

GUSTAVO DINIZ FERREIRA GUSO

**Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a
Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª
edição (CIAP-2)**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de concentração: Emergências Clínicas
Orientadora: Dra. Isabela Judith Martins Benseñor

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gusso, Gustavo Diniz Ferreira

Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação
Internacional de Atenção Primária : 2ª edição (CLAP-2) / Gustavo Diniz Ferreira
Gusso. -- São Paulo, 2009.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Clínica Médica.

Área de concentração: Emergências Clínicas.

Orientadora: Isabela Judith Martins Benseñor.

Descritores: 1.Medicina de família e comunidade 2.Atenção primária à saúde
3.Programa Saúde da Família 4.Classificação Internacional de Doenças 5.Sistema
Único de Saúde 6.Medicina interna

USP/FM/SBD-334/09

Dedicatória:

Ao meu pai **Eduardo** e ao meu avô **José** por me mostrarem o rumo.

Aos mestres **Carlos Grossman, Juan Gérvas e Marc Jamouille** por terem me ensinado que a ponta não é o fim, mas o começo e o meio.

Aos **médicos de família e comunidade** que se voluntariaram e dedicaram tempo e energia para este trabalho.

Agradecimentos:

À Professora Isabela Benseñor por toda paciência, “liberdade assistida”, sinergia acadêmica e espírito empreendedor.

Ao meu braço direito dos últimos anos, Rogério Machado por ter digitado todas as fichas após terem sido codificadas

A minha filha Beatriz e a minha companheira Angélica pela compreensão nas longas ausências quando tinha que “entrar” no computador

À Ção, Fê, Dé, Cris, Francisco, Tomás, meu vô Geraldo e minha mãe Camila que mesmo morando longe fazem parte da minha felicidade.

À equipe 171 do Centro de Saúde do Córrego Grande (Karina, Silvia, Sandra, Beth e Simone) por suportarem o meu cansaço

A todos os pacientes, em especial os do Córrego Grande e Santa Mônica, por serem o alicerce de tudo.

Ao compadre Luis Fernando Sampaio por toda contribuição na minha formação e vertente gestora.

Normalização:

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário:

Lista de figuras:	VII
Lista de quadros:	VIII
Lista de gráficos:	VIII
Lista de tabelas:	IX
Resumo:	XI
Summary:	XIV
I. Introdução:	1
II. Conceitos:	4
III. Sistemas de classificação e nomenclaturas usadas em medicina: ..	9
A. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE OU CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID.....	9
B. SNOMED E O “CÓDIGO READ”:	19
C. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (CIAP):	21
IV. Trabalhando com classificações na atenção primária:	32
V. Mapeamento entre classificações e outras especificidades o exemplo da saúde mental:	41
VI. Estudos de demanda e da CIAP:	46
VII. Objetivos:	53
VIII. Metodologia:	54
IX. Resultados:	80
X. Discussão:	128
XI. Conclusão:	147
XII. Referências:	150

Lista de figuras:

Figura 1: Árvore hierárquica em sistemas de classificação (adaptado de Cimino).....	7
Figura 2: Linha do tempo – Histórico do desenvolvimento da Classificação Internacional de Doenças (linha inferior) e Classificação Internacional de Atenção Primária (linha superior).....	26
Figura 3: Estrutura biaxial da CIAP.....	31
Figura 4: Modelo de Leavell e Clark.....	34
Figura 5: Modelo de Jamouille incorporando a prevenção quaternária e a perspectiva do paciente.....	34
Figura 6: Ecologia dos sistemas de saúde (adaptado de Green e cols).....	37
Figura 7: Exemplo de um episódio com três encontros e seus respectivos códigos da CIAP-2 (adaptado do CD Rom do <i>Amsterdam Transition Project</i>).....	40
Figura 8: Exemplo de adaptação para minimizar perda de dados quando mais de um problema é registrado em cada subitem	72

Lista de quadros:

Quadro 1: Sistematização da Classificação de Farr cuja estrutura pode ser identificada na CID até os dias atuais (adaptado de Buchalla).....	11
Quadro 2: Sistematização da natureza dos sistemas de classificação e nomenclatura que envolvem problemas relacionados à saúde mental (adaptado de Lamberts e cols).....	44
Quadro 3: Exemplo de uma semana típica de trabalho com organização verticalizada – em destaque os períodos que deveriam ser pesquisados.....	56
Quadro 4: Capítulos da CIAP transformados de alfabéticos para numéricos.....	62

Lista de gráficos:

Gráfico 1: Distribuição da População de Florianópolis segundo faixa etária e sexo (IBGE 2000).....	84
Gráfico 2: Distribuição da população pesquisada segundo faixa etária e sexo (dados da pesquisa).....	84

Lista de tabelas:

Tabela 1:	Distribuição da População de Florianópolis segundo faixa etária e sexo (IBGE 2000).....	83
Tabela 2:	Distribuição da população pesquisada segundo faixa etária e sexo (dados da pesquisa).....	84
Tabela 3:	Motivos da consulta mais freqüentes.....	86
Tabela 4:	“Problemas” mais freqüentes.....	87
Tabela 5:	Motivos mais frequentes por capítulo.....	89
Tabela 6:	“Problemas” mais frequentes por capítulo.....	90
Tabela 7:	Motivos da consulta mais frequentes por pesquisador voluntário.....	92
Tabela 8:	“Problemas” mais frequentes por pesquisador voluntário.....	95
Tabela 9:	Motivos da consulta mais frequentes por idade.....	100
Tabela 10:	“Problemas” mais frequentes por idade.....	101
Tabela 11:	Motivos da consulta mais frequentes por estação do ano.....	102
Tabela 12:	“Problemas” mais frequentes por estação do ano.....	102
Tabela 13:	Motivos da consulta mais frequentes por sexo.....	104
Tabela 14:	“Problemas” mais frequentes por sexo.....	104
Tabela 15:	“Problemas” mais frequentes quando o motivo da consulta é febre.....	106
Tabela 16:	“Problemas” mais frequentes quando o motivo da consulta é tosse.....	107
Tabela 17:	“Problemas” mais frequentes quando o motivo da consulta é cefaléia.....	108
Tabela 18:	Motivos da consulta mais frequentes quando o “problema” é IVAS.....	109

Tabela 19:	Motivos da consulta mais frequentes quando o “problema” é depressão.....	110
Tabela 20:	Motivos da consulta mais frequentes quando o “problema” é lombalgia.....	110
Tabela 21	Comorbidades frequentes para o diagnóstico de hipertensão.....	112
Tabela 22:	Comorbidades frequentes para o diagnóstico de Diabetes mellitus.....	113
Tabela 23:	Comorbidades frequentes para o diagnóstico de depressão.....	114
Tabela 24:	Comorbidades frequentes para o diagnóstico de gravidez (pré natal).....	115
Tabela 25:	Referenciamento para outras profissões.....	116
Tabela 26:	Especialidades médicas mais referenciadas.....	117
Tabela 27:	“Problemas” mais frequentes em pacientes referenciados para outros especialistas médicos.....	118
Tabela 28:	“Problemas” mais frequentes por capítulos da CIAP em pacientes referenciados para outros especialistas médicos.....	119
Tabela 29:	Frequência por natureza (tipo) de consulta.....	121
Tabela 30:	Frequência das prescrições por consulta.....	122
Tabela 31:	“Problemas” mais frequentes em pacientes que receberam visita domiciliar (VD).....	123
Tabela 32:	Motivos da consulta mais frequentes em pacientes que procuraram a unidade de saúde para consulta de mesmo dia	124
Tabela 33:	“Problemas” mais frequentes em pacientes que procuraram a unidade de saúde para consulta de mesmo dia.....	125
Tabela 34:	Problemas detectados na CIAP-2 durante o processo de codificação e sugestões de mudança.....	126

Resumo:

Para se avaliar o trabalho dos generalistas/ médicos de família, é necessário um adequado sistema de classificação das consultas ou encontros entre profissionais da saúde e pacientes. O sistema atualmente conhecido como Classificação Internacional de Doenças (CID) começou seu desenvolvimento no século XIX e até sua quinta edição era apenas uma classificação de causas de morte. Após a sexta revisão, ela passou a ser um instrumento que envolvia morbidade também; porém, perdeu as características e princípios de um sistema de classificação. A Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) vem desenvolvendo, desde os anos 70, um compacto e robusto sistema de classificação chamado Classificação Internacional de Atenção Primária que se encontra atualmente na segunda versão (CIAP 2), apropriado para ser usado na atenção primária à saúde. Ela é baseada em três componentes principais: queixa do paciente (motivo da consulta), diagnóstico médico (problema) e processo (intervenção).

Objetivo: este estudo objetivou avaliar os principais motivos da consulta, problemas e comorbidades nas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina, e testar o uso da CIAP2, baseado na avaliação de encontros, porém, inter-relacionando os motivos das consultas expostos pelos pacientes com os problemas encontrados pelos profissionais.

Metodologia: um formulário em papel foi desenvolvido com informações gerais dos pacientes (idade, gênero, estado civil e ocupação) e informações sobre a

consulta - natureza da consulta (agendada ou não), motivo(s) da consulta (descrito(s) com as palavras dos pacientes) e os problemas correspondentes (estabelecidos pelos profissionais da saúde voluntários), plano (referenciado para especialista ou outro profissional de atenção primária), exames complementares e prescrição de medicamentos. Os 90 generalistas/ médicos de família de Florianópolis que estavam trabalhando na Estratégia Saúde da Família foram convidados. Todos que aceitaram participar deveriam responder o formulário após cada consulta durante uma semana típica de trabalho por estação do ano. Um especialista em CIAP2 codificou todos os formulários preenchidos.

Resultados: trinta voluntários aceitaram participar e 26 completaram pelo menos uma semana típica de trabalho. 5698 encontros foram avaliados com regular distribuição ao longo das estações do ano. Foram estabelecidos em média 1,625 motivos da consulta (MC) e 1,475 problemas por consulta. Os 30 problemas mais comuns representaram 50% de todas as consultas, o que é compatível com as referências internacionais disponíveis. Estes problemas mais frequentes pertencem a 13 capítulos diferentes da CIAP 2 (cada capítulo corresponde a um órgão ou sistema) com distribuição homogênea. Os dados apresentaram boa qualidade e nenhuma aberração, como hipertensão em recém nascido ou problema ginecológico em homem, foi encontrada. Foi possível calcular probabilidades pré teste de motivos das consultas para problemas comuns como infecção de vias aéreas superiores (IVAS) e perturbações depressivas bem como a probabilidade de diagnóstico de

diferentes problemas para motivos da consulta frequentes como tosse e cefaléia. As comorbidades mais comuns encontradas foram hipertensão e diabetes e hipertensão e dislipidemia. Em apenas 26,6% de todas as consultas nenhum medicamento foi prescrito.

Conclusão: o estudo encontrou dados que colaboram no raciocínio clínico, no planejamento do desenvolvimento profissional contínuo e na proteção do paciente contra diagnósticos inapropriados de doenças e suas possíveis intervenções desnecessárias. A CIAP 2 é uma potente ferramenta para ser usada na prática diária não para guiar o processo diagnóstico, mas para colaborar na produção e análise de dados transformando cada unidade básica de saúde em um campo de pesquisa.

Summary:

In order to evaluate the work of generalist/ family doctor it is necessary an adequate classification system. The nowadays known as International Classification of Diseases (ICD) started its development in 19`'s century and until its fifth edition it was just a cause of death classification. After sixth revision it became a morbidity and mortality tool but lost its classification characteristics and principles. The World Organization of Family Doctors (Wonca) developed after 70`s one compact and strong classification system called International Classification of Primary Care, which is in its second edition (ICPC2), appropriate to be used in primary care settings. It is based on the three main consultation parts: patient`s complaint, doctor diagnose (problem), and process (intervention).

Objective: this study aims to evaluate main complaints, problems, comorbidities in Florianópolis` health centers and test ICPC2 use in an encounter mode but interrelating complaints and problems.

Method: one paper form was designed with patient general information (age, gender, civil state, occupation) and information regarding the consultation: nature of consultation (schedule or not), complaints (with patients words) and the correspondent problem (stated by health provider), plan (referred to specialist/ other primary care provider), complementary exams and prescriptions. All 90 generalists/ family doctors of Florianópolis who were working in Family Health Program were invited. Everyone should answer the

form after each consultation during one typical work week per season along one year. One ICPC2 specialist coded all filled forms.

Results: thirty volunteers accepted to participate and 26 completed at least one typical work week. 5698 encounters were evaluated with regular distribution among seasons. There were 1,625 complaints and 1,475 problems per consultation on average. The 30 most common problems represented 50% of all consultations which is compatible with international data available. These more frequent problems belong to 13 different chapters (each one corresponds to a different organ or body system) with unvarying distribution. Data collected presented a very good quality and no aberration as hypertension in new born or gynecological problems in a male was found. It was possible to calculate prior probability of complaints for common problems as upper respiratory infection acute and depressive disorder as well the probability of different problems for a frequent complaint as cough or headache. The most common commorbidities were hypertension and diabetes and hypertension and lipid disorder. Only in 26.6% of all encounters no medicine was prescribed.

Conclusion: the study provided adequate data that help in clinical reasoning, continued professional development plan and patient protection against inappropriate diagnose and its consequent intervention. ICPC2 is a strong tool to be used in daily practice not to guide diagnosis process but to produce and analyze data and transform each health center in a research field.

“O medico de família e comunidade deve
proteger o paciente do especialista inadequado
e o especialista do paciente inadequado”
(John Fry)

I. Introdução:

Classificar não é tarefa propriamente fácil ou prazerosa¹. Entretanto, é impossível viver sem classificar no mundo atual. Seres humanos acordam e dormem classificando ou lidando com atividades que necessitam de classificações não importando o campo em que a pessoa trabalha ou o lugar em que vive. Algumas atividades usam o ato de classificar explicitamente como o coletor de lixo seletivo que separa o material em orgânico, plástico, metal e papel. Outras atividades, como uma simples visita ao supermercado, usam sistemas de classificação de forma tácita. Leite em pó, por exemplo, pode estar no setor de enlatados ou no de produtos lácteos dependendo do critério utilizado.

Jorge Luís Borges, no ensaio *A Linguagem Analítica de John Wilkins*² relembra este personagem que havia sido suprimido da décima quarta edição da Enciclopédia Britânica. Ele tentou desenvolver uma linguagem mundial baseada na classificação do Universo. Para isso, dividiu-o em 40 categorias ou gêneros que eram subdivididos em diferenças e as diferenças em espécies. Cada gênero recebeu duas letras, as diferenças uma e as espécies outra. Por exemplo, *de* significaria elemento, *deb* o primeiro elemento (fogo) e *deba* uma porção do fogo, a chama². É interessante notar que John Wilkins e seu livro *An*

Essay Towards a Real Character and a Philosophical Language têm entradas na Wikipedia que pode ser entendida como a versão moderna da Enciclopédia Britânica^{3,4}.

Em seu ensaio, Borges constata que “sabidamente não há classificação do Universo que não seja arbitrária e conjectural. A razão é muito simples: não sabemos o que é o Universo. (...). A impossibilidade de penetrar no esquema divino do universo não pode, contudo, dissuadir-nos de planejar esquemas humanos, embora nos conste que estes são provisórios”. Medicina é um campo incerto ou o campo da incerteza. Apesar do viés positivista e da moderna abordagem baseada em evidências, a medicina permanece mais uma ciência humana que exata. Isto aparece com ênfase em debates à cerca da importância da especialização versus uma visão global. Ian Mc Whinney, um autor que dedicou praticamente toda sua vida profissional para o desenvolvimento da medicina de família como um campo acadêmico e que se mudou da Inglaterra para o Canadá para montar o primeiro departamento de medicina de família neste país, propõe seis conceitos equivocados sobre os papéis dos generalistas e especialistas na medicina. O quinto conceito é “à medida que a ciência avança, aumenta a carga de informação”⁵. Ele argumenta que o oposto é verdadeiro porque os ramos pouco desenvolvidos da ciência detêm a maior carga de informação. Mas usualmente esta informação está encoberta e não se torna de fato conhecimento. É importante desenvolver sistemas e métodos apropriados para explorar este campo com mais informação de maneira técnica.

A dimensão política é igualmente importante no campo das classificações; Mc Whinney descreve exatamente esta dimensão em um editorial: “se nós não temos o mapa de nosso próprio território, nós estamos suscetíveis à colonização, e o poder colonizatório espera de nós que a gente utilize seu mapa e sua linguagem. A conexão entre classificação e poder tem sido tacitamente compreendida sempre que o conhecimento é categorizado seja em um índice, catálogo ou enciclopédia, ou na estrutura departamental de uma universidade.”⁶

II. Conceitos:

Para entender o campo das classificações é importante ter clareza dos conceitos que o permeiam. Algumas definições se fazem necessárias.

Terminologia (ou terminologia clínica ou vocabulário médico): é uma lista estruturada de termos que descreve os conceitos através de definições^{7,8,9}. Esta lista resulta em um vocabulário que é geralmente ordenado por um índice alfabético, mas nem todos os conceitos são listados em classes mutuamente excludentes. Não é útil para agregar dados para fins epidemiológicos.

Nomenclatura: pode ser definida como sinônimo de terminologia⁹ ou em um sentido diferente porque nomenclatura pode avançar para definições mais detalhadas dos termos e conceitos e aí ser compreendida como uma “definição padrão” com regras pré estabelecidas⁷.

Classificação: é um “conjunto de caixas” ou uma maneira sistematizada de ordenar todos os elementos de um determinado domínio. Pode seguir uma hierarquia estrita (taxonomia) ou permitir polihierarquia⁸. Para ser aceito como sistema de classificação, é necessário seguir ao menos três princípios ou regras básicas¹⁰:

1. Seguir um consistente e único critério: por exemplo, não é possível ordenar as listas de e-mails por assunto e por data ao mesmo tempo. Um destes critérios tem que ser o principal e o outro secundário.
2. As categorias devem ser mutuamente excludentes: esta é a principal diferença entre um sistema de classificação e nomenclatura ou

terminologia que, mesmo sistematizadas, não seguem as regras dos sistemas de classificação. Por exemplo, se em uma biblioteca caseira o Guia de Praias do Brasil estiver na seção de livros de viagem, não deveria existir outra seção onde este mesmo livro poderia ser encontrado (como seção de praias).

3. O sistema deve ser completo: isto significa que todos os objetos, termos ou conceitos de um determinado domínio podem ser classificados de acordo com o sistema a ser desenvolvido para abordar este domínio.

Um bom sistema de classificação deve ser simples, ligado à realidade e com uma metodologia bem definida⁷. É importante ressaltar que alguns sistemas chamados de “sistemas de classificação” não são mais do que nomenclaturas ou terminologias porque não seguem estas regras básicas. Um termo ou objeto, caso seja alcançado por duas vias diferentes, deve representar o mesmo conceito ou deve ter o mesmo significado. Existem vias corretas e incorretas para que um sistema de classificação seja consistente, conforme a árvore hierárquica representada abaixo⁸ (figura 1).

Duas principais teorias classificatórias são descritas¹⁰. A primeira é a classificação aristotélica que trabalha com base em sistemas binários. As características de um objeto ou conceito são comparadas com os componentes do grupo ou classe ao qual o objeto ou conceito será encaixado. Por exemplo, um livro é facilmente distinguido de uma mesa e um copo porque destes três objetos o livro é o único que pode ser lido. Porém, é necessário mais características para diferenciar um livro de um jornal. Se apenas um conjunto

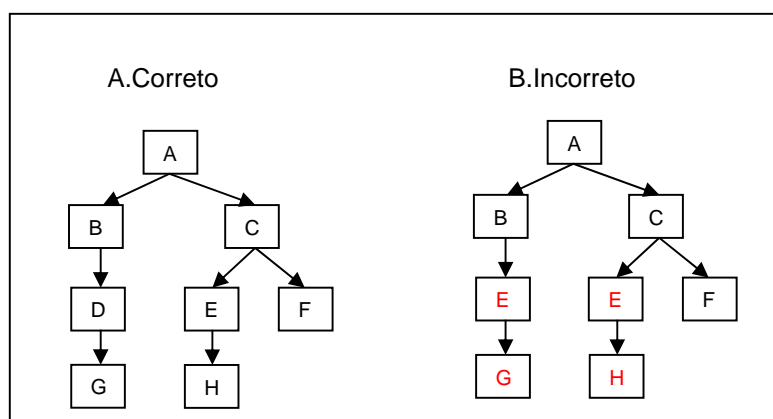
de condições é necessário e suficiente, a técnica classificatória é chamada monoteica; se mais características são evocadas passa a ser politeica.

A teoria prototípica utiliza o significado e a metáfora para classificar. Como o significado é variável e socialmente construído, a padronização se torna mais importante se o mesmo sistema for utilizado em diferentes ambientes. Esta forma de classificar requer o “melhor exemplo” como modelo e às vezes *experts* para definir em qual categoria um conceito deve ser enquadrado. Por exemplo, hipertensão pode ser classificada como fator de risco ou doença.

As duas teorias não são incompatíveis e frequentemente ambas são usadas. Apesar de grupos que trabalham com classificações utilizarem mais a forma aristotélica, o modelo prototípico está frequentemente presente porque usualmente classificações são utilizadas para organizar algum campo contraditório e controverso e esta tarefa invariavelmente evoca crenças locais¹⁰. Então, os dois são complementares entre si e o modelo aristotélico, com seus critérios objetivos, colabora com o senso comum da classificação prototípica e vice-versa. Estas metodologias ajudam a criar um caminho quando se tenta organizar o conhecimento de campos contraditórios e difíceis de lidar. Estes conflitos sempre se refletem nas classes escolhidas. Por exemplo, homossexualidade era considerada doença em versões prévias da Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças ou CID) que

se encontra na décima revisão, refletindo crenças e o contexto cultural da época.

