

Continuidade e longitudinalidade de cuidados de Clínica Geral em Portugal

JUAN GÉRVAS, MERCEDES PÉREZ-FERNÁNDEZ, ANTONIO LÓPEZ-MIRAS, RAIMUNDO PASTOR-SÁNCHEZ, JOSÉ ANTÓNIO MIRANDA

RESUMO

OBJECTIVOS: Descrever a continuidade e longitudinalidade da prestação de cuidados de saúde pelos médicos de Clínica Geral.

TIPO DE ESTUDO: Descritivo, transversal, de observação.

LOCAL: Consultas de Clínica Geral em Portugal, Espanha, França e Alemanha.

POPULAÇÃO: Todos os encontros directos e indirectos médico-paciente, no consultório, domicílio ou outro local, efectuados durante uma semana normal de trabalho em Portugal, Espanha, França e Alemanha.

MÉTODOS: Registo pelo médico do Local, Tipo e Duração do encontro, Idade e Sexo do paciente, Problema de saúde (ICPC) e seu Tipo, Observação anterior do paciente (pelo mesmo ou outro problema de saúde) ou de algum familiar, e Seguimento. Preenchimento pelo médico de um questionário acerca das características da sua prática clínica.

RESULTADOS e CONCLUSÕES: Os médicos portugueses estudados realizam uma média de 89 encontros por semana: 29% são encontros indirectos e 3% visitas domiciliárias. 70% dos encontros têm uma duração superior a 5 minutos e em 11% existe referência para um especialista. O tempo de espera para obter uma consulta é superior a 4 dias em 40% dos casos. Em 55% dos encontros o problema de saúde principal é crónico, e em 13% a prevenção é a principal actividade do médico. A hipertensão não complicada é o problema de saúde mais frequente seguida pelos utentes saudáveis e pela Diabetes Mellitus. Os médicos têm conhecimento clínico prévio do problema principal do paciente em 78% dos encontros, e de outros problemas em 90%. Em 82% dos encontros os médicos têm conhecimento clínico de familiares dos pacientes.

Conclui-se que os médicos portugueses estudados oferecem elevada continuidade e longitudinalidade (pessoal e familiar).

PALAVRAS-CHAVE:

Continuidade de cuidados; Longitudinalidade; Carga de trabalho; Problema de saúde; Clínica Geral; Portugal.

tinuidade, a longitudinalidade⁵. Continuidade é o mecanismo que permite o seguimento de um problema de saúde num paciente concreto; a continuidade não exige uma relação pessoal, mas o encadeamento dos sucessivos contactos com o sistema de saúde por um mesmo problema. Longitudinalidade é a relação pessoal entre um médico e o seu paciente e o seguimento dos diversos problemas desse paciente ao longo do tempo. Estas definições não são aceites universalmente e misturam-se e confundem-se na literatura científica, utilizando-se com frequência o termo "continuidade" para referir-se a ambas^{6,7}.

Embora se considere a continuidade uma característica básica da Clínica Geral não está demonstrada uma relação clara nem entre a estrutura/organização dos serviços de Clínica Geral e a continuidade⁷, nem entre a própria continuidade e os resultados em saúde⁸. Sabe-se ainda menos acerca das diferenças internacionais no que diz respeito à longitudinalidade e à continuidade.

Este trabalho insere-se num projecto patrocinado pelo "European General Practice Research Workshop" (EGPRW), com a participação de 17 países europeus^{8,9}. O seu objectivo foi descrever a continuidade/longitudinalidade da prestação de cuidados de

Introdução

A continuidade dos serviços médicos é uma das características básicas que se incluem na definição de Clínica Geral¹⁻⁴.

