



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOANA RAQUEL PINTO COELHO

***Proporção de Sinais e Sintomas Indevidamente Colocados como
Doença Crónica em Medicina Geral e Familiar: um estudo preliminar***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

MESTRE MARIA TERESA REIS

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

NOVEMBRO/2021

**Proporção de Sinais e Sintomas Indevidamente Colocados
como Doença Crónica em Medicina Geral e Familiar:
um estudo preliminar**

Autor: Joana Raquel Pinto Coelho

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Morada Institucional: Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548, Coimbra

Endereço de Correio Eletrónico: jucoelho4600@hotmail.com

Orientador: Maria Teresa Reis

Afiliação: USF Topázio, ACeS Baixo Mondego

Morada Institucional: Rua Dr. João Pinheiro, Eiras, 3000 Coimbra

Endereço de Correio Eletrónico: mariatreis@gmail.com

Coorientador: Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Morada Institucional: Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-548, Coimbra

Endereço de Correio Eletrónico: luizmiguel.santiago@gmail.com

Índice

Abreviaturas	5
Resumo	6
Abstract	7
Introdução.....	8
Material e Métodos	10
Aspetos Éticos.....	10
Colheita de Dados	10
Análise Estatística	10
Resultados.....	11
Discussão	16
Conclusão.....	20
Agradecimentos	21
Referências.....	22

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1. Distribuição do número de classificações erradas, por doente.....	11
Tabela 2. Distribuição do número de capítulos com classificação errada, por doente.....	12
Tabela 3. Distribuição dos erros de classificação, por capítulo	13
Tabela 4. Prevalência de doentes com, pelo menos, um erro de classificação, por capítulo.	14

Abreviaturas

ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários – segunda edição (*International Classification of Primary Care- second edition*)

MF – médico de família

MC – motivos de consulta

MGF – Medicina Geral e Familiar

USF – Unidade de Saúde Familiar

CSP - Cuidados de Saúde Primários

ARS – Administração Regional de Saúde

Resumo

Introdução: O uso correto da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2) permite uma prática clínica adequada e o estudo da saúde das comunidades. A classificação inapropriadamente crónica de sinais e sintomas pode impedir o médico de identificar, rapidamente, os principais problemas de saúde do doente, diminuir a precisão na avaliação da terapêutica e do impacto da multimorbilidade. Pouco é sabido sobre o tema em Portugal. A identificação de “sinais e sintomas” dos capítulos da ICPC-2 inapropriadamente classificados como ativos e crónicos foi o objetivo a estudar, em estudo exploratório sobre o tema.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional e transversal, quasi-aleatório, com características exploratórias, pela colheita de dados das consultas de todas as terças, quartas e sextas-feiras do mês de agosto de 2021, nas consultas de dois ficheiros clínicos. Fez-se a análise descritiva da lista de problemas ativos dos utentes e registo das classificações consideradas inapropriadas.

Resultados: Foram avaliados os dados de 123 doentes, 52.8% do sexo feminino e com idade média de 53.3 ± 22.4 anos. Verificámos que 45.5% dos doentes apresentavam classificações erradamente crónicas, sendo 8.2% classificações erradas. Os capítulos músculo-esquelético (16.3%), psicológico (7.3%) e os capítulos genital feminino, circulatório e geral e inespecífico (todos com 5.7%) foram os mais frequentes. Em função do género e idade, não se verificou diferença significativa, mas quanto maior era o número de classificações totais, maior era o número de classificações erradamente colocadas.

Discussão: Os resultados podem significar um impacto negativo no acompanhamento do doente, na comunicação entre médicos, no aumento do tempo despendido nas consultas, por não atualização da lista de problemas, e na diminuição da credibilidade dos registos para investigação. A elevada prevalência dos sintomas músculo-esqueléticos pode levar à manutenção destes problemas como crónicos. A pandemia COVID-19 pode ser associada a um maior número de sinais e sintomas transitórios, mas classificados como ativos. Um grande número de problemas ativos pode afetar a capacidade de classificar.

Conclusão: A atualização, periódica, da lista de problemas, o investimento na formação dos médicos de família na ICPC-2 e a avaliação frequente das classificações parecem atividades a desenvolver. São necessários mais estudos de validação da informação classificada nos sistemas de registo eletrónico.

Palavras-Chave: Medicina Geral e Familiar; Classificações; Registos clínicos

Abstract

Introduction: The correct use of the International Classification of Primary Care (ICPC-2) allows for adequate clinical practice and the study of the community's health. Wrongful chronic classification of signs and symptoms can prevent the physician from quickly identifying the main health problem of the patient leading to a decrease of precision in the evaluation of therapy and the consequent impact of multimorbidity. Identifying ICPC-2 chapters "Signs and Symptoms" incorrectly classified as active and chronic ones, was this study's objective.

Methods: An observational, cross-sectional, quasi-random, exploratory study was carried out using data collected from consultations every Tuesday, Wednesday, and Friday during August of 2021, in the consultations of two General Practice/Family Doctors in Primary Care Health Unit of the Portuguese National Health Service. A descriptive analysis of the list of active problems of the users and recording of the classifications considered inappropriate was performed.

Results: The evaluated population consisted of 123 patients, 52.8% female, mean sample age being of 53.3 ± 22.4 years. For 45.5% of the patients there were chronic misclassifications, with 8.2% misclassifications. The musculoskeletal (16.3%), psychological (7.3%) and the female genital, circulatory and general and nonspecific (all with 5.7%) chapters were the most frequent. There were no significant difference by gender and age, but the greater the number of total classifications, the greater the number of misplaced classifications.

Discussion: The results may have a negative impact on patient follow-up, communication between physicians and increased time spent in consultations, due to the lack of updating the list of problems, and decreased credibility of records for investigation. The high prevalence of musculoskeletal signs and symptoms can lead to the resolution of these problems as chronic. The COVID-19 pandemic can be associated with a greater number of transient symptoms but classified as active. A large number of active issues can affect appropriate classification.

Conclusion: It is important to periodically update the list of problems, invest in the training of family doctors in ICPC-2 use and frequently evaluate the classifications. Further validation studies of classified information in electronic record systems are needed.

Keywords: General Practice; Classifications; Medical Records

Introdução

A Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2) é utilizada na prática clínica do médico de família (MF) para classificar motivos de consulta (MC), procedimentos e problemas de saúde, para os quais exista uma razoável certeza diagnóstica.¹ Foi publicada, em 1987, pelo Comité de Classificação Internacional da WONCA (*World Organization of Family Physicians*), tendo surgido, em 1998, a segunda versão.² Esta classificação foi reconhecida, em 2003, pela OMS, como a melhor forma de codificar em Medicina Geral e Familiar (MGF).^{2,3} Pode ser usada com o método SOAP, classificando motivos de consulta em “S”, diagnósticos em “A” e procedimentos em “P”.¹

O registo é uma das principais ferramentas do MF, estando a qualidade da informação, também, dependente de um correto uso das classificações. Este sistema de classificação, realizado de forma regular na prática clínica, permite obter dados epidemiológicos sobre a incidência e prevalência de doenças e sobre a multimorbilidade, permite a identificação de grupos de risco e dos problemas das populações, bem como a melhoria dos recursos disponibilizados à comunidade.⁴⁻⁸ Uma classificação de qualidade permite uma prática clínica adequada e reflete a qualidade dos cuidados médicos, sendo peça de estudo da saúde das comunidades.^{3,9-11}

Estudos concluem que a ICPC-2 não é globalmente usada e, mesmo nos países que reportam o seu uso, a maioria não o faz de forma obrigatória.¹² Um estudo norueguês, de 2010, refere que a ICPC-2 não é adequada para o trabalho clínico e que deveria ponderar-se uma solução alternativa.¹³ Um estudo português, de 2013, indica que, apesar de a classificação ser útil na prática clínica, só é, sobretudo, adequada, em ambientes de investigação, internamento e ensino.¹¹ Estudos mais recentes demonstram a capacidade do uso da ICPC-2 em fazer diagnósticos para poder organizar planos e objetivos de reabilitação, sendo adequada ao uso na prática clínica diária,^{14,15} e revelam a elevada qualidade dos registos feitos nos países nórdicos.⁷

A ICPC-2 é utilizada para classificar problemas de saúde na lista de problemas, sendo este registo de enorme importância para monitorizar e planear o acompanhamento do doente, facilitar a comunicação entre médicos, permitir às autoridades de saúde conhecer o padrão de morbilidade de uma população e promover a investigação.^{1,3,16,17}

Os problemas de saúde englobam os diagnósticos feitos pelo médico, que podem ser doenças (componente 7 da ICPC-2 – diagnósticos e doenças) ou sintomas, (componente 1 da ICPC-2 – sintomas/queixas) para os quais não exista, ainda, um diagnóstico definitivo.^{1,2,9,18}

Os problemas são classificados, de forma dinâmica, como ativos ou passivos, consoante, respetivamente, afetem o doente ou se encontrem resolvidos, mas com potencial de voltar a afetá-lo.⁹ Não devem ser introduzidos todos os problemas da consulta na lista de problemas principais, devendo ser excluídos os agudos, que não têm consequências para o futuro acompanhamento do doente, tal como os isolados e/ou autolimitados.^{1,9,19} A lista de problemas deve ser revista, periodicamente, pelo MF, devendo ser atualizada quando algum é resolvido, identificado de novo ou quando passa a integrar um novo diagnóstico.⁹

Estudos apontam para o facto de a classificação do problema ser insuficiente para documentar, de uma forma adequada, o problema de saúde do doente.^{1,9,20-22} Outros revelam a falta de preparação dos médicos de família no uso da ICPC-2.¹ Como classificação complexa, exige formação e treino. Esta formação deve ser orientada para a classificação de problemas, aumentando o rigor e a credibilidade das classificações.²¹

Encontram-se, descritas, várias causas possíveis para a desadequação das classificações do MF. Na prática clínica lidamos, muitas vezes, com sintomas mal definidos, que podem não chegar a transformar-se num problema de saúde, mas que, indevidamente ou erroneamente, se mantêm classificados como ativos.²² Os sistemas de registo eletrónico utilizados, atualmente, em Portugal, não fazem o encerramento automático de episódios de cuidados, obrigando à intervenção do médico e levando à perpetuação indevida de problemas crónicos, já resolvidos.¹ A substituição dos registos pela ICPC-2, imposta na avaliação de desempenho das unidades de saúde familiar (USF), tem sido determinada por parte do SClinico Cuidados de Saúde Primários (CSP), programa oficial de registos eletrónicos, que insere, automaticamente, alguns itens na lista de problemas, ficando classificados como ativos.^{20,21} A formação do MF na ICPC-2 será insuficiente, originando uma utilização incorreta, sendo a classificação percebida como uma tarefa consumidora de tempo.²³

O acima descrito pode, a longo prazo, impedir o médico de identificar, rapidamente, os principais problemas de saúde que afetam o doente, deteriorar a qualidade do seu acompanhamento e diminuir a precisão na avaliação da terapêutica e do impacto da multimorbilidade.^{24,25}

O presente estudo teve como objetivo verificar a proporção de sinais e sintomas que estavam indevidamente classificados como problema crónico, sendo um estudo preliminar. A identificação dos capítulos da ICPC-2 inapropriadamente classificados como ativos pode ajudar a melhorar a qualidade da gestão epidemiológica e clínica.

A importância deste estudo surge da inexistência de estudos semelhantes publicados e da necessidade de mais investigação na validação da informação classificada nos sistemas de registo de saúde eletrónico.

Material e Métodos

Aspetos Éticos

Foi obtido parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

Colheita de Dados

Realizou-se um estudo observacional e transversal, quasi-aleatório, com colheita de dados nas consultas de todas as terças, quartas e sextas-feiras do mês de agosto de 2021. A colheita foi realizada por dois investigadores da USF Topázio, com acesso profissional aos dados, tendo sido garantido o anonimato e não identificação dos utentes.

Fez-se a análise descritiva da lista de problemas ativos dos utentes e registo das classificações consideradas inapropriadas, em documento Excel.

Análise Estatística

Na análise descritiva, são apresentadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas, e médias (M) e desvios padrão (DP) para as variáveis contínuas.

A avaliação da associação entre variáveis foi realizada com o teste qui-quadrado (X^2) para variáveis nominais, e com o coeficiente de correlação de Spearman, dada a natureza assimétrica da variável número de classificações erradas.

A análise de dados foi realizada com o SPSS, versão 22.

Resultados

Avaliámos os dados de 123 doentes, 65 (52.8%) do sexo feminino, sendo as idades compreendidas entre os 1 mês e 24 dias e os 91 anos, média de 53.32 ± 22.36 anos.

O número de doentes com classificação inapropriadamente crónica de sinais e sintomas, bem como de diagnósticos não crónicos, codificados como doença crónica, foi de 56 (45.5%), com um total de 87 (8.2%) classificações erradamente realizadas, distribuídas conforme a Tabela 1.

Em 67 (54.5%) doentes, não encontramos qualquer erro. Para um total de 56 doentes, 39 (69.7%) tinham uma classificação errada, 11 (19.6%) tinham duas, 4 (7.1%) tinham três, 1 (1.8%) tinha cinco e 1 (1.8%) tinha nove classificações erradas.

Tabela 1. Distribuição do número de classificações erradas, por doente

Número de classificações erradas	n	%
1	39	31.7%
2	11	8.9%
3	4	3.3%
5	1	0.8%
9	1	0.8%

Encontrámos um equilíbrio entre o número de classificações de sinais e sintomas como problemas crónicos (49.4%) e o número de sinais e sintomas com classificação inapropriadamente crónica (50.6%).

Analisando por capítulos, verificou-se um total de 77 classificações erradas (7.2%), distribuídas conforme a Tabela 2.

Em 67 (54.5%) doentes, não encontramos qualquer erro. Para um total de 56 doentes, 46 (82.1%) tinham uma classificação errada, 5 (8.9%) tinham duas, 3 (5.4%) tinham três, 1 (1.8%) tinha cinco e 1 (1.8%) tinha sete classificações erradas.

Tabela 2. Distribuição do número de capítulos com classificação errada, por doente

Número de capítulos com classificações erradas	n	%
1	46	37.4%
2	5	4.1%
3	3	2.4%
5	1	0.8%
7	1	0.8%

Na Tabela 3, encontra-se a distribuição dos erros de classificação, por capítulo. O sistema músculo-esquelético ($n=20$, 26.0%) foi o capítulo com maior número de erros identificados nas classificações.

Tabela 3. Distribuição dos erros de classificação, por capítulo

	<i>n</i>	%
Sistema músculo-esquelético	20	26.0%
Psicológico	9	11.7%
Geral e inespecífico	7	9.1%
Aparelho circulatório	7	9.1%
Aparelho genital feminino (incluindo mama)	7	9.1%
Aparelho digestivo	4	5.2%
Ouvidos	4	5.2%
Aparelho respiratório	3	3.9%
Endócrino, metabólico e nutricional	3	3.9%
Problemas sociais	3	3.9%
Olhos	2	2.6%
Sistema nervoso	2	2.6%
Gravidez e planeamento familiar	2	2.6%
Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	1	1.3%
Pele	1	1.3%
Aparelho urinário	1	1.3%
Aparelho genital masculino	1	1.3%
Total	77	100%

A prevalência de doentes com, pelo menos, um erro de classificação, por capítulo, pode ser observada na Tabela 4.

A prevalência mais elevada foi detetada no capítulo do sistema músculo-esquelético, com 16.3% de doentes com classificação errada. Segue-se o capítulo psicológico, com 9 (7.3%) doentes e os capítulos do aparelho genital feminino, aparelho circulatório e geral e inespecífico, todos com 7 (5.7%) doentes com classificações erradas. Os restantes dados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4. Prevalência de doentes com, pelo menos, um erro de classificação, por capítulo

	N	%
Sistema músculo-esquelético	20	16.3%
Psicológico	9	7.3%
Geral e inespecífico	7	5.7%
Aparelho circulatório	7	5.7%
Aparelho genital feminino (incluindo mama)	7	5.7%
Aparelho digestivo	4	3.3%
Ouvidos	4	3.3%
Aparelho respiratório	3	2.4%
Endócrino, metabólico e nutricional	3	2.4%
Problemas sociais	3	2.4%
Olhos	2	1.6%
Sistema nervoso	2	1.6%
Gravidez e planeamento familiar	2	1.6%
Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos	1	0.8%
Pele	1	0.8%
Aparelho urinário	1	0.8%
Aparelho genital masculino	1	0.8%

Verificámos ser de 8.7 ± 5.6 , o número de problemas ativos, por pessoa, antes de procedermos à limpeza dos códigos não necessários.

Para avaliar a associação entre o número de classificações erradas com o género, utilizámos o formato dicotómico da variável das classificações erradas. A associação com a idade e o número de problemas ativos foi avaliada com o coeficiente de correlação de Spearman.

Verificámos que, em função do género e idade, não havia diferença estatisticamente significativa ($\chi^2_{(1)}=2.55$, $p=0.110$ e $r_s=0.06$, $p=0.547$, respetivamente).

Tal foi diferente em função do número de classificações totais ($r_s=0.332$, $p<0.001$), verificando-se que, quanto maior o número de classificações totais, maior era o número de classificações erradamente colocadas.

Discussão

O nosso estudo teve como objetivo verificar a proporção de sinais e sintomas e respetivos capítulos da ICPC-2 que foram, indevidamente, classificados como doença crónica, com a finalidade de melhorar a qualidade e a credibilidade das classificações, tornando-as fidedignas para monitorizar e planear o acompanhamento do doente, obter dados sobre a incidência e prevalência de doenças, identificação de grupos de risco e dos problemas das populações.^{4,17}

A importância deste estudo surge da inexistência de estudos semelhantes publicados e da necessidade de mais investigação na validação da informação codificada nos sistemas de registo de saúde eletrónico.

O número de doentes com classificações erradas foi de 56 (45.5%), com um total de 87 (8.2%) classificações erradas. Em 67 (54.5%) doentes, não encontramos qualquer erro. Para um total de 56 doentes, 39 (69.7%) tinham uma classificação errada, 11 (19.6%) tinham duas, 4 (7.1%) tinham três, 1 (1.8%) tinha cinco e 1 (1.8%) tinha nove classificações erradas.

A maior frequência, por capítulo, foi detetada no sistema músculo-esquelético (16.3%), seguindo-se o psicológico (7.3%) e os aparelhos genital feminino, circulatório e geral e inespecífico (todos com 5.7%).

Não verificámos associação significativa entre o género e as classificações erradas ($\chi^2_{(1)}=2.55$, $p=0.110$), nem com a idade ($r_s=0.06$, $p=0.547$). Observámos, no entanto, associação significativa entre o número de problemas ativos e o número de classificações erradas ($r_s=0.332$, $p<0.001$), sugerindo que, quanto maior o número de classificações totais, maior o número de classificações erradamente colocadas.

Tal resultado pode significar que, havendo um grande número de problemas ativos, a capacidade de classificar, por parte do MF, pode ser afetada, tanto nas vertentes de classificar novos diagnósticos, de retirar aqueles já resolvidos, como de integrar um novo diagnóstico. Excesso de problemas ativos pode desencadear excesso de recurso a meios complementares de diagnóstico e a terapêutica farmacológica, bem como suscitar o surgimento de erro médico por frustração profissional.²⁶

A atualização periódica da lista de problemas, por parte do MF, pode minimizar este problema, diminuindo o número de classificações erradamente colocadas, melhorando a qualidade do classificado e dos registos e contribuindo para uma prática clínica de qualidade.

Encontrámos maior proporção de sinais e sintomas indevidamente classificados como doença crónica nos capítulos do sistema músculo-esquelético e psicológico, o que pode ser justificado por serem, também, os capítulos mais vezes classificados^{11,27} e, portanto, com maior probabilidade de erro, por falta de formação do MF na ICPC-2, por tempo limitado por consulta ou por falta de atualização da lista de problemas.

A ausência de estudos semelhantes dificulta uma interpretação adequada dos resultados, assim como a comparação direta dos dados. Contudo, estudos portugueses que investigaram os MC mais frequentemente codificados, comprovam os presentes resultados.^{11,26,27} O estudo de 2013 descreve os capítulos geral e inespecífico, sistema músculo-esquelético e aparelho circulatório como os mais frequentes.¹¹ O de 2016 aponta os mesmos, incluindo, também, o digestivo, respiratório e o psicológico.²⁶ O de 2020 não inclui o psicológico, mas inclui o da pele.²⁷

Estes estudos sugerem que os médicos possam ter classificado, corretamente, os MC dos doentes, mas tenham, depois, colocado, indevidamente, tal classificação como problema em base de dados crónica.

O capítulo do sistema músculo-esquelético é o mais concordante como mais frequentemente codificado nos MC. A elevada prevalência destes sintomas na população pode levar à manutenção destes problemas como crónicos, podendo estes já estar resolvidos. Por outro lado, sendo estes sintomas, por vezes, inespecíficos, pode levar a dúvidas quanto ao diagnóstico ou à integração num diagnóstico já codificado, podendo originar classificações crónicas inapropriadas.

O capítulo psicológico tem uma correlação positiva com períodos de recessão económica, que contribuem para uma maior frequência de problemas de saúde mental.²⁷ Por outro lado, dado o período em que os dados foram colhidos, podemos associar a pandemia COVID-19 a um maior número de sintomas nesta área, codificados como ativos, mas que se vieram a mostrar transitórios.

A frequência com que o capítulo geral e inespecífico é indevidamente classificado, pode indicar que o doente tem dificuldade em expressar o que o leva a procurar o MF ou que este tem dificuldade em classificar o diagnóstico, pela complexidade em lidar com queixas inespecíficas.²⁷ Estes estudos sugerem que os doentes procuram, frequentemente, o MF, por sinais e sintomas que podem não constituir uma doença bem definida e que, por isso, necessita de constante atualização.¹¹ Estas dificuldades ou inespecificidades podem levar à classificação como crónica de problemas não crónicos.

Os presentes resultados corroboram a importância da revisão da lista de problemas pelo MF, periodicamente, devendo este encerrar episódios passados e remover problemas pouco relevantes da lista de problemas principais, sempre que necessário.¹

Várias soluções são descritas, na bibliografia, para manter um registo de elevada qualidade. O sistema de registo deve informar acerca de episódios que devem ser desativados.¹ O aumento da formação do MF na utilização da ICPC-2 poderá ser uma solução para diminuir a proporção de sinais e sintomas inapropriadamente classificados, melhorando a qualidade dos registos, apesar da existência de livro explicativo e de cursos para médicos especialistas e internos.^{1,11,17,21,28} O investimento na formação aumentaria o número de médicos que fazem uso da classificação, diariamente, bem como a qualidade das suas classificações.²⁷ Poderão ser usados médicos de família classificadores em diferido da consulta.²⁰ Deve ser feita uma utilização sistemática da ICPC-2 por médicos de família treinados e integrados em projetos de investigação, como forma de assegurar investigação de qualidade.²¹ Os registos devem ser avaliados e validados, frequentemente.¹

Acreditamos que muitos destes erros de classificação, poderão ser ultrapassados com lembretes, por parte do SClínico CSP, para atualização da lista de problemas, não duplicação de códigos ou omissão de informações que levem a classificações automáticas.

O nosso estudo veio acrescentar informações importantes àquelas descritas na bibliografia, na medida em que revelou uma proporção importante de doentes com classificações erradas, com eventual impacto negativo no acompanhamento do doente, na comunicação entre médicos, provável aumento do tempo despendido nas consultas, por não atualização da lista de problemas, e na diminuição da credibilidade dos registos para investigação e melhoria dos recursos disponibilizados à população.^{4,17}

Apesar da importância dos resultados, torna-se relevante mencionar que o estudo exploratório tem algumas limitações. A amostra não tem as dimensões desejadas, tanto temporal como geograficamente, mas, tendo sido obtida em quasi-aleatorização, permite uma cuidadosa generalização dos resultados. Os dados foram colhidos por dois investigadores, o que pode ser causa de diminuição da precisão, apesar de ambos fluentes na classificação ICPC-2. Um estudo de variação inter-observador, em que cada um avaliava cada doente, seria mais preciso, mas não seria realístico os dois investigadores avaliarem todos os doentes.

Para que possam ser feitas comparações e interpretações mais precisas, são necessários mais estudos de validação da informação classificada nos sistemas de registo eletrónico. Por tais razões, mais estudos, em diferentes contextos e com metodologia que obvie a qualquer erro de análise, são necessários, sendo estes importantes, também, para a

verificação de ganhos em saúde e em eficiência médica, pela melhoria das classificações de problemas crónicos.

Conclusão

Verificámos que 45.5% dos doentes apresentavam classificações erradamente crónicas e uma frequência de 8.2% classificações erradas. O sistema músculo-esquelético, o psicológico e os aparelhos genital feminino, circulatório e geral e inespecífico foram os capítulos mais frequentes.

Classificações inapropriadamente crónicas diminuem a qualidade e credibilidade das classificações, tendo implicação na monitorização e planeamento do acompanhamento do doente, na obtenção de dados sobre a incidência e prevalência de doenças e na gestão de recursos disponibilizados à população.

São necessários estudos em mais áreas geográficas e noutros períodos temporais para validar a informação codificada e para que possam serem feitas comparações dos resultados.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e à Mestre Maria Teresa, pela amabilidade com que me receberam, pela disponibilidade, ajuda e pelas palavras de motivação, tão importantes nesta fase da minha vida.

Aos investigadores da USF Topázio, pelo imprescindível auxílio na colheita de dados.

À minha mãe e ao meu pai, por me ouvirem e apoiarem todos os dias, incondicionalmente. O orgulho nos vossos olhos enche-me de coragem.

À avó Lurdes, à avó Mila e ao avô Pinto, pelas palavras e olhares de força, por me ajudarem a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu irmão e à Dita, por todos os sorrisos.

À Marta, à Inês Teixeira, ao Jordy, à Inês Mesquita, à Luana e à Helena, por mostrarem, todos os dias, o que é ser um verdadeiro amigo.

Ao André, por ouvir os meus devaneios e estar sempre presente, com todo o amor, companheirismo e amizade.

Referências

1. Pinto D. O que classificar nos registos clínicos com a Classificação Internacional de Cuidados Primários? *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30:328-34.
2. Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA). *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários.* 2ª ed. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; 2011.
3. Santiago LM, Carvalho R, Botas P, Miranda P, Matias C, Simões AR, Pereira C, Glória Neto M. A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(36)1-8.
4. Tato R. ICPC-2: Sistema auxiliar de classificação. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25:83.
5. Heleno LV. A propósito do artigo “O que classificar nos registos clínicos com a classificação internacional de cuidados primários?” *Rev Port Med Geral Fam.* 2015;31:53-4.
6. WONCA Global Family Doctor. International Classification of Primary Care. [Internet]. Bruxelas: WONCA; 2016. [Consultado a 11/10/2021] Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/WI CC/International%20Classification%20of%20Primary%20Care%20Dec16.pdf>
7. Gissler M. How to maintain good quality register systems? *Acta Med Port.* 2019 May;32(5):355-7.
8. Kindig D, Stoddart G. What is population health? *Am J Public Health.* 2003;93(3):380-3.
9. Granja M, Outeirinho C. Registo médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. *Rev Port Med Geral Fam.* 2018;34:40-4.
10. Queiroz MJ. SOAP Revisitado. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25:221-7.
11. Barreiro D, Santiago LM. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar no distrito de Coimbra no ano de 2010. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013;29:236-43.
12. Basílio N, Ramos C, Figueira S, Pinto D. Worldwide usage of International Classification of Primary Care. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-9.
13. Botsis T, Bassøe CF, Hartvigsen G. Sixteen years of ICPC use in Norwegian primary care: looking through the facts. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2010;10:11.
14. Kæmpe KR, Mortensen OS. The distribution of diagnoses in a population of individuals on long-term sick leave. *Dan Med J.* 2021;68(2).

15. Frese T, Herrmann K, Bungert-Kahl P, Sandholzer H. Inter-rater reliability of the ICPC-2 in a German general practice setting. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13621.
16. Vais CIF. Método SOAP em MGF: O que deverá ser colocado em S ou em P [dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2016.
17. Santiago LM, Miranda PR, Botas P. Tendência de classificação no Capítulo Z da CIAP-2 entre 2006 e 2011 em um centro de saúde de Medicina Familiar em Coimbra, Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(27):106-11.
18. Gusso G. The International Classification of Primary Care: capturing and sorting clinical information. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1241-50.
19. Maurício B, Rocha F. Revisitando Registos Clínicos em MGF – Um instrumento de Apoio à Prática Clínica. [Internet]. [Consultado a 11/10/2021] Disponível em: <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/FerramentadeapoioRegistosClinicos-2.pdf>
20. Granja M. Os registos dos médicos de família estão em perigo. *Rev Port Med Geral Fam*. 2018;34:33-9.
21. Melo M. O uso da ICP nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28:245-6.
22. Braga R. Os registos clínicos e a classificação. *Rev Port Med Geral Fam*. 2012;28:155-6.
23. Letrilliart L, Gelas-Dore B, Ortolan B, Colin C. Prometheus: the implementation of clinical coding schemes in French routine general practice. *Inform Prim Care*. 2006;14(3):157-65.
24. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):156.
25. Prazeres F, Santiago L. The Knowledge, Awareness, and Practices of Portuguese General Practitioners Regarding Multimorbidity and its Management: Qualitative Perspectives from Open-Ended Questions. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(11).
26. Magalhães AR, Penetra J, Pereira C, Carvalho R, Neto MG, Santiago LM. Caracterização do perfil dos grandes utilizadores de uma Unidade de Saúde Familiar. *RevADSO*. 2016;4(06):15-21.
27. Coelho CC. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar – tendência evolutiva na última década na região Centro de Portugal [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2020.

28. Pinto D, Corte-Real S. Classificação com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) por internos de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2010;26:370-82.