Figura 1: Árvore hierárquica em sistemas de classificação (adaptado de Cimino⁸)



Quando se desenvolve um sistema de classificação, não é fácil definir quão profundo, detalhado ou “granular” * ele deve ser. O objetivo é o equilíbrio entre um sistema útil e o futuro desenvolvimento do domínio em questão. Se o sistema de classificação não for suficientemente detalhado em classes e subclasses, os dados não podem ser utilizados para análises futuras. Apesar de a medicina e, mais especificamente, a clínica geral ter a incerteza como princípio, os conceitos que representam esta incerteza necessitam ser precisos⁸. Um segundo desafio reside nas diferenças de interesse entre diferentes grupos no mesmo campo de conhecimento. Isto às vezes faz com

* Neste texto o termo “granular”, que vem do inglês “granularity” e é largamente utilizado em grupos que pesquisam sistemas de classificação, será usado sempre para designar “detalhamento de um conceito”

que o desenvolvimento de um único sistema de classificação seja difícil porque pode se tornar extenso o suficiente para não ser prático.

Código: é uma sequência alfabética e/ou numérica que designa um termo ou classe⁷. O desafio de John Wilkins era transformar os códigos nos próprios termos^{2,3,4}

“Rag bag” (ou cesto de trapos): geralmente sistemas de classificação utilizam “rag bags” que não são exatamente um termo ou conceito, mas “um local” onde conceitos “não classificados em outra parte” (ou NCOP) podem ser alocados. Isto pode representar uma fraqueza do campo que é objeto do estudo (na medicina, por exemplo, pode significar uma doença desconhecida ou um sintoma não explicável do ponto de vista médico) ou apenas uma maneira artificial de cobrir conceitos não tão importantes do domínio em questão, cumprindo, assim, a terceira regra descrita acima.

Padronização: é um “conjunto de regras acordadas previamente em diferentes ambientes com o objetivo de permitir integrar o trabalho em algum nível sem seguir uma ‘lei natural’, reforçadas e aceitas por organizações legalmente constituídas e trazendo consigo considerável inércia ou dificuldade de mudança”¹⁰. Muitas vezes é confundida com o próprio sistema de classificação, mas na verdade é um dos instrumentos. Se as classificações não são padronizadas, podem ser limitadas na duração e no uso para fins individuais ou restritos. Por outro lado, padronizações bem aceitas requerem um sistema de classificação, embora mesmo nestes ambientes sejam usadas categorias *ad hoc* não padronizadas.

III. Sistemas de classificação e nomenclaturas usadas em medicina:

A. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde ou Classificação Internacional de Doenças - CID

Desde o ano 2000 A.C textos primitivos dos hindus, assírios e egípcios descrevem causas de morbidade. O primeiro documento que lista doenças e lesões em um modo organizado é um documento hindu chamado Sushruta Samhita (600 A.C.)¹⁵. Na era moderna, a primeira classificação relevante para a medicina foi criada em 1662, quando John Graunt analisou as *Bills of Mortality* de Londres e produziu uma lista com 83 causas de morte⁷. Ele, embora fosse comerciante do ramo de vestuário, é considerado o pai da epidemiologia, pois desenvolveu o sistema quando se interessou por estudar as causas de morte a partir dos registros paroquiais^{11,123}. Em 1761, Francois Bossier de Lacroix, conhecido como Sauvages, tentou organizar a primeira classificação de doenças e a publicou com o título *Nosologia Methodica*. Durante o mesmo período Lineu escreveu *Genera Morbudum* e Willian Cullen publicou *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

O ano de 1837 foi um ano especial para a história das classificações em medicina. O Escritório de Registro Geral da Inglaterra e Gales (*General Register Office of England and Wales*) foi criado e Willian Farr foi designado como primeiro estatístico. Ele reexaminou a classificação de Cullen e identificou que ela não era suficiente para o estágio de evolução da ciência à época. No

primeiro Relatório Anual do Escritório de Registro Geral, ele determinou as diretrizes que um sistema de classificação deveria seguir: “Cada doença tem, em muitos casos, sido declarada por três ou quatro termos, e cada termo tem sido aplicado para muitas doenças diferentes: termos vagos e inconvenientes têm sido usados, ou têm-se registrado complicações no lugar das doenças primárias. A nomenclatura é de tão grande importância nesse departamento de pesquisa como pesos e medidas nas ciências físicas, e deve ser estabelecida sem atraso.”¹²

A tarefa de uma classificação uniforme foi lançada durante o primeiro Congresso Estatístico Internacional (1853). Willian Farr e Marc D`Espine foram desafiados a propor uma classificação uniforme e internacionalmente aceita. Eles submeteram diferentes sistemas durante o Congresso de Paris em 1855. O sistema proposto por Farr tinha 5 grupos: doenças epidêmicas, doenças constitucionais (generalizadas), doenças localizadas classificadas segundo a localização anatômica, doenças do desenvolvimento e doenças causadas por violência (Quadro 1). Já D`Espine se baseou na natureza ou etiologia. Uma lista única e conciliatória com 139 rubricas foi ratificada e revista em 1864 com base na sistematização proposta por Farr, que foi mais bem aceita, tendo recebido apoio inclusive de Florence Nightingale no seu trabalho “Propostas para um Plano Uniforme de Estatísticas Hospitalares”. Em 1891, o chefe do Serviço de Estatística da Cidade de Paris, Jacques Bertillon foi designado pelo Comitê Estatístico Internacional para liderar o grupo que iria desenvolver a Classificação de Causas de Morte. Bertillon apresentou, então, em 1893, em

Chicago, o que passou a ser conhecida como Classificação de Causas de Morte de Bertillon, baseada no modelo anatômico de Farr, distinguindo doenças generalizadas e localizadas. Esta classificação foi aceita em muitos países, tendo sido utilizada primeiro no México, mais precisamente em San Luis de Potosi.

Quadro 1: Sistematização da Classificação de Farr cuja estrutura pode ser identificada na CID até os dias atuais (adaptado de Buchalla¹²¹)

Classes	Ordens	Doenças
1		Doenças contagiosas, epidêmicas e endêmicas
2		Doenças constitucionais
3		Doenças localizadas
	Ordem 1	Doenças do sistema nervoso
	Ordem 2	Doenças da circulação
	Ordem 3	Doenças da respiração
	Ordem 4	Doenças da digestão
	Ordem 5	Doenças do sistema urinário
	Ordem 6	Doenças da reprodução
	Ordem 7	Doenças da locomoção
	Ordem 8	Doenças do sistema tegumentar
4		Doenças do desenvolvimento
5		Doenças e mortes violentas

A primeira Conferência Internacional para a Revisão da Lista Internacional de Causas de Morte de Bertillon foi convocada pelo governo francês em 1900. Vinte e seis países participaram e o resultado é considerado hoje em dia a primeira revisão da Classificação Internacional de Doenças ou CID que se encontra na décima revisão. Os participantes da primeira revisão

concordaram que deveriam revê-la a cada 10 anos e a segunda (1910), terceira (1920), quarta (1929) e quinta revisões (1938) foram todas convocadas pelo governo francês resultando em novas versões. A quarta e quinta revisões foram conduzidas por uma comissão formada por membros do Instituto Internacional de Estatística e a Organização de Higiene da Liga das Nações. A quinta revisão foi importante porque reconheceu a urgência do desenvolvimento de um sistema de classificação de morbidade, além de aprimorar o de mortalidade, e que ambas as classificações deveriam ser unificadas. Além disso, padronizou o Atestado de Óbito.

Em 1936, o Conselho de Saúde do Canadá elaborou uma codificação para causas de morbidade. Pesquisadores norte americanos e ingleses, ligados aos seus governos, fizeram o mesmo em 1940 e 1944, respectivamente. O governo norte americano designou um bioestatístico da Universidade John Hopkins chamado Lowell Reed para liderar o comitê com membros dos governos norte-americano, canadense, inglês e da Seção de Saúde da Liga das Nações que trabalharia pela unificação, partindo do princípio que a classificação de doenças estava estreitamente relacionada com a de mortalidade que vinha sendo desenvolvida desde os trabalhos de Farr e Bertillon. O envolvimento direto dos governos com a elaboração dos sistemas de classificação dão a dimensão da importância política depositada em um sistema de classificação com potencial de organizar e padronizar grande parte do conhecimento médico vigente. De certa maneira, isto desencadeou uma disputa entre nações com grande poder econômico, que só não foi adiante graças à mediação de

organismos internacionais como o Instituto Internacional de Estatística, a Liga das Nações e, mais tarde, a Organização Mundial de Saúde.

A Conferência Internacional de Saúde, realizada em 1946, designou uma Comissão Interina da Organização Mundial de Saúde, cuja criação ainda não havia sido formalizada, para organizar a sexta revisão. Esta Comissão reviu a classificação elaborada pelo comitê norte americano (coordenado por Reed) e desenvolveu o que chamou de *Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte*. Esta classificação foi submetida aos governos que trabalhavam no desenvolvimento de uma única classificação de morbidade e mortalidade e foi então revista a partir das sugestões devolvidas por estes países. Estava pronto o rascunho para a sexta revisão, que ocorreu em 1948, organizada em conjunto pelo governo Francês e pela Organização Mundial da Saúde, que havia sido fundada dias antes. A lista aceita nesta sexta revisão passou a ser chamada de *Sexta Revisão das Listas Internacionais*. Meses depois, a Primeira Assembléia Mundial de Saúde aceitou esta lista e deliberou a publicação do manual da *Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte* (correspondente a CID 6) que compilaria a classificação em si (tabular e alfabética), as regras para seu uso e o modelo do atestado médico para causas de morte. A sexta revisão adotou a estrutura vigente até a atual décima revisão. As sétima, oitava, nona e décima revisões foram organizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A nona revisão desenvolveu subdivisões para pesquisadores que necessitavam de mais detalhes e o sistema “cruz e asterisco” para determinação de manifestações

específicas de doenças que pudessem se apresentar em diversos locais. Depois da nona revisão, foi decidido aumentar o intervalo entre as revisões para mais de 10 anos¹¹ para que o uso da CID pudesse ser melhor testado.

A história da CID é a história das classificações na medicina e, além de não correr em paralelo com o desenvolvimento da medicina está interligada a ele. Foucault argumenta que, desde a *Nosologia* de Sauvages, a regra classificatória domina a teoria e a prática médica¹³. Um reflete o outro. O máximo de 200 rubricas na primeira revisão da CID não representava o número de doenças, mas o número de linhas do formulário do censo austríaco¹⁰. Classificações, mais do que expressar o mundo real, precisam ser úteis e antes da informática era difícil registrar e revisar mais que 200 rubricas. O trabalho de Farr continua sendo a base da décima revisão da CID (as cinco seções podem ser reconhecidas ao longo dos capítulos). França, Inglaterra, Estados Unidos da América e Canadá foram os países que assumiram a liderança durante o processo de unificação das listas de causas de morte e morbidade, que resultou na sexta revisão. Eles entenderam a dimensão política deste campo⁶ desde os primeiros passos. O filósofo Bruno Latour defende que a divisão técnica e política é artificial e é possível encontrar política na ciência e aspectos técnicos na política¹⁴.

A rápida expansão das rubricas da CID transformou o que seria um sistema de classificação em nomenclatura. Os princípios que exigem critério único e categorias auto-excludentes frequentemente não são respeitados. Geoffrey Bowker e Susan Leigh Star argumentam que a CID “não segue

nenhum princípio classificatório e representa um compromisso com esquemas conflituosos entre si”¹⁰ e esta é a razão porque estes estudiosos das classificações defendem que a CID é mais uma nomenclatura do que um sistema de classificação.

Como a medicina se tornou um campo complexo nos últimos 200 anos, não seria possível concentrar todo conhecimento em um único esquema de classificação. A CID, desde os primeiros anos, deu mais atenção para condições que representavam uma ameaça à saúde e menos atenção a afecções não contagiosas ou sentimentos e sensações dos pacientes. Depois da quinta revisão e durante o processo de unificação das listas de morbidade e mortalidade, mesmo doenças raras foram incorporadas. A sexta revisão foi a primeira com participação da Organização Mundial da Saúde (OMS), através de comissão interina, e mudou o nome de “Lista Internacional de Causas de Morte de Bertillon” para “Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte da OMS”. A decisão de incorporar morbidade e doenças na classificação de mortalidade foi arbitrária e reflete os problemas atuais da CID¹⁵. Ela começou com 83 rubricas com John Graunt, aumentando para 138 na classificação de Farr e D’Espine, passando para 161 categorias na primeira versão de Bertillon, até chegar às 2032 categorias da CID 10^{15,121}. Entre a quinta e sexta revisões, quando a lista de morbidade foi incorporada definitivamente, a classificação que viria a ser conhecida como CID aumentou de 200 para 1010 categorias¹²¹. O resultado é uma lista de causas de morte e

morbidade que não segue os princípios básicos de um sistema de classificação: um conceito pode ser frequentemente encontrado em dois ou mais lugares.

Desde a quinta versão, a pressão para transformar um sistema desenvolvido inicialmente para classificar as causas de morte em morbimortalidade aumentou cada vez mais. O número de subcategorias se expandiu da oitava para a nona revisão. O nome, que simboliza o estágio de cada revisão, mudou novamente e a décima versão passou a se chamar “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” (Classificação Internacional de Doenças ou CID). Críticas com a mudança de objetivo ao longo dos anos cresceram paralelamente a expansão da CID. Ela se tornou um amálgama de causas de morte e morbidade e não mais um único sistema de classificação. A CID não representa um sistema consistente de classificação (o que é reconhecido já na oitava revisão), segue um modelo “biológico” e tem seu uso limitado na atenção primária porque mesmo os conceitos de morbidade foram selecionados a partir de dados majoritariamente hospitalares por profissionais da saúde com experiência na prática de especialidades e subespecialidades. Na atenção primária, sintomas podem não se diferenciar e as doenças geralmente apresentam apenas suas primeiras manifestações. Na atenção especializada, a CID igualmente não tem se mostrado suficiente porque seria necessária mais “granularidade”, e um exemplo seria no estadiamento de neoplasias, mas a tornaria ainda maior¹⁵. Segundo o Professor Ruy Laurenti, idealizador do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças e envolvido com estudos de causas de morte e com

a CID desde a sétima revisão, “quando a OMS assumiu as revisões, a partir da sexta em 1948, esta foi bastante expandida visando a classificar morbidade além de mortalidade. Essa decisão não foi tomada simplesmente sem antes haver sido bastante discutida a questão de se ter ou não duas classificações distintas: uma para mortalidade e outra para morbidade. Optou-se por uma só, e muitos dos problemas que hoje defrontamos poderiam ter sido evitados se houvesse sido decidido por duas distintas”.¹⁵

A necessidade de diversos sistemas de classificação reapareceu durante o processo da nona revisão. Desde então, há um consenso que seria impossível contemplar todo campo de conhecimento médico em um único sistema. Segundo o próprio texto introdutório da CID-10, “durante a preparação da Nona Revisão percebeu-se que a CID, por si só, não poderia abranger todas as informações necessárias e que apenas uma ‘família’ de classificações sobre doenças e outros problemas relacionados à saúde poderia suprir as várias necessidades de uma demanda crescente. Desde o final da década de 70, várias soluções possíveis têm sido consideradas, uma das quais aponta para uma classificação central (CID) com uma série de módulos, alguns hierarquicamente relacionados e outros de caráter suplementar”¹²².

A Organização Mundial da Saúde formalizou, na décima revisão, a Família das Classificações Internacionais (*Family of International Classifications* ou WHO-FIC da sigla em inglês)¹⁶ com a CID desempenhando um papel central. Ela envolve classificações de referência, classificações relacionadas e classificações derivadas. As de referência são as mais importantes para a

OMS e cobrem os domínios da área da saúde que a OMS tem dado maior importância para o propósito de classificação: Classificação Internacional de Doenças (CID), Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (em desenvolvimento). As classificações relacionadas são aquelas que lidam com aspectos importantes da área da saúde não cobertos nas classificações de referência: Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões (CICEL), Sistema de Classificação Anatômico, Terapêutico, Químico com Dose Diária Definida (ATC/DDD) e ISO 9999 Ajuda Técnica para Pessoas com Deficiências – Classificação e Terminologia. As classificações derivadas foram elaboradas a partir das classificações de referência para lidar com alguma área de interesse específico: Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, Terceira Edição (CID-O-3), Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Aplicação da CID-10 para a Odontologia e Estomatologia-Terceira Edição (CID-OE), Aplicação da CID para a Neurologia (CID-10-NA) e Versão da CIF para Crianças e Jovens (CIF-CJ).

As duas últimas revisões da CID (nova e décima) são as sistematizações mais utilizadas para classificar morbidade e mortalidade no mundo todo. Ao longo do tempo, ela perdeu os epónimos e adquiriu a capacidade de sobreviver através dos séculos, seguindo a modernização e a globalização da medicina¹⁷. Mas este desenvolvimento não tem levado em consideração a perspectiva do

paciente que tem sido estudada cada vez mais por médicos de família e pela antropologia médica^{18,19}.

B. Snomed e o “Código Read”:

Em 1965 o Colégio Americano de Patologistas (CAP) desenvolveu a Nomenclatura Sistematizada de Patologia (*Systematized Nomenclature of Pathology* ou *SNOP*)²⁰. Com o passar dos anos, ela atingiu todo campo de conhecimento médico e mudou seu nome em 1974 para Nomenclatura Médica Sistematizada (*Systematized Nomenclature of Medicine* ou *SNOMED*). Em 1995, o CAP começou uma colaboração com um dos planos de saúde do sistema privado americano chamado Kaiser Permanente com o objetivo de melhor definir os conceitos e procedimentos, adaptando o avanço da informática em saúde e ajudando o pagamento por produção dos seguros e planos privados. Em 2000 o CAP lançou o SNOMED RT (Nomenclatura Médica Sistematizada - Terminologia de Referência ou “reference terminology”)²¹.

Paralelamente ao avanço do SNOMED, a Inglaterra adotou em 1983 o sistema desenvolvido por James Read chamado Código Read ou “Read Codes”. Tratava-se de uma lista hierarquizada de 30.000 termos mas não era uma classificação porque não agregava os termos em classes. A segunda versão para computador foi lançada em 1988 já com 100.000 termos e a terceira versão, também conhecida como Versão dos Termos Clínicos (*Clínical*

Terms Version ou CTV), atualmente usada no Reino Unido foi publicada em 1994²².

Em 1999 o CAP criou o SNOMED CT (Nomenclatura Médica Sistematizada – Termos Clínicos ou “clínical terms”) por meio da integração do SNOMED com a CTV (Terceira Versão do Código Read) que era mantido pelo Serviço Nacional de Terminologia e Sistemas de Saúde (*National Health System Terminology Service*) do governo do Reino Unido. A expectativa era cobrir ainda mais campos da área médica porque o CAP tinha um viés das especialidades enquanto o CTV era baseado na experiência da atenção primária. O CAP vendeu a propriedade intelectual do SNOMED CT para a Organização Internacional para o Desenvolvimento de Padronização de Terminologias em Saúde (*International Health Terminology Standards Development Organization* ou IHTSDO) também conhecida como SNOMED SDO (“*standards development organization*”) em 2007. A *NHS Connecting for Health Agency* (NHS CFH) do governo do Reino Unido liderou o processo e outros oito países integraram a iniciativa: Austrália, Canadá, Dinamarca (sede da organização IHTSDO), Lituânia, Holanda, Nova Zelândia, Estados Unidos da América e Suécia. Em janeiro de 2008 a Nomenclatura Médica Sistematizada tinha 311.000 conceitos ativos e de 2002 a 2008 aproximadamente 20.000 se tornaram inativos porque eram confusos, duplicados ou desatualizados. Ela permanece uma nomenclatura sem organização em classes com mais de 300.000 conceitos, 800.000 descrições e aproximadamente 1.300.000 correlações hierarquizadas entre conceitos. Por exemplo, imunossupressão é

um termo que designa um conceito e este pode ter diferentes descrições como “terapia imunossupressiva” e “paciente imunossuprimido”. As descrições evitam ambiguidade entre conceitos. Cada conceito é organizado em 19 níveis hierárquicos com subdivisões que não seguem princípios classificatórios.

C. Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP):

Desde a Lista Internacional de Causas de Morte de 1893 e a sua sexta revisão em 1948 que unificou causas de morte e morbidade em uma lista única, pesquisadores têm uma ferramenta para classificar e estudar a morte e a doença. Porém, durante os anos 50, clínicos gerais ingleses começaram a estudar suas práticas diárias²³. Em 1958, um estudo conduzido pelo Comitê de Pesquisa do Colégio dos Clínicos Gerais (hoje *Royal College of General Practitioners*) com a participação de 11 profissionais concluiu que em aproximadamente 50% das consultas eles poderiam estabelecer um diagnóstico. Em seu clássico artigo de 1963, Crombie descreveu resultados similares^{24,25}. O estabelecimento de um diagnóstico preciso foi possível em menos de 50% das consultas e isto ocorreu principalmente nas situações em que apenas a história clínica e o exame físico focado foram realizados. Exames complementares em geral não ajudaram no estabelecimento do diagnóstico mas a opinião de um especialista colaborou. As cinco conclusões elencadas por Crombie continuam atuais apesar do progresso da medicina²⁴:

1. muitos “problemas” * são auto limitados e requerem apenas observação ativa
2. muitos pacientes demandam apenas serviços administrativos
3. a fisiopatologia de base de “problemas” indefinidos e não graves é desconhecida
4. exames laboratoriais e a tecnologia não colaboram para o complexo processo diagnóstico de “problemas” freqüentes
5. é má prática tentar vigorosamente a definição de um diagnóstico para um “problema” vago especialmente se este está acompanhado de componentes psicológicos.

O último item merece destaque e ainda não se tem totalmente a dimensão dos efeitos nocivos que o exagero na busca de um diagnóstico etiológico pode acarretar. Revendo os dados do estudo pode-se notar que há uma relação entre acurácia do diagnóstico e a presença de um tratamento efetivo. O autor finalmente discute a diferença epistemológica do especialista hospitalar e do clínico geral sendo que este último deveria usar o método lógico e científico em equilíbrio com o método intuitivo. A recomendação de não tentar vigorosamente definir um diagnóstico para um “problema” vago não é contraditória com a importância da acurácia para o tratamento efetivo porque na maior parte dos “problemas” vagos não há doença implicada e a insistência

* Crombie utiliza o termo “minor disabilities” que foi traduzido como “problema” mas por ser uma aproximação foi colocado entre aspas; o termo “problema” com aspas foi o escolhido neste texto para designar a descrição ou diagnóstico médico e o termo “diagnóstico” não foi usado por nem sempre se tratar de doença

poderia levar para um caminho equivocado, distante da acurácia. A acurácia diagnóstica em atenção primária não significa achar necessariamente uma doença e esta é, talvez, a contribuição mais importante do estudo de Crombie que foi seguido de outros descritos a seguir e que confirmaram estas conclusões.

A primeira classificação para a clínica geral foi desenvolvida em 1959 pelo Colégio Britânico de Clínicos Gerais²⁶. Médicos de família e clínicos gerais de muitos países notaram a importância da taxonomia neste campo específico para evitar o uso inadequado de uma classificação baseada nas doenças e causas de morte. Isto poderia ser perigoso uma vez que, escolhida uma doença como diagnóstico o tratamento específico estaria autorizado; porém, como já havia sido demonstrado, um diagnóstico específico só era possível em aproximadamente 50% dos encontros do médico com o paciente.

A Classificação por Motivo de Visita (*Reason for Visiting Classification* ou RVC) e o seu processo de desenvolvimento nos Estados Unidos da América, incluindo a criação da Pesquisa Nacional sobre Atenção Médica Ambulatorial (*National Ambulatory Medical Care Survey* ou NAMCS) pelo Centro Nacional para Estatísticas da Saúde (*National Centre for Health Statistics* ou NCHS) em 1973, foi um passo importante. Durante os estudos piloto de 1968 a 1971, pesquisadores que estavam codificando perceberam o quão difícil era usar na atenção primária códigos desenvolvidos para um diagnóstico específico^{38,47}. A CID tem origem na classificação de causas de morte e durante suas revisões, mais especificamente na sexta, foram incorporados os aspectos de morbidade.

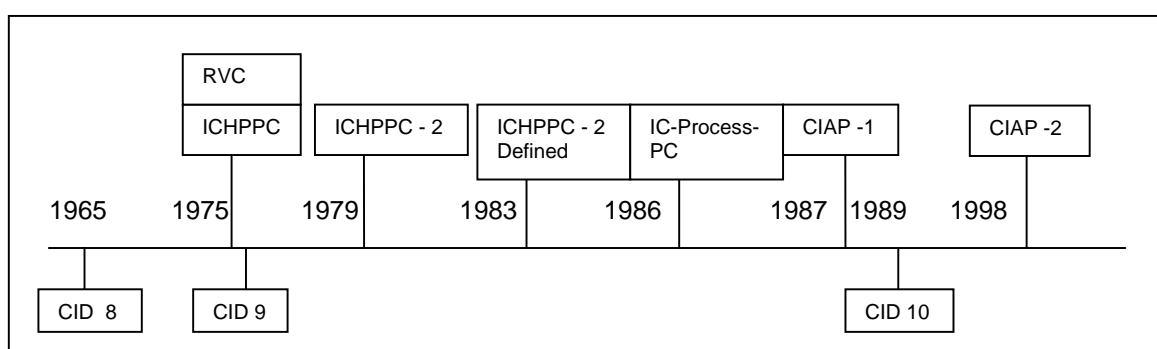
Porém, por causa da sua história, mesmo após muitas revisões a CID dificilmente atingiria as motivações dos pacientes para procurar assistência médica. O primeiro sistema de classificação específico de motivos da consulta foi desenvolvido por Sue Meads, uma taxonomista filha de um médico rural, para o uso do NAMCS⁴⁸. Em 1975, a Associação Americana para o Registro Médico (*American Medical Record Association* ou AMRA), financiada pelo NCHS, organizou em Chicago um encontro onde este sistema foi revisado resultando na RVC³⁸ que utilizava uma estrutura modular com 7 tópicos: (1) Sintoma; (2) Doença; (3) Diagnóstico, Rastreamento e Prevenção; (4) Tratamento; (5) Lesões e Efeitos Adversos; (6) Resultados de Exames; e (7) Procedimentos Administrativos. Esta já era uma prévia da estrutura dos sete componentes da Classificação por Motivo da Consulta (CMC) que viria a ser elaborada.

Médicos de família e clínicos gerais interessados no campo da taxonomia se encontraram em 1972 durante a quinta Conferência Mundial dos Clínicos Gerais/ Médicos de Família da WONCA (*Organização Mundial dos Médicos de Família* ou *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practice/ Family Medicine*) em Melbourne, Austrália, e concluíram que eles deveriam desenvolver um sistema de classificação próprio para ser usado no mundo. Os clínicos gerais Bent Bentsen (Noruega), Charles Bridges-Webb (Austrália), Robert Westbury (Canadá), Philip Sive (Israel) estavam trabalhando neste tema²⁷⁻³⁰. Eles organizaram, então, o Comitê de Classificação da WONCA (cujo nome seria modificado para Comitê

Internacional de Classificação da WONCA ou *WONCA International Classification Committee - WICC*) para desenvolver um sistema baseado na CID 8. Os primeiros membros deste comitê foram Charles Bridges-Webb (Austrália), Robert Westbury (Canadá), Philip Sive (Israel), Derek Gallagher (Nova Zelândia), Donald Crombie (Reino Unido) e Jack Froom (Estados Unidos da América). Este grupo organizou uma lista de “problemas” comumente encontrados na atenção primária baseada na CID 8 e testou-a em 300 consultórios de nove países resultando na Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária (*International Classification of Health Problems in Primary Care* ou ICHPPC) apresentada em 1974 e publicada em 1975 pela Associação Hospitalar Americana e pelo Colégio Real Britânico de Clínicos Gerais. Ela foi revisada e a segunda versão (ICHPPC-2) publicada em 1979 para manter a comparabilidade com a CID 9. Na realidade, esta segunda versão foi melhor mapeada para a CID 9 do que a anterior para a CID 8. Por causa da necessidade de melhores definições dos conceitos e da integração do sistema de classificação com a nomenclatura, a versão *ICHPPC-2- defined* (versão definida) foi desenvolvida em 1983 e a maioria das rubricas foram descritas com critérios de inclusão e/ou exclusão além da introdução de considerações (Figura 2). Apesar de elaborada por médicos de família para uso na prática diária, apenas o último capítulo era dedicado aos sinais e sintomas refletindo a perspectiva dos pacientes. As duas versões da ICHPPC eram, neste sentido, mais um recorte da CID 8 e 9 do que uma classificação voltada para a atenção primária. Embora com ênfase em “problemas” de saúde

frequentes, a ICHPPC ainda não refletia adequadamente o ponto de vista dos pacientes.

Figura 2: Linha do tempo – Histórico do desenvolvimento da Classificação Internacional de Doenças (linha inferior) e Classificação Internacional de Atenção Primária (linha superior)



Concomitantemente ao desenvolvimento da ICHPPC, existia desde 1977 um direcionamento do Grupo Norte Americano de Pesquisa em Atenção Primária (*North American Primary Care Research Group* ou NAPCRG) para o desenvolvimento da Codificação do Processo de Cuidado em Atenção Primária (*Process Code for Primary Care*)³⁵ envolvendo diagnóstico, prevenção, exame, tratamento e demais procedimentos terapêuticos. A primeira versão era um produto do NAPCRG que formalizou seu próprio comitê de classificações. Este se juntou ao Comitê de Classificação da WONCA e desenvolveu uma versão internacional chamada Classificação Internacional de Processos de Cuidado em Atenção Primária (*International Classification of Process in Primary Care* ou IC-Process-PC) que foi testada em dez países envolvendo aproximadamente 100

médicos e finalmente publicada em 1986. Práticas típicas da atenção primária como “observação”, “observação ativa” (*watchful waiting*), “não intervenção” ou “repouso como modalidade terapêutica” foram incluídas.

Depois da conferência de Alma Ata em 1978, a Organização Mundial da Saúde identificou a importância da informação e de ferramentas apropriadas para a atenção primária à saúde e nomeou uma força tarefa para desenvolver a Classificação por Motivos da Consulta (CMC ou, em inglês, *Reason for Encounter Classification - RFEC*) que iria focar na perspectiva do paciente e não na doença^{31,33,34}. Motivo da Consulta (MC) é definido como “um termo acordado que transmite as razões pelas quais um paciente entra no sistema de saúde e representa as demandas desta pessoa”³². A maioria dos membros deste grupo de trabalho da Organização Mundial da Saúde (Maurice Wood, Estados Unidos (coordenador), Bent Bentsen, Noruega; Charles Bridges-Webb, Austrália; Karel Kupka, OMS, Genebra; Henk Lamberts, Holanda; Sue Meads, Estados Unidos; M.K. Rajakumar, Malásia;) eram do Comitê de Classificação da WONCA. A Classificação por Motivos da Consulta foi testada em 1980 na Holanda³³ e depois em nove países em 1983 (Brasil, Austrália, Barbados, Hungria, Malásia, Holanda, Noruega, Filipinas e Estados Unidos da América)³⁵. No Brasil, o estudo ficou sob responsabilidade do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças sediado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenado pelo Professor Ruy Laurenti. A parte brasileira do piloto foi conduzida pelos pesquisadores Ruy Laurenti e Maria Lucia Lebrão e, além de médicos, utilizou enfermeiros e agentes comunitários

de saúde. O estudo foi apoiado pela OMS, WONCA e NCHS. Os demais pesquisadores foram Charles Bridges Webb na Austrália, Mike Hoyos em Barbados, Marianne Szatmari na Hungria, Raja Rajakumar na Malásia, Cees de Geus e Henk Lamberts na Holanda, Bent Bentsen na Noruega e Maurice Woods e Sue Meads nos Estados Unidos^{33,108}. Os dados das Filipinas foram agregados mais tarde.

O processo de desenvolvimento da Classificação por Motivos da Consulta permitiu concluir que as três principais classificações até então desenvolvidas por pesquisadores vinculados a atenção primária ou médicos de família e publicadas (Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária - ICHPPC, Classificação por Motivos de Visita - RVC e Classificação Internacional de Processos de Cuidado em Atenção Primária - IC-Process-PC) seriam contempladas na CMC porque esta previa também os componentes para procedimentos e diagnósticos. O resultado do trabalho do grupo constituído por membros da OMS e WONCA foi uma classificação biaxial com dezesseis capítulos baseados no critério anatômico (e sistema orgânico) além de sete componentes que compõem cada capítulo. Depois do primeiro piloto, na Holanda,³³ foi incluído o capítulo de reprodução (“Gravidez, Parto e Planejamento Familiar”). Utilizar a anatomia e o sistema orgânico como critério básico e incluir os capítulos “Geral e Inespecífico”, “Psicológico” e “Problemas Sociais” para desenvolver o sistema de classificação foi uma decisão importante porque estes capítulos refletiriam prioritariamente os aspectos do paciente e não as doenças, manifestações ou etiologias. A principal motivação

para o desenvolvimento da CMC pela OMS era a percepção, principalmente após a Conferência de Alma Ata, da falta de uma ferramenta apropriada para classificar as demandas trazidas sob o prisma do paciente. Esta classificação seria, então, centrada no paciente e não na doença ou no diagnóstico etiológico. Conceitos etiológicos como trauma, doenças infecciosas, tumor e anomalias congênitas foram incluídas no sétimo componente (diagnósticos e doenças) e distribuídos nos respectivos capítulos (Figura 3). Isto foi de fundamental importância porque evitou possíveis conflitos com os princípios classificatórios como a mutualidade excludente¹⁰. Se fossem criados capítulos específicos para doenças infecciosas ou traumas, estaria permitida a dupla codificação, uma vez que a doença poderia estar nos capítulos etiológico e anatômico. Isto ocorre com a CID e desde a nona revisão o sistema “cruz-asterisco” foi criado justamente para tentar evitar a dupla codificação, dentre outras razões. Neste sistema, o principal código é relacionado à etiologia (código com cruz) e a localização utilizada adicionalmente (código com asterisco). Por exemplo, tuberculose vertebral na CID 10 é A18+ (tuberculose óssea) mas a localização necessita de um outro código: M49* (tuberculose vertebral). Outras situações não usam o sistema cruz-asterisco e necessitam ou permitem dupla codificação na CID especialmente para doenças infecciosas, neoplasias, traumas e transtornos mentais³⁷.

Apesar de aparentemente simples a CMC foi inspirada em classificações que estavam em uso ou vinham sendo desenvolvidas na época³². O primeiro componente (queixas e sintomas) usou elementos da Classificação por Motivos

de Visita (RVC) do braço ambulatorial da Pesquisa Nacional sobre Atenção Médica Ambulatorial (NAMCS) que foi um dos primeiros sistemas de classificação por motivo da consulta desenvolvido e utilizado³⁸⁻⁴²; o segundo (procedimentos diagnósticos e preventivos) e o terceiro (medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos) componentes eram baseados na 9ª Revisão da Classificação Internacional de Procedimentos em Medicina⁴³ e na nova Codificação de Processo de Cuidado em Atenção Primária do NAPCRG^{44,45}; o sétimo componente (diagnósticos e doenças) foi elaborado a partir da *ICHPPC-2- defined*. Os capítulos P (psicológico) e Z (social) foram inspirados na classificação tri axial da OMS⁴⁶ baseada nos eixos psicológico, social e orgânico que nunca foi colocada em prática.

Desta maneira a CMC englobou os Motivos da Consulta, Processos de Cuidado e Doenças. Não havia como ser diferente porque o paciente procura o serviço de saúde para relatar desde sintomas vagos até doenças estabelecidas ou suspeitas ou mesmo solicitar procedimentos (exames laboratoriais ou procedimentos administrativos, por exemplo). Portanto, a CMC deveria agregar estes três principais campos e, necessariamente envolver toda a prática da atenção primária para poder contemplar a complexa perspectiva do paciente.

Embora houvesse sinais que a CMC pudesse ser o núcleo da 10ª revisão⁴⁹ porque havia incorporado doenças e processos além dos motivos da consulta, a OMS mudou esta direção e decidiu não alterar a estrutura tradicional da CID. Mas a WONCA foi adiante e publicou a primeira versão da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP ou *International*

componentes (padronizado capítulos)	os para	capítulos
		<div>A - geral</div> <div>B – sangue, órgãos hematop. e linfáticos</div> <div>D – digestivo</div> <div>F – olho</div> <div>H – ouvido</div> <div>K – circulatório</div> <div>L – musculoesquel.</div> <div>N – neurológico</div> <div>P- psicológico</div> <div>R - respiratório</div> <div>P - pele</div> <div>T – endócrino, metabólico, nutric.</div> <div>U - urológico</div> <div>W – gravidez e planej. familiar</div> <div>X – apar. genital fem.</div> <div>Y – apar. genital masc.</div> <div>Z – Problemas sociais</div>
	1 .	componente de queixas e sintomas
	2	componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
	3	componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
	4	componente de resultados de exames
	5	componente administrativo
	6	componente de acompanhamento e outros motivos da consulta
	7	componente de diagnósticos e doenças

IV. Trabalhando com classificações na atenção primária:

Em 1968, Lawrence Weed propôs o “registro orientado por problemas”^{52,53}. Era uma maneira de organizar as narrativas confusas de uma forma que seria prática, útil e ao mesmo tempo ética porque permitiria uma melhor utilização das informações do paciente. Toda a história do paciente poderia ser sumarizada em uma “lista de problemas”. O diagnóstico deveria ser estabelecido apenas se houvesse “evidência”⁵³. Weed usou o exemplo da úlcera péptica e se o paciente relatasse “dor abdominal” o termo “dor abdominal” deveria ser usado até que alguma evidência da existência de úlcera aparecesse. Quando isto ocorresse, como após a solicitação de uma endoscopia digestiva alta, a “lista de problemas” deveria ser atualizada e a “dor abdominal” substituída por “úlcera péptica”⁵³. Weed recomendou a organização da consulta médica em apenas cinco aspectos: ponto de vista do paciente (subjetivo ou Sx), todos os dados objetivos apropriados (objetivo ou Obj.) tratamento em curso (Rx), interpretações do caso pelo profissional de saúde (Int) e plano⁵³. “Tratamento em curso” foi incorporado na parte subjetiva e este modelo passou a ser conhecido como SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação e plano) e é vastamente utilizado em atenção primária¹¹³.

A abordagem orientada em “problemas” é um dos princípios da clínica geral e da medicina de família⁵. Um diagnóstico equivocado ou precipitado induz e permite uma intervenção desnecessária. Weed desenvolveu, assim, uma potente ferramenta para ser usada no sentido da proteção do paciente e

de se evitar intervenções perigosas e desnecessárias. Marc Jamouille chamou esta proteção de “prevenção quaternária” sendo que este conceito foi elaborado por meio da transformação do modelo linear da história natural da doença concebido por Leavell e Clark¹⁰⁹ (Figura 4) em um modelo mais complexo onde os pontos de vista do profissional de saúde e do paciente são confrontados⁵⁴. A antropologia médica diferencia os termos enfermidade (*illness*) e doença (*disease*) sendo que o primeiro denota os sintomas e sentimentos dos pacientes e o segundo a avaliação realizada pelo profissional de saúde. Essa diferença, muita clara na língua inglesa (*illness* e *disease*), é menos clara no português porque a palavra doença engloba os dois significados. O modelo de Jamouille partiu destes conceitos para elaborar uma tabela do tipo 2x2 (Figura 5). Os conceitos de prevenção primária, secundária e terciária são os mesmos concebidos por Leavell e Clark. Jamouille adiciona por meio deste modelo o conceito de prevenção quaternária que está no dicionário da WONCA como “uma ação feita para identificar um paciente em risco de supermedicalização, protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis”⁹. O modelo de Leavell e Clark simplesmente negligenciava a perspectiva do paciente focando na história natural da doença. Porém, grande parte dos pacientes procura o sistema de saúde sem uma doença orgânica mas por “problemas” complexos que envolvem às vezes queixas variadas, além de fatores sociais, psicológicos, familiares e comunitários que em grande parte nunca se traduzirão em uma doença orgânica mesmo que se recorra a mais avançada tecnologia “dura” disponível.

Figura 4: Modelo de Leavell e Clark¹⁰⁹

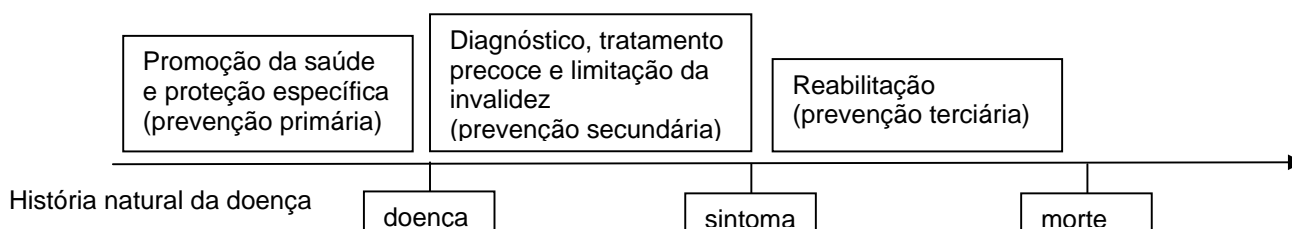
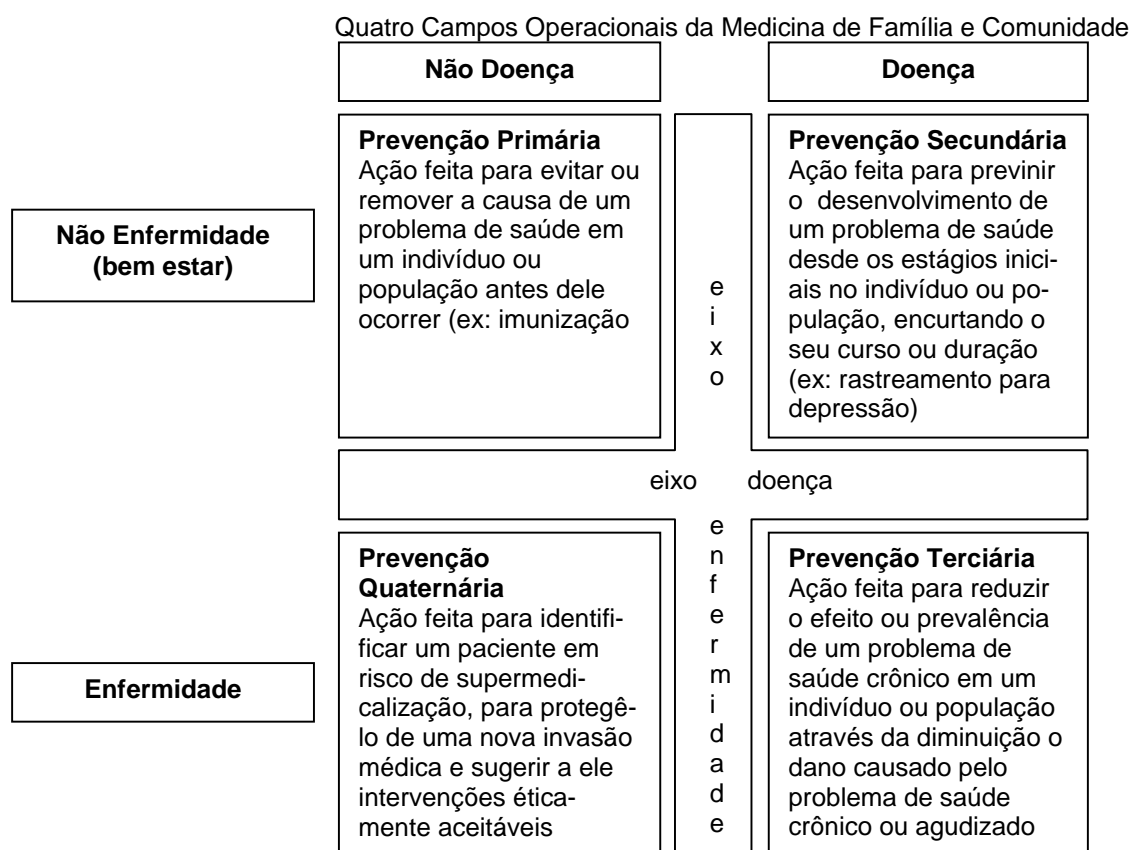


Figura 5: Modelo de Jamoulle incorporando a prevenção quaternária e a perspectiva do paciente⁵⁴



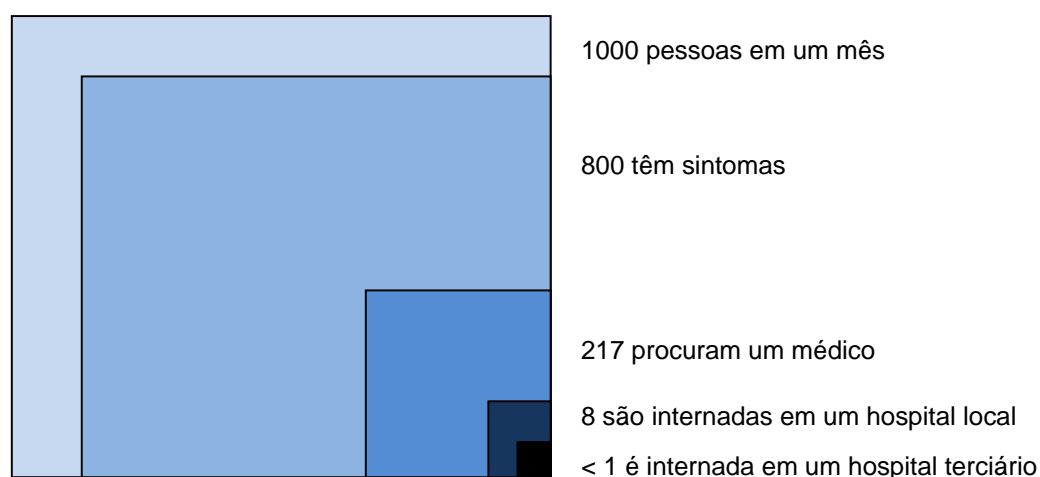
O trabalho de Weed chamou a atenção para a importância da comorbidade. É necessário distinguir quando um sintoma indiferenciado ou “problema” representa uma comorbidade e quando isto representa uma entidade única. Por exemplo, se em uma consulta surge um “problema” descrito como “dificuldade para respirar” e o exame complementar mostra cardiomegalia, não seria correto listar os dois como “problemas” distintos (ou diferentes episódios como definido mais adiante). Este sintoma provavelmente é uma manifestação da insuficiência cardíaca. Comorbidade, longitudinalidade e “problemas” indiferenciados são aspectos da abordagem orientada em “problemas”, dos princípios da medicina de família e comunidade e das características nucleares da atenção primária à saúde^{5, 52,53,55}

A CID não é adequada para classificar “problemas” indiferenciados. A CIAP foi desenvolvida por médicos de família, linguistas e taxonomistas para ser uma ferramenta de trabalho adequada para a atenção primária à saúde. Um dos mais importantes critérios para ter o código incluído na classificação é que o “problema” ocorra na frequência média de pelo menos 1:1000 pacientes ao ano^{7,113}. Esta frequência deveria ser calculada com base em episódios de cuidado e não em simples encontros mas o trabalho e registro por episódios ainda é muito debatido e pouco utilizado principalmente porque requer um *software* para registro e análise dos dados bastante elaborado e adequado para o ambiente da atenção primária. No final dos componentes 1 e 7 de cada capítulo existem rubricas residuais (“*rag bags*”) onde conceitos “não classificados em outra parte” (NCOP) podem ser codificados sem grande perda

de dados porque não são prevalentes em atenção primária (apêndice 1) e ao mesmo tempo permitem cumprir a regra classificatória de “abranger todo campo de conhecimento que se pretende com o sistema de classificação”, já que mesmo raramente algumas afecções aparecem neste *locus* do sistema de saúde. Um exemplo típico é lúpus eritematoso sistêmico que é classificado através da “rag-bag” L99 (outra doença do aparelho musculoesquelético) na CIAP-2 e apesar de ser doença comum em hospitais terciários, raramente é encontrada na atenção primária. Estudos que examinaram mais de um milhão de consultas, analisadas sob a forma de encontro ou de episódio, mostraram que as rubricas residuais da CIAP quase não são usadas, o que é mais uma evidência da adequação deste sistema de classificação^{56,57}.

O termo *episódio de cuidado* se refere ao “problema de saúde apresentado no primeiro encontro com o profissional de saúde e que termina ao fim da última consulta que lidou com este mesmo problema”^{58,110-112}. Este conceito é diferente de episódio de doença (*disease*) ou enfermidade (*illness*) porque estes podem continuar após o encontro com o profissional de saúde. Mas os episódios de cuidado são parte de um episódio de doença ou enfermidade. White em 1961 e Green em 2001 estudaram a demanda dos pacientes por serviços de saúde, o que chamaram de “ecologia do sistema de saúde” (Figura 6). De 1000 pessoas em um mês, aproximadamente 800 sentem-se enfermas em algum momento, mas somente 200 procuram um serviço de saúde, principalmente no contexto da atenção primária. Apenas uma necessita internação em um hospital terciário^{59,60}.

Figura 6: Ecologia dos sistemas de saúde (adaptado de Green e cols⁶⁰)



A frequência considerada para a demanda ser incluída na CIAP é baseada nas pessoas que procuram serviços de saúde. Um episódio começa no primeiro encontro e pode acabar nele se o paciente não procurar o serviço pelo mesmo “problema” ou se este não for mais abordado. Um episódio de cuidado na atenção primária tem essencialmente três elementos: o motivo da consulta, o “problema” (ou diagnóstico) estabelecido pelo médico e a intervenção acordada. Um exemplo é ilustrado na figura 7 já com os respectivos códigos da CIAP. O paciente queixa-se (motivo da consulta 1) no primeiro encontro de fraqueza. Este pode não ser de fato o primeiro encontro do paciente com este profissional da saúde mas os outros “problemas” listados no prontuário eletrônico não são relacionados com esta nova queixa. O médico de família caracteriza o “problema” (diagnóstico ou avaliação 1) como fraqueza

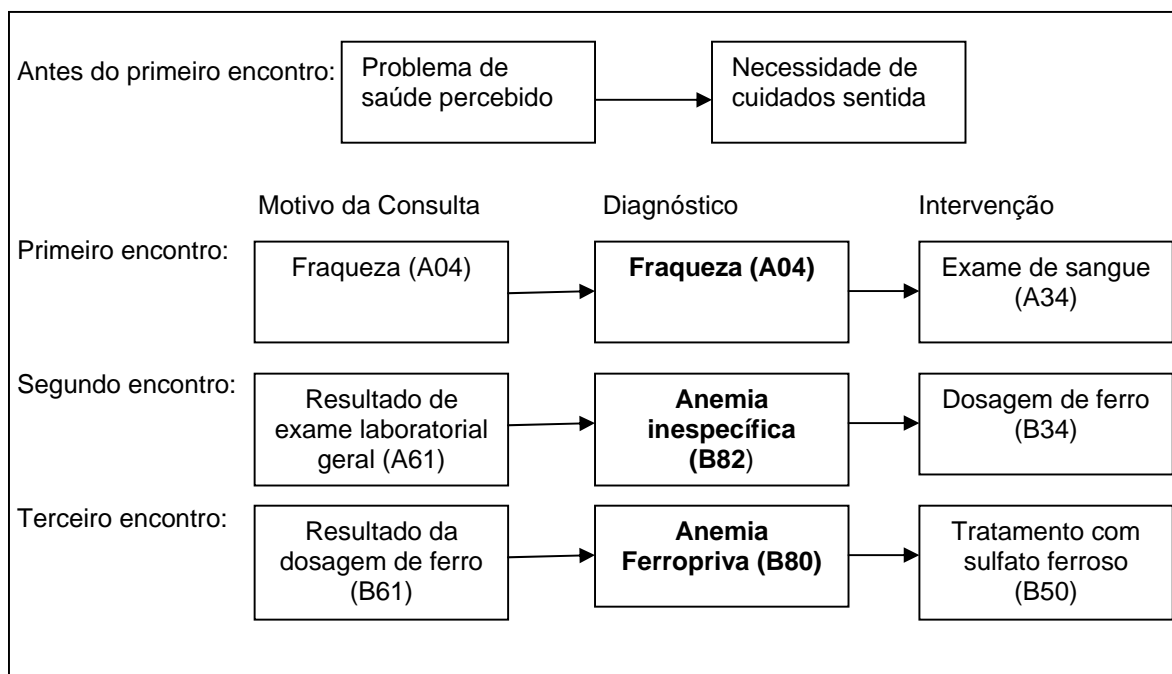
(CIAP-2: A04), ou seja, repete a queixa no campo A do SOAP pois não consegue especificar melhor o “problema” neste primeiro encontro. Esta é uma característica do trabalho na atenção primária. Muitas vezes o “problema” que o médico de família e comunidade ou outro profissional de saúde rotula repete o sintoma do paciente usando o componente 1 da CIAP porque é comum os “problemas” aparecerem na sua forma indiferenciada. Neste mesmo encontro o profissional solicita um hemograma (intervenção 1). Este paciente retorna para um segundo encontro com o resultado do exame (motivo da consulta 2) e, se o prontuário eletrônico do profissional for desenvolvido para trabalhar por episódio, ele deve abrir este episódio rotulado por enquanto como “fraqueza”. O hemograma demonstra anemia e isto faz com que o profissional mude o rótulo do “problema” e consequentemente do episódio para “anemia inespecífica” (diagnóstico ou avaliação 2; CIAP-2: B82). O profissional de saúde solicita, então, uma dosagem de ferro (intervenção 2). No terceiro encontro, o paciente mostra o resultado deste exame (motivo da consulta 3) e diagnostica anemia ferropriva (diagnóstico ou avaliação 3; CIAP – 2: B80) mudando novamente o rótulo deste mesmo episódio de cuidado. O médico de família e comunidade finalmente trata o problema de saúde e continua investigando e dando sequência ao mesmo episódio.

O rótulo do episódio mudou de fraqueza para anemia ferropriva em três encontros mas isto poderia levar mais ou menos tempo e encontros; durante este período, se houvesse outros encontros para lidar com outros “problemas”, o rótulo deste episódio específico poderia ter permanecido como “fraqueza”

enquanto se aguardava os resultados dos exames laboratoriais. Porque o rótulo do episódio de cuidado recebe sempre a descrição e código da última avaliação ou diagnóstico estabelecido, o grupo de pesquisadores holandês chama o projeto desenvolvido para avaliar a demanda através de episódios de “projeto transitório” (“*Transition Project*”⁵⁷). A lista de problemas reflete os episódios de cuidado de cada paciente. Em cada encontro o médico de família e comunidade ou outro profissional da saúde pode abrir mais de um episódio e estes podem ser novos ou não.

Existem vantagens estatísticas e epidemiológicas para trabalhar por meio de episódios ao invés de encontros porque eles refletem a continuidade e longitudinalidade do cuidado^{57,58,62}. Desta forma é possível estimar, por exemplo, a probabilidade real de anemia ferropriva em um paciente que procura o serviço com uma simples queixa de fraqueza. Mas esta tarefa não é fácil e poucas experiências traduziram com sucesso esta idéia para a prática mesmo quando estão disponíveis prontuários eletrônicos sofisticados desenvolvidos por experientes profissionais com vivência em atenção primária.⁶³ Pelos motivos já explicitados, existe um interesse particular para se trabalhar por episódios com “problemas” crônicos. Diversos estudos têm demonstrado que na atenção primária pacientes já conhecidos do profissional com “problemas” crônicos são mais frequentes que pacientes conhecidos com “problemas” novos que por sua vez são mais frequentes que pacientes novos com problemas novos (crônicos ou agudos)^{55,64}.

Figura 7: Exemplo de um episódio com três encontros e seus respectivos códigos da CIAP-2 (adaptado do CD Rom do *Amsterdam Transition Project*⁷⁵)



V. Mapeamento entre classificações e outras especificidades o exemplo da saúde mental:

Relações entre diferentes sistemas de classificação podem ser feitas através de tesauros ou mapeamentos. O grupo holandês que coordena o *Transition Project*, desenvolveu um tesauro com mais de 80.000 termos e permite mapear a CID e a CIAP⁵⁷. O Sistema de Unificação da Linguagem Médica (*Unified Medical Language System* ou UMLS) da Biblioteca de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine* ou NLM) tem um metatesauro que liga termos de muitos sistemas de classificação^{65,66}. Tesauro pode ser definido como um “conjunto de palavras profissionalmente usadas, incluindo jargões e termos, no qual cada palavra é representada pelos possíveis sinônimos e palavras relacionadas designando ampliação ou restrição dos conceitos”⁷.

Apesar dos tesauros terem a intenção de facilitar o mapeamento entre sistemas de classificação, alguns obstáculos podem ser encontrados. O critério diagnóstico de um conceito pode ser diferente de classificação para classificação e isto reflete a epistemologia que as orienta e a disciplina acadêmica por trás delas. Um campo particular onde o mapeamento da CIAP-2 para a CID 10 e conseqüentemente para o Manual Diagnóstico e Estatístico em Saúde Mental - 4ª edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition* ou DSM-IV) encontra este obstáculo é a saúde mental⁶⁶. O DSM-IV foi desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria e objetiva a

padronização dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais. Apesar do conflito de interesse com a indústria farmacêutica⁶⁸, ele reflete a epistemologia defendida pela associação que o desenvolveu.

Dependendo dos conceitos em uso, todo paciente que procura o serviço de saúde corre o risco de ser considerado como portador de algum tipo de transtorno mental⁶⁹. Fortes e colaboradores, acharam 56% de prevalência de transtorno mental comum em usuários de centros de saúde⁷⁰. Esta pesquisa utilizou um questionário chamado “Questionário de Saúde Geral” (*General Health Questionnaire* ou GHQ-12¹¹⁴) que foi desenvolvido para detectar prioritariamente distúrbios, transtornos ou perturbações mentais menos ou mais graves na população em geral. A premissa que corpo e mente são separados carrega limitações para este tipo de estudo e isto é discutido no artigo⁷⁰. Um dos principais “problemas” que podem exemplificar esta limitação é o transtorno somatoforme. Segundo a CID 10⁷¹, o DSM-IV⁷² e mesmo as Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários - CID 10, capítulo V, versão para cuidados primários (“*Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10, chapter V, primary care version* ou ICD-10-PC)⁷³, a maior parte dos sintomas médicos inexplicados podem ser considerados como transtornos somatoformes, enquanto a CIAP-2³¹ faz uma explícita recomendação para classificar sintoma e queixa como um “problema” físico, mesmo sem qualquer explicação fisiológica no respectivo capítulo que segue a localização. Desta forma, o paciente é

protegido de um diagnóstico inadequado e de suas conseqüentes intervenções desnecessárias.

Os sistemas de classificação são concebidos para serem usados no final da consulta ou encontro e eles acabam se tornando um repositório da epistemologia do domínio, campo ou escopo dos desenvolvedores. Em um primeiro momento quando é desenvolvido, o sistema de classificação é usado como recomendado, ou seja, para categorizar um diagnóstico estabelecido através de ferramentas apropriadas, mas, com o passar dos anos, passa a ser utilizado de forma equivocada como um “menu de diagnósticos” que guiam o raciocínio clínico e dirigem a anamnese e todo comportamento dos profissionais da saúde porque há a informação tácita que cada paciente precisa “se enquadrar” em uma ou duas rubricas ao final da consulta. Os profissionais que desenvolveram a CIAP-2 alertam que os critérios de inclusão e exclusão não devem ser usados como “guias de orientação para o diagnóstico ou para tomar decisões terapêuticas”³¹, embora quem utiliza classificações no seu trabalho diário possa fazer isto inconscientemente iniciando uma consulta já considerando qual o melhor código que se encaixa em determinado paciente. Apesar de ser uma prática equivocada, representa um perigo real e um motivo adicional para os sistemas de classificação serem adequados à realidade. Portanto, as classificações precisam ser baseadas na epistemologia do domínio ou campo em que elas irão servir. A CID é baseada em todo campo médico e envolve todas as doenças conhecidas, já o DSM IV tem a psiquiatria como principal território e os transtornos mentais como área de *expertise* e a CIAP-2

tem a medicina de família e comunidade como domínio e os motivos da consulta e “problemas” de saúde como escopo⁶⁷.

Quadro 2: Sistematização da natureza dos sistemas de classificação e nomenclatura que envolvem problemas relacionados à saúde mental (adaptado de Lamberts e cols⁶⁷)

Sistema	Domínio	Escopo
CID 10	Medicina	Todas as doenças
CID 10 – Capítulo V	Psiquiatria	Transtornos mentais
CID 10 – Capítulo V – verão para APS*	Atenção Primária	Seleção de “problemas” mentais
DSM IV	Psiquiatria	
DSM IV – versão para APS*	Medicina de família e comunidade, clínica médica (medicina interna), pediatria, ginecologia-obstetrícia	Todos os “problemas” mentais em atenção primária incluindo uma seleção de distúrbios psiquiátricos
CIAP- 2	Medicina de família e comunidade	Todos os “problemas” e motivos da consulta

*APS – Atenção Primária à Saúde

A CIAP-2 é conceitualmente desenvolvida para ser usada na atenção primária à saúde por especialistas que dominam e praticam os princípios desta área de atuação. Deveria ser o principal sistema de classificação neste ambiente enquanto outras classificações como CID-10, SNOMED SDO e Química (Anatômica *Anatomical Therapeutic Chemical* ou ATC)⁷⁴ podem servir como nomenclatura ou alimentar tesaurus provendo granularidade e

especificidade, especialmente quando necessário. Tesauros como o desenvolvido pelo *Transition Project* holandês são muito úteis para esta tarefa⁷⁵. O exemplo da diferença dos transtornos mentais em psiquiatria e “problemas” de saúde mental na atenção primária dão a dimensão da importância de um sistema de classificação adequado e de definições conceituais igualmente apropriadas^{67,76}.

VI. Estudos de demanda e da CIAP:

A CID evoluiu de uma lista de causas de morte para uma classificação de morbidade. Mas isto não foi suficiente para atingir o ponto de vista dos pacientes. Com o advento da chamada “medicina preventiva”, os motivos porque os pacientes procuram o sistema de saúde variam de solicitação de rastreamento (“*check up*”) até a avaliação de uma dor abdominal passando por sintomas não explicáveis do ponto de vista médico (“*medical unexplained symptoms*” ou MUS) e outros mais bem definidos. De mil pessoas em um mês aproximadamente uma necessita de internação em um hospital de referência enquanto duzentas precisam da atenção primária. Embora nenhum país possa de maneira alguma abdicar de estudar e registrar com esmero as causas de morte, classificações e estudos concentrados apenas na morbi-mortalidade não são suficientes porque seus objetivos centrais não atingem a maioria dos que procuram os serviços de saúde nem a complexidade das atividades preventivas. Estas envolvem tanto a perspectiva das doenças quanto a dos pacientes e a relação entre as duas. Para entender o que acontece dentro dos consultórios médicos ou mesmo no balcão das recepções dos centros de saúde, estudos focados na demanda dos pacientes e em episódios de cuidado são fundamentais. A principal ferramenta para isto, um sistema adequado de classificação, foi desenvolvido como descrito anteriormente e é bastante utilizado.

Durante o processo de desenvolvimento da CIAP, diversos estudos avaliaram a fiabilidade deste sistema para classificar os motivos da consulta. O primeiro tipo de estudo gravou as consultas para avaliar se diferentes médicos iriam codificar da mesma maneira estas situações^{33,77}. Os voluntários concordaram na maioria dos códigos dos motivos da consulta após assistirem a consulta gravada. Outros estudos não gravaram as consultas mas diferentes codificadores compararam os códigos escolhidos. Um destes estudos é brasileiro e utilizou duas codificadoras que partiram do recorte de uma coorte e avaliaram formulários preenchidos por funcionários de uma universidade que haviam se afastado do trabalho e explicavam o motivo do afastamento que foi codificado por elas¹¹⁵. Outro estudo foi feito a partir de uma amostra dos motivos de encaminhamento ao hospital relatados via mensagem por clínicos gerais franceses e comparou os códigos escolhidos pelos próprios clínicos gerais com os de um codificador experiente¹¹⁶. Nos dois estudos foram encontrados índices de concordância elevados tanto para os códigos completos da CIAP (*kappa* 0,76 e 0,65 respectivamente) quanto para os capítulos apenas (*kappa* 0,89 e 0,84 respectivamente). No estudo francês discrepâncias atribuídas à codificação centralizada por codificador experiente ocorreram em apenas 7,5% dos encaminhamentos e foram causadas pela falta de especificidade do registro demonstrando que esta metodologia é confiável.

O segundo modelo comparou os motivos da consulta determinados por clínicos gerais e o que o paciente realmente tinha relatado. Depois de cada consulta, que foram gravadas para possibilitar uma melhor avaliação, um

assistente de pesquisa (enfermeiro, estudante ou auxiliar administrativo) entrevistou o paciente. O estudo foi realizado em dez países diferentes e análises cuidadosas permitiram concluir que clínicos gerais e pacientes concordavam em mais de 80% dos códigos da CIAP-2 que descreviam os motivos da consulta relatados ⁷⁸.

Com a popularização do prontuário eletrônico na América do Norte e Europa, estudos utilizando a CIAP-2 para avaliar motivos da consulta, diagnósticos e intervenções no modelo encontro por encontro passaram a ser praticamente corriqueiros e a integrar a gestão da clínica que cada profissional deve fazer. Estudos que utilizam o modelo de episódio de cuidado ainda são mais raros. Dois grupos de pesquisa coletaram dados de mais de um milhão de encontros durante 10 a 20 anos utilizando a CIAP^{56,57}. O grupo holandês (*Transition Project*) utiliza o prontuário eletrônico como fonte de informação e mantém o mesmo grupo de voluntários com pequenas mudanças ao longo dos anos enquanto o grupo australiano (*Bettering the Evaluation And Care of Health ou Beach*) ainda mantém o formulário em papel para coletar os dados. São recrutados 1.000 médicos de família e comunidade (chamados na Austrália de *general practitioners* – GP - mesmo após a obrigatoriedade da residência) voluntários a cada ano, que devem responder no total 100 formulários com dados referentes a todos os tipos de consultas realizadas. Provavelmente o NAMCS (*National Ambulatory Medical Care Survey*) do NCHS (*National Center for Health Statistics*) americano é a pesquisa mais antiga em andamento (ocorre continuamente desde 1973), porém utiliza ainda a Classificação por Motivo

de Visita (RVC) atualizada e a CID 9 – Modificação Clínica (*ICD 9 – Clínica Modification* ou ICD-9–CM) dentre outras. Além disso, como não há um sistema de saúde público de cobertura universal organizado nos Estados Unidos, diversos profissionais médicos são o primeiro contato dos pacientes com o serviço de saúde e todos eles participam desta pesquisa. A metodologia do NAMCS é semelhante a do Beach, ou seja, usam formulário em papel e voluntários que trocam ao longo do tempo, mas no NAMCS cada um deve entregar dados relativos a 30 consultas por semana¹¹⁷.

Com esta quantidade de dados disponível, é possível avaliar os motivos da consulta, diagnósticos e intervenções mais freqüentes, além do cálculo da probabilidade pré-teste para cada “problema”. Na Europa e Canadá, onde a atenção primária à saúde é estruturada, geralmente a CID-10 é de uso obrigatório em hospitais ou para fins de cálculo dos honorários médicos com base no pagamento por resultados (*payment for performance* ou P4P). Em geral, não é exigida uma codificação obrigatória para motivos da consulta ou mesmo para diagnósticos ao fim de cada encontro. Mas a CIAP-2 é a classificação mais utilizada em prontuários eletrônicos ou para fins de pesquisas. Uma tabela preenchida por membros do Comitê Internacional de Classificações da WONCA durante o mês de setembro de 2008 mostra as classificações em uso na atenção primária por médicos de família e comunidade de alguns países (apêndice 2).

Apesar de reconhecida a importância de estudos de demanda focados nos pacientes e “problemas” mais do que em doenças, eles não são comuns no

Brasil. O DataSUS fornece uma grande quantidade de dados relativos à morbidade hospitalar ou causas de morte usando a CID 10 como sistema de classificação. A maior parte dos dados está condensada por capítulos da CID 10 e por “doenças de notificação compulsória”⁷⁹. O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 para reestruturar a atenção primária no Brasil^{80,81,118} e desenvolveu seu próprio sistema para coletar dados chamado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que foi integrado ao DataSUS⁸². Este sistema envolve um formulário eletrônico onde os dados de cada equipe de saúde devem ser digitados ou recuperados de sistemas informatizados se disponíveis. Dos atendimentos individuais feitos pelos médicos de família e comunidade ou clínicos gerais, apenas o número de consultas e algumas morbidades como ocorrência de pneumonia em pacientes com menos de 5 anos, “problemas” cardíacos por febre reumática em pacientes de 5 a 14 anos, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença hipertensiva específica da gestação em adultos são solicitados mensalmente. Portanto, não há no atual SIAB a demanda por um sistema de classificação.

No Brasil, poucos estudos utilizando formulários específicos avaliaram motivos da consulta e/ ou “problemas” diagnosticados em serviços de atenção primária^{35,64,83-87}. Uma revisão bibliográfica identificou apenas um estudo que testou a CIAP de forma sistemática no Brasil¹¹⁹. Buscando no Pubmed pelos termos “International Classification of Primary Care” e “Brazil” aparecem 12 artigos sendo que um foi o piloto brasileiro³⁵, outro a descrição dos pilotos nos 9 países¹²⁰, um terceiro descrevia novamente a classificação e o piloto¹²¹, o

quarto é o artigo de confiabilidade citado anteriormente¹¹⁵ e oito de fato tratavam de estudos de morbi-mortalidade ou ações no âmbito da atenção primária brasileira. Um diagnóstico de demanda bastante citado foi realizado em Porto Alegre, cidade que sedia dois dos programas de residência em medicina de família e comunidade mais tradicionais do Brasil iniciados na década de 70 sob a liderança de Carlos Grossman e Elis Busnello, dentre outros⁸⁸ porém não codificou pela CIAP e sim pela CID-10.

Os poucos dados disponíveis tornam o planejamento das ações e a tomada de decisões mais difíceis, especialmente com relação ao desenvolvimento profissional continuado. O que é sabido sobre as demandas dos pacientes e porque eles procuram as unidades básicas e o sistema de saúde em geral são generalidades. Desta forma, mesmo profissionais da saúde definem muitas vezes a amplitude do trabalho (princípio da integralidade) na atenção primária através do censo comum como, por exemplo, “uma atividade que abrange saúde mental, da mulher, do adulto, da criança e do idoso”. Isto leva a uma má compreensão dos conceitos de prevenção, promoção e risco^{89,90}. No Brasil, pesquisadores e profissionais envolvidos com a atenção primária confundem muito frequentemente os conceitos de risco individual e população em risco^{91,92} e um dos motivos é que não se conhece muito sobre os indivíduos. Muitos pesquisadores, que em geral têm um viés sanitarista, focam apenas na população e nos determinantes de saúde. Isto tem reflexos na prática e, existe, ainda nos dias atuais, proteção a grupos populacionais como crianças e idosos mesmo saudáveis independente do risco individual enquanto

pouca atenção diferenciada é dedicada a adultos ou crianças e idosos com risco aumentado, provavelmente porque pouco sobre eles é conhecido. As unidades básicas de saúde são a principal porta de entrada do sistema público de saúde mesmo no Brasil⁹³ e o que acontece nelas deveria ser melhor conhecido. O processo saúde-doença não está totalmente desvendado. A abordagem antropológica e sociológica tem colaborado nesta tarefa mas o que os pacientes relatam, principalmente aos generalistas e médicos de família e comunidade, deveria ser melhor compreendido.

Florianópolis é a capital de Santa Catarina, um dos estados da região sul do Brasil. De acordo com o censo demográfico de 2000, 342.315 pessoas vivem nesta cidade e 96,7% são alfabetizadas⁹⁴. Florianópolis tem os serviços públicos de atenção primária à saúde organizados com base na Estratégia Saúde da Família. Em junho de 2007 a cidade contava com 48 unidades básicas (ou postos) de saúde e 90 equipes da estratégia saúde da família com um médico generalista ou médico de família e comunidade em cada uma^{95,96}. Grande parte das unidades básicas de saúde eram informatizadas, mas, mesmo naquelas que trabalham com prontuário em papel, os profissionais têm que classificar ao final de cada consulta através da CID 10, escolhendo um ou dois códigos por encontro. Esta é uma exigência apenas da Secretaria Municipal de Saúde e não do Ministério da Saúde, portanto a maioria das cidades do país não aplica essa regra.

VII. Objetivos:

O objetivo principal é conhecer a demanda dos pacientes que procuram as unidades básicas de saúde e os diagnósticos estabelecidos pelos generalistas ou médicos de família e comunidade em Florianópolis, SC, usando a segunda versão da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) publicada pela WONCA.

Outros objetivos são:

- Testar um formulário e uma metodologia para utilizar a CIAP-2 em qualquer unidade básica de saúde.
- Avaliar as principais comorbidades na atenção primária à saúde por sexo e faixa etária.
- Estabelecer a probabilidade pré teste para as doenças mais prevalentes
- Estudar os principais diagnósticos elaborados pelos generalistas/ médicos de família e comunidade para os motivos da consulta mais frequentes.

VIII. Metodologia:

No período de 21 de junho de 2007 a 20 de junho de 2008 foi realizado estudo de demanda nas unidades básicas de saúde da cidade de Florianópolis. Todos os médicos pertencentes às equipes de Saúde da Família de Florianópolis foram convidados pessoalmente ou por meio de comunicação interna (CI) do pesquisador enviada pelo serviço de malote da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis. O convite pessoal ocorreu no dia 6 de Junho de 2007 durante o encontro mensal dos médicos do Programa Saúde da Família (PSF) que atuam como preceptores de estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. A comunicação interna foi enviada no mesmo mês.

Ambos, a comunicação interna e o convite pessoal, incluíram uma carta-convite com uma explicação dos propósitos da pesquisa (apêndice 3), um consentimento informado para os médicos participantes (apêndice 4), um questionário sobre o perfil do médico pesquisador voluntário (apêndice 5), e o modelo de formulário que seria utilizado nas consultas (apêndice 6). Dos 90 médicos convidados e que pertenciam às 90 equipes do PSF em atividade em junho de 2007, 21 pessoalmente durante o encontro de preceptores e 69 por meio de comunicação interna, 29 aceitaram participar. Embora os dados oficiais do Ministério da Saúde apontem que em Junho de 2007 tinham 88 equipes credenciadas e 78 implantadas no Município de Florianópolis⁹⁶, os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis apontavam 90 equipes em

atividade e esta relação incluía os nomes dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Desta forma, utilizamos os dados da Secretaria que, por ter a relação nominal das equipes, descrevia com mais detalhamento a realidade local. Dos 29 médicos que aceitaram participar, 14 foram convidados pessoalmente e 15 responderam à comunicação interna. A pesquisa foi apoiada pela coordenação do Programa Saúde da Família de Florianópolis que ficou responsável pelo envio e recebimento das comunicações internas com os convites, aceites e formulários em cada estação do ano. Em Florianópolis, desde 2004, os concursos para médico do Programa Saúde da Família (PSF) exigem especialização em medicina de família e comunidade (através de programa de residência reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica ou certificado de especialista fornecido mediante aprovação em concurso promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade) o que atraiu profissionais motivados e levou a uma baixa rotatividade, fato que foge do habitual de outros locais do país. Contudo ainda tem equipes com profissionais sem especialização em medicina de família e comunidade remanescentes de outros concursos ou contratos temporários. De qualquer forma, foi solicitado à coordenação do Programa Saúde da Família que avisasse caso houvesse alguma substituição de profissionais ou troca de local de trabalho. No caso de entrada de um novo profissional ao longo do ano pesquisado, ele seria convidado a participar.

Todos os pesquisadores deveriam aplicar o formulário do estudo em cada consulta durante uma semana típica de trabalho em cada estação do ano.

Ele poderia escolher a semana que o período seria pesquisado mas no final de cada estação todos os períodos de atendimento ou visita domiciliar deveriam ser investigados. Por exemplo, se uma semana típica de trabalho segue o esquema da tabela 3, o pesquisador voluntário deveria escolher uma manhã de segunda-feira, uma tarde de segunda-feira, uma manhã de terça-feira, uma manhã de quarta-feira, uma tarde de quarta-feira, uma manhã de quinta-feira, uma tarde de quinta-feira e uma manhã de sexta-feira por estação do ano para preencher os formulários. Neste caso totalizariam 8 períodos em que o pesquisador voluntário atenderia pacientes de forma individual, ou seja, apenas terça e sexta à tarde seriam períodos não pesquisados no exemplo escolhido. Seguindo este esquema todas as estações do ano e todos os períodos de consultas seriam contemplados evitando a distribuição de acordo com a disponibilidade do pesquisador e diminuindo, assim, o viés de seleção.

Quadro 3: Exemplo de uma semana típica de trabalho com organização verticalizada – em destaque os períodos que deveriam ser pesquisados

Dia	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
Manhã	Gestante	Criança	Visita domiciliar	Acolhimento (consulta de mesmo dia)	Hipertenso/diabético
Tarde	Adulto	Grupo de tabagismo	Criança	Adulto	Reunião de equipe

Com o intuito de ter cada agenda de pesquisa documentada e estudar como o processo de trabalho era organizado em cada Unidade Básica de

Saúde* (UBS) que serviu de campo da pesquisa, uma tabela contendo uma semana típica de trabalho a ser preenchida foi enviada juntamente com os formulários da primavera (apêndice 8). O meio de transporte escolhido foi sempre o malote utilizado para comunicações oficiais entre Unidades Básicas de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde. Em cada estação do ano, cem (100) formulários em branco (apêndice 6) foram enviados baseados nos dados fornecidos pelo Departamento de Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que cada profissional dificilmente atende mais de 400 pacientes por mês (ou 100 por semana). Estudos internacionais mostraram algumas diferenças por estação do ano o que justifica esta sistematização⁷⁵. O pacote ainda continha uma tabela em branco com 10 linhas (apêndice 7) para ser preenchida com os períodos investigados (até 10 períodos por estação do ano caso algum profissional atendesse pacientes individualmente em algum momento de cada um dos 10 períodos trabalhados). Orientações de como preencher os formulários (apêndice 9) e a sistematização da CIAP2 (apêndice 1) foram enviadas junto com os formulários da primeira estação do ano pesquisada (inverno de 2007). As orientações destacavam os dois aspectos metodológicos mais importantes:

- Preencher todas as consultas do período (caso uma se perca o período deve ser desconsiderado)

* O termo Unidade Básica de Saúde (UBS) foi empregado neste texto como sinônimo de Centro de Saúde, Unidade Local de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar, ou seja, o local onde ocorre a prática da Estratégia Saúde da Família

- No item 7 do formulário (“problemas” identificados) rotular doença orgânica **apenas quando se tiver certeza do diagnóstico** (por exemplo, se o paciente queixa-se de “dor na barriga”, só se deve rotular “refluxo gastro esofágico” caso haja certeza deste diagnóstico, caso contrário deve ser mantido o mesmo dado do item 6 do formulário, “dor na barriga”, ou acrescentar dados objetivos da anamnese e exame físico como localização – “dor em epigastro” - ou ainda elaborar um diagnóstico sindrômico como “síndrome dispéptica”)

No início de cada estação estes dois aspectos metodológicos mais importantes eram lembrados por e-mail quando os pesquisadores eram avisados que um malote com os novos formulários havia sido enviado. Cada UBS possui uma organização própria do processo de trabalho e os profissionais adaptam sua agenda a ele. Esta metodologia foi desenvolvida para evitar viés de seleção porque se o formulário fosse preenchido em apenas uma semana de trabalho, ao final haveria uma saturação do pesquisador que possivelmente deixaria de aplicar o formulário em algumas consultas.

Nenhuma consulta deveria ser perdida nos períodos de atendimento que o pesquisador decidiu utilizar para cumprir a semana típica de trabalho. Todos foram orientados a preencher ao menos os campos 6 e 7 (motivos da consulta e “problemas” de saúde estabelecidos pelo médico) ao invés de selecionar consultas caso o dia estivesse muito tumultuado e houvesse muitos pacientes

para atender. Estes dois quesitos são o núcleo do formulário e da pesquisa. Os motivos da consulta reproduzem os termos do paciente enquanto os “problemas” definidos pelos pesquisadores refletem a “impressão” médica mas não necessariamente uma doença e ao mesmo tempo não deve ser o registro de hipóteses ou suspeitas. Por exemplo, se um paciente relata “febre” e não há como estabelecer um diagnóstico correlacionado o adequado é registrar “febre” tanto no motivo quanto no “problema” (nunca colocar algum diagnóstico interrogado que neste exemplo poderia ser “infecção de vias aéreas superiores?”). Porém, se houver critério clínico para diagnosticar infecção de vias aéreas inferiores é este diagnóstico que deve ser registrado no campo “problema”. Desta forma o registro se torna acurado. Os “problemas” da coluna da direita devem ser relacionados aos motivos da consulta da coluna da esquerda (questões 6 e 7 do apêndice 6). Se havia mais de dois motivos da consulta relacionados a um “problema”, os dois mais relevantes deveriam ser selecionados. Por outro lado, se um ou dois motivos estavam relacionados a mais de um “problema” definido pelo médico voluntário, este deveria colocar ambos os “problemas” no mesmo box.

O material enviado para os pesquisadores que aceitaram participar com as respectivas épocas de envio consistiu em:

- Junho de 2007/ para todos os médicos que faziam parte das equipes do Programa Saúde da Família de Florianópolis: convite (apêndice 3), consentimento informado (apêndice 4), questionário do perfil dos

médicos participantes (apêndice 5), exemplo do questionário a ser aplicado em cada consulta (apêndice 6)

- Uma semana antes do início do Inverno de 2007/ para todos os voluntários que responderam o termo de consentimento informado: orientação geral de como preencher o formulário das consultas (apêndice 9), tabela dos períodos investigados (apêndice 7), 100 formulários de consulta (apêndice 6) e esquematização da CIAP2 (apêndice 1)
- Uma semana antes do início da Primavera de 2007/ para todos os voluntários: semana típica de trabalho a ser preenchida (apêndice 8), tabela dos períodos investigados (apêndice 7), 100 formulários de consulta (apêndice 6)
- Uma semana antes do início do Verão de 2008/ para todos os voluntários: tabela dos períodos investigados (apêndice 7), 100 formulários de consulta (apêndice 6)
- Uma semana antes do início do Outono de 2008/ para todos os voluntários: tabela dos períodos investigados (apêndice 7), 100 formulários de consulta (apêndice 6)

Este estudo foi desenhado utilizando o modelo de encontros porque o formulário em papel, e também a quase totalidade dos prontuários eletrônicos, representam um obstáculo operacional para a análise de dados com base em episódios. Mas o campo dos “problemas” está exatamente ao lado do campo

“motivo da consulta” no formulário e, desta forma, foi possível avaliar a probabilidade pré teste, um dos objetivos do uso do modelo de episódios de cuidado. Se o episódio durar apenas um encontro, o episódio coincidirá com ele. Dados produzidos pelo *Transition Project*⁵⁷, um dos grupos com maior experiência no estudo baseado no modelo de episódios de cuidado, demonstram que os episódios cujo diagnóstico firmado é “medicina preventiva/ *check up*” (o diagnóstico mais freqüente neste projeto holandês dentre todas as rubricas da CIAP) duram apenas um encontro em mais de 92% dos episódios. Esta base conceitual e o referencial bibliográfico pesquisado serviram de base para a organização do presente estudo de acordo com ambos os modelos, por encontro e por episódio.

Os dados foram analisados por meio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows versão 13. Todos os códigos alfanuméricos da Classificação Internacional de Atenção Primária 2ª edição (CIAP 2) foram transformados em números. O capítulo A passou a ser 1, o capítulo B passou a ser 2 e assim sucessivamente (tabela 4). Por exemplo, o código A01 foi transformado em 101, A70 em 170 e K86 em 686. Por definição, os códigos de processo (_30 a _69) são os mesmos para cada capítulo e se um exame de sangue é requisitado para um “problema” cardíaco, o código deve ser K34 que então se transforma em 634 para que possa ser incluído e analisado pelo SPSS. Se este mesmo código é necessário para avaliar o paciente com diabetes, o código correto é T34 que passa a ser 1234 no SPSS.

Quadro 4: Capítulos da CIAP transformados de alfabéticos para numéricos

- 1 – A: Geral e Inespecífico
- 2 – B: Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço
- 3 – D: Digestivo
- 4 – F: Olho
- 5 – H: Ouvido
- 6 – K: Circulatório
- 7 – L: Músculo-esquelético
- 8 – N: Neurológico
- 9 – P: Psicológico
- 10 – R: Respiratório
- 11 – S: Pele
- 12 – T: Endócrino/ Metabólico e Nutricional
- 13 – U: Urinário
- 14 – W: Gravidez, Parto e Planejamento Familiar
- 15 – X: Genital Feminino
- 16 – Y: Genital Masculino
- 17 – Z: Problemas Sociais

Todos os códigos da CIAP 2 transformados em numéricos foram digitados no SPSS versão 13.0 junto com os outros itens do formulário. A única mudança em relação aos itens previstos no formulário original (apêndice 6) foi a criação da variável 1.b no sétimo campo (“problema”) para que possibilitasse a análise dos dados nas situações em que um ou dois motivos da consulta levaram a dois “problemas” anotados no mesmo campo. Os referenciamentos (questões 8a e 8b) seguiram as listas de médicos especialistas e de outros profissionais da saúde contidas no prontuário eletrônico desenvolvido pela Prefeitura de Florianópolis em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e que são utilizados em grande parte das Unidades Básicas de Saúde. As unidades que não são informatizadas devem registrar os referenciamentos seguindo a mesma lista (apêndices 10 e 11) e depois este material é digitado

por funcionários da prefeitura. Nas situações em que mais de um exame foi registrado nos itens 8.c e 8.d as combinações foram acrescentadas no SPSS 13.0 conforme apareciam. Por exemplo, no item 8.c “sangue + urina sem cultura” passou a ser 9 (seguindo o item 8.c no apêndice 6 é possível observar que as possibilidades vão até o número 8 e durante a codificação o código 9 passou a designar “sangue + urina sem cultura” pois apareceu esta combinação em alguns formulários). O mesmo ocorreu para o item 8.d quando, por exemplo, “radiografia + eletrocardiograma” passou a ser o número 12 no banco de dados construído no SPSS 13.0. Já no item 9, nos formulários em que estavam assinaladas as opções “uso crônico mesmo que irregular/ renovação de receita (2)” e “novo medicamento ou remédio usado por um curto período antes (3)” foi designado o código 4 para a análise dos dados.

Cada voluntário recebeu um número de identificação de 10 a 39. Números de 1 a 9 foram evitados porque os formulários foram numerados utilizando os algarismos de identificação do voluntário como primeiros dígitos e, por isso, caso fossem utilizados os números de 1 a 9 haveria repetição. Por exemplo, o pesquisador 10 preencheu 74 formulários durante o inverno e 87 durante a primavera (próxima estação); os formulários do inverno receberam os números de 101 a 1074 enquanto os da primavera de 1075 a 10161. Se o primeiro voluntário fosse identificado como 1 ao invés de 10, o formulário 74 seria 174, ou seja a mesma numeração do quarto formulário preenchido pelo voluntário 17 se esta regra fosse aplicada continuamente.

Cada linha dos itens 6 e 7 foi codificada pela CIAP 2 apenas pelo pesquisador principal que se dedica a estudar esta classificação há cinco anos e seguiu as diretrizes, princípios e regras estabelecidas pelo Comitê Internacional de Classificação da Wonca. Os princípios e regras estão sumarizados abaixo (extraídos da ICPC-2-R³¹):

A. Conceito de motivo da consulta (MC):

- O motivo da consulta deve ser entendido e acordado entre o paciente e o profissional
- A rubrica da CIAP deve ser tão próxima quanto possível das palavras originais dos pacientes e do significado delas
- Os critérios de inclusão/ exclusão não devem ser usados para escolher a rubrica do motivo da consulta e sim apenas em “problemas”/ diagnósticos

B. Escolhendo o melhor código para o motivo da consulta:

- O capítulo deve ser tão específico quanto possível; por exemplo, “dor no peito” pode ser codificado como K01 (dor atribuída ao coração), R01 (dor atribuída ao aparelho respiratório) ou L04 (sinais e sintomas do tórax) e a decisão precisa ser tomada com base na maneira com que o paciente expressa os sintomas e não pela opinião do profissional.

- As palavras dos pacientes são mais importantes que o significado clínico dos sintomas; por exemplo se o paciente diz que tem icterícia o código deve ser D13 mesmo se ao final da consulta o profissional concluir que se tratava provavelmente de uma anemia.
- se o paciente não consegue descrever sua queixa apropriadamente as descrição do acompanhante são aceitas como motivo da consulta.
- Se o paciente descreve mais de um motivo da consulta, é necessário mais de um código
- Os códigos do motivo da consulta devem ser escolhidos entre todos os componentes; o mais importante é o componente 1 (componente de sinais e sintomas) mas os pacientes podem ainda: requisitar um procedimento como um exame laboratorial (componente 2), solicitar uma medicação ou tratamento (componente 3), mostrar o resultado de um exame (componente 4), requisitar um procedimento administrativo (componente 5) ou um encaminhamento (componente 6); eles podem ainda expressar o motivo da consulta na forma de um diagnóstico específico ou doença e neste caso o componente 7 poderia ser usado mesmo se o diagnóstico ou a doença não estejam corretos

C. Codificando diagnósticos/ “problemas”:

- Para codificar diagnóstico deve ser usado o mais alto nível de especificidade

- Os critérios de inclusão contêm os critérios mínimos necessários.
- Os critérios de inclusão/ exclusão devem ser consultados após o diagnóstico formulado; eles **NÃO** devem ser usados como guias para diagnósticos ou decisões terapêuticas.
- Se o critério não pode ser preenchido outras rubricas menos específicas devem ser consultadas.
- Em caso de rubricas sem critérios de inclusão, devem ser considerados os termos na própria rubrica.
- Se duas condições são relacionadas mas têm dois diferentes códigos específicos, os dois devem ser usados separadamente; por exemplo fibrilação atrial resultando em ansiedade
- Uma condição não relacionada com gravidez ou puerpério não deve ser codificada como capítulo W apenas porque a paciente está grávida ou no puerpério
- Grande parte dos “problemas” deve ser codificada pelos componentes 1 (sinais e sintomas) e 7 (doenças) mas outros componentes da CIAP relacionados a processos podem ser aceitos em caráter excepcional como por exemplo, W31 para exame médico em paciente puérpera ou N44 para imunização para tétano na ausência de uma lesão; nestes casos, na ausência de uma rubrica melhor, os procedimentos são usados para representar o “problema” abordado

D. Codificando intervenções ou processos de cuidado:

- Códigos de processo (componentes 2 a 6) são os mesmos para todos os capítulos e o capítulo A (geral e inespecífico) deveria ser escolhido apenas se o “problema” não tem uma localização específica ou se afeta mais que um sistema orgânico.
- Os componentes 2 a 6 podem ser usados para codificar o motivo da consulta, as intervenções e, em condições especiais como exemplificado acima, “problemas” ou episódios.
- Todas as intervenções relacionadas a um encontro ou consulta deveriam ser codificadas
- A rubrica “exame médico/ avaliação de saúde – completa” (_30) deve ser considerada de acordo com o sistema orgânico em questão, por exemplo, “exame físico completo do olho” (F30) ou “exame físico geral” (A30)
- A rubrica “exame médico/ avaliação de saúde – parcial” (_31) se refere a exame parcial do sistema ou órgão em questão; se mais de um sistema orgânico foi examinado parcialmente, deve ser designado o capítulo “geral e inespecífico” (A).

A base para o processo de classificação foi a CIAP 2 sumarizada (apêndice 1). Esta sistematização foi produzida especialmente para situações em que fosse necessário codificar a partir de prontuários em papel ou

formulários preenchidos e traduzida para o português pelos médicos de família Ana Margarida Levy, Ana Pisco e José Mendes Nunes⁹⁸. Os critérios de inclusão e exclusão foram consultados, quando necessário no livro ICPC-2-R³¹. Como a codificação foi feita sem o paciente presente mas consultando as anotações dos médicos voluntários, algumas situações desencadearam interpretações a cerca do real motivo da consulta, especialmente na seleção do capítulo mais adequado. Dor torácica é um exemplo já citado e nestas situações o “problema” correlato registrado foi consultado para uma melhor decisão se tal sintoma estava relacionado ao coração (capítulo K), ao pulmão (capítulo R), ao sistema músculo esquelético (capítulo L) ou se tratava de uma queixa inespecífica (capítulo A). Em outras situações como queixa de “baixo peso” era importante checar a idade registrada no item 1 do formulário para decidir entre “perda de peso” (T08) ou “atraso no crescimento” (T10). Outros instrumentos usados no processo de codificação foram::

- “ICPC2-ICD10 *Tesouro do Transition Project*” (disponível no CD Rom produzido pelo “ICPC in the Amsterdam Transition Project”⁷⁵ que vem com o ICPC-2-R³¹): esta ferramenta possui mais de 80.000 conceitos baseados na terminologia contida na CID 10 e mapeados para a CIAP 2 e a própria CID 10.
- Descritores em Ciências da Saúde da Bireme¹²⁴: usado para traduzir termos médicos do português para o inglês com o intuito de pesquisar o respectivo código da CIAP 2 no *Tesouro do Transition Project*.

- Google Tradutor¹²⁵: usado para traduzir, quando houve dúvida, termos não especificamente médicos do português para o inglês e assim poder consultar o *Tesouro do Transition Project*.

Os exemplos abaixo dão uma dimensão de como o trabalho de codificação foi realizado e as soluções encontradas utilizando as ferramentas citadas acima para atingir uma maior acurácia. Estes exemplos consistem em expressões e termos que suscitaram dúvidas quanto à codificação correta e a lista completa está no apêndice 12. Embora tenham sido utilizadas todas as ferramentas citadas, a grande maioria dos termos foram diretamente codificados sem qualquer consulta uma vez que o codificador conhecia grande parte das rubricas e seus critérios de inclusão e exclusão. Esta é uma vantagem da CIAP 2 que apenas considera “problemas” freqüentes em atenção primária (mais que 1 por 1.000 pacientes por ano) para receber uma rubrica e é, portanto, mais concisa.

- Exemplo de uso do CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project* apenas para verificar o correto código do “problema”: “*premature; birth*” deve ser codificado como A93 (recém nascido prematuro).
- Exemplo de uso do *Google Tradutor* mais o CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project*: motivo da consulta = “coceira no olho” => coceira segundo *Google Tradutor* é *itch* => *itch eye* segundo o CIAP2/ CID 10

Tesouro do Transition Project deve ser codificado como F13 (sensações oculares anormais).

- Exemplo de uso dos Descritores em Ciências da Saúde da Bireme (DeCS) mais o CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project*: “problema” = “assadura” => assadura segundo DeCS é *exanthema* => *exanthema* segundo o CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project* deve ser codificado como S06 (erupção cutânea localizada).
- Exemplo de uso dos Descritores em Ciências da Saúde da Bireme (DeCS) mais o CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project*: “problema” = “afta” => afta segundo DeCS é *stomatitis, aphthous* => *stomatitis, aphthous* segundo o CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project* deve ser codificado como D83 (doença da boca/ língua/lábios).
- Exemplo de Problema de tradução: “anedonia” = “*anhedonia*” (segundo Google Tradutor) ou “*Sexual Dysfunctions, Psychological*” (segundo DeCS); no CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project* “*anhedonia*” é relacionado à “diminuição da satisfação sexual” (P08) mas esta não é a conotação usada no Brasil; o codificador traduziu como “sensação de depressão” (P03) que é mais próxima do significado mais usado da palavra “anedonia” no país .

Quando havia mais de dois motivos da consulta (MC) por “problema”, os dois primeiros eram codificados. O mesmo ocorreu quando mais de dois “problemas” por cada um a dois motivos da consulta foram descritos. Neste

caso algumas adequações tiveram que ser feitas. Durante o processo de análise dos dados, a variável “problema 1.b” foi criada permitindo menos perda de dados. Esta variável foi sempre utilizada para analisar os dados produzidos nestas situações (um ou dois motivos relacionados a mais de um “problema”). Estudos de demanda têm demonstrado que até 97,5% das consultas detectam três ou menos “problemas” e este dado corrobora o desenho desta pesquisa^{57,97}. Como a variável 1.b foi criada, houve a possibilidade de codificar dois “problemas” por motivo da consulta apenas no primeiro box. Quando havia dois “problemas” descritos nos boxes 2 ou 3 do item 7 do questionário (apêndice 6), toda esta linha era trocada com a primeira. O exemplo abaixo demonstra esta adaptação feita para evitar perda de dados sem prejuízo para a análise dos resultados já que não foi levada em consideração a ordem dos motivos e dos “problemas” como graduação de importância. Esta manobra não foi muito frequente uma vez que a maioria dos formulários sequer usou as três possibilidades de “problemas”, e estudos têm demonstrado que são descritos em média 1,5 motivos da consulta e 1,5 “problemas” por encontro^{35,57,97}.

Figura 8: Exemplo de adaptação para minimizar perda de dados quando mais de um problema é registrado em cada subitem

Anotação do médico-voluntário:

6. Motivo da Consulta (usar mesmas palavras do paciente):	7. Problemas/ Diagnósticos (identificados pelo médico/ pode ser o mesmo motivo da consulta):
1.a Hipertensão	1. Hipertensão
1.b	
2.a Dor nas costas	2. Lombalgia/ Formigamento nos dedos/
2.b Formigamento/ Dor no braço	Dor no braço
3.a Colesterol aumentado	3. Hipercolesterolemia
3.b	

Adaptação realizada para alocar boxes com dois “problemas” na primeira posição e para selecionar o máximo de dois motivos da consulta e dois “problemas” por item:

6. Motivo da Consulta (usar mesmas palavras do paciente):	7. Problemas/ Diagnósticos (identificados pelo médico/ pode ser o mesmo motivo da consulta):
1.a Dor nas costas	1. a. Lombalgia /
1.b Formigamento	b. Formigamento nos dedos
2.a Hipertensão	2. Hipertensão
2.b	
3.a Colesterol aumentado	3. Hipercolesterolemia
3.b	

Grande parte dos dados foram analisados através da criação de uma única coluna de motivos da consulta a partir dos motivos listados nos boxes 1.a, 1.b, 2.a, 2.b, 3.a e 3.b do item 6 do formulário (apêndice 6) O mesmo ocorreu com os dados dos “problemas”, ou seja a criação de uma única coluna a partir das colunas 1.a, 1.b, 2 e 3 relativas aos boxes do formulário preenchido ao final de cada consulta (com exceção da variável 1.b que não existia no formulário e

foi criada para a análise dos dados como explicitado). Esta operação envolveu também a exclusão dos dados perdidos e dos campos que receberam o código 1, ou seja, “não se aplica/ sem dados” que foi utilizado quando o box estava em branco. Os itens 6 e 7 do formulário só foram considerados como “perdidos” quando nenhum box foi preenchido, uma vez que não era necessário o preenchimento de todos os campos deste item.

Quando um motivo da consulta era manifestado como um processo, o sistema ou órgão em questão aparece após o “hífen” e quando mais de um órgão ou sistema está envolvido, este motivo recebe a rubrica “geral e inespecífico” (capítulo A). Isto ocorre pois, na CIAP 2, os processos se repetem nos capítulos. Por exemplo, “Resultado de exames/teste/carta de outro prestador – Circulat.” (K61 na CIAP 2 ou 661 no SPSS 13) significa que o paciente procurou o profissional para mostrar exames relacionados a um “problema” no aparelho circulatório, provavelmente hipertensão que é o mais prevalente deste sistema.

Durante o processo de codificação algumas padronizações foram criadas pelo autor/ codificador para termos que apareciam repetidos e que poderia tornar o processo de codificação confuso acarretando em menos acurácia nos resultados. Além dos termos para os quais havia mais de um caminho de codificação, sofreram padronização interna termos cujo mapeamento pelo CIAP2/ CID 10 *Tesouro do Transition Project* estava equivocado. Nestas situações, o critério de inclusão em geral não era muito claro ou o codificador não encontrou melhores opções para os termos escolhidos pelos voluntários

para descrever o motivo da consulta e o “problema”. A intenção com esta padronização interna foi guiar o codificador no sentido de evitar a codificação de diferentes maneiras um mesmo “polêmico” termo e explicitar o método de trabalho para quem analisar os resultados. Diferentes codificadores podem escolher diferentes caminhos para alguns termos e a padronização é um desafio e uma tarefa para qualquer grupo de pesquisa responsável pelo desenvolvimento de um sistema de classificação¹⁰. Os termos mais relevantes que necessitaram padronização com a respectiva numeração do formulário onde apareceram primeiro estão listados abaixo e a relação completa está no apêndice 12.

- Afastamento do trabalho (motivo da consulta) = Z05 (ficha 19128)
- Ansiedade => motivo = P01/ Problema = P74 (ficha 1826); se o “problema” especificar “sensação de ansiedade” = P01 (ficha 3645)
- Anticoncepção = Contracepção/ outros = planejamento familiar = W14 se feminino e Y14 se masculino (ficha 1532)
- Anticoncepcional (motivo - ex: “quer usar anticoncepcional”) = W11 (ficha 1519/ 2533)
- Baixo peso ou magreza => ver idade na ficha: se criança = T10 (ficha 1275), se adulto = T08
- Cardiopatia isquêmica ou angina = doença cardíaca isquêmica com angina = K74 (ficha 1453)
- Cardiopatia/ IAM prévio = K76 (ficha 35153)

- Contusão de membro = L81 (ficha 30172)
- Depressão (motivo ou “problema”) = P76 (ficha 1968)
- Desconforto no peito aos esforços (motivo) = K01 (ficha 26130)
- Diabetes = presume-se Diabetes mellitus não insulino dependente = T90
- Dor abdominal = dor abdominal generalizada = D01 (ficha 1940)
- Dor nas costas ou coluna (motivo) (especialmente quando “problema” correspondente é mialgia, cervicalgia ou lombalgia) = L02 (ficha 2650)
- Dor no peito (motivo sem especificação no “problema”) = A11 (ficha 18110)
- Dor no peito (motivo, sendo angina o “problema”) = K01 (ficha 30182)
- Dor no peito (motivo, sendo pneumonia o “problema”) = R01 (ficha 35100)
- DORT/ LER (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho/ Lesão por Esforço Repetitivo) ou outro “problema” relacionado ao trabalho = Z05
- Fazer exames gerais ou de rotina ou *check up* ou sem queixa, se a natureza da consulta for puericultura (motivo) = A98 / puericultura ou hígido (“problema”) = A97/ exames gerais ou de rotina ou check up ou rotina, exceto quando estiver claro que o motivo é puericultura (“problema”) = A98 (ficha 2722)
- Fibromialgia = L18

- HAS = presumir Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sem complicação = K86
- História de... = A23 (exemplos: ficha 18157 = história de fratura; ficha 18160 = história de infecção do trato urinário)
- Hora de comer/ avaliação (programa de segurança alimentar da Prefeitura de Florianópolis que envolve consultas de rotina com os médicos da rede) = Z02 (ficha 31264)
- Hora de comer/ receita de leite especial = T62 (ficha 2752)
- Humor deprimido (em “problema”) = P03 (ficha 18127)
- Inapetência em criança = P11 (quando há alguma perturbação psicológica) ou T04 (quando relacionado a educação/ aprendizagem)
- Infarto Agudo do Miocárdio = K76 (presumir que não tenha angina mais) (ficha 2295) ou K75 (até 28 dias após evento de acordo com a ICPC-2-R³¹)
- Lesão ou ferida ou ferimento na pele ou descamação (sem “problema” específico correlato que possa especificar a queixa) = S29 (ficha 2350)
- Mostrar exames (médico anota em “problema” HAS) = K61
- Mostrar exames (médico anota em “problema” osteoartrose) = L61 (ficha 2633)
- Pós operatório (sem especificar cirurgia) (“problema”) = A31 (ficha 2891)
- Preocupação com violência do filho adolescente = Z29

- Pressão alta (motivo) = K85 desde que tenha indícios que seja uma elevação esporádica, como por exemplo se no “problema” está “crise hipertensiva” (ficha 2571); por outro lado, se o “problema” é HAS, o motivo “pressão alta” deve ser codificado como K86 (ficha 1731)
- Repetir exames = presumir exames de sangue = A34 (ficha 1576)
- Síndrome metabólica = T99 (ficha 2847) apesar do *WONCA International Classification Committee* não recomendar a codificação desta forma mas sim separando cada “problema” que constitui a síndrome
- Trabalho de parto ou contrações = W90 (ficha 1746)
- Transtorno ansioso misto, ansiedade e depressão = P76 (ficha 12185)
- Vertigem (motivo) = presumir tontura/ vertigem = N17
- Vertigem (“problema”) = presumir síndrome vertiginosa (vertigem posicional benigna) = H82 (ficha 1525)

Analisando esta amostra de termos que necessitaram padronização pois trouxeram dúvidas ao codificador, é possível inferir que a regra para evitar códigos de processo (componentes 2 a 6, códigos 30 a 69) no “problema” foi respeitada. Um exemplo foi o código A97 usado quando “consulta de rotina” ou “puericultura” eram registrados em “problema”. O *Tesouro do Transition Project*⁷⁵ foi seguido neste e em outros casos mesmo quando outras codificações eram possíveis. Quando “consulta de rotina” era assinalada em motivo da consulta recebia o código A98 (medicina preventiva) para que o

estudo fosse fiel a ferramenta e tivesse coerência embora as regras não façam restrição para o uso de códigos de processo para motivos da consulta (neste caso, “consulta de rotina” em motivo poderia receber o código A30 – exame médico completo - mas o *Tesouro do Transition Project* mapeia o conceito de rastreamento ou “screening” para A98). A decisão de seguir o mapeamento do *Tesouro do Transition Project* a princípio foi permitir comparação entre dados internacionais que utilizam o mesmo instrumento. Porém, este *tesouro* não foi seguido sempre e em algumas ocasiões o codificador interpretou alguns mapeamentos como equivocados. Em outras situações, o *tesouro* não continha o termo ou conceito como “consulta de puerpério”. Este caso específico foi o único em que um código de processo (W31) foi utilizado em “problema”. Os exemplos listados abaixo não seguiram o referido instrumento e merecem destaque:

- Coriza = R07 (*Tesouro do Transition Project* direciona para R74)
- Encoprese = P13 (*Tesouro do Transition Project* direciona para D17)
- Enurese = P12 = (*Tesouro do Transition Project* direciona para U04)
- Hipoestrogenismo = sinais/ sintomas de menopausa = X11 se a idade é compatível ou T99 se menos de 45 anos (*Tesouro do Transition Project* direciona para T99 independentemente da idade)
- Respirador bucal = R04 (*Tesouro do Transition Project* direciona para D82)
- Puerpério = W31 (*Tesouro do Transition Project* não contém o conceito)

- Dor de garganta = R21 (*Tesauro do Transition Project* direciona para R74)
- Dor de dente = D19 (*Tesauro do Transition Project* direciona para D82 que é um código de doença ou “problema” e não de sinal ou sintoma)

Todos os formulários foram digitados na planilha desenvolvida no SPSS 13.0 por um pesquisador assistente, incluindo o número do formulário (primeira variável). Linhas representando formulários com números não reconhecidos em qualquer das variáveis foram redigitadas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o protocolo número 0180/07. Os voluntários não receberam nenhum incentivo e os pesquisadores declaram nenhum conflito de interesses.

IX. Resultados:

A cidade de Florianópolis é dividida em quatro regionais. Analisando os dados obtidos através do preenchimento do formulário do perfil dos voluntários (apêndice 5), é possível verificar que foram cobertas todas as quatro grandes regiões da cidade. Dos 29 voluntários que iniciaram o projeto no inverno de 2007, quatro pertenciam a regional continente, um ao centro, sete à norte, dez à sul e sete à leste. A média de idade foi 32,96 anos e 58,3% haviam terminado a graduação em medicina há 6 a 10 anos. Dados dos profissionais do PSF de todo o país analisados em 2000 mostram que 38,58% dos médicos do PSF tinham entre 30 e 39 anos mas apenas 26,52% haviam terminado a graduação em medicina entre 5 e 14 anos¹⁰⁴ o que significa dizer que, pelos dados disponíveis, os voluntários eram mais jovens que a média nacional. Isto pode ser explicado pela recente organização do Programa Saúde da Família em Florianópolis onde três concursos públicos ocorreram entre 2004 e 2008. A principal diferença, entretanto, está na qualificação. Enquanto em Florianópolis 79,1% dos voluntários fizeram ao menos residência em medicina de família e comunidade, a média nacional era de 14,39%. A rotatividade dos profissionais foi bastante baixa, provavelmente devido aos concursos que exigiram especialização em medicina de família e comunidade e apenas o pesquisador, que não estava no Programa Saúde da Família no começo da coleta de dados, ingressou no projeto em março de 2008. De trinta voluntários que concordaram em participar (vinte e nove desde o início mais o autor que passou a preencher

os formulários no verão), quatro não preencheram nenhum formulário (apêndice 13).

Generalistas ou médicos de família e comunidade que trabalham nas equipes da Estratégia Saúde da Família devem cumprir 40 horas por semana o que é uma exigência do Ministério da Saúde para manter o incentivo financeiro das cidades. Mas um médico estava trabalhando apenas dois dias devido ao mestrado (voluntário 13 no apêndice 13) e dois outros atendiam apenas meio período por que estavam acumulando o trabalho de coordenação da unidade de saúde (voluntários 16 e 28 no apêndice 13). Apesar de estarem se dedicando as atividades assistenciais por vinte horas semanais, eles continuavam sendo os profissionais médicos de suas respectivas equipes do PSF de acordo com a listagem fornecida pela coordenação do PSF de Florianópolis à época. Um destes profissionais (voluntário 28) que acumulava a coordenação, mudou de unidade e passou a se dedicar em tempo integral às atividades de membro da equipe do PSF.

Foram selecionados aleatoriamente 4 blocos de formulários, um para cada estação do ano, para verificar se haviam preenchido todos os períodos de uma semana típica de trabalho.

- Voluntário 11 – Verão: 9 períodos de atendimento incluindo um período de visita domiciliar; foram preenchidos 7 períodos (não foram preenchidos período de visita domiciliar e um período de pacientes novos)

- Voluntário 30 – Inverno: 7 períodos de atendimento incluindo um período de visita domiciliar; foram preenchidos 7 períodos embora dois deles com características semelhantes tenham sido repetidos (na segunda pela manhã e tarde tinha agenda livre, ou seja, agendas semelhantes, e foi aplicado o formulário duas segundas feiras pela manhã e nenhuma segunda feira à tarde)
- Voluntário 32 – Primavera: 9 períodos de atendimento incluindo meio período de visita domiciliar; foram preenchidos 7 períodos (não foram aplicados formulários no período de visitas domiciliares e em um período de acolhimento)
- Voluntário 25 – Outono: 10 períodos de atendimento e 10 períodos preenchidos

Apesar de ter havido falhas nos períodos de atendimento, a principal recomendação era que no período escolhido para aplicar o formulário não houvesse seleção de pacientes. Embora seja difícil avaliar se houve viés de seleção, não há como excluir esta possibilidade mesmo após milhares de formulários preenchidos.

5698 formulários foram preenchidos e codificados durante exatamente um ano, sendo 1601 no inverno, 1585 na primavera, 1306 no verão e 1206 no outono. A média foi de 22,5 blocos de formulários devolvidos preenchidos por estação do ano e durante o ano todo houve regularidade na devolução dos formulários com leve queda no final. Todos os formulários foram considerados

mesmo quando não foi possível preencher uma semana de trabalho típica completa. O único critério para excluir um período de preenchimento seria a impossibilidade de se preencher todos os pacientes daquele período o que acarretaria um viés de seleção.

O perfil por idade e sexo dos pacientes está nas tabelas 5 e 6 abaixo e nos gráficos 1 e 2.

Tabela 1: Distribuição da População de Florianópolis segundo faixa etária e sexo (IBGE 2000*¹)

FAIXA ETÁRIA	HOMENS		MULHERES		Total	
	#	%	#	%	#	%
0 a 4	12.883	7,77	12.547	7,11	25.430	7,43
5 a 14	28.760	17,30	27.531	15,59	56.308	16,45
15 a 24	34.815	21,00	35.147	19,91	69.983	20,44
25 a 44	53.887	32,50	58.215	32,97	112.135	32,76
45 a 64	27.632	16,67	31.638	17,92	59.287	17,32
65 a 74	5.113	3,08	7.092	4,02	12.208	3,57
75 ou +	2.603	1,57	4.390	2,49	6.995	2,04
	165.693	48,37	176.560	51,58	342.301	100,00

*1 Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo 2000

Tabela 2: Distribuição da população pesquisada segundo faixa etária e sexo (dados da pesquisa*²)

FAIXA ETÁRIA	HOMENS		MULHERES		Total	
	#	%	#	%	#	%
0 a 4	420	22,23	403	10,80	823	14,65
5 a 14	232	12,28	254	6,81	486	8,65
15 a 24	185	9,79	641	17,18	826	14,70
25 a 44	372	19,69	1149	30,80	1521	27,07
45 a 64	453	23,98	884	23,70	1337	23,79
65 a 74	127	6,72	235	6,30	362	6,44
75 ou +	100	5,29	164	4,40	264	4,70
	1889	33,62	3730	66,38	5619*²	100,00

*² Dados perdidos relativos a sexo: 79 formulários

Gráfico 1: Distribuição da População de Florianópolis segundo faixa etária e sexo (IBGE 2000)

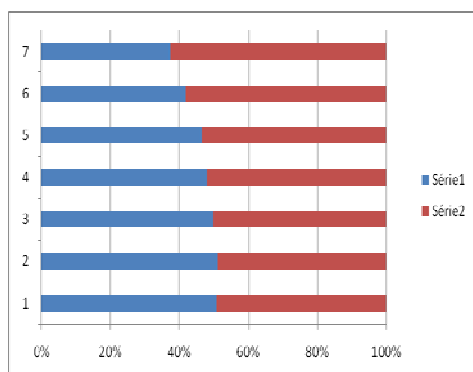
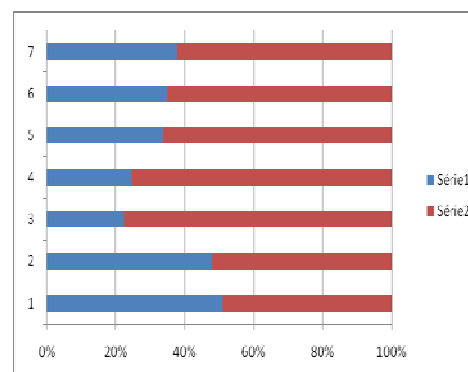


Gráfico 2: Distribuição da população pesquisada segundo faixa etária e sexo (dados da pesquisa)



Legenda dos gráficos 1 e 2:



7 = 75 anos ou mais

6 = 65 a 74 anos

5 = 45 a 64 anos

4 = 25 a 44 anos

3 = 15 a 24 anos

2 = 5 a 14 anos

1 = 0 a 4 anos

Claramente, adolescentes e adultos jovens são as faixas etárias que relativamente menos utilizam as unidades básicas de saúde (UBS) em Florianópolis, embora esta característica se mantenha na próxima faixa etária, e, em geral, os que utilizam são do sexo feminino. Os mais freqüentes motivos da consulta estão listados na tabela 3 e os diagnósticos ou “problemas” mais informados pelos médicos voluntários estão listados na tabela 4.

Tabela 3: Motivos da consulta mais freqüentes

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Medicina preventiva/manutenção de saúde	529	5,7	5,7
Tosse	295	3,2	8,9
Medicação/prescrição/renovação/injeção - Circulatório	294	3,2	12,1
Febre	278	3,0	15,1
Gravidez	264	2,8	17,9
Cefaléia	250	2,7	20,6
Hipertensão sem complicações	228	2,5	23,1
Dor abdominal generalizada/cólicas	175	1,9	25,0
Medicação/prescrição/renovação/injeção - Psicológico	172	1,9	26,8
Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Geral	167	1,8	28,6
Sinais/sintomas da região dorsal	152	1,6	30,3
Vômito	128	1,4	31,7
Diarréia	128	1,4	33,0
Sinais/sintomas da garganta	119	1,3	34,3
Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	108	1,2	35,5
Exame médico/avaliação de saúde - parcial - Circulatório	104	1,1	36,6
Medicação/prescrição/renovação/injeção - Endócrino	101	1,1	37,7
Sinais/sintomas da pele, outros	100	1,1	38,8
Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Endócrin	100	1,1	39,9
Dificuldade respiratória, dispnéia	95	1,0	41,9
Vertigens/tonturas	96	1,0	40,9
Secreção vaginal	93	1,0	42,9
Sinais/sintomas da região lombar	92	1,0	43,9
Prurido	89	1,0	44,9
Dores abdominais, epigástricas	88	0,9	45,8
Contracepção oral	88	0,9	46,8
Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Circulat	87	0,9	47,7
Sinais/sintomas da coxa/perna	86	0,9	48,7
Dor de ouvidos	81	0,9	49,5
Sensação de depressão	80	0,9	50,4

Tabela 4: “Problemas” mais frequentes

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Hipertensão sem complicações	827	9,8	9,8
Sem doença	464	5,5	15,4
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	316	3,8	19,1
Gravidez	293	3,5	22,6
Diabetes não insulino-dependente	255	3,0	25,6
Perturbações depressivas	224	2,7	28,3
Contracepção/outros	139	1,7	30,0
Medicina preventiva/manutenção de saúde	128	1,5	31,5
Sinais/sintomas da região lombar	116	1,4	32,9
Distúrbio ansioso/estado ansiedade	110	1,3	34,2
Hipotireoidismo/mixedema	108	1,3	35,4
Gastroenterite, presumível infecção	105	1,2	36,7
Alteração no metabolismo dos lipídios	99	1,2	37,9
Dermatofitose	94	1,1	39,0
Amigdalite aguda	93	1,1	40,1
Cistite/outra infecção urinária	93	1,1	41,2
Asma	78	0,9	42,1
Dor abdominal generalizada/cólicas	73	0,9	43,0
Dispepsia/indigestão	73	0,9	43,9
Abuso tabaco	73	0,9	44,7
Obesidade	72	0,9	45,6
Dores musculares	69	0,8	46,4
Cefaléia	67	0,8	47,2
Vaginite/vulvite NE	57	0,7	47,9
Exame médico/avaliação de saúde - parcial - Gravidez	56	0,7	48,6
Otite média aguda/miringite	53	0,6	49,2
Bursite/tendinite/sinovite NE	52	0,6	49,8
Rinite alérgica	52	0,6	50,4

Aproximadamente 30 problemas de saúde correspondem a mais de 50% dos diagnósticos estabelecidos nas consultas. Este dado é muito similar a muitos outros disponíveis resultantes de estudos com desenhos e metodologias semelhantes^{56,57,64}. Isto é relevante porque programas de desenvolvimento profissional continuado deveriam focar nestes motivos da consulta e “problemas” mais prevalentes. Foram estabelecidos em média 1,625 motivos da consulta e 1,475 “problemas” por consulta o que também é similar aos dados encontrados em outros estudos^{57,97}. Dentre os motivos mais freqüentes se encontram prescrições de medicamentos relacionadas a sistemas definidos como circulatório, psicológico e endocrinológico e resultado de exames “gerais” indicando novamente coerência dos dados já que é de se esperar que as prescrições sejam majoritariamente para problemas melhor definidos enquanto que a investigação ocorra, em atenção primária, grande parte das vezes para condições clínicas não diferenciadas.

As tabelas a seguir mostram os motivos da consulta e os “problemas” por capítulos da CIAP.

Tabela 5: Motivos da consulta mais frequentes por capítulo

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Geral e Inespecífico	1.583	17,1	17,1
Músculo-esquelético	920	9,9	27,0
Circulatório	915	9,9	36,9
Respiratório	860	9,3	46,2
Digestivo	845	9,1	55,3
Psicológico	651	7,0	62,4
Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	602	6,5	68,9
Pele	591	6,4	75,2
Endócrino/ Metabólico e Nutricional	568	6,1	81,4
Neurológico	480	5,2	86,6
Genital Feminino	393	4,2	90,8
Urinário	217	2,3	93,1
Olho	215	2,3	95,5
Ouvido	164	1,8	97,2
Problemas Sociais	110	1,2	98,4
Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço	80	0,9	99,3
Genital Masculino	66	0,7	100,0

Tabela 6: “Problemas” mais frequentes por capítulo

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Circulatório	1.160	13,8	13,8
Geral e Inespecífico	1.007	12,0	25,8
Respiratório	791	9,4	35,2
Endócrino/ Metabólico e Nutricional	759	9,0	44,2
Músculo-esquelético	707	8,4	52,6
Psicológico	696	8,3	60,9
Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	627	7,5	68,4
Digestivo	608	7,2	75,6
Pele	605	7,2	82,8
Genital Feminino	320	3,8	86,6
Neurológico	286	3,4	90,0
Olho	191	2,3	92,3
Urinário	181	2,2	94,4
Ouvido	170	2,0	96,5
Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço	114	1,4	97,8
Problemas Sociais	99	1,2	99,0
Genital Masculino	85	1,0	100,0

Os motivos não relacionados a nenhum órgão ou sistema específicos correspondem a 17% do total, praticamente o dobro do segundo colocado. Já os “problemas” são mais relacionados a órgãos ou sistemas sendo que o capítulo “geral e inespecífico” aparece com apenas 12% de frequência. Alguns capítulos aparecem com frequências muito semelhantes nos motivos e “problemas” como “problemas sociais”, “genital masculino”, “olho”, “urinário” e

“gravidez, parto e planejamento familiar”. Este dado mostra que os pacientes e profissionais concordaram quanto ao sistema orgânico ou natureza do problema e são de fato capítulos mais específicos cujos problemas suscitam poucas dúvidas com relação ao campo de ação a ser trabalhado. Outros capítulos como “digestivo”, “neurológico” além de “geral e inespecífico” mostram grande discrepância entre as frequências deixando claro que muitas vezes o paciente e o profissional discordam inclusive quanto ao sistema orgânico a ser tratado.

As duas tabelas seguintes mostram os motivos da consulta e os “problemas” mais frequentemente assinalados por médico voluntário.

Voluntário Motivo	19	20	21	22	23	25	26	27	28
1	Hipertensão sem complicações	Resultado de exames/teste/carta a outro prestador – Geral	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Hipertensão sem complicações	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Fator risco NE	Medicina preventiva/manutenção de saúde
2	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Hipertensão sem complicações	Sinais/sintomas da região dorsal	Medicação/prescrição/renovação/injeção - Cradiovasc	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Cefaléia	Febre	Hipertensão sem complicações
3	Sinais/sintomas da região lombar	Dor abdominal generalizada/cólicas	Exame médico/avaliação de saúde – parcial - Circulatório	Medicação/prescrição/renovação/injeção – Endócrino	Medicação/prescrição/renovação/injeção - Psic	Gravidez	Febre	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Febre
4	Cefaléia	Hipertensão sem complicações	Febre	Resultado de exames/teste/carta a outro prestador – Geral	Medicação/prescrição/renovação/injeção - Endócrino	Sinais/sintomas da região dorsal	Medicação/prescrição/renovação/injeção - Circulatório	Dor abdominal generalizada/cólicas	Gravidez
5	Diabetes não insulino-dependente	Vertigens/tonturas	Gravidez	Hipertensão sem complicações	Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Geral	Cefaléia	Medicação/prescrição/renovação/injeção - Psic	Sinais/sintomas da região lombar	Vômito

Voluntário								
Motivo	29	30	31	32	33	34	35	36
1	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Febre	Tosse	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Tosse	Tosse
2	Hipertensão sem complicações	Cefaléia	Dor abdominal generalizada/cólicas	Hipertensão sem complicações	Febre	Medicação/ prescrição/ renovação/ injeção - Circulatório	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Febre
3	Gravidez	Tosse	Vômito	Gravidez	Tosse	Gravidez	Dor abdominal generalizada/ cólicas	Medicina preventiva/ manutenção de saúde
4	Resultado de exames/teste/ carta a outro prestador - Geral	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Resultado de exames/teste/ carta a outro prestador - Geral	Dor abdominal generalizada/cólicas	Cefaléia	Febre	Gravidez	Gravidez
5	Sensação de ansiedade/ nervosismo/ tensão	Dor abdominal generalizada/ cólicas	Alergia/reação alérgica NE	Contracepção oral	Medicação/ prescrição/ renovação/ injeção - Psic	Exame médico/ avaliação de saúde – parcial - Circulatório	Febre	Resultado de exames/ teste/carta a outro prestador - Geral

Tabela 8: “Problemas” mais frequentes por pesquisador voluntário

Voluntário Problema	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Hipertensão sem complicações	Sem doença	Hipertensão sem complicações	Gravidez
2	Sem doença	Sem doença	Perturbações depressivas	Perturbações depressivas	Hipertensão sem complicações	Gravidez	Gravidez	Perturbações depressivas	Hipertensão sem complicações
3	Contracepção/o utros	Gravidez	Diabetes não insulino-dependente	Gravidez	Perturbações depressivas	Perturbações depressivas	Hipertensão sem complicações	Cistite/outra infecção urinária	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)
4	Gravidez	Diabetes não insulino-dependente	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Sem doença	Sem doença	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Cerúmen no ouvido em excesso	Sem doença
5	Diabetes não insulino-dependente	Hipotireoidismo /mixedema	Obesidade	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Diabetes não insulino-dependente	Medicina preventiva/ma manutenção de saúde	Sinais/ sintomas da região lombar	Asma	Abuso de tabaco

Voluntário									
Problema	19	20	21	22	23	25	26	27	28
1	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Sem doença
2	Perturbações depressivas	Sem doença	Sem doença	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Sem doença	Sem doença	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Gravidez	Hipertensão sem complicações
3	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Abuso de tabaco	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Diabetes não insulino-dependente	Perturbações depressivas	Gravidez	Sem doença	Fator risco NE	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)
4	Sem doença	Outras anemias NE	Diabetes não insulino-dependente	Síndrome vertiginosa	Gravidez	Contracepção/ outros	Perturbações depressivas	Contracepção /outros	Diabetes não insulino-dependente
5	Diabetes não insulino-dependente	Sinais/sintomas da região lombar	Contracepção/ outros	Hipotiroidismo/ mixedema	Diabetes não insulino-dependente	Sinais/sintomas da região lombar	Diabetes não insulino-dependente	Medicina preventiva/ manutenção de saúde	Amigdalite aguda

Voluntário Problema	29	30	31	32	33	34	35	36
1	Hipertensão sem complicações	Sinais/sintomas da região lombar	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Sem doença	Hipertensão sem complicações	Hipertensão sem complicações	Gravidez
2	Sem doença	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Sem doença	Hipertensão sem complicações	Sem doença	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Sem doença
3	Distúrbio ansioso/estado ansiedade	Sem doença	Gastroenterite, presumível infecção	Distúrbio ansioso/estado ansiedade	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Gravidez	Sem doença	Hipertensão sem complicações
4	Alteração no metabolismo dos lípidos	Amigdalite aguda	Perturbações depressivas	Diabetes não insulino-dependente	Diabetes não insulino-dependente	Medicina preventiva/manutenção de saúde	Gravidez	Exame médico/avaliação de saúde – Parcial - Gravidez
5	Gravidez	Contraceção/ outros	Rinite alérgica	Gravidez	Febre	Perturbações depressivas	Dor abdominal generalizada/cólicas	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)

Os cinco motivos e problemas mais frequentes registrados por cada voluntário estavam quase sempre entre os trinta motivos e problemas mais comuns da relação geral (tabelas 3 e 4). Algumas exceções com relação aos motivos da consulta foram citologia esfoliativa e procedimento administrativo para o voluntário 17, abuso de tabaco para o voluntário 18 e fator de risco para o voluntário 27. Quanto a citologia esfoliativa, este voluntário por ter mais de 10 anos de formado e estar na prefeitura há mais de 10 anos pode ter um processo de trabalho diferente dos demais profissionais e ele próprio colher este exame gerando demanda por parte de sua clientela. Outra possibilidade é de fato as pacientes o procurarem com esta demanda e ele encaminhar para o enfermeiro da equipe, como em geral é feito na cidade de Florianópolis, mas ter ocorrido este motivo com mais frequência ao acaso. Não é possível verificar através do questionário da semana típica (apêndice 8) que foi passado na primavera pois este voluntário não devolveu preenchido adequadamente. O voluntário 18 pode ter assinalado mais abuso de tabaco como motivo da procura dos seus pacientes pois provavelmente estava dedicando ao menos um turno da semana para esta atividade e durante o período pesquisado houve a implementação e difusão do programa de controle do tabaco na rede da prefeitura de Florianópolis. Também não é possível verificar a informação através do questionário da semana típica pois da mesma forma que o voluntário 17 este não discriminou as atividades que desenvolvia em cada turno. O voluntário 27 assinalou como principal motivo da procura fator de risco e conforme citado anteriormente, como padronização interna as queixas do tipo “história de...” receberam o código A23 (fator de risco). Este voluntário pode ter traduzido a demanda dos pacientes por rastreamento, que recebe a rubrica de “medicina preventiva”, como “fator de risco” para algum problema. Outra possibilidade é assinalar como “fator de risco” ou antecedente pessoal ou familiar algum

medo de doença transmitido pelo paciente. A CIAP tem pelo menos um código por capítulo (código _27) reservado para “medo de” já que é uma demanda comum mas não há o costume de registrar desta forma no Brasil e estas rubricas acabam não sendo usadas ou há a preferência por rubricas mais tradicionais no meio médico como “fator de risco” ou “pedido de exame” (rastreamento/ medicina preventiva).

Quanto aos problemas, novamente os cinco mais frequentes de cada voluntário estão entre os trinta da lista geral. As exceções foram síndrome vertiginosa para o voluntário 22, fator de risco novamente para o voluntário 27 e febre para o voluntário 33. Como sempre há a possibilidade de assinalar o problema mais definido (síndrome vertiginosa) ou o sintoma (vertigem/ tontura) sendo que muitas vezes esta alternativa leva a uma queda na frequência com relação a alguns problemas cujo diagnóstico exige um exame laboratorial como diabetes, hipotireoidismo ou alteração do metabolismo dos lipídios. O voluntário 33 assinalou “febre” em problema o que está de acordo com a orientação de registrar um diagnóstico definido apenas quando se tinha certeza do mesmo. Apesar desta orientação a prática médica tende a tentar definir um diagnóstico e é raro um profissional anotar um sintoma tão vago entre os problemas pois gera um desconforto sendo que, mesmo sem maiores evidências, o profissional prefere registrar, por exemplo, “quadro viral” a sustentar que a única informação relevante que possuiu no momento é “febre” .

Os dados analisados por faixa etária e estação do ano estão nas tabelas que se seguem.

Tabela 9: Motivos da consulta mais frequentes por idade

0 a 4 a	#	%	5 a 14 a	#	%	15 a 24 a	#	%	25 a 44 a	#	%	45 a 64 a	#	%	65 a 74 a	#	%	75+ a	#	%
Medicina preventiva/manutenção de saúde	341	29	Febre	60	7,9	Gravidez	128	10	Gravidez	130	5,2	Medicação/prescrição/reinovação/injeção - Circulatório	146	6,3	Medicação/prescrição/reinovação/injeção - Circulatório	79	13	Medicação/prescrição/reinovação/injeção - Circulatório	41	8,4
Febre	150	13	Medicina preventiva/manutenção de saúde	46	6,1	Cefaléia	54	4,3	Cefaléia	87	3,5	Hipertensão sem complicações	115	4,9	Hipertensão sem complicações	43	7	Hipertensão sem complicações	29	5,9
Tosse	113	9,5	Cefaléia	41	5,4	Contracepção oral	48	3,8	Dor abdominal generalizada/cólicas	57	2,3	Medicação/prescrição/reinovação/injeção - Psicológico	70	3	Exame médico/avaliação de saúde - parcial - Circulatório	22	3,6	Tosse	20	4,1
Diarréia	42	3,5	Tosse	37	4,9	Sinais/sintomas da garganta	35	2,8	Medicação/prescrição/reinovação/injeção - Psicológico	54	2,1	Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Geral	60	2,6	Medicação/prescrição/reinovação/injeção - Endócrino	21	3,4	Medicação/prescrição/reinovação/injeção - Psicológico	16	3,3
Vômito	37	3,1	Dor abdominal generalizada/cólicas	34	4,5	Exame médico/avaliação de saúde - parcial - Gravidez	32	2,6	Medicina preventiva/manutenção de saúde	50	2	Sinais/sintomas da região dorsal	57	2,5	Sinais/sintomas da região dorsal	16	2,6	Sinais/sintomas da pele, outros	16	3,3

Tabela 10: Problemas mais frequentes por idade

0 a 4 a	#	%	5 a 14 a	#	%	15 a 24 a	#	%	25 a 44 a	#	%	45 a 64 a	#	%	65 a 74 a	#	%	75+ a	#	%
Sem doença	326	31,0	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	64	10,3	Gravidez	135	12,6	Gravidez	146	6,8	Hipertensão sem complicações	394	17,4	Hipertensão sem complicações	192	30,0	Hipertensão sem complicações	108	28,4
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	117	11,1	Sem doença	57	9,2	Contracepção/outras	71	6,6	Hipertensão sem complicações	87	4,1	Diabetes não insulino-dependente	125	5,5	Diabetes não insulino-dependente	59	9,2	Diabetes não insulino-dependente	23	6,1
Gastroenterite, presumível infecção	30	2,9	Amigdalite aguda	24	3,9	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	48	4,5	Perturbações depressivas	82	3,8	Perturbações depressivas	92	4,1	Alteração no metabolismo dos lípidos	19	3,0	Demência	9	2,4
Atraso do crescimento	25	2,4	Gastroenterite, presumível infecção	22	3,5	Amigdalite aguda	27	2,5	Contracepção/outras	64	3,0	Alteração no metabolismo dos lípidos	57	2,5	Perturbações depressivas	15	2,3	Insuficiência cardíaca	8	2,1
Febre	21	2,0	Asma	16	2,6	Cistite/outra infecção urinária	26	2,4	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	57	2,7	Hipotiroidismo/mixedema	55	2,4	Hipotiroidismo/mixedema	14	2,2	Outras osteoartroses	7	1,8

Tabela 11: Motivos da consulta mais frequentes por estação do ano

Inverno			Primavera			Verão			Outono		
MC	#	%	MC	#	%	MC	#	%	MC	#	%
Medicina preventiva/manutenção de saúde	137	5,0	Medicina preventiva/manutenção de saúde	140	5,5	Medicina preventiva/manutenção de saúde	116	5,7	Medicina preventiva/manutenção de saúde	137	7,1
Tosse	120	4,4	Medicação/prescrição/ renovação/ injeção - Circulatório	79	3,1	Medicação/prescrição/ renovação/ injeção - Circulatório	76	3,7	Hipertensão sem complicações	70	3,6
Febre	108	4,0	Tosse	78	3,0	Gravidez	68	3,3	Gravidez	67	3,5
Cefaléia	77	2,8	Hipertensão sem complicações	77	3,0	Hipertensão sem complicações	54	2,6	Medicação/prescrição/ renovação/ injeção - Circulatório	65	3,4
Medicação/prescrição/ renovação/ injeção – Circulatório	73	2,7	Cefaléia	72	2,8	Febre	52	2,6	Tosse	61	3,2

Tabela 12: Problemas mais frequentes por estação do ano

Inverno			Primavera			Verão			Outono		
Problema	#	%	Problema	#	%	Problema	#	%	Problema	#	%
Hipertensão sem complicações	200	8,3	Hipertensão sem complicações	230	10,0	Hipertensão sem complicações	197	10,6	Hipertensão sem complicações	198	10,7
Sem doença	113	4,7	Sem doença	128	5,6	Sem doença	118	6,4	Sem doença	105	5,7
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	96	4,0	Diabetes não insulino-dependente	86	3,7	Gravidez	77	4,2	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	83	4,5
Gravidez	75	3,1	Perturbações depressivas	81	3,5	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	57	3,1	Gravidez	72	3,9
Diabetes não insulino-dependente	59	2,4	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	79	3,4	Perturbações depressivas	53	2,9	Diabetes não insulino-dependente	58	3,1

Nos dados por idade os resultados são os esperados. Entre as crianças de 0 a 4 anos o motivo mais frequente foi “medicina preventiva/ manutenção da saúde” e o diagnóstico mais assinalado foi “sem doença”. Estas rubricas representam a puericultura na padronização interna, como explicitado anteriormente, uma vez que a CIAP não tem rubricas especiais conforme a faixa etária. É interessante notar que mesmo nesta faixa etária, em 52,6% das consultas houve prescrição de novos medicamentos ou medicamentos usados anteriormente, em 41,4% não houve prescrição e em 5,5% houve prescrição de medicamento de uso crônico. Isto pode significar medicações usadas muitas vezes de rotina como óxido de zinco pomada ou sulfato ferroso (que geralmente é prescrito pela primeira vez e desta forma não é assinalado como de uso crônico), ou uma medicalização acriteriosa desde esta faixa etária. Fazendo um recorte maior entre 0 e 4 anos, uma vez que os dados da idade foram colhidos por ano, é possível notar que de 0 a 1 ano em 55,1% das consultas não houve prescrição de medicamento, já entre 1 e 2 anos em 64% houve prescrição de um medicamento novo ou já usado anteriormente e entre 2 e 4 anos em 66,4% também houve prescrição de novo medicamento. Ou seja, apenas até 1 ano de idade os serviços poupam os pacientes de intervenções medicamentosas.

Não foram observadas muitas variações ao longo das estações do ano. Porém, um dado importante merece ser destacado: tosse foi menos prevalente no verão com uma frequência de 1,8% sobre o total de motivos assinalados neste período contra 4,4% no inverno, 3,0% na primavera e 3,2% no outono. Já infecção aguda de vias aéreas superiores (IVAS) não mostrou grande variação por estação

do ano. Uma explicação é a possível pulverização das rubricas quando há a suspeita de IVAS sendo que febre, espirro e congestão nasal, tosse e amigdalite aguda podem ter sido registrados para pacientes com quadros semelhantes o que dificulta a análise dos dados.

As duas próximas tabelas mostram os motivos da consulta e os “problemas” discriminados por sexo.

Tabela 13: Motivos da consulta mais freqüentes por sexo

Homens			Mulheres		
MC	#	%	MC	#	%
Medicina preventiva/manutenção de saúde	273	9,1	Gravidez	264	4,2
Febre	130	4,3	Medicina preventiva/manutenção de saúde	254	4,1
Tosse	109	3,6	Medicação/prescrição/renovação/injeção - Circulatório	201	3,2
Medicação/prescrição/renovação/injeção - Circulatório	93	3,1	Cefaléia	185	3,0
Hipertensão sem complicações	92	3,1	Tosse	185	3,0

Tabela 14: “Problemas” mais freqüentes por sexo

Homens			Mulheres		
Problema	#	%	Problema	#	%
Hipertensão sem complicações	294	10,5	Hipertensão sem complicações	529	9,5
Sem doença	238	8,5	Gravidez	292	5,2
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	126	4,5	Sem doença	224	4,0
Diabetes não insulino-dependente	90	3,2	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	189	3,4
Medicina preventiva/manutenção de saúde	51	1,8	Perturbações depressivas	186	3,3

Quanto ao sexo também não houve grandes variações com exceção de gravidez que é um dos motivos da consulta e diagnósticos mais frequentes para as mulheres. Mesmo solicitação de prescrição de medicamento relacionado ao sistema psíquico teve frequências muito semelhantes (1,8% para homens e 1,9% para mulheres). Vale ressaltar que em números absolutos as mulheres têm quase o dobro dos valores dos homens, pois procuram mais os serviços de saúde como discutido anteriormente. Os homens têm procurado muito o sistema de saúde para rastreamento (“*check up*”) sendo que a rubrica “medicina preventiva/ manutenção da saúde” teve relativamente mais registros em “problemas” entre os homens (1,8% ou 51 registros versus 1,4 ou 76 registros para as mulheres). Um viés possível é o livre acesso das mulheres nas unidades de saúde de Florianópolis ao exame citológico realizado por enfermeiros cuja frequência não foi pesquisada.

As tabelas a seguir foram obtidas analisando motivos da consulta frequentes para determinados problemas prevalentes e diagnósticos frequentes para alguns motivos da consulta mais registrados. Para estes dados foram considerados apenas os motivos da consulta e “problemas” pareados no mesmo item, ou seja, que tinham relação. O objetivo é avaliar probabilidades pré e pós-teste especificamente no ambiente de unidades básicas de saúde, o que é uma ferramenta importante para guiar o raciocínio clínico na atenção primária à saúde.

Tabela 15: “Problemas” mais frequentes quando o motivo da consulta é febre

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	110	37,7	37,7
Amigdalite aguda	52	17,8	55,5
Febre	32	11,0	66,4
Otite media aguda/miringite	19	6,5	72,9
Gastroenterite, presumível	15	5,1	78,1
infecção			
Pneumonia	10	3,4	81,5
Outras doenças respiratórias	7	2,4	83,9
Vômito	4	1,4	85,3
Varicela	3	1,0	86,3
Outras doenças virais	3	1,0	87,3
NE			

Tabela 16: “Problemas” mais freqüentes quando o motivo da consulta é tosse

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	121	39,4	39,4
Tosse	28	9,1	48,5
Pneumonia	26	8,5	57,0
Asma	21	6,8	63,8
Sinusite crônica/aguda	18	5,9	69,7
Outras doenças respiratórias	13	4,2	73,9
Amigdalite aguda	10	3,3	77,2
Bronquite/bronquiolite aguda	10	3,3	80,5
Otite media aguda/miringite	7	2,3	82,7
Rinite alérgica	6	2,0	84,7

Tabela 17: “Problemas” mais freqüentes quando o motivo da consulta é cefaléia

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Cefaléia	62	25,2	25,2
Enxaqueca	36	14,6	39,8
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	31	12,6	52,4
Cefaléia tensional/ Cefaleia de tensão	27	11,0	63,4
Hipertensão sem complicações	19	7,7	71,1
Sinusite crônica/aguda	17	6,9	78,0
Pressão arterial elevada	6	2,4	80,5
Outras perturbações visuais	4	1,6	82,1
Amigdalite aguda	4	1,6	83,7
Gastroenterite, presumível infecção	3	1,2	85,0

Os “problemas” mais diagnosticados quando o motivo era febre foram IVAS, amigdalite aguda e febre, para tosse foram IVAS, tosse e pneumonia enquanto que para cefaléia foram cefaléia, enxaqueca e IVAS. IVAS é um problema que se apresenta de diferentes formas o que fica mais claro na tabela 18 a seguir. Dez problemas são responsáveis por mais de 80% dos diagnósticos elaborados a partir destes três freqüentes sintomas.

O diagnóstico de enxaqueca foi firmado em 14,6% enquanto cefaléia tensional em 11% das consultas cuja queixa era cefaléia. Estes dados não são compatíveis com os estudos de prevalência destas doenças¹²⁶. Esta possível diferença pode ter ocorrido porque trata-se de uma população selecionada (que frequenta unidades básicas de saúde) ou ainda porque apesar de mais prevalente, a carga sobre a qualidade de vida da enxaqueca é maior, o que pode levar estes pacientes a procurarem mais os centros de saúde. Porém este tipo de dado é fundamental para a prática pois é colhido no “lôcus” de atuação e permite estimar a probabilidade pós teste de cada sintoma. Por exemplo, a probabilidade de uma pessoa ter pneumonia diagnosticada quando procura uma unidade de saúde de Florianópolis com queixa de tosse é 8,5%.

Tabela 18: Motivos da consulta mais frequentes quando o “problema” é IVAS

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Tosse	121	24,2	24,2
Febre	110	22,0	46,3
Sinais/sintomas da garganta	49	9,8	56,1
Espirro/congestão nasal	39	7,8	63,9
Cefaléia	31	6,2	70,1
Dor generalizada /múltipla	18	3,6	73,7
Gripe	16	3,2	77,0
Dor atribuída ao aparelho respiratório	15	3,0	80,0
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	14	2,8	82,8
Dor de ouvidos	12	2,4	85,2
Expectoração/mucosidade anormal	10	2,0	87,2

Tabela 19: Motivos da consulta mais frequentes quando o “problema” é depressão

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Medicação/prescrição/renovação/injeção - Psicológico	67	24,8	24,8
Sensação de depressão	52	19,3	44,1
Perturbações depressivas	33	12,2	56,3
Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	18	6,7	63,0
Perturbação de sono	16	5,9	68,9
Dor generalizada /múltipla	8	3,0	71,9
Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada	8	3,0	74,8
Exame médico/avaliação de saúde - parcial - Psicológico	8	3,0	77,8
Debilidade/cansaço geral/fadiga	5	1,9	79,6
Palpitações/percepção dos batimentos cardíacos	5	1,9	81,5

Tabela 20: Motivos da consulta mais frequentes quando o “problema” é lombalgia

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Sinais/sintomas da região lombar	57	44,5	44,5
Sinais/sintomas da região dorsal	47	36,7	81,3
Resultado de exames/teste/carta a outro prest. - Musc. Esq.	4	3,1	84,4
Resultado de exames/teste/carta a outro prestador - Geral	2	1,6	85,9
Lesão traumática/acidente NE	2	1,6	87,5
Sinais/sintomas dos braços	2	1,6	89,1
Procedimento administrativo - Musc. Esq.	2	1,6	90,6
Síndrome vertebral com irradiação dor	2	1,6	92,2
Sinais/sintomas dos rins	2	1,6	93,8
Dor generalizada /múltipla	1	,8	94,5

Os motivos da consulta mais frequentemente relatados pelos pacientes quando o diagnóstico dado pelo médico foi IVAS foram tosse, febre e sinais e sintomas da garganta. Para depressão os motivos mais freqüentes foram solicitação de medicação relacionada a sistema psíquico, sensação de depressão (componente 1 da CIAP) e perturbações depressivas (componente 7 da CIAP). Quando o diagnóstico foi lombalgia as razões mais frequentemente relatadas para procurarem o serviço de saúde foram sinais e sintomas da região lombar, sinais e sintomas da região dorsal e resultado de exame relacionado a sistema músculo esquelético. Todos os componentes da CIAP aparecem nestes motivos e as regras apresentadas permitem esta utilização, ou seja, o paciente que recebeu diagnóstico de lombalgia procurou o serviço com um sinal ou sintoma (por exemplo sinal/ sintoma dos rins que faz parte do componente 1 da CIAP), um diagnóstico (por exemplo síndrome vertebral com irradiação de dor que faz parte do componente 7) ou uma solicitação de um procedimento (como verificar resultado de exame que faz parte dos componentes 2 a 6). Porém a grande maioria, como era de se esperar, pertence ao componente 1 da CIAP (sinais e sintomas).

As tabelas a seguir relacionam as comorbidades mais comumente encontradas na pesquisa. Estes dados foram analisados pela seleção dos problemas crônicos mais freqüentes (como hipertensão, diabetes e depressão) e busca dos outros “problemas” diagnosticados na mesma consulta.

Tabela 21: Comorbidades frequentes para o diagnóstico de hipertensão

	Frequência	Porcentagem
Diabetes não insulino-dependente	153	17,3
Alteração no metabolismo dos lipídios	46	5,2
Perturbações depressivas	44	5,0
Hipotireoidismo/mixedema	33	3,7
Obesidade	29	3,3
Doença vascular cerebral	21	2,4
Outras osteoartroses	15	1,7
Doença cardíaca isquêmica com angina	14	1,6
Abuso de tabaco	14	1,6
Distúrbio ansioso/estado ansiedade	14	1,6
Doença pulmonar obstrutiva crônica	14	1,6
Doença cardíaca isquêmica sem angina	13	1,5
Sinais/sintomas da região lombar	13	1,5
Osteoartrose do joelho	10	1,1
Insuficiência cardíaca	9	1,0
Sinais/sintomas da região dorsal	9	1,0

Tabela 22: Comorbidades frequentes para o diagnóstico de Diabetes mellitus

	Frequência	Porcentagem
Hipertensão sem complicações	157	48,6
Hipotireoidismo/mixedema	13	4,0
Alteração no metabolismo dos lípidos	10	3,1
Aterosclerose/doença vascular periférica	5	1,5
Perturbações depressivas	5	1,5
Obesidade	5	1,5
Doença cardíaca isquêmica com angina	4	1,2
Dermatofitose	4	1,2
Dores torácicas NE	3	0,9
Doença cardíaca isquêmica sem angina	3	0,9
Doença vascular cerebral	3	0,9
Dores musculares	3	0,9

Tabela 23: Comorbidades frequentes para o diagnóstico de depressão

	Frequência	Porcentagem
Hipertensão sem complicações	46	21,6
Hipotireoidismo/mixedema	9	4,2
Dores musculares	8	3,8
Diabetes não insulino-dependente	5	2,3
Efeito adverso de fármaco dose correta	4	1,9
Sinais/sintomas da região lombar	4	1,9
Abuso tabaco	4	1,9
Problemas com condições trabalho	4	1,9
Fator risco NE	3	1,4
Alterações funcionais estômago	3	1,4
Sinais/sintomas da região dorsal	3	1,4
Outras osteoartroses	3	1,4
Cefaléia	3	1,4
Medicação/prescrição/renovação/injeção - Psicológico	3	1,4
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	3	1,4
Dermatite de contacto/alérgica	3	1,4

Tabela 24: Comorbidades frequentes para o diagnóstico de gravidez (pré natal)

	Frequência	Porcentagem
Outras anemias NE	6	7,1
Secreção vaginal	5	5,9
Anemia por deficiência ferro	4	4,7
Dor abdominal generalizada/cólicas	4	4,7
Cefaléia	4	4,7
Abuso tabaco	4	4,7
Cistite/outra infecção urinária	4	4,7
Vômitos/náuseas durante gravidez	4	4,7
Outras dores abdominais localizadas	2	2,4
Hipertensão sem complicações	2	2,4
Sinais/sintomas da região lombar	2	2,4
Perturbações depressivas	2	2,4

Quase a metade das pessoas com diabetes têm também hipertensão mas apenas 17,3% dos hipertensos também tiveram registrado o diagnóstico de diabetes. Como há grande sobreposição de pacientes nas tabelas 21 e 22, grande parte das comorbidades são coincidentes como hipotireoidismo, perturbações depressivas, alteração do metabolismo dos lipídios, obesidade e doença cardíaca isquêmica com angina. Pacientes com depressão também têm outras doenças crônicas como diabetes, hipertensão e dislipidemia. Hipotireoidismo aparece como uma comorbidade freqüente para pacientes deprimidos mas pode significar diagnóstico equivocado. Dores musculares (que é a rubrica usada para codificar fibromialgia pela CIAP) e cefaléia também aparecem como comorