

Trabalho final do 6º ano Médico

**Estudo observacional da codificação de problemas sociais no capítulo Z da  
ICPC2:**

**Resultados de uma intervenção informativa**

Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito de ciclo  
de estudos de Mestrado Integrado em Medicina

**Autor:** Manuela da Assunção Romualdo Afonso Romano

Aluna de 6º Ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Nº de estudante:** 2006001599

**Email:** manezitaromano@gmail.com

**Orientador:** Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

Especialista em Medicina Geral Familiar

MD, PhD

**Área científica:** Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar

**Nota:** Trabalho elaborado segundo as norma para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

Coimbra, Março de 2012

## Índice

Abreviaturas: .....	3
RESUMO .....	4
ABSTRACT .....	6
Introdução: .....	8
Material e métodos: .....	10
Discussão:.....	17
Conclusão: .....	22
Agradecimentos:.....	23
Bibliografia: .....	24

**Abreviaturas:**

A- Avaliação no SOAP

CID- Classificação Internacional De Doenças

CNM- Centro de Saúde Norton de Matos

CP- Centro de Saúde de Penacova

CSC- Centro de Saúde de Santa Clara

ICPC- Classificação internacional de Cuidados Primários (International Classification in Primary Care)

MGF- Medicina Geral e Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

P1 - período pré-intervenção

P2- período pós intervenção

S- Subjectivo no SOAP

WONCA- Sociedade Europeia de Clínica Geral /Medicina Familiar

**Estudo observacional da codificação de problemas sociais no capítulo Z da ICPC2:  
Resultados de uma intervenção informativa.**

**RESUMO**

**Objectivos:** Verificar impacto a curto prazo em volume e tipo de codificação de problemas no capítulo Z da ICPC-2, de uma acção de intervenção informativa sobre os médicos.

**Tipo de estudo:** Estudo observacional qualitativo, inferencial, em dois pontos de medida, com intervenção informativa em tempo intermédio, com intenção analítica.

**Local do estudo:** Centro de Saúde Norton de Matos, Penacova e Santa Clara.

**População:** Médicos dos Centros de Saúde.

**Métodos:** Foi realizada uma intervenção informativa em Novembro de 2011 sobre estes médicos para transmissão dos resultados referentes a um período pré intervenção e discussão da importância de codificar problemas sociais. Os dados sobre codificação a nível do motivo de consulta (S-subjectivo) e diagnóstico (A-avaliação) quer em volume quer em componente foram colhidos e analisada a variação pré e pós intervenção utilizando-se estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** A reacção à intervenção e discussão foi diferente em cada um dos centros de saúde. Verificou-se aumento percentual das codificações destes problemas a nível da Avaliação em todos os centros de saúde. Em Subjectivo a percentagem de codificação foi inferior à da Avaliação. No tipo de códigos codificados houve diferenças significativas em dois dos centros de saúde, em Avaliação, verificando-se nestes variações na ordenação dos seis mais frequentes.

**Discussão:** Verifica-se impacto positivo no volume e tipo de codificações no Capítulo Z do período pré para o pós intervenção relacionado com a forma como a apresentação/discussão foi realizada. Em Avaliação a codificação em volume teve aumento maior no centro de saúde onde a reacção à apresentação foi melhor mas sem grande discussão. No tipo de codificação

verificou-se variações estatisticamente significativas nos centros de saúde onde houve maior discussão.

**Conclusões:** Verifica-se impacto positivo a curto prazo em volume e tipo, da codificação de problemas no capítulo Z da ICPC-2, por efeito de acção de intervenção informativa sobre os médicos.

**Palavras- chave:**

Classificação internacional de Cuidados Primários (ICPC-2); codificação, Capítulo Z; intervenção informativa; medicina geral e familiar (MGF)

**Observational encoding of social problems in Chapter Z ICPC2:  
Out-comes of an informative intervention**

**ABSTRACT**

**Objectives:** To analyze the short-term impact of an informative intervention on doctors on the frequency and type of problems codification in ICPC-2 chapter Z.

**Type of study:** A descriptive, qualitative, inferential, in two measurement points, with an informative speech in mean-time, with intended analytical study.

**Site:** Norton de Matos, Penacova and Santa Clara Primary Health Centres.

**Population:** Primary health centers' doctors

**Methods:** An informative intervention was performed on these doctors in November 2011, to inform them about the pre-intervention period results and to discuss the importance of the social problems codification. Encoding data on the reason for encounter (S-Subjective) and the diagnosis made by the doctor (A - Evaluation) both in frequency and type were obtained and analyzed the pre and post informative intervention variation using descriptive and inferential statistics.

**Results:** The reaction to the informative intervention and discussion was different in each primary health center. There was an increase in the percentage of encoding of these problems in evaluation (A) on all primary health centers. In subjective (S) encoding, the percentage of encoding was lower than evaluation. In the type of codification in the chapter Z there is significant difference in evaluation, including a variation on the 6 most frequents type of Z codes.

**Discussion:** There is positive impact on the frequency and type of Chapter Z encoding in post informative intervention period that is related to how the presentation/discussion was done. A-evaluation was revealed the highest increase was in the primary health center where the reaction to informative speech was better but there were not much discussion. The type of

encoding variation was statistically significant in primary health centers where there was further discussion.