Não é no entanto fácil estudar a continuidade dos cuidados, pois o seu conceito não é simples, dado que inclui, para além da própria con-

Juan Gervas
Médico de Clínica Geral, Equipa CESCA, Madrid.
Área 5, INSALUD, Madrid
Mercedes Pérez-Fernández, Antonio López-
-Miras, Raimundo Pastor-Sánchez
Médicos de Clínica Geral, Equipa CESCA, Madrid.
Área 4, INSALUD, Madrid
José António Miranda
Generalista, Assistente de Clínica Geral Instituto de
Clínica Geral da Zona Sul,
Lisboa. CS Penha de França, Lisboa

saúde pelos médicos de Clínica Geral, com a suspeita de que a continuidade seria maior nos países nos quais o médico tem uma lista de utentes e pode portanto identificar a sua população. Neste artigo relatam-se os resultados obtidos em Portugal comparando-os com os da Alemanha, França e Espanha.

Métodos

O estudo foi ensaiado através de um estudo-piloto realizado em Novembro/Dezembro de 1993, que foi apresentado e discutido na reunião de Maio de 1994 do EGPRW, em Copenhaga (no estudo-piloto participaram dezassete médicos de Clínica Geral de sete países europeus, que registaram 2589 encontros)⁹.

Decidiram participar no projecto definitivo vinte países; receberam-se dados de 17, entre os quais Portugal. Não participaram a Grécia, a Holanda e a Itália.

No protocolo do estudo pedia-se a participação de médicos de Clínica Geral (um mínimo de dez por país) que trabalhassem pelo menos há cinco anos no actual local de trabalho e não pertencessem ao mesmo Centro de Saúde. Cada médico deveria registar os dados de todos os encontros efectuados durante uma semana normal de trabalho (sem férias nem faltas), quer no consultório quer no domicílio do paciente ou em outros locais, considerando tanto os encontros directos (face a face) como os indirectos (através de terceira pessoa, por telefone, carta ou outros meios). A folha de registo (Anexo), redigida em inglês, permitia colher, em relação a cada encontro, os seguintes dados: Idade do paciente, Sexo do paciente, Principal (na opinião do médico)

problema de saúde atendido (classificado segundo a ICPC¹⁰), Tipo de problema de saúde (agudo¹¹, subagudo¹¹, crónico¹¹, preventivo¹¹, outro), Observação anterior do paciente pelo problema principal que motivava a consulta, Observação anterior do paciente por outro problema de saúde, Observação anterior de algum familiar do paciente, Local do encontro (consultório, domicílio, outro), Tipo de encontro (directo¹¹, indirecto¹¹), Seguimento (marcação ou não de consulta para seguimento do problema principal, e para que prestador: mesmo médico, outro médico de Clínica Geral, Especialista), Duração do encontro.

A colheita de dados foi feita numa semana de Setembro ou Outubro de 1994, com excepção de Portugal, onde foi feita em Junho de 1995.

Os médicos participantes preencheram também um questionário acerca da sua Idade, Sexo, Tempo de trabalho em Clínica Geral, Tempo de trabalho no local actual de trabalho, Local de trabalho, Regime de trabalho, Existência de lista de utentes, Existência de um sistema organizado para a repetição de prescrições e Tempo médio de espera dos pacientes para obter uma consulta.

Utilizaram-se as definições do Glossário da WONCA¹¹.

Os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada¹² e analisados com a ajuda de um programa de estatística¹³.

Resultados

Participaram 221 médicos de Clínica Geral de 17 países europeus que registaram 29 825 encontros com pacientes. Em Portugal participaram vinte médicos de Clínica Geral que registaram 1 782 encontros.

No Quadro I encontram-se os resultados referentes às características dos médicos participantes e respectivas consultas.

As características dos encontros estão descritas nos Quadros II e III.

Os dados referentes ao tipo de problema principal, estão sumariados no Quadro IV. O Quadro V mostra-nos quais os três problemas principais (codificados com a ICPC¹⁰) diagnosticados.

Os resultados referentes à observação e conhecimento prévio pelo médico, do paciente, do problema principal pelo qual este consulta, e de algum familiar, estão resumidos no Quadro VI.

QUADRO I				
CARACTERÍSTICAS DOS MÉDICOS E CONSULTAS				
	Alemanha	Espanha	França	Portugal
Médicos (n)	20	12	19	20
Sexo masculino (%)	60	75	79	35
Idade (anos) (média)	45	39	44	42
Tempo de trabalho no local actual (anos) (média)	8	6	14	10
Tempo de trabalho em Clínica Geral (anos) (média)	9	13	15	12
Regime de trabalho tempo completo (%)	90	92	87	90
Sistema de repetição de prescrição (%)	50	42	0	60
Lista de utentes ¹¹ (%)	72	100	11	100
Local de trabalho: Urbano ¹¹ (%)	37	25	78	75
Local de trabalho: Misto ¹¹ (%)	10	0	11	10
Local de trabalho: Rural ¹¹ (%)	53	75	11	15
Espera por consulta: 0-1 dias (%)	68	92	100	50
Espera por consulta: 2-4 dias (%)	21	8	0	10
Espera por consulta: 5-8 dias (%)	6	0	0	15
Espera por consulta: > 8 dias (%)	5	0	0	25

QUADRO II					
CARACTERÍSTICAS DOS ENCONTROS					
		Alemanha	Espanha	França	Portugal
Encontros (n)		4258	1851	2319	1782
Encontros/semana/médico (média)		213	154	122	89
Idade do paciente (anos) (média)		48	52	43	50
Sexo do paciente: Feminino (%)		60	54	61	66

QUADRO III					
CARACTERÍSTICAS DOS ENCONTROS					
		Alemanha	Espanha	França	Portugal
Encontros directos ¹¹ (%)		86	83	89	71
Local: Consultório (%)		88	97	77	88
Local: Domicílio (%)		9	2	17	3
Local: Outro (%)		3	1	6	9
Duração: < 5 min (%)		32	52	10	30
Duração: 5-9 min (%)		37	35	16	25
Duração: 10-14 min (%)		19	10	42	29
Duração: ≥ 15 min (%)		12	3	32	16
Seguimento: Não (%)		27	48	37	24
Seguimento: Mesmo médico (%)		66	41	55	64
Seguimento: Outro CG (%)		0	1	1	1
Seguimento: Especialista (%)		7	10	7	11

QUADRO IV					
TIPO DO PRINCIPAL PROBLEMA DE SAÚDE					
		Alemanha	Espanha	França	Portugal
Aguda ¹¹ (%)		43	34	41	17
Subaguda ¹¹ (%)		15	18	14	13
Crónica ¹¹ (%)		38	43	31	55
Preventivo ¹¹ (%)		3	5	10	13
Outro (%)		1	0	4	2

QUADRO V

PRINCIPAL PROBLEMA DE SAÚDE (ICPC¹⁰)

	Alemanha	Espanha	França	Portugal
3 Probl. + frequentes:				
Total	K86 R78 T90	R74 K86 L91	R74 K86 A44	K86 A97 T90
3 Probl. + frequentes:				
Problema agudo ¹¹	R78 R74 L83	R74 D73 R78	R74 R78 R76	R76 U71 R74
3 Probl. + frequentes:				
Problema crónico ¹¹	K86 T90 K76	K86 L91 T90	K86 P76 T90	K86 T90 P76

A44-Vacinação/Medicação preventiva; A97-Sem doença; D73-Outras presumíveis infecções do aparelho digestivo; K76-Cardiopatias isquémicas crónicas/Outras cardiopatias isquémicas; K86-Hipertensão não complicada; L83-Síndromes relacionadas com a coluna cervical; L91-Outras osteoartroses/Estados afins; P76-Perturbações depressivas; R74-Infecção das vias aéreas superiores/Constipação; R76-Amigdalite aguda; R78-Bronquite aguda/Bronquiolite; T90-Diabetes mellitus; U71-Cistite/Outra infecção urinária não venérea.

QUADRO VI

CONHECIMENTO PRÉVIO PELO MÉDICO

	Alemanha	Espanha	França	Portugal
Do problema principal:				
Total (%)	70	64	61	78
Probl. agudo ¹¹ (%)	45	29	30	26
Probl. crónico ¹¹ (%)	95	93	95	95
De outros problemas:				
Total (%)	93	79	89	90
Probl. agudo ¹¹ (%)	91	68	85	89
Probl. crónico ¹¹ (%)	96	87	95	92
De familiares:				
Sim (%)	66	70	75	82
Não (%)	25	28	19	9
Não sabe (%)	3	0	0	1
Não aplicável (%)	6	2	6	8

Discussão

Os resultados que se apresentam correspondem a uma pequena amostra ocasional de médicos de Clínica Geral voluntários, que podem não ser representativos devido ao facto de se terem disponibilizado voluntariamente para colaborar num trabalho científico sem por isso receberem qualquer tipo de remuneração.

No entanto existe concordância, por exemplo no que diz respeito à carga de trabalho, medida pelo número de encontros efectuados numa semana normal de trabalho por um médico de Clínica Geral em Portugal, que no nosso estudo é de 89 (Quadro II), enquanto no Estudo Europeu de Referenciação¹⁴ foi de 81, e no estudo Eurosentinel sobre utilização de testes laboratoriais¹⁵ foi de 76. Já no estudo sobre carga de trabalho dos médicos de Clínica Geral portugueses¹⁶, no qual, ao contrário deste estudo, se não incluem encontros indirectos, visitas no domicílio e clínicas especiais, se encontrou um valor de 70. Neste contexto, pode supor-se que o nosso resultado de 89 poderia até provavelmente ser mais elevado, pois que os encontros indirectos representam 29% do total (Quadro III).

Esta elevada percentagem de encontros indirectos (29%) contrasta com o valor de cerca de 8% encontrado entre nós no estudo sobre a utilização da ICPC¹⁷. Esta divergência poderá provavelmente ser explicada pelo facto de que, no referido estudo, não foram contabilizados os encontros indirectos com carácter administrativo e para transcrição de medição prolongada, análises ou relatórios: sabemos que este tipo de encontros constitui entre nós a grande maioria dos encontros indirectos em Clínica Geral.

Também existe concordância no respeitante a visitas domiciliárias. O nosso resultado de 3% está muito próximo do obtido no estudo sobre a utilização da ICPC¹⁷ (2,3%). É sabido que a frequência de visitas domiciliárias é muito baixa em Portugal^{14,18}.

No respeitante à duração do encontro (Quadro III) os resultados obtidos na nossa amostra também concordam com os dados conhecidos entre nós¹⁶, se considerarmos que os encontros com duração inferior a 5 minutos poderão provavelmente corresponder aos 29% de encontros indirectos estudados (Quadro III). No nosso país 70% dos encontros tiveram uma duração superior a 5 minutos, o que está de acordo com os valores limites de 9 a 27 minutos encontrados no estudo português¹⁶, no qual os encontros indirectos não foram contabilizados.

Neste estudo o tempo dedicado ao paciente é muito menor nos médicos espanhóis do que nos dos restantes países, talvez porque em Espanha o modelo de receita obriga os pacientes a um contacto frequente de rotina e puramente administrativo com os seus médicos¹⁹. Não será assim surpreendente que os médicos espanhóis tenham a segunda maior percentagem de encontros indirectos (17%) deste estudo (Quadro III).

Pelo contrário, a diferença entre a percentagem de médicos portugueses e espanhóis que usam nas suas consultas um sistema organizado para a repetição de prescrições (Quadro I), mecanismo possível de utilizar para minimizar o tempo dedicado aquelas tarefas rotineiras, poderá indicar uma melhor organização da consulta entre nós. Note-se que os médicos franceses participantes no estudo não utilizam qualquer sistema daquele tipo, o que provavelmente decorre de serem

remunerados ao acto, e concorda com o facto de serem aqueles que efectuam menos encontros indirectos (Quadro III).

Os resultados de Portugal no referente a referenciação para o especialista são neste estudo os mais elevados. Este facto concorda com a evidência conhecida, embora o valor de 11% encontrado por nós (Quadro III) seja mais elevado do que os demonstrados no Estudo Europeu de Referenciação¹⁴, ou no estudo sobre carga de trabalho¹⁶. Esta diferença dos resultados poderá expressar uma verdadeira diferença ou apenas ser consequência do facto de se considerar a referência nos encontros indirectos.

Portugal aparece destacado no respeitante ao tempo de espera para obter uma consulta, com cinco ou mais dias de espera para o paciente aceder à consulta em 40% dos casos (Quadro I). A espera para obter uma consulta é maior em Portugal do que nos outros países, característica que já tinha sido assinalada numa publicação da OCDE²⁰ como exemplo a eliminar de uma consequência do modo de pagamento por salário.

Os médicos portugueses que participaram no estudo são quase tão jovens como os espanhóis, e com uma elevada percentagem de mulheres (Quadro I), o que está de acordo com os estudos atrás citados^{14,16}. A selecção da amostra no nosso país resultou num conjunto de médicos com muitos anos de prática clínica e quase todos com regime de trabalho em tempo completo e trabalhando predominantemente em meio urbano. Na Alemanha e em Espanha houve um domínio de participantes em meio rural (Quadro I), o que teoricamente deveria ter como consequência um maior conhecimento dos pacientes e suas famílias. Apesar disso, são os

médicos espanhóis aqueles que mais consultam novos pacientes (aqueles que não tinham sido observados anteriormente pelo médico, quer pelo mesmo quer por outro problema de saúde), e são os médicos alemães e espanhóis os que menos conhecem os familiares dos seus pacientes (Quadro VI). A este respeito deve salientar-se serem os médicos portugueses aqueles que mais frequentemente observaram já algum familiar dos seus pacientes.

No respeitante ao tipo de problemas atendidos na consulta (Quadro IV), Portugal sobretudo, mas também a Espanha, destacam-se pela maior prevalência de problemas crónicos, que no nosso caso ultrapassam os 50%. Também deve destacar-se a importância da prevenção como actividade na consulta do médico de Clínica Geral português.

É surpreendente verificar que, quer para os problemas de saúde agudos quer para os problemas crónicos, os médicos de Clínica Geral alemães e franceses, que não têm lista de utentes (o paciente tem livre acesso a qualquer médico de Clínica Geral ou especialista na Alemanha e em França), conheçam tanto ou melhor os seus pacientes do que os clínicos gerais espanhóis e portugueses (Quadro VI), que trabalham numa zona geográfica definida e com uma lista de utentes. As amostras nacionais de médicos usadas neste estudo poderão, sobretudo no caso da Alemanha, em que 72% das consultas estudadas tinham lista de utentes (Quadro I) explicar parcialmente este resultado, dado ser lógico esperar maior continuidade e longitudinalidade quando é possível ao médico identificar a população²¹, mas não existem dados empíricos acerca deste aspecto da prestação de cuidados de saúde.

Quanto aos problemas de saúde encontrados (Quadro V) este estudo

confirma trabalhos anteriores^{22,23}, nos quais a consulta a indivíduos saudáveis, ou por infecção das vias respiratórias superiores, hipertensão, amigdalite ou cistite estiveram entre os problemas mais frequentemente encontrados no nosso país. Estes dados são concordantes com a importância, atrás assinalada, das actividades preventivas na Clínica Geral portuguesa. Note-se que, devido à diferença na data de colheita de dados entre o nosso país (Verão de 1995) e os restantes quatro países cujos resultados apresentamos (Setembro ou Outubro de 1994) pode notar-se uma discreta variação nos principais problemas agudos diagnosticados.

Sabemos pouco acerca das consequências da continuidade sobre os resultados em saúde⁵⁻⁷, mas ela foi associada a uma maior satisfação dos pacientes²⁴ e dos médicos²⁵ e a uma utilização diferente dos recursos pelo médico de Clínica Geral²⁶. No entanto os pacientes podem preferir menor continuidade à custa da diminuição do tempo de espera para ir à consulta, como se demonstrou no Reino Unido²⁷, o que poderia ser relevante em Portugal, onde, de acordo com os nossos dados, se demonstra um tempo de espera pela consulta relativamente grande (Quadro I).

Como conclusão, pode dizer-se que os resultados deste estudo demonstram que os médicos de Clínica Geral portugueses conhecem os seus pacientes, os seus problemas de saúde e os seus familiares, pelo que poderá deduzir-se que no seu serviço oferecem tanto continuidade como longitudinalidade (pessoal e familiar). Nos países estudados não fica porém demonstrada a vantagem de ter uma lista de utentes, e este assunto merece certamente um estudo mais aprofundado.

Referências Bibliográficas

1. Working Party from the Vocational Training subcommittee of the Royal College of General Practitioners. The educational needs of the future general practitioner. *J R Coll Gen Pract* 1969;18:358-60.
2. Murtagh J. The nature and content of general practice. In: Murtagh J. *General Practice*. Sydney: McGraw-Hill Book Co, 1994:3-8.
3. Sá AB. Filosofia e prática da Clínica Geral: consequências da sua especificidade. *Rev Port Clin Geral* 1995;12: 47-53.
4. Rebelo L. Filosofia e prática da Clínica Geral, [carta]. *Rev Port Clin Geral* 1995;12: 337-8.
5. Starfield B. *Primary care. Concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.
6. Freeman G. Continuity of care in general practice: a review and critique. *Fam Pract* 1984;1:245-52.
7. Hjortdahl P. General practice and continuity of care: organizational aspects. *Fam Pract* 1989;6:292-8.
8. Gervas J, López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M. Continuity and longitudinality in Europe: a pilot study [abstract]. *Fam Pract* 1994;11:498-9.
9. Pastor-Sánchez R, López-Miras A, Pérez-Fernández M, Gervas J. Continuity and longitudinality of care in general practice in Europe [abstract]. *Fam Pract* 1995; 12: 505-6.
10. Lamberts H, Woods M, editors. *ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários*. Lisboa: APMCG-WONCA, 1995.
11. Comitê de Classificação da WONCA. *Glossários Internacionais em cuidados primários. Informação do Comitê de Classificação da Organização Mundial de Colégios, Academias e Associações Acadêmicas Nacionais de Clínicos Gerais/Médicos de Família*. In: Comitê de Classificação da WONCA. *CIPS-2 Definida (Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários)*. 2ª ed. Lisboa: APMCG-CIMF, 1991:145-57.
12. *Dbase III Plus* [programa de computador]. MS-DOS version. Torrance (Ca): Ashton-Tate, 1987.
13. *SPSS/PC+* [programa de computador]. MS-DOS version. Chicago (Ill): SPSS Inc, 1986.
14. Fleming D, editor. *The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care*. RCGP Occasional Paper 56. London: Royal College of General Practitioners, 1992.
15. Leurquin P, Casteren W, Maesener JD, Eurosentinel Study Group. Use of blood tests in general practice: a collaborative study in eight European countries. *Br J Gen Pract* 1995;45:21-5.
16. Miranda JA, Aguiar PV. Carga de trabalho, uso do tempo, prescrição de antibióticos e referenciação em consultas de clínica geral. *Rev Port Clin Geral* 1997; 14: 377-86.
17. Silva FJ. Utilização da International Classification of Primary Care (ICPC) em consultas de clínica geral. *Rev Port Clin Geral* 1995;12:29-46.
18. Sá AB, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. III- Comparações internacionais. *Rev Port Clin Geral* 1995; 12: 115-24.
19. Forés M, Gervas J, Boñet M, Marcos L, Tomás P, Sagués A, et al. ICPC in Spain. Epidemiological aspects of patient data in Spanish general practice. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, editors. *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993:119-24.
20. OECD. *The reform of health care system. A review of seventeen OECD countries*. Health Policy Studies N° 5. Paris: OECD, 1994:22-3.
21. Buetow SA. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. *Soc Sci Med* 1995;40:213-21.
22. Luz A, Saraiva JG, Silva FS. ICPC in Portugal. The New Episodes Study 1989-90. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, editors. *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993, 111-5.
23. Saraiva JG, Saraiva MN. Two Portuguese GPs at work: description and

comparison of their daily routines with ICPC. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, editors. The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993:116-8.

24. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.

25. Blankfield RP, Kelly RB, Alemagno SA, King C. Continuity of care in a family practice residence program. Impact on physician satisfaction. *J Fam Pract* 1990;31:69-73.

26. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;303:1181-4.

27. Freeman G, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patient's views on seeing the same doctor. *Br J Gen Pract* 1993;43:493-7.

AGRADECIMENTOS

Aos Drs. António Aurélio Figueiredo (Porto), António Frazão Ferreira (Queluz) Armando Brito Sá (Lisboa), Armando Medeiros (Estoril), Carlos Ripado (Lisboa) Edmundo Bragança Sá (Vila Verde de Ficalho) Isabel Sampaio Rodrigues (Baleizão), Isilda Rocha (Lisboa), José António Miranda (Lisboa), Laura Marques (Reboleira), Manuel Caldas Almeida (Mora), Manuela Agostinho (Lisboa), Maria Alice Vala (Sacavém), Maria Antónia Pinho (Porto), Maria Cristina Barradas (Lisboa), Maria Exaltina Sobral (Odivelas), Maria Manuela Ambrósio (Entroncamento), Maria Rosália Cordeiro (Lisboa), Maria Violeta Pimpão (Cacém) e Susana Santos (Lisboa), pela participação na recolha de dados das suas consultas.

ANEXO

FOLHA DE REGISTO DE DADOS

Dr _____ Country _____ Date _____

1. Age (years) _____ 2. Sex: Male Female
3. Principal problem _____ ICPC code _____
4. The principal problem is: Acute Subacute Chronic Preventive Other
5. Previously seen for this principal problem: No Yes
6. Previously seen for another problem?: No Yes
7. Previously seen a member of his/her family?: No Yes Not appropriate I do not know
8. Place of encounter: Doctor's office Patient's home Other
9. Type of encounter: Direct Indirect
10. Appointment for follow-up of the principal problem: No Yes Same doctor _____
Other doctor GP Specialists
11. Duration of the encounter: <5 min 10-14 min >15 min

CONTINUITY AND LONGITUDINALITY OF CARE IN GENERAL PRACTICE IN PORTUGAL**SUMMARY**

AIMS: To describe continuity and longitudinality of health care in General Practice.

STUDY TYPE: Observational, descriptive transversal.

SETTING: General practices in Portugal, Spain, France and Germany.

POPULATION: All direct and indirect doctor-patient encounters, in the office, patient's home or elsewhere, during one normal working week in Portugal, Spain, France and Germany.

METHODS: Registration by the doctor of Place, Type and Duration of encounter, Patient's age and sex, Health problem (ICPC) and it's Type, Previous knowledge of the patient (for the same or another health problem) or any relative, and Follow-up. Doctor's questionnaire about practice characteristics.

RESULTS and CONCLUSIONS: Portuguese doctors do an average of 89 encounters per week: 29% are indirect encounters and 3% home visits. 70% of the encounters have a duration longer than 5 minutes and there is a specialist referral in 11%. The waiting time to have an encounter is longer than 4 days in 40% of the cases. In 55% of the encounters the main health problem is chronic, and prevention is the main doctor's activity in 13%. Non-complicated high blood pressure is the more frequent health problem, followed by healthy patients and Diabetes Mellitus. Doctors have a previous clinical knowledge of the patient's main health problem in 78% of the encounters, and of patient's other health problems in 90%. In 82% of the encounters doctors have clinical knowledge of patient's relatives.

Portuguese doctors in this study offer a high personal and familiar continuity and longitudinality.

Key words:

Continuity of Patient Care; Longitudinality; Workload; Health Problem; General Practice; Portugal.

Recebido em 16/4/96.

Aceite para publicação em 2/12/97.

Endereço para correspondência:

José António Miranda

Instituto de Clínica Geral da Zona Sul

Largo Prof. Arnaldo Sampaio

1500 Lisboa