitar maior interesse nesta área de investigação verificando-se um aumento do número de trabalhos neste âmbito. (18–24) A conformidade com os nossos resultados é evidente, constatando-se que, ao redor do mundo, os doentes procuram o seu MF por motivos idênticos.

No entanto, também se verificam algumas diferenças. No Brasil (18), resultados comparados entre um estudo publicado em 2009 e outro em 2020 são muito semelhantes entre si e aos nossos, à exceção do capítulo W que é um motivo que gera maior procura de cuidados neste país. O capítulo A, o capítulo mais classificado no nosso estudo, não tem a mesma relevância em países como a Suíça (23) ou o Egipto (20). No que concerne ao capítulo P, este é frequentemente classificado na Dinamarca (19) como MC, e na nossa população, é um dos capítulos menos codificados.

As desigualdades encontradas podem-se prender com diferenças verdadeiramente imputáveis aos MC, devido à epidemiologia distinta ou às diferenças de organização dos serviços de saúde de cada país. As práticas de codificação podem também estar na origem de alguns resultados menos concordantes, bem como o fenótipo de cada população.

As limitações inerentes a este estudo estão essencialmente relacionadas com a codificação. Não temos conhecimento do número de MF que codificam com o ICPC-2 na sua prática clínica diária, nem da qualidade das suas classificações. O recurso a um ambiente protegido e selecionado de investigadores com experiência em codificação com ICPC-2, permitir-nos-ia uma classificação mais homogénea. Para enriquecer o trabalho, a agregação dos dados por faixa etária permitiria retirar conclusões interessantes acerca das tendências evolutivas de determinados capítulos ao longo dos anos em estudo. No entanto, salienta-se que o objetivo do trabalho era o conhecimento dos MC gerados pelos MF através dos RC por codificação ICPC-2.

Alguns trabalhos (7,31) argumentam pela não necessidade e mesmo pela não realização deste tipo de atividade pelos MF. Os presentes resultados permitem-nos discordar desta ideologia. O conhecimento dos MC da população em estudo permitiu-nos reconhecer a epidemiologia na região Centro de Portugal, e motivou-nos a refletir acerca das implicações económicas e legislativas na procura de cuidados de saúde por parte do doente, o que nos possibilitará atuar a nível preventivo com benefício para a Saúde Pública. A constatação do limitado uso da classificação ICPC-2 para codificar MC alertou-nos para necessidade de atuarmos sobre esta área, que permitirá melhorar a formação em MGF.

Em conclusão, verificou-se existir constância nos motivos que levaram a população da região Centro à consulta, durante a última década. Verifica-se uma maior procura de consultas por motivos relacionados com os capítulos A, L, D, R, S e K, e uma menor procura por capítulos como Z, Y, B, W, H e N. O capítulo de Problemas Sociais destacou-se ao ser o capítulo com maior aumento de codificação com o decorrer dos anos em estudo. No período estudado, a proporção de consultas com MC classificado por ICPC-2 foi baixa (5,3%), apresentado uma evolução em onda.

É importante o investimento na formação em classificação com ICPC-2, de modo a aumentar o número de médicos que fazem uso da classificação rotineiramente, bem como a qualidade das suas codificações. A abrangência deste estudo a outras áreas geográficas é pertinente, visto que, para além de escassos, os estudos em Portugal retratam apenas realidades locais. Devido à atual situação pandémica COVID-19 será importante reproduzir este mesmo estudo com dados mais recentes, nomeadamente a partir de março de 2020, de modo averiguar as consequências da pandemia na saúde da população portuguesa, prevendo-se uma dinâmica de crescimento positiva nos capítulos Z e P.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, por ter confiado em mim este trabalho e contribuído para ele com uma orientação exemplar, disponibilidade constante, revisão crítica e palavras de motivação.

Aos meus pais, pilares da minha formação, e ao meu irmão e família, pelo suporte.

Ao Fernando, por estar sempre presente.

Às minhas colegas e amigas, por todas as partilhas, incentivos e momentos de amizade.

Bibliografia

1. WHO, UNICEF. A vision for health care in the 21st Century. *Int Nurs Rev.* 1999;46(4):102–3.
2. Allen J et al. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar. *WONCA Eur.* 2002;64(9):2265–8.
3. André Coelho, Cláudia Vilares, Mariana Silva, Catarina Rodrigues, Marta Costa, Sara Gordicho. Perfil de competências do especialista em Medicina Geral e Familiar. *Colégio de Medicina Geral e Familiar* 2019 p. 262–76.
4. Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P, Van Boven K, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Why the “reason for encounter” should be incorporated in the analysis of outcome of care. Vol. 61, *British Journal of General Practice.* 2011. p. 839–41.
5. Schofield T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. *BMJ.* 1995;311(7019):1580.
6. Bentzen N, Bridges-Webb C. An international glossary for GENERAL/FAMILY PRACTICE. *Fam Pract.* 1995;12(3):267.
7. Pinto D. Classificar motivos de consulta e procedimentos com a ICPC na prática clínica? *Rev Port Clínica Geral.* 2012;28(4):247–8.
8. Granja M. Clube de Leitura: Impressos para Motivos de Consulta e Acções de Formação Médica sobre Identificação de Motivos de Consulta - Serão Eficazes? *Rev Port Clínica Geral.* 2006;22:653–5.
9. Soler JK, Okkes I, Oskam S, van Boven K, Zivotic P, Jevtic M, et al. An international comparative family medicine study of the transition project data from the netherlands, malta and serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titl. *Fam Pract.* 2012;29(3):283–98.
10. Rodrigues JG. Porque consultam Médico de Família ? *Rev Port Med Geral e Fam.* 2000.
11. Barreiro D, Santiago LM. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010. *Rev Port Clínica Geral.* 2013;29(4):236–43.
12. Granja M. Os registos dos médicos de família estão em perigo. *Rev Port Clínica Geral.* 2018;34(1):33–9.
13. Granja M, Outeirinho C. Registo médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. *Rev Port Clínica Geral.* 2018;34(1):40–4.
14. Weed LL. Medical records that guide and teach. In: *Clinical Problem Lists in the Electronic Health Record.* 2014. p. 19–44.
15. Queiroz MJ. SOAP revisitado. *Rev Port Clínica Geral.* 2009;25(2):221–7.
16. Administração Central do Sistema de Saúde. *Classificação Internacional dos Cuidados de Saúde Primários.* 2016;
17. Pinto D, Corte-Real S. Codificação com a classificação internacional de cuidados primários (ICPC) por internos de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clínica Geral.* 2010;26(4):370–82.
18. Chueiri PS, Gonçalves MR, Hauser L, Wollmann L, Mengue SS, Roman R, et al. Reasons for encounter in primary health care in Brazil. *Fam Pract.* 2020;37(5):648–54.

19. Moth G, Olesen F, Vedsted P. Reasons for encounter and disease patterns in Danish primary care: Changes over 16 years. *Scand J Prim Health Care*. 2012 Jun;30(2):70–5.
20. Aboulghate A. Patterns of disease presentation and management in Egyptian primary. *BMC Fam Pract*. 2013;
21. Rahman SF, Angeline R, Cynthia S, David K, Christopher P, Sankarapandian V, et al. International classification of primary care: An Indian experience. *J Fam Med Prim Care*. 2014;3(4):362.
22. Soler JK, Okkes I, Oskam S, van Boven K, Zivotic P, Jevtic M, et al. An international comparative family medicine study of the transition project data from the netherlands, malta and serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titl. *Fam Pract*. 2012;29(3):283–98.
23. Tandjung R, Hanhart A, Bärtschi F, Keller R, Steinhauer A, Rosemann T, et al. Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. *Swiss Med Wkly*. 2015;145(December):1–7.
24. Portella E, Juncosa S, Carrillo E, Bolibar B. Motivos de consulta y problemas activos. Una clave para la comprensión de la información en atención primaria. *Gac Sanit*. 1992;6(32):216–9.
25. Santiago LM. Contributo para a melhoria dos registos em consulta. Vol. 161, *Ordem dos Médicos*. 2015. p. 60–2.
26. Pinto D. O que classificar nos registos clínicos com a Classificação Internacional de Cuidados Primários? *Rev Port Clínica Geral*. 2015;31(2):144.
27. Coelho IL, Sousa-Uva M, Pina N, Marques S, Matias-Dias C, Rodrigues AP. Crise Económica em Portugal: Evolução da Incidência de Depressão e Correlação com o Desemprego. *Acta Med Port*. 2020;33(13):1–5.
28. Teixeira V, Macedo AM, Borges C, Carrapa S, China S, Cunha R. O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal. *Rev Port Clínica Geral*. 2016;32(6):376–86.
29. Ministérios das Finanças e Saúde. Portaria n.º 64-C/2016. *Diário da República* 2016;Nº 63(76):76–7.
30. Instituto Nacional de Estatística. Taxa de desemprego: total e por sexo (%) [Internet]. [Consultado a 22/11/2020]. Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)
31. Melo M. O uso da ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clínica Geral*. 2012;28(4):245–6.

