



ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE “MOTIVOS DE CONSULTA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR: TENDÊNCIA EVOLUTIVA NA ÚLTIMA DÉCADA NA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL”
SOME REFLECTIONS ABOUT “REASONS FOR ENCOUNTER IN GENERAL PRACTICE: EVOLUTIONARY TREND IN THE LAST DECADE IN CENTRAL PORTUGAL”

Caro editor,

Em Portugal, os computadores chegaram aos gabinetes dos médicos de família (MF) depois do ano de 2000 e o *software* necessário para fazer análise estatística da informação inserida por volta de 2010.¹ A partir desta data passou a ser muito fácil obter dados da nossa atividade. Não quer isto dizer que os registos clínicos eletrónicos equivalem a estar à distância de um click de conhecer a realidade das consultas de medicina geral e familiar (MGF)! Concretamente, não se podem retirar conclusões fiáveis da análise das classificações realizadas pelos MF, simplesmente porque poucos receberam treino formal na Classificação Internacional de Cuidados Primários (entre nós conhecida pela sua abreviatura em inglês – ICPC) e, conseqüentemente, poucos a dominam.²

Com este artigo³ ficámos a saber que aparentemente os MF classificam pouco os motivos de consulta (MC) (quer dizer, não sabemos se estariam antes a tentar classificar o item Subjetivo das notas de seguimento, o que é diferente!)² – 5,3%. E será que este pequeno volume de classificações está a ser feito pelos clínicos mais competentes em ICPC? À partida diria que a resposta é não, dado que o capítulo mais escolhido é o A («Geral e Inespecífico»), quando está preconizado que o MC registado deve ser o mais específico possível...²

Mas se uma das funções dos registos clínicos³⁻⁵ e da ICPC² é a investigação, como é que se pode garantir a qualidade da mesma quando se estudam classificações? Vislumbram-se dois caminhos possíveis. Ou se aposta na complexa capacitação generalizada dos MF, que implicaria recursos financeiros, disponibilidade de formadores, tempo dos MF, padronização e recertificação.² Correndo o risco dos MF se desviarem do seu principal objetivo bem como dos registos, que é a prestação de bons cuidados...⁴ Ou se recorre a uma bolsa de “médicos classificadores”,⁴ preparados (e já agora remunerados!) para o efeito, à semelhança do que acontece no hospital.

Para terminar, uma referência ao Capítulo Z, que não está só em último lugar no alfabeto! Considero que os «Problemas Sociais» estão envoltos num paradoxo. É que apesar de serem prevalentes na consulta de MGF,⁵ e de uma das características da especialidade ser a capacidade de se lidar com problemas de saúde em todas as suas dimensões (incluindo a social!),⁶ é o eterno esquecido na altura de classificar. Era interessante descobrir se o resultado seria o mesmo se se tivesse antes estudado a narrativa redigida pelo MF nos registos clínicos.

Paula Miranda¹

1. Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF VitaSaurium. ACeS Baixo Mondego. ARS Centro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yaphe J. Informática e comunicação médico-paciente [Computers and doctor-patient communication]. Rev Port Med Geral Fam. 2013;29(3): 148-9. Portuguese
2. Pinto D. O que classificar nos registos clínicos com a Classificação Internacional de Cuidados Primários? [What should we code in health records with the International Classification of Primary Care?]. Rev Port Med Geral Fam. 2014;30(5):328-34. Portuguese
3. Santiago LM, Coelho CC, Simões JA. Motivos de consulta em medicina geral e familiar: tendência evolutiva na última década na região Centro de Portugal [Reasons for encounter in general practice: evolutionary trend in the last decade in Central Portugal]. Rev Port Med Geral Fam. 2022;38(4):347-55. Portuguese
4. Granja M. Os registos dos médicos de família estão em perigo [Family practice records are in danger]. Rev Port Med Geral Fam. 2018;34(1): 33-9. Portuguese
5. Queiroz MJ. SOAP revisitado [SOAP revisited]. Rev Port Med Geral Fam. 2009;25(2):221-7. Portuguese
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) [The European definition of Family Medicine (General Practice/Family Medicine)]. Rev Port Med Geral Fam. 2005;21(5):511-6. Portuguese

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Paula Miranda

E-mail: paula.ricardo.miranda@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3213-5845>



Recebido em 11-10-2022

Aceite para publicação em 02-11-2022

RESPOSTA DOS AUTORES

Caro Editor da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar,

É com grande prazer científico que verificamos mais uma carta acerca do artigo publicado no último número da RPMGF.

Nesta carta são levantados alguns problemas, como o da qualidade das classificações, se estas representam o que de facto terá ficado escrito em notas, da sua frequência de realização, da possibilidade de a classificação poder ser causa de desvios de atenção na consulta, da baixa frequência da classificação no capítulo Z (que se refere ser intrínseca à nossa especialidade) e ainda da importância de *“descobrir se o resultado era o mesmo se se tivesse antes estudado a narrativa redigida pelo MF nos registos clínicos”*.

Como autores apenas nos podemos regozijar por ter

feito um trabalho que abre tão boas e ricas linhas de investigação.

O capítulo de problemas sociais e a sua classificação é inerente à área em que trabalhamos e que determina a procura que, sendo percebida, originará por certo redução de sobre-diagnóstico e de sobre-tratamento, de doentes frequentes e difíceis.

Certamente o facto de classificarmos leva à possibilidade de medir. Obviamente classificar leva ao conhecimento do motivo de consulta que pode, em si, facilitar o diagnóstico, muitas vezes apenas de dorlência. E claramente classificar origina o conhecimento de frequências, que assim passam a ser o acervo epidemiológico que nos permite dizer se praticamos em contextos iguais aos existentes noutras paragens.

Luiz Santiago¹

1. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. USF Topázio, ACeS Baixo Mondego. Coimbra, Portugal.