**Conclusions:** There is positive short-term impact on the frequency and type in ICPC-2 chapter Z, the effect of an informative intervention on doctors.

**Key-words**

International Classification in Primary Care (ICPC-2); encoding; Chapter Z; informative speech, family medicine

## **Introdução:**

Em Medicina Geral e Familiar (MGF), a actividade desenvolve-se principalmente a nível da consulta e devido à multiplicidade e complexidade de cada utente, o registo informativo, em meio informático, é uma ferramenta essencial. Trata-se de um meio de comunicação muito importante devendo por isso ser homogéneo, sistemático e universal permitindo acesso rápido aos dados do doente, anotação contínua das consultas, caracterizar o perfil de consumo de cuidados médicos e a sua cronologia, planeamento de acções preventivas e à contribuição para a educação contínua.<sup>1,2,3</sup> Há uma correlação entre a qualidade dos registos e a qualidade dos cuidados prestados, pois todas estas informações podem orientar o médico para a verdadeira natureza subjacente aos problemas apresentados.<sup>1,3,7</sup>

O método de registo, em versão eletrónica é o WEED-SOAP (Subjectivo, Objectivo, Avaliação e Plano/Procedimentos) que utiliza uma identificação alfa-numérica fixa, de acordo com a Classificação internacional de Cuidados Primários (ICPC) publicada em 1987 pela WONCA e única reconhecida pela OMS para registo em ambiente de MGF.<sup>4</sup> Surgiu para complementar a utilização da Classificação Internacional De Doenças (CID), no contexto da assistência primária e tem como principal característica problemas de natureza social e permitiu classificar motivos expressos pelo consulente para a consulta, o diagnóstico médico, e o plano mediato ou imediato.<sup>4,5</sup> Para garantir a comparabilidade dos seus códigos com os da CID-10, sofreu uma revisão que ficou conhecida como ICPC-2.<sup>5</sup>

Baseada numa estrutura biaxial, a ICPC é composta num dos eixos por 17 capítulos com código alfabético, cujas letras identificam sistemas orgânicos, psicológicos ou sociais. No outro eixo, há sete componentes com rubricas numéricas, códigos de dois dígitos. Estes distribuem-se pelo SOAP, apenas alguns podendo ser codificados em cada uma das partes.<sup>4</sup>

A utilização da ICPC-2, permite a elaboração de estudos no âmbito da epidemiologia clínica,<sup>1</sup> pois facilmente transforma a informação colhida por diferentes intervenientes de forma tanto



quanto possível homogénea, em linguagem comparável. Utiliza uma linguagem comum internacional e independente da língua com vista à comparação entre países, e apoiando o desenvolvimento da medicina geral e familiar enquanto profissão internacionalmente desenvolvida com base num quadro referencial empírico e bem definido.<sup>4,6,7</sup>

Para o médico também em tribunal, o registo actualizado e completo é a melhor defesa: para a justiça um acontecimento não registado é inexistente.<sup>3</sup>

Na definição de clínico geral/médico de família,<sup>8</sup> são referidas como características da disciplina de MGF “c) desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se inserem” e “k) lida com problemas de saúde nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial”, neste contexto lida com pessoas e os seus problemas inseridas num contexto, tendo de reconhecer todas as dimensões simultaneamente e atribuir a cada uma delas o peso apropriado.

Nesta linha de pensamento a ICPC2 apresenta um capítulo de grande importância, que diz respeito aos problemas sociais (capítulo Z), em cujas codificações se centram maioritariamente a nível do componente 1 (sinais e sintomas),<sup>4,9</sup> sendo constituído pelos itens de Z1 a Z29.

Doentes com problemas psicológicos ou sociais têm quase duas vezes mais contactos com cuidados de saúde primários que aqueles apenas com problemas somáticos.<sup>10</sup> Muitas vezes a verdadeira razão da consulta é um problema oculto, de ordem psicossocial, verbalizado sob a forma de motivos somáticos,<sup>11</sup> e por isso é imprescindível o registo destes problemas.

De acordo com esta contextualização é importante realizar estudos que avaliem a codificação destes problemas para caracterizar esta realidade. Neste sentido este trabalho pretendeu verificar o impacto a curto prazo no volume ( nº de codificações) e no tipo de codificação no capítulo Z da ICPC-2 de uma acção de intervenção informativa sobre os médicos promovendo a discussão desta temática e podendo estimular a codificação a este nível.

**Material e métodos:**

Estudo observacional qualitativo, inferencial, em dois pontos de medida, com intervenção informativa em tempo intermédio, com intenção analítica.

Definiu-se como população o conjunto dos médicos dos três centros de saúde escolhidos para realizar a intervenção informativa. Centros de saúde, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego I, com características populacionais diferentes: Santa Clara, Penacova e Norton de Matos. Segundo a classificação dos tipos de centros de saúde segundo Jordão,<sup>12</sup> o Centro de Saúde Norton de Matos (CNM) é um centro tipicamente de grande cidade situado no centro da Cidade de Coimbra abrangendo uma área populacional muito grande e a maioria com um estilo de vida tipicamente citadino. O Centro de Saúde de Santa Clara (CSC) é urbano em meio rural, isto é ainda que situado na cidade de Coimbra tem uma localização mais excêntrica abrangendo uma população mais mista entre o estilo de vida rural e urbano. O Centro de Saúde de Penacova (CP) é rural, pois fica situado nesta vila tem uma população abrangente com estilo de vida mais agrário.

Foi pedida autorização para a realização do estudo e para o fornecimento dos dados à Administração Regional de Saúde do Centro e a mesma autorizada. Os dados fornecidos são referentes à codificação no capítulo Z em consultas de ambulatório, de urgência /consulta alargada e domicílios, em cada um dos Centro de Saúde durante um período pré- intervenção (P1=01/01/2011 a 30/06/2011) e um período pós-intervenção (P2=01/12/2011 a 22/02/2012). Foram recolhidas as codificações deste capítulo a nível do S e do A, quer em volume (número de codificações) quer em tipo de código registado dentro do capítulo Z (Z1 a Z29). Foram ainda recolhidas o número global de codificações efectuadas nesses mesmos centros de saúde durante o mesmo período de tempo.

Numa primeira fase e após análise de P1 elaborou-se uma apresentação recorrendo ao Microsoft PowerPoint 2010, para apresentação aos médicos dos diferentes centros de saúde

em análise, com informações sobre ICPC-2 e a divulgação dos resultados obtidos na primeira análise relativa a P1 e alertando para o benefício do registo dos diferentes tipos de problemas sociais a nível do SOAP, promovendo assim a discussão com estes sobre a importância de codificar esta área. Os centros de saúde em questão foram então contactados para a realização desta apresentação durante uma reunião de serviço onde pudessem estar presentes todos os médicos do mesmo, visando a sensibilização da população médica para a matéria deste capítulo e mostrando a codificação realizada. Houve ainda prévia validação da apresentação através de actividade com os médicos internos do Agrupamento de Centros de saúde do baixo Mondego I que foi realizada a 02/11/2011 com o objectivo de discutir a forma como a apresentação estava elaborada e poder proceder a alterações com vista a melhorar a eficácia da intervenção. Já as intervenções ocorreram a 11/11/2011 no CSC, a 16/11/2011 no CP e a 24/11/2011 no CNM.

Aguardou-se o período de tempo referente a P2 após a intervenção informativa. A recolha de dados desta segunda fase foi encerrada a 22/02/2012, tendo então procedido à sua análise de modo a permitir conhecer a eficácia e eficiência da acção de informação sobre os médicos.

#### Metodologia estatística:

Foi elaborada base de dados para análise estatística descritiva e inferencial, para análise da codificação no capítulo Z, por Centro de Saúde, em S e em A, quer em volume (número de codificações), quer em tipo de código registado, utilizando os programas informáticos Microsoft Excel 2010 e SPSS versão 20.0. O primeiro essencialmente para análise descritiva dos dados, ou seja por volume de codificações no capítulo Z relativamente ao global de codificações efectuadas, em cada um dos centros de saúde nos períodos analisados. Além disso também se calculou a dinâmica de crescimento nos diferentes anos para os centros de saúde. Procedeu-se ainda à determinação da proporção de dados codificados em A e S no capítulo Z. O segundo programa foi utilizado para tratamento inferencial, por estatística não

paramétrica para dois grupos emparelhados: Wilcoxon signed rank Test. Definiu-se  $p < 0,05$  para significado estatístico.

### **Resultados:**

As intervenções informativas sobre os médicos contribuíram para mostrar os dados de P1, a necessidade de codificar mais a nível do capítulo Z e promoveram a discussão entre os médicos. A 11/11/2011 deu-se início às intervenções sobre os médicos, no CSC, com 4 profissionais de saúde presentes, e 6 em falta. Discutiram-se os resultados obtidos para estes centros de saúde e ainda se abordou o tema da importância de fazer a codificação. Todos os presentes mostraram interesse na vantagem da codificação e no final mostraram-se recetivos de modo a estarem mais atentos a este tipo de codificação, mostraram ainda disponibilidade para transmitirem a informação aos colegas que não estiveram presentes. No CP a 16/11/2011 estiveram presentes 7 médicos, estando 1 em falta. A discussão foi semelhante à anterior no entanto neste centro de saúde, um dos médico mostrou-se mais relutante perante esta intervenção, mas depois da discussão e da explicação sobre a importância desta codificação todos perceberam os seus benefícios. No CNM a 24/11/2011 estiveram presentes 7 médicos na apresentação e 8 na discussão, sem faltas. Neste local, alguns dos profissionais de saúde mostraram logo desde o início os seus pontos de vista, alguns diferentes dos apresentados. Gerou-se uma discussão maior do que em qualquer dos outros os centros de saúde, o que requereu maiores explicações e maior aprofundamento da temática. No final existiam entre alguns médicos ainda diferentes pontos de vista relativos às questões discutidas.

Relativamente à análise dos dados relativos a P1 e P2 em termos quantitativos, em volume (número de codificações efectuadas), os Quadros I e II mostram os resultados obtidos a nível do A e S respectivamente. Assim verificamos que a percentagem de codificação em Z relativamente ao total em A passou de 0,47% para 0,67% no CNM, de 0,36% para 0,41% no

CP e de 0,19% para 0,52% em CSC. A nível do S no CNM passou de 0,58% para 0,41%, no CP de 0,10% para 0,28% e em CSC de 0,20% para 0,32%.

