



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

JOANA ISABEL RIBEIRO PEREIRA

***SINAIS E SINTOMAS ICPC2 NO CAPÍTULO P COMO PROBLEMAS
CRÓNICOS EM 2022 NO CONCELHO DE COIMBRA***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO, PROFESSOR DOUTOR

BÁRBARA BESSA OLIVEIROS, PROFESSORA DOUTORA

ABRIL/2024



***SINAIS E SINTOMAS ICPC2 NO CAPÍTULO P COMO PROBLEMAS
CRÓNICOS EM 2022 NO CONCELHO DE COIMBRA***

***SIGNS AND SYMPTOMS ICPC2 IN CHAPTER P AS CHRONIC
PROBLEM IN THE MUNICIPALITY OF COIMBRA IN 2022***

Autores

Joana Isabel Ribeiro Pereira¹, Luiz Miguel Santiago^{1,2}, Bárbara Oliveiros^{1,3}

Afiliações

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra, Portugal

³iCBR, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico

Joanaisabel2503@gmail.com

Índice

Índice de Tabelas	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Resumo	v
Abstract	vii
Introdução.....	9
Métodos e Métodos estatísticos	12
Resultados.....	14
Discussão	19
Conclusão.....	22
Agradecimentos	23
Referências Bibliográficas	24
Anexos.....	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Descrição dos sintomas reportados.....	14
Tabela 2 - Distribuição conjunta das classificações por modelo de USF, sexo e grupo etário	16
Tabela 3 - Descrição dos sintomas reportados.....	17
Tabela 4 - Distribuição conjunta das classificações por modelo de USF, sexo e grupo etário	18

Lista de 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

OMS: Organização Mundial da Saúde

USF: Unidade de Saúde Familiar

ARS: Administração Regional de Saúde

Resumo

Objetivo: Avaliar a frequência de Classificações Inapropriadas de Sinais e Sintomas ICPC-2 no capítulo P como problemas crónicos no concelho de Coimbra.

Métodos: Estudo observacional transversal de CIC à data de 31 de dezembro de 2022 no capítulo P da ICPC-2 dos utentes de uma amostra aleatória de Unidades de Saúde Familiar do Concelho de Coimbra, sendo sorteada uma USF por cada um dos seis Centros de Saúde do Concelho. Os dados foram estudados segundo o sexo, o grupo etário (até 34 anos, de 35 a 64 anos e igual ou maior a 65 anos) e ainda segundo o modelo de USF, A ou B. A análise de dados foi descritiva e não paramétrica. A análise foi implementada em linguagem R usando reamostragem aleatória, com reposição (10 000 amostras de dimensão 100). Em cada uma avaliou-se a associação entre a classificação de sintomas e o sexo, faixa etária e modelo de USF, determinando-se o valor-p médio e respetivo intervalo de confiança a 95% das 10 000 aplicações do teste exato de Fisher.

Resultados: A amostra foi constituída por 37 898 utentes, 23 224 (61,3%) em USF de modelo A e 14 674 (38,7%) de modelo B. A maioria (22 383, 59,1%) era do sexo feminino e tinha entre 35 e 65 anos (19 462, 51,4%), seguidos dos com 65 ou mais anos (12 272, 32,4%). Observou-se diferença na frequência de CIC consoante o grupo etário ($p = 0,029$; IC95% 0,024-0,033), sendo inconclusiva com o sexo ($p = 0,048$; IC95% 0,042-0,054); não se encontrou associação da frequência de CIC com o modelo de USF $p = 0,401$; IC95% 0,383-0,419). As CIC mais frequentes foram P17- Abuso do tabaco (48,0%), P06 - Perturbação do sono (32,5%), P01 - Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão (12,3%) e P15 - Abuso crónico do álcool (7,1%). Nesta subanálise observou-se diferença na frequência de CIC consoante o grupo etário ($p = 0,026$; IC95% 0,025-0,028) mas não consoante o sexo ($p = 0,086$; IC95% 0,083-0,089) ou modelo de USF ($p = 0,398$; IC95% 0,392-0,394).

Discussão: A classificação de sinais e sintomas como problemas crónicos, é matéria do foro do médico e do sistema informático para que a qualidade epidemiológica do registado possa refletir a realidade.

Conclusão: As CIC mais frequentes no capítulo dizem respeito a P01, P06, P15 e P17. A revisão regular dos problemas crónicos poderá ajudar ao mais correto conhecimento da prevalência de problemas saúde. A formação médica em ICPC-2 torna-se fundamental,

devendo o sistema informático sofrer melhorias para evitar CIC e para a regular revisão dos problemas crónicos.

Palavras-chave: Medicina Geral e Familiar, Capítulo P, Problema crónico, ICPC-2.

Abstract

Objective: To evaluate the frequency of ICPC-2 Inappropriate Classification of Signs and Symptoms in chapter P as chronic problems in the municipality of Coimbra.

Methods: An observational, cross-sectional study of CIC on December 31, 2022, in chapter P of the ICPC-2 of users of a random sample of Family Health Units in the municipality of Coimbra, with one USF being drawn from each of the six Health Centers in the municipality. The data was analyzed according to gender, age group (up to 34 years old, 35 to 64 years old and 65 years old or over) and USF model, A or B. Data analysis was descriptive and non-parametric. The analysis was implemented in the R language using random resampling with replacement (10,000 samples of size 100). In each sample, the association between the classification of symptoms and gender, age group and USF model was assessed, and the average p-value and respective 95% confidence interval of the 10,000 applications of Fisher's exact test were determined.

Results: The sample consisted of 37,898 users, 23,224 (61.3%) in USF model A and 14,674 (38.7%) in model B. The majority (22,383, 59.1%) were female and aged between 35 and 65 (19,462, 51.4%), followed by those aged 65 or over (12,272, 32.4%). There was a difference in the frequency of CICs according to age group ($p = 0.029$; 95%CI 0.024-0.033), which was inconclusive with gender ($p = 0.048$; 95%CI 0.042-0.054); there was no association between the frequency of CICs and the USF model ($p = 0.401$; 95%CI 0.383-0.419). The most frequent CICs were P17 - Tobacco abuse (48.0%), P06 - Sleep disturbance (32.5%), P01 - Feeling anxious / nervous / tense (12.3%) and P15 - Chronic alcohol abuse (7.1%). In this sub-analysis, there was a difference in the frequency of CIC according to age group ($p = 0.026$; 95%CI 0.025-0.028) but not according to gender ($p = 0.086$; 95%CI 0.083-0.089) or USF model ($p = 0.398$; 95%CI 0.392-0.394).

Discussion: The classification of signs and symptoms as chronic problems is a matter for the doctor and the computer system, so that the epidemiological quality of the record can reflect reality.

Conclusion: The most frequent CICs in the chapter concern P01, P06, P15 and P17. A regular review of chronic problems could help to better understand the prevalence of health problems. Medical training in ICPC-2 is essential, and the computer system should be improved to avoid CICs and to regularly review chronic problems.

Keywords: General Practice, Chapter P, Chronic problem, ICPC-2.

Introdução

A Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) é o sistema de classificação mais utilizado na prática clínica da Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal, tendo como objetivo reter e organizar sistematicamente informações clínicas, quer de motivo de consulta, quer de diagnóstico de problema agudo ou crónico, quer de plano e procedimento.¹ Foi reconhecida, em 2003, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a melhor forma de codificar em medicina geral e familiar (MGF) após ter sido publicada em 1987, pelo comité de Classificação Internacional da WONCA (*World Organization of Family Physicians*) e sofrido em 1998 uma revisão da qual resultou a segunda versão (ICPC-2).²⁻⁴

É composta por 17 capítulos de A a Z, estando os mesmos divididos em 7 componentes: componente 1 para sintomas (códigos 01 a 29), componentes 2 a 6 para processos de cuidado (códigos 30 a 69) e componente 7 para diagnósticos e doenças (códigos 70 a 99).^{1,4} Os diagnósticos feitos pelo médico, perante um problema de saúde, 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.⁴

Dado que este sistema de registo não faz o encerramento automático de episódios de cuidados, um dos principais focos da atenção do médico deverá ser sobre a atualização constante dos mesmos, para que não sejam colocados sinais e sintomas como doenças crónicas nem que se prolonguem indevidamente como crónicos, problemas agudos, ou sinais e sintomas.⁴

Assim sendo, a correta classificação destes problemas passa por catalogá-los como ativos ou passivos, de forma contínua, consoante afetem o doente ou estejam resolvidos, respetivamente. É ainda importante que a lista de problemas principais inclua apenas aqueles que não são autolimitados ou agudos.^{2,5}

A consulta é estruturada segundo o método SOAP que permite organizar a informação recolhida em poucas palavras e objetivamente, recorrendo ao ICPC-2 para o fazer.^{2,6} No Serviço Nacional de Saúde, na carreira médica de Medicina Geral e Familiar é usado o sistema de registos eletrónicos SClínico. Neste, a classificação de ICPC-2 no campo A (avaliação) do SOAP pode ser realizada como de problema crónico, mediante pergunta do sistema e a sua aceitação, pelo médico.

Assim, devido à importância deste sistema de classificação em Medicina Geral e Familiar, a correta utilização do mesmo por parte dos médicos de família, de forma a evitar erros e vieses dos quais advêm consequências nefastas ao nível dos diversos níveis de cuidados, de comunicação com as demais áreas médicas e ainda nas bases de dados epidemiológicos e de investigação, é fundamental.⁷

As unidades de saúde familiar (USF) visam aperfeiçoar a prestação de cuidados em MGF tendo como principal objetivo melhorar a prestação de cuidados de saúde personalizados, através da existência de uma equipa multiprofissional, à população inscrita nas listas médicas de cada USF, acompanhando todo o ciclo vital de cada pessoa dessa mesma população.^{8,9}

O modelo de contratualização para funcionamento, assenta num conjunto de incentivos aos profissionais de saúde, com remuneração fixa, composta pela remuneração base, e variável, composto por suplementos e por incentivos ao desempenho em função de atingimento de indicadores previamente contratualizados.^{2,6}

A lista de utentes é ajustada com base no risco individual de cada utente, priorizando populações vulneráveis, as quais apresentam maiores e mais complexas necessidades de saúde.⁶

Como consta no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, no artigo 39º, “A monitorização e avaliação das USF devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação e podem contemplar especificidades e características de carácter regional ou local, quando estas se apresentem como fatores corretivos e niveladores da matriz nacional”.⁶

Em suma, a USF deve guiar-se pelos princípios de conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação e gestão participativa, alcançando uma melhoria no trabalho de equipa e motivação profissional, e, portanto, uma maior qualidade dos serviços.^{9,10}

Em virtude da prevalência de doenças crónicas, estima-se que dois terços dos encontros com os profissionais de saúde realizam-se para o acompanhamento das mesmas.¹¹

Vários fatores são relevantes no que diz respeito à definição de uma condição como crónica, sendo eles, a duração, o prognóstico, o padrão de evolução e sequelas. Assim sendo, é

necessária uma definição padrão clara para a classificação de uma doença como crónica, os profissionais de saúde devendo saber quando a definir, de modo a evitar erros de classificação.¹¹

Os transtornos mentais (psiquiátricos ou psicológicos) incluem as alterações de pensamento, emoções e/ou comportamento que, quando causam angústia importante à pessoa e/ou interferem na sua vida quotidiana, são consideradas uma doença mental ou um transtorno de saúde mental.¹²

Em 2019, 970 milhões de pessoas padeciam com um transtorno mental, sendo os mais comuns os transtornos de ansiedade e depressivos. Em 2020, este número aumentou significativamente devido à pandemia de COVID-19.¹³

Os transtornos depressivos são conhecidos por serem os principais fatores de risco para resultados fatais, como o suicídio. No entanto, o impacto destes transtornos vai além da incapacidade e da mortalidade, existe também uma redução da produtividade no trabalho e aumento da dependência dos serviços estatais de saúde e bem-estar.¹⁴

Assim a escolha do capítulo P prendeu-se com o conhecimento da clara prevalência de doenças mentais, que se têm tornado uma verdadeira epidemia, com uma nítida redução na qualidade de vida.

Foi ainda verificado, em trabalhos prévios, a relevância de estudos como este, demonstrando uma elevada percentagem de classificações consideradas inapropriadas (CIC), sendo o capítulo P um dos com maior prevalência de classificações inapropriadas. Exemplo disso é um trabalho exploratório em dois ficheiros de MGF numa USF onde se encontrou CIC em 45,5% dos doentes, representando 8,2% das classificações crónicas, enfatizando assim a necessidade de novos e maiores estudos relativamente a este tema.²

Tendo em consideração o que foi acima exposto, o objetivo deste trabalho residiu no estudo de sinais e sintomas do capítulo ICPC-2, P(psicológico) colocados inadequadamente como problemas crónicos em pessoas seguidas em Unidades de Saúde Familiar dos Centros de Saúde do Concelho de Coimbra.

Métodos e Métodos estatísticos

Após avaliação positiva da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, realizou-se um estudo observacional transversal dos dados fornecidos pelo gabinete de informática da Administração Regional de Saúde do Centro que forneceu em anonimato todos os sinais e sintomas do capítulo P colocados como problemas crónicos na lista de utentes de cada uma das USF, aleatoriamente escolhidas, sendo uma por cada um dos seis Centros de Saúde do Concelho de Coimbra, à data de 31 de dezembro de 2022. Tal processo realizou-se fazendo sorteio, em saco com folhas de nomes, em cada Centro e Saúde de uma USF em função das existentes.

As 6 USF selecionadas, 1 por cada Centro de Saúde, USF Norton de Matos (Centro de Saúde de Norton de Matos com 3 USF), USF Coimbra Sul (Centro de Saúde de Santa Clara com duas USF), USF Coimbra Centro (Centro de Saúde de Fernão de Magalhães 1 USF e uma UCSP em transição para USF), USF Mondego (Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, com duas USF), USF Coimbra Celas (Centro de Saúde de Celas com três USF) e USF Coimbra Norte (Centro de Saúde de Eiras com duas USF). Duas USF, Coimbra Sul e Mondego, são modelo B e as restantes modelo A. Nestas USF recolheram-se dados relativamente às CIC de 37 898 utentes.

Selecionaram-se 4 componentes do capítulo P do ICPC-2: P01, P06, P15 e P17, sendo o critério de escolha a possibilidade de frequência significativamente superior observada relativamente aos restantes componentes, sendo esta amostra constituída por 15 305 utentes.

Critérios de inclusão para estes componentes segundo o ICPC-2 são:

P01- “Sentimentos relatados pelo doente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis, mas mais ou menos normais, para sentimentos que são tão perturbadores para o doente que este procura ajuda profissional.”

P06- “A perturbação do sono como diagnóstico requer que o problema de sono seja uma queixa importante que, segundo o doente e o médico, não seja causada por outra perturbação, mas seja antes um problema em si mesmo. A insónia requer uma deficiência qualitativa ou quantitativa do sono, o qual não considerado pelo utente como insatisfatório, ao longo de um período de tempo significativo. A hipersónia caracteriza-se por uma

sonolência exagerada durante o dia e ataques de sono que perturbam o desempenho do utente.”

P15- “Perturbação devida ao consumo do álcool e que resulta em um ou mais episódios clínicos de grave prejuízo para a saúde, dependência, estado de privação ou distúrbios psicóticos.”

P17- “Perturbação devida ao consumo de tabaco que leva a uma ou mais intoxicações agudas, uso com prejuízo clinicamente grave para a saúde, dependência ou estado de privação.”

Do acima depreende-se poderem existir melhores e mais explícitas classificações para tais sinais e sintomas.

Métodos estatísticos

A caracterização da amostra foi feita recorrendo a indicadores estatísticos como a frequência absoluta e relativa, e à descrição conjunta dos indicadores cruzados, nomeadamente a classificação dos sintomas cruzada com o modelo de USF, sexo, e idade dos utentes em grupos etários.

Uma vez que a dimensão da amostra em estudo envolve 37 898 utentes que corresponde à população quase total da região centro, procedeu-se à reamostragem aleatória, com reposição, e para tal foram selecionadas aleatoriamente 10 000 amostras de dimensão 100. Desta forma é possível obter valores-p mais credíveis. O teste aplicado foi o teste exato de Fisher para avaliar uma eventual associação entre a Classificação de sintomas cada uma das restantes variáveis em análise. No final é determinado a média dos valores-p encontrados em cada iteração e o respetivo intervalo de confiança a 95%.

No final a análise foi replicada tendo em conta apenas os códigos 1, 6, 15 e 17. A análise foi feita em linguagem R e analisada ao nível de significância de 5%.

Resultados

A amostra foi constituída por 37 898 utentes, 23 224 (61,3%) dos quais eram utentes de USF de modelo A e 14 674 (38,7%) de USF de modelo B. A maioria (22 383, 59,1%) era do sexo feminino e tinha entre 35 e 65 anos (19 462, 51,4%), seguidos daqueles com 65 ou mais anos (12 272, 32,4%).

Relativamente à classificação dos sintomas, a distribuição apresenta-se na Tabela 1:

Tabela 1 - Descrição dos sintomas reportados

Classificação	Total
P01- Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão	1890 (10,1%)
P02- Reação aguda ao stress	310 (1,7%)
P03 - Sensação de depressão	514 (2,7%)
P04 - Sentir-se/ comportar-se de forma irritável/ zangada	90 (0,5%)
P05 - Sensação/ comportamento senil	56 (0,3%)
P06 - Perturbação do sono	4978 (26,5%)
P07 - Diminuição do desejo sexual	49 (0,3%)
P08 - Diminuição da satisfação sexual	96 (0,5%)
P09 - Preocupação com a preferência sexual	5 (0,0%)
P10 - Gaguejar, balbuciar, tiques	51(0,3%)
P11 - Problema de alimentação da criança	17 (0,1%)
P12 - Molhar a cama/ enurese	120 (0,6%)
P13 - Encoprese/ outro problema de incontinência fecal	21 (0,1%)
P15 - Abuso crónico do álcool	1089 (5,8%)
P16 - Abuso agudo do álcool	51 (0,3%)

P17 - Abuso do tabaco	7348 (39,1%)
P18 - Abuso de medicação	55 (0,3%)
P19 - Abuso de drogas	432 (2,3%)
P20 - Alteração da memória	552 (2,9%)
P22 - Sinais/ sintomas do comportamento da criança	467 (2,5%)
P23 - Sinais/ sintomas do comportamento do adolescente	91 (0,5%)
P24 - Dificuldade específica de aprendizagem	351 (1,9%)
P25 - Problema numa fase da vida de um adulto	35 (0,2%)
P27 - Medo de perturbação mental	9 (0,0%)
P28 - Limitação funcional / incapacidade (p)	14 (0,1%)
P29 - Sinal/ sintoma psicológico, outro	84 (0,4%)
TOTAL	18775

O cruzamento dos sintomas com o modelo de USF, sexo ou grupo etário revela que a classificação dos sintomas parece ser independente do modelo de USF ($p = 0,401$; IC95% 0,383-0,419) mas não do grupo etário ($p = 0,029$; IC95% 0,024-0,033)

Quanto à frequência de classificação de sintomas em ambos os sexos, não parece existir uma resposta conclusiva, dado que o valor-p do teste exato de Fisher é 0,048, mas o intervalo de confiança a 95% está entre 0,042 e 0,054.

Na tabela 2 apresenta-se a frequência de cada uma das classificações por Modelo de USF, Sexo e Grupo etário, estando assinaladas a amarelo as classificações que aparecem mais vezes do que esperado num ou noutro sexo, e em cada um dos grupos etários. As percentagens apresentadas foram determinadas relativamente ao total da coluna.

Tabela 2 - Distribuição conjunta das classificações por modelo de USF, sexo e grupo etário

Classificação	Modelo de USF		Sexo		Grupo Etário		
	A	B	Masculino	Feminino	< 35	35 - 64	65+
P1	1270 (12%)	620 (7.6%)	633 (6.3%)	1257 (14.5%)	347 (9.6%)	974 (9.7%)	569 (11.1%)
P2	157 (1.5%)	153 (1.9%)	100 (1%)	210 (2.4%)	54 (1.5%)	196 (2%)	60 (1.2%)
P3	299 (2.8%)	215 (2.6%)	114 (1.1%)	400 (4.6%)	49 (1.4%)	265 (2.6%)	200 (3.9%)
P4	49 (0.5%)	41 (0.5%)	45 (0.4%)	45 (0.5%)	27 (0.7%)	32 (0.3%)	31 (0.6%)
P5	23 (0.2%)	33 (0.4%)	21 (0.2%)	35 (0.4%)	0 (0%)	9 (0.1%)	47 (0.9%)
P6	2566 (24.2%)	2412 (29.6%)	2187 (21.7%)	2791 (32.1%)	292 (8.1%)	2293 (22.8%)	2393 (46.6%)
P7	25 (0.2%)	24 (0.3%)	25 (0.2%)	24 (0.3%)	5 (0.1%)	35 (0.3%)	9 (0.2%)
P8	59 (0.6%)	37 (0.5%)	81 (0.8%)	15 (0.2%)	18 (0.5%)	52 (0.5%)	26 (0.5%)
P9	5 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	4 (0%)	2 (0.1%)	1 (0%)	2 (0%)
P10	38 (0.4%)	13 (0.2%)	35 (0.3%)	16 (0.2%)	41 (1.1%)	5 (0%)	5 (0.1%)
P11	7 (0.1%)	10 (0.1%)	7 (0.1%)	10 (0.1%)	17 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)
P12	53 (0.5%)	67 (0.8%)	83 (0.8%)	37 (0.4%)	114 (3.2%)	2 (0%)	4 (0.1%)
P13	11 (0.1%)	10 (0.1%)	12 (0.1%)	9 (0.1%)	19 (0.5%)	0 (0%)	2 (0%)
P14	693 (6.5%)	396 (4.9%)	982 (9.7%)	107 (1.2%)	23 (0.6%)	632 (6.3%)	434 (8.5%)
P15	30 (0.3%)	21 (0.3%)	43 (0.4%)	8 (0.1%)	7 (0.2%)	31 (0.3%)	13 (0.3%)
P16	4167 (39.2%)	3181 (39%)	4485 (44.5%)	2863 (33%)	1435 (39.8%)	5036 (50.2%)	877 (17.1%)
P17	39 (0.4%)	16 (0.2%)	21 (0.2%)	34 (0.4%)	1 (0%)	34 (0.3%)	20 (0.4%)
P18	271 (2.6%)	161 (2%)	351 (3.5%)	81 (0.9%)	125 (3.5%)	292 (2.9%)	15 (0.3%)
P19	302 (2.8%)	250 (3.1%)	191 (1.9%)	361 (4.2%)	88 (2.4%)	82 (0.8%)	382 (7.4%)

P20	241 (2.3%)	226 (2.8%)	328 (3.3%)	139 (1.6%)	463 (12.8%)	4 (0%)	0 (0%)
P21	60 (0.6%)	31 (0.4%)	51 (0.5%)	40 (0.5%)	89 (2.5%)	2 (0%)	0 (0%)
P22	169 (1.6%)	182 (2.2%)	229 (2.3%)	122 (1.4%)	347 (9.6%)	3 (0%)	1 (0%)
P23	19 (0.2%)	16 (0.2%)	12 (0.1%)	23 (0.3%)	1 (0%)	27 (0.3%)	7 (0.1%)
P24	5 (0%)	4 (0%)	5 (0%)	4 (0%)	3 (0.1%)	4 (0%)	2 (0%)
P25	10 (0.1%)	4 (0%)	7 (0.1%)	7 (0.1%)	2 (0.1%)	5 (0%)	7 (0.1%)
P26	55 (0.5%)	29 (0.4%)	39 (0.4%)	45 (0.5%)	38 (1.1%)	21 (0.2%)	25 (0.5%)
TOTAL	10623	8152	10088	8687	3607	10037	5131

Subanálise dos códigos 1, 6, 15 e 17

Esta subamostra era constituída por 15 305 utentes, estando 8 287 (54,1%) utentes em USF de modelo A e 7 018 (45,9%) em USF modelo B. A maioria dos utentes era do sexo masculino (8 287, 54,1%) e relativamente à idade a maioria tinha entre 35 e 65 anos (8 935, 58,4%), seguidos daqueles com 65 ou mais anos (4 273, 27,9%).

Relativamente à classificação dos sintomas, a distribuição apresenta-se na tabela seguinte:

Tabela 3 - Descrição dos sintomas reportados

Classificação	Total
P01- Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão	1 890 (12,3%)
P06 - Perturbação do sono	4 978 (32,5%)
P15 - Abuso crónico do álcool	1 089 (7,1%)
P17 - Abuso do tabaco	7 348 (48,0%)
TOTAL	15 305 (100%)

O cruzamento dos sintomas com o modelo de USF, sexo ou grupo etário revela que a classificação dos sintomas parece ser independente do modelo de USF ($p = 0,398$; IC95% 0,392-0,394) mas não do grupo etário ($p = 0,026$; IC95% 0,025-0,028), onde até aos 34 anos os códigos mais frequentes são o '1' e '17', dos 35 aos 64 anos aparece maioritariamente o código '17', e nos mais idosos é maioritariamente reportado o código '6', mas também o '15' e o '1'.

Quanto à frequência de classificação de sintomas em ambos os sexos, não parece existir uma associação ($p = 0,086$; IC95% 0,083-0,089), embora sejam tendencialmente mais reportados os códigos '15' e '17' no sexo masculino, e os códigos '1' e '6' no sexo feminino.

Na tabela 4 apresenta-se a frequência de cada uma das classificações por Modelo de USF, Sexo e Grupo etário, estando assinaladas a amarelo as classificações que aparecem mais vezes do que esperado num ou noutro sexo, e em cada um dos grupos etários. As percentagens apresentadas foram determinadas relativamente ao total da coluna.

Tabela 4 - Distribuição conjunta das classificações por modelo de USF, sexo e grupo etário

Classificação	Modelo de USF		Sexo		Grupo Etário		
	A	B	Masculino	Feminino	< 35	35 - 64	65+
P1	1270 (14,6%)	620 (9,4%)	633 (7,6%)	1257 (17,9%)	347 (16,5%)	974 (10,9%)	569 (13,3%)
P6	2566 (29,5%)	2412 (36,5%)	2187 (26,4%)	2791 (39,8%)	292 (13,9%)	2293 (25,7%)	2393 (56%)
P15	693 (8%)	396 (6%)	982 (11,8%)	107 (1,5%)	23 (1,1%)	632 (7,1%)	434 (10,2%)
P17	4167 (47,9%)	3181 (48,1%)	4485 (54,1%)	2863 (40,8%)	1435 (68,4%)	5036 (56,4%)	877 (20,5%)
TOTAL	8696 (100%)	6609 (100%)	8287 (100%)	7018 (100%)	2097 (100%)	8935 (100%)	4273 (100%)

Discussão

Com este trabalho quis-se saber de que forma estava a classificação, como problemas crónicos, de diagnósticos que são meramente sinais e sintomas relativamente ao capítulo P no Concelho de Coimbra. Tal poderá ser feito relativamente a outros capítulos e em áreas geográficas diferentes.

Este estudo tem a particularidade de ter sido feito com base numa amostra *quasi*-aleatória dado que foi aleatória por aglomerados.

Perceber a proporção de CIC tem como finalidade melhorar a credibilidade e a qualidade das classificações de forma a colher dados epidemiológicos clínicos, pois apenas situações patológicas ou sociais crónicas devem ser registadas como tal, assim como permitir um correto controlo e seguimento dos doentes, possibilitando o conhecimento de grupos de risco e as necessidades da população em geral.

A incorreta utilização da ICPC-2 pode originar CIC, pela classificação de sinais e sintomas do capítulo P como problemas crónicos, existindo melhor classificação ICPC-2 como diagnóstico para a situação clínica. Especificamente no que diz respeito ao capítulo P, desconhece-se a existência publicações sobre o tema, o que revela ainda mais a importância da discussão aqui apresentada.

Com base nos resultados obtidos é possível aferir a existência de algumas CIC com proporções mais elevadas, assim como diferenças significativas entre sexos e grupos etários, o que não se verifica entre modelos de USF.

Verificou-se que a maioria dos doentes (22 383, 59,1%) era do sexo feminino e tinha entre 35 e 65 anos (19 462, 51,4%), seguidos dos com 65 ou mais anos (12 272, 32,4%) na análise geral, sendo que na subanálise dos códigos 1, 6, 15 e 17 a maioria dos utentes era do sexo masculino (8 287, 54,1%) e relativamente à idade a maioria tinha entre 35 e 65 anos (8 935, 58,4%), seguidos daqueles com 65 ou mais anos (4 273, 27,9%).

As CIC mais frequentes foram P17- Abuso do tabaco (39,1%), P06 - Perturbação do sono (26,5%), P01 - Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão (10,1%) e P15 - Abuso crónico do álcool (5,8%).

Relativamente às CIC mais frequentemente observadas (P17, P06, P01 e P15), antecipamos como possíveis formas de solucionar este problema o investimento na formação de médicos internos de especialidade e do MF na aplicação da ICPC-2, a atualização e revisão periódica de listas de problemas com encerramento de episódios passados e apenas colocar na da lista de problemas principais os mais relevantes.

Sugere-se que estes erros possam ser ultrapassados com²:

1. Lembretes por parte do SClínico, alertando para classificações que sugerem CIC ou até mesmo não permitir a introdução de classificações de sinais e sintomas como de doença crónica
2. Proposta pelo SClínico de alternativa mais adequada
3. Ter alertas para a atualização da lista de problemas, devendo informar sobre episódios com necessidade de desativação

Os dados obtidos envolveram o período da pandemia COVID-19, podendo-se associar a mais sinais e sintomas que foram codificados como ativos, que na realidade terão sido transitórios.

Estudos relativamente aos motivos de consulta (MC) revelam que os doentes apresentam frequentemente sinais e sintomas que necessitam de um estudo mais profundo, pois poderão não constituir uma doença bem definida, havendo ainda a necessidade de constante atualização.¹⁵ Muitos doentes relatam queixas de sinais e sintomas vagos, aos quais se referem, por exemplo, como depressão e ansiedade sendo fundamental o médico de família (MF) estimular o doente a refletir sobre a causa dos mesmos, que poderá ter subjacente problemas familiares, laborais, sociais e outros. Este conhecimento vai contribuir assim para a identificação de possíveis doenças subjacentes ou, por outro lado para a resolução de quadros que não representam verdadeiramente sinais ou sintomas para os quais existe codificação.¹⁶

Estudos sobre este tema obtêm informações fundamentais para a consciencialização do MF sobre a necessidade de diminuir erros de classificação, levando a um aumento da credibilidade dos registos para investigação, assim como na utilização de recursos e acompanhamento do doente.

É ainda importante referir o índice de complexidade do utente, que para ser adequadamente medido, tem necessidade de correta classificação das patologias de cada doente e, ao colocarem-se sinais e sintomas como problemas crónicos estar-se-á a desvirtuar este

índice, induzindo erro, sendo esta mais uma razão pelas quais uma adequada classificação deve ser feita.

É evidente a necessidade de estudos como este, quer nacionalmente, quer mundialmente, pois a falta de informação neste âmbito tem levado à perpetuação da incorreta classificação de problemas crónicos. Tal como sugerido anteriormente, poderá também ser feito o estudo relativamente a outros capítulos e em áreas geográficas diferentes.

Conclusão

O objetivo deste trabalho foi o estudo de sinais e sintomas do capítulo ICPC-2, P(psicológico) colocados inadequadamente como problemas crónicos nas pessoas seguidas em Unidades de Saúde Familiar dos Centros de Saúde do Concelho de Coimbra.

Da amostra obtida verificou-se diferença na frequência de CIC entre grupo etário, mas não segundo o modelo USF, sendo que relativamente ao sexo esta diferença foi inconclusiva.

AS CIC mais frequentemente observadas foram a P01, P06, P015 e P17.

A existência de CIC reduz a confiabilidade das classificações com consequências a diferentes níveis, desde o acompanhamento e gestão de recursos disponíveis à população, até à credibilidade da base de dados e consequentemente dos estudos, os quais nestas se baseiam.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor Luiz Santiago e Professora Doutora Bárbara Oliveiros por me acompanharem e guiarem ao longo deste período, não só com excelente profissionalismo, mas também com muito humanismo e tranquilidade.

À minha mãe, ao meu pai, ao meu irmão e aos meus avós por sempre confiarem em mim e estarem do meu lado em todas as situações.

Aos meus amigos, por serem um alicerce fundamental na minha vida.

E por último, a todos os que me acompanharam no meu percurso académico e fizeram dele um êxito.

Referências Bibliográficas

1. Magalhães N. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: O SEU PAPEL NA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 2013.
2. Pinto Coelho J, Reis MT, Santiago LM. Proporção de sinais e sintomas ICPC2 indevidamente colocados como doença crónica em medicina geral e familiar: um estudo preliminar no Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2023;39(2):132-9.
3. Coelho C. Motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar - tendência evolutiva na última década na região Centro de Portugal. In: Santiago L, editor. 2020.
4. Comissão de Classificações da WONCA, Classificação Internacional de Cuidados Primários. 2ª ed. Lisboa: Oxford University Press; 1999.
5. Pinto D. O que classificar nos registos clínicos com a Classificação Internacional de Cuidados Primários?. *Rev Port Med Geral Fam [Internet]*. 1 de Setembro de 2014 [citado 11 de Abril de 2024];30(5):328-34. Disponível em: <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11391>
6. Santiago LM, Carvalho R, Botas P, Miranda P, Matias C, Simões AR, et al. A informação na consulta presencial em Medicina Geral e Familiar: classificações segundo a ICPC-2 e anotações livres para a memória futura no SOAP. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015 Sep 30;10(36).
7. Calisto B. Frequência de sinais e sintomas indevidamente colocados como doença crónica em Medicina Geral e Familiar. In: Santiago LM, Paiva B, editors. 2023.
8. Magalhães N. UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: O SEU PAPEL NA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 2013.
9. Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro; <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279> [acedido em 24 de dezembro de 2023].

10. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. 2001.
11. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. Vol. 21, Family Practice. 2004. p. 381–6.
12. <https://www.msmanuals.com/pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/considerações-gerais-sobre-cuidados-com-a-saúde-mental/considerações-gerais-sobre-a-doença-mental> [Acedido em 10 de abril de 2024].
13. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [Acedido a 4 de fevereiro de 2024].
14. Modhurima Moitra DS, Pamela Y. Collins, Theo Vos, Harvey Whiteford, Shekhar Saxena, Alize J. Ferrari. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. 2022.
15. Barreio JD. PRINCIPAIS MOTIVOS DE CONSULTA EM CLÍNICA GERAL E FAMILIAR NA EX SUB-REGIÃO DE COIMBRA NO ANO DE 2010. In: Santiago L, editor. 2012.
16. 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. 2013.

Anexos

Anexo I: Parecer **favorável** da Comissão de Ética da Administração Regional De Saúde Do Centro.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: FAVORÁVEL <hr/>	DESPACHO: <i>Trabalho aprovado e delegado homologar o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>19.01.2023</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Signature]</i> Dr. Vítor Rodrigues Presidente
--	--

ASSUNTO:	Estudo 123/2022 Frequência de sinais e sintomas pela International Classification for Primary Care (ICPC2) indevidamente colocados como doença crónica em Medicina Geral e Familiar
-----------------	---

Trabalho a realizar na sequência de estudo prévio já aprovado e realizado no CS Eiras.

Pretende classificar identificar sinais e sintomas que se encontram inapropriadamente classificados como doença crónica no sistema informático do Agrupamento de Centros de Saúde do Centro Baixo Mondego, a realizar agora nas USF Norton de Matos, Coimbra Sul, Coimbra Centro, Mondego, Coimbra Celas e Coimbra Norte

A fonte de dados será a ARS Centro, com utilização de dados fornecidos em anonimato

Coimbra, 18 de janeiro de 2023

O Relator: Prof. Doutor Vítor Rodrigues
[Signature]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro
[Signature]