<b>Quadro I</b>						
<b>Comparação entre P1 e P2 em cada um dos centros de saúde relativamente ao volume de codificações a nível do A-Avaliação</b>						
Centro de saúde	CNM*		CP**		CSC***	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Período						
Codificações em Z	177	114	139	65	83	91
Total codificações	37824	16890	38735	15804	44694	17663
% de Z	0,47%	0,67%	0,36%	0,41%	0,19%	0,52%

\*Dinâmica de crescimento:0,44; \*\*Dinâmica de crescimento:0,15; \*\*\*Dinâmica de crescimento: 1,77

<b>Quadro II</b>						
<b>Comparação entre P1 e P2 em cada um dos centros de saúde relativamente ao volume de codificações a nível do S- Subjectivo</b>						
Centro de saúde	CNM*		CP**		CSC***	
	P1	P2	P1	P2	P1	P2
Período						
Codificações em Z	146	47	24	27	52	39
Total codificações	25123	11389	25149	9575	25561	12089
% de Z	0,58%	0,41%	0,10%	0,28%	0,20%	0,32%

\*Dinâmica de crescimento:-0,29; \*\*Dinâmica de crescimento:1,95; \*\*\*Dinâmica de crescimento:0,59

Procedendo ainda ao calculo da dinâmica de crescimento nestes dois períodos pré e pós intervenção  $[(P2-P1)/P1]$  determinamos valores de 0,44 em CNM, de 0,15 em CP e de 1,77 em CSC em A e de -0,29 em CNM, 1,95 em CP e 0,59 e de CSC em S.

Relativamente a análise entre A e S, a proporção entre a percentagem de ambas (%A / %S) obteve os resultados apresentados no QuadroIII.

<b>Quadro III</b>			
<b>Proporção da percentagem da codificação feita entre A e S em cada um dos centros de saúde nos dois períodos</b>			
	CNM	CP	CSC
%A / %S P1	0,80	3,80	0,91
%A / %S P2	1,63	1,46	1,60

Relativamente a análise qualitativa de componentes codificados no capítulo Z, em P1 e P2, apresentamos os Quadros IV, com os resultados da codificação em A, e o Quadro V com a codificação em S.

Quadro IV												
Comparação dos Dois períodos (P1eP2) nos diferentes centros de saúde relativamente ao tipo de codificação dentro do capítulo Z em A- avaliação												
Centro de saúde	CNM(*)				CP(**)				CSC(***)			
	P1	%	P2	%	P1	%	P2	%	P1	%	P2	%
Z01 - Pobreza / problema económico	12	6,90%	12	10,53%	3	2,21%	1	1,54%	0	0,00%	1	1,32%
Z02 - Problema relacionado com a água / alimentação	1	0,57%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z03 - Problema de habitação / vizinhança	0	0,00%	1	0,88%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z04 - Problema socio-cultural	0	0,00%	2	1,75%	1	0,74%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z05 - Problema com as condições de trabalho	14	8,05%	3	2,63%	11	8,09%	3	4,62%	0	0,00%	2	2,63%
Z06 - Problema de desemprego	2	1,15%	4	3,51%	5	3,68%	5	7,69%	0	0,00%	2	2,63%
Z07 - Problema relacionado com a educação	0	0,00%	1	0,88%	1	0,74%	2	3,08%	0	0,00%	0	0,00%
Z08 - Problema relacionado com o sistema de segurança social	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,54%	0	0,00%	1	1,32%
Z09 - Problema legal	2	1,15%	0	0,00%	1	0,74%	13	20,00%	0	0,00%	1	1,32%
Z10 - Problema relacionado com o sistema de saúde	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,47%	0	0,00%
Z11 - Problema com o estar doente	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z12 - Problema relacional com o parceiro	21	12,07%	6	5,26%	11	8,09%	2	3,08%	1	1,23%	2	2,63%
Z13 - Problema comportamental do parceiro	5	2,87%	2	1,75%	7	5,15%	0	0,00%	2	2,47%	0	0,00%
Z14 - Problema por doença do parceiro	12	6,90%	7	6,14%	17	12,50%	4	6,15%	9	11,11%	7	9,21%
Z15 - Perda ou falecimento do parceiro	3	1,72%	1	0,88%	13	9,56%	3	4,62%	3	3,70%	1	1,32%
Z16 - Problema relacional com uma criança	1	0,57%	4	3,51%	6	4,41%	1	1,54%	2	2,47%	4	5,26%
Z18 - Problema com uma criança doente	27	15,52%	20	17,54%	9	6,62%	8	12,31%	15	18,52%	15	19,74%
Z19 - Perda ou falecimento de uma criança	0	0,00%	1	0,88%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z20 - Problema relacional com familiares	10	5,75%	6	5,26%	7	5,15%	2	3,08%	4	4,94%	4	5,26%
Z21 - Problema comportamental de familiar	4	2,30%	4	3,51%	13	9,56%	3	4,62%	2	2,47%	1	1,32%

Trabalho final do 6º ano Médico

Z22 - Problema por doença de familiar	30	17,24%	24	21,05%	19	13,97%	9	13,85%	32	39,51%	32	42,11%	
Z23 - Perda / falecimento de familiar	15	8,62%	10	8,77%	10	7,35%	6	9,23%	4	4,94%	2	2,63%	
Z24 - Problema relacional com amigos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,54%	0	0,00%	0	0,00%	
Z25 - Acto / acontecimento violento	2	1,15%	2	1,75%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,32%	
Z27 - Medo de problema social	0	0,00%	2	1,75%	1	0,74%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
Z28 - Limitação funcional / incapacidade (s)	2	1,15%	1	0,88%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,23%	0	0,00%	
Z29 - Problema social ne	11	6,32%	1	0,88%	1	0,74%	1	1,54%	4	4,94%	0	0,00%	
<b>Total todos os códigos Z</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

\*P=0,07\*\*P=0,025\*\*\*P=0,330

Os resultados obtidos pelo teste Wilcoxon signed rank relativamente ao tipo de codificação dentro do componente de sinais e sintomas do capítulo Z (Z1 a Z29), feita em P1 e P2, permitiu determinar pela significância bilateral ( $p < 0.05$ ) que a diferença é suficientemente elevada para rejeitar a hipótese nula concluindo-se que as diferenças são estatisticamente significativas a nível do A no CNM e do CP, não o sendo a nível do CSC.

**Quadro V**

**Comparação dos dois períodos (P1eP2) nos diferentes centros de saúde relativamente ao tipo de codificação dentro do capítulo Z em S- Subjectivo**

Centro de saúde	CNM(*)				CP(**)				CSC(***)			
	P1	%	P2	%	P1	%	P2	%	P1	%	P2	%
Z01 - Pobreza / problema económico	6	3,45%	1	0,88%	1	0,74%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z02 - Problema relacionado com a água / alimentação	1	0,57%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z03 - Problema de habitação / vizinhança	1	0,57%	1	0,88%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z04 - Problema socio-cultural	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z05 - Problema com as condições de trabalho	10	5,75%	0	0,00%	2	1,47%	2	3,08%	2	2,47%	0	0,00%
Z06 - Problema de desemprego	4	2,30%	0	0,00%	1	0,74%	3	4,62%	1	1,23%	0	0,00%
Z07 - Problema relacionado com a educação	0	0,00%	1	0,88%	1	0,74%	1	1,54%	0	0,00%	0	0,00%
Z08 - Problema relacionado com o sistema de segurança social	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Trabalho final do 6º ano Médico

Z09 - Problema legal	1	0,57%	0	0,00%	0	0,00%	4	6,15%	0	0,00%	0	0,00%
Z10 - Problema relacionado com o sistema de saúde	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z11 - Problema com o estar doente	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z12 - Problema relacional com o parceiro	12	6,90%	2	1,75%	1	0,74%	1	1,54%	2	2,47%	0	0,00%
Z13 - Problema comportamental do parceiro	6	3,45%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z14 - Problema por doença do parceiro	12	6,90%	3	2,63%	2	1,47%	1	1,54%	6	7,41%	0	0,00%
Z15 - Perda ou falecimento do parceiro	3	1,72%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,08%	2	2,47%	0	0,00%
Z16 - Problema relacional com uma criança	2	1,15%	3	2,63%	2	1,47%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,32%
Z18 - Problema com uma criança doente	16	9,20%	13	11,40%	2	1,47%	5	7,69%	7	8,64%	3	3,95%
Z19 - Perda ou falecimento de uma criança	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z20 - Problema relacional com familiares	14	8,05%	1	0,88%	0	0,00%	1	1,54%	1	1,23%	1	1,32%
Z21 - Problema comportamental de familiar	3	1,72%	1	0,88%	4	2,94%	1	1,54%	1	1,23%	0	0,00%
Z22 - Problema por doença de familiar	23	13,22%	10	8,77%	3	2,21%	1	1,54%	7	8,64%	10	13,16%
Z23 - Perda / falecimento de familiar	6	3,45%	3	2,63%	1	0,74%	2	3,08%	4	4,94%	0	0,00%
Z24 - Problema relacional com amigos	0	0,00%	0	0,00%	1	0,74%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z25 - Acto / acontecimento violento	2	1,15%	2	1,75%	0	0,00%	1	1,54%	0	0,00%	0	0,00%
Z27 - Medo de problema social	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Z28 - Limitação funcional / incapacidade (z)	2	1,15%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,23%	5	6,58%
Z29 - Problema social ne	6	3,45%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	2,47%	0	0,00%
<b>Total todos os códigos Z</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

\*P=0,011 \*\*P=1,000 \*\*\*P=0,785

A nível do S pelo mesmo teste apenas se verificou diferença estatisticamente significativa no CNM, não se tendo verificado em qualquer um dos outros centros de saúde.

A nível tipo de codificação efectuada especificamente do capítulo Z (Z1-Z29) podemos ainda através dos dados obtidos organizar os 6 itens mais codificados (Quadro VI).



Quadro VI											
Comparação dos 6 códigos Z mais frequentes em cada um dos períodos a nível de A											
CNM				CP				CSC			
	P1		P2		P1		P2		P1		P2
Z22	17,24%	Z22	21,05%	Z22	13,67%	Z09	20,00%	Z22	39,51%	Z22	42,11%
Z18	15,52%	Z18	17,54%	Z14	12,23%	Z22	13,85%	Z18	18,52%	Z18	19,74%
Z12	12,07%	Z01	10,53%	Z15	9,35%	Z18	12,31%	Z14	11,11%	Z14	9,21%
Z23	8,62%	Z23	8,77%	Z21	9,35%	Z23	9,23%	Z20	4,94%	Z16	5,26%
Z05	8,05%	Z14	6,14%	Z05	7,91%	Z06	7,69%	Z23	4,94%	Z20	5,26%
Z01	6,90%	Z12	5,26%	Z12	7,91%	Z14	6,15%	Z29	4,94%	Z05	2,63%
total	68,39%	total	69,30%	total	60,43%	total	69,23%	total	83,95%	total	84,21%

**Discussão:**

A amostra é limitada no tempo, não tendo sido intervindos alguns dos médicos, em particular em Santa Clara. No entanto, a recolha de dado foi sempre efetuada da mesma forma.

Este trabalho visava estudar o impacto a curto prazo em volume (número de codificações efectuadas) e no tipo de codificação, no capítulo Z da ICPC-2, que é um aspeto importante na contínua melhoria da prática clínica no sentido do aperfeiçoamento da qualidade de registos. A intervenção efectuada permitiu aumentar o conhecimento dos médicos quanto à codificação segundo a ICPC-2, em particular permitindo a discussão na sua aplicação a nível dos problemas sociais. A discussão com os médicos em cada um dos centros de saúde permitiu a colocação de casos práticos exemplificativos da temática em questão. Tendo em conta outro trabalho anterior,<sup>13</sup> todos os doentes que consultam o médico pelo menos 1 vez/ano, 24% fazem referência a problemas sociais ou psicológicos. A Dutch National Survey of General Practice mostra ainda que cerca de 8% dos diagnósticos em clínica geral estão relacionados

com problemas psicológicos ou sociais.<sup>10</sup> Assim sendo os resultados obtidos neste trabalho, de um modo geral, mostram uma subcodificação a nível deste capítulo.

Não foi encontrado na revisão bibliográfica nenhum estudo semelhante a este em Portugal, no entanto em Matosinhos em 2003,<sup>14</sup> comparando a codificação em Z de uma interna com um orientador verificamos que de um modo geral (excepto o S em CNM) os valores obtidos por este estudo são pouco superiores ao nosso, no entanto estas diferenças são maiores a nível da consulta do orientador.

A baixa codificação a nível deste capítulo pode ser explicada pela lógica de raciocínio dos médicos que por vezes subnotificam estes problemas<sup>3</sup> porque os médicos tendem a negligenciar tais problemas se eles não são presentes directamente,<sup>15</sup> e a forma de apresentação dos problemas pelos pacientes que tendem a expor o que sentem sem reflectirem sobre a causa dos sinais e /ou sintomas. Pode acontecer que amiúde as razões para os doentes não mencionarem os problemas sociais seja por os considerarem ser irrelevantes como motivo de consulta ou porque não estejam à espera de que o médico seja capaz se fazer algo relativamente a eles, e os doentes que reconhecem ter um problema social nem sempre querem discuti-lo com o seu médico.<sup>16</sup> No entanto se a relação médico-doente for estabelecida com sucesso, os doentes podem estar mais dispostos, ou mesmo ser estimulados pelo seu médico de MGF para poderem descrever bem os seus problemas.<sup>10</sup> Muitos problemas sociais podem trazer o doente à consulta, sendo necessário explorar as suas ideias, preocupações e expectativas e a forma como pensam ser ajudados pelo médico, pois estes problemas podem não ser tratados mas têm de ser cuidados, ajudando o doente a lidar com a situação.<sup>3</sup> A incapacidade do médico para lidar com este problema leva a consultas disfuncionais, podendo conduzir a erros graves.<sup>3</sup> Assim, a consulta é um procedimento diagnóstico muito dependente da relação médico-doente aí desenvolvida,<sup>17</sup> e para além de saber fazer e quando fazer, o

médico também tem de saber ser e quando ser e estas competências devem ser constantes ao longo da consulta. No entanto, a observação da prática clínica mostra que se na fase de abertura existe alguma diminuição do grau de empenho do clínico, tal repercute-se nas fases subsequentes e condiciona o resultado final,<sup>17</sup> e daí pode resultar não conhecimento dos problemas sociais e sua subcodificação.

A importância da relação médico doente é evidente em estudos em que se comparou a actividade de um orientador com a sua interna e foi evidente que o orientador codificou mais problemas sociais que a interna, pois tem uma relação de maior duração e é natural que esteja melhor consolidada a confiança, e por isso a relação médico-doente.<sup>14,15</sup>

Tendo em conta o objectivo do trabalho, o impacto da intervenção efectuada foi positivo tendo-se verificado aumento da codificação em volume a nível do Z em cada um dos centros de saúde, verificado pelas dinâmicas de crescimento positivas em todos os centros de saúde a nível do A e em dois deles a nível do S.

Analisando cada um dos centros de saúde verificamos que esta dinâmica de crescimento foi maior a nível do A no CSC (1,77), verificando que apesar de poucos médicos presentes a informação a este nível foi transmitida com sucesso, e foi passada aos médicos ausentes. Relativamente ao S a dinâmica de crescimento foi maior no CP (1,95), o que mostra que a discussão, e no final a concordância permitiu que estes compreendessem melhor a necessidade de codificar também nesta área, e face a discrepância que existia neste local entre %A/ %S em P1 (3,80), podemos observar uma evolução para valores mais equilibrados em P2 (1,46) que refletiram esta codificação. No CNM não se verificou crescimento a nível do S sendo a dinâmica negativa o que está de acordo com as opiniões divergentes que surgiram durante a discussão na intervenção relativamente a esta questão.

Analisando a nível percentual a codificação é mais marcada a nível do A do que no S, o que é compreensível porque muitas vezes os doentes queixam-se de motivos somáticos, mas o que está por detrás é um problema social,<sup>11</sup> que só o médico consegue avaliar.

Uma parte dos episódios relativos aos capítulos P (psicológico) ou Z (social) começam com sinais ou sintomas de outros capítulos mais comumente do capítulo A: geral e inespecífico (cansaço geral), L: músculo-esquelético (queixa do pescoço, região lombar, etc.) ou N: neurológico (cefaleia).<sup>16</sup>

Gabriel Rodrigues,<sup>2</sup> ao analisar os motivos de consulta mostra que a forma pouco definida como os utentes expressam, por vezes, os motivos de procura está expressa no valor relativamente elevado (15.7%) dos sinais e sintomas gerais e inespecíficos (capítulo A) e é evidente que os problemas sociais pertencem quase exclusivamente a este capítulo.

Assim na proporção avaliada da %A / %S verificamos que em todos os centros de saúde essa proporção foi superior a 1 o que evidencia uma codificação superior em A do que do S. Quando comparado com os valores anteriores nos diversos centros de saúde verificou-se um maior equilíbrio entre os resultados anteriores e os pós intervenção, sendo que os centros de saúde com valores inferiores a 1 (CNM e CSC) ou seja em que a percentagem de codificação S era superior à A esta posição inverteu-se. No CP em que a discrepância A/S era grande, com muito mais classificação em A, esta tornou-se mais equilibrada. Assim em termos de proporção A/S verificamos que a intervenção também teve um impacto positivo pois permitiu ao médicos refletirem sobre a sua prática clínica e estarem mais atentos na hora de codificar este tipo de situações nas diversas partes do SOAP.

A nível tipo de codificação efectuada, especificamente do capítulo Z (Z1-Z29), verificamos diferenças estatisticamente significativas em alguns dos centros de saúde. Segundo o Quadro VI, a percentagem relativamente ao total de diagnósticos (A) com códigos dentro do Z a que

dizem respeito os 6 mais frequentes de cada um dos centros de saúde aumentaram (no CNM de 68,39% passou a 69,30%; no CP de 60,43% passou a 69,23%; e no CSC de 83,95% passou a 84,21%) isto mostra que as codificações se restringem mais a determinados códigos, não se observando maior distribuição das codificação por maior número de códigos após a intervenção efectuada. Neste ponto a intervenção não se mostrou eficaz. Isto verifica-se porque há uma maior homogeneidade na codificação à medida que aumenta a experiência do autor já mostrada por outros estudos anteriores também.<sup>2</sup>

No entanto continuando apenas no A, sendo neste que se centram mais as codificações, dentro dos 6 códigos mais codificados a maior diferença verifica-se a nível do CP em que um código que no período anterior não aparecia nos 6 primeiros, aparece agora como código mais codificado: Z09-Problema legal, representando mesmo 20% da codificação. Dos restantes códigos neste centro de saúde praticamente todos estão alterados relativamente aos 6 primeiros anteriores mantendo-se apenas o Z22 com uma oscilação ligeira na percentagem. Isto foi comprovado estatisticamente com significância estatística a nível deste centro de saúde, por tipo de código utilizado. A nível do CNM as diferenças também foram estatisticamente significativas e a nível dos 6 mais frequentes sendo que o Z12 e o Z01 trocaram as suas posições de 3º para 6º lugar, e introdução de Z14 em 5º lugar. A nível de CSC como verificado estatisticamente não houve diferenças, isto está de acordo com o quadro VI dos 6 mais frequentes em que os 3 primeiros se mantêm sem grandes alterações percentuais, relativamente aos outros lugares surgem algumas oscilações. Isto permite concluir que houve impacto a nível do tipo de codificação nos centros de saúde em que houve maior discussão sobre esta temática e onde estiveram presentes mais médicos, pois só esta discussão permite aos médicos perceber a necessidade de codificar outros códigos do capítulo problemas sociais e não só a necessidade de codificar problemas sociais. E quando a

informação é transmitida entre médicos que estiveram na intervenção e os ausentes, como aconteceu principalmente no CSC, esta será efectuada provavelmente de uma forma mais rápida mostrando apenas a importância do volume e não do tipo que acaba por ser desvalorizado. A nível do S sendo que neste os registos são inferiores aos de A, é natural que as diferenças a este nível sejam menores apenas se tendo verificado diferenças significativas no CNM pois só aí a discussão foi maior e com a totalidade dos médicos.

Esta necessidade de codificar é compreensível pois são estes doentes que constituem grande parte do trabalho do médico de MFG, os doentes que frequentam muitas vezes o centro de saúde têm mais problemas sociais,<sup>18,10</sup> e estes doentes contactam mais vezes o seu médico por problemas somáticos, que os doentes com problemas somáticos apenas.<sup>9</sup> Para além disso o tempo de consulta é maior se o médico diagnostica problemas sociais.<sup>19</sup>

É por isso lógico que é importante focarmo-nos no problema social destes consumidores de cuidados de saúde primários, para assim podermos aumentar a sua qualidade de vida e prevenir o continuar do consumo de cuidados.<sup>18</sup>

A codificação no capítulo Z deve tornar-se um hábito diário, permitindo assim conhecer melhor o doente, os seus problemas podendo prestar melhor cuidados de saúde. Permite ainda conhecer melhor a frequência de tais problemas a nível da população utilizadora de MGF. Com este trabalho mostrou que a prática clínica dos médicos pode ser melhorada através de intervenções informativas junto destes.

### **Conclusão:**

Concluimos que a nível da codificação em avaliação (A) a forma como a apresentação/discussão foi efectuada apresenta relação com os resultados obtidos. Houve aumento da codificação em volume em todos os centros de saúde. No entanto esta foi maior

onde os médicos aceitaram melhor a apresentação não gerando grande discussão à volta da temática. Relativamente ao tipo de codificação verifica-se que as variações são estatisticamente significativas nos centros de saúde em que a discussão foi maior e onde estiveram presentes maior número de médicos. Relativamente ao S apenas podemos concluir que a sua codificação a nível de problemas sociais é inferior A.

Os resultados obtidos permitem afirmar que a intervenção aumentou o conhecimento e promoveu a discussão entre os médicos que revelaram o seu ponto de vista, passando a mostrar maior entendimento sobre esta temática.

Este tipo de actividades, junto dos médicos, parecem ser importantes para mostrar a importância de determinadas temáticas, aumentando o seu conhecimento e promovendo o melhorar da sua prática clínica.

**Agradecimentos:**

Agradeço a ARS por ter aceite este trabalho e permitir a cedência dos dados. A todos os centros de saúde e seus médicos por terem permitido que realizasse intervenção informativa junto destes, e por terem mostrado interesse na discussão da mesma

Um agradecimento muito especial ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago por toda a orientação neste trabalho, por todo o conhecimento transmitido e pela paciência para o esclarecimento de todas as dúvidas.

**Bibliografia:**

1. Caeiro, R. ,Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1991.
2. Rodrigues, J.G., Porque consultam os utentes o seu médico de família, centro de saúde de Cascais, extensão do Estoril, Rev Port Clin Geral , 2000 16; 442- 52
3. Queirós, M.J., SOAP Revisitado, Rev Port Clín Geral, 2009, 25:221-7
4. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. ICPC-2, Classificação Internacional de Cuidados Primários, segunda edição. Lisboa: APMCG; Oxford University Press, 1999, edição revista, 2011.
5. Sampaio, M., Coeil, C.M, Faerstein, E., Confiabilidade interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários; Rev saúde publica 2008; 42 (3)536-41
6. Hofmans-Okkes, I. M. & Lamberts, H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. Family Practice,1996, 13, 294–302
7. Simões, J.A., A consulta em Medicina Geral e Familiar, Rev Port Clín Geral, 2009, 25: 197-8
8. EURACT, A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, versão reduzida, Rev Port Clinica Geral 2005, 21:511-6
9. Lamberts, H., Meads, S. & Wood, M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. Public Health Rep,1984, 99, 597–605
10. Zantinge, E. M., Verhaak, P. F. & Bensing, J. M. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. Family Practice, 2005, 22, 293–297
11. Gulbrandsen, P., Fugelli, P. & Hjortdahl, P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? Family Practice,1998, 15, 1–8



12. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado (Dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina; 1995, pag 121
13. Lamberts, H.& Hofmans-Okkes, I. M., The classification of psychological and social problems in general practice: 1-ICPC in relation to ICD-10, 1993;36(suppl): 5-13
14. Mateus. A., Avaliação da representatividade de uma consulta no internato complementar de Clínica Geral, estudo comparativo, Matosinhos, Revistas portuguesas de clínica geral 2005 ,21;147-59
15. De Jong, J., Visser, M. R. M. & Wieringa-de Waard, M. Exploring differences in patient mix in a cohort of GP trainees and their trainers. *BMJ Open*,2011, 1: e:000318
16. Hofmans-Okkes, I. M. & Lamberts, The classification of psychological and social problems in general practice: 1-ICPC in relation to ICD-10, 1993;36(suppl): 14-20
17. Nunes, J.M., A abertura de consulta: o fim está no princípio, *Rev Port Clin Geral* 2009 25:199-207
18. Smits, F. T., Brouwer, H. J., ter Riet, G. & van Weert, H. C. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*, 2009, 9, 36 .
19. Zantinge, E. M., Verhaak, P. F., Kerssens, J. J. & Bensing, J. M. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. *Br J Gen Pract*, 2005, 55, 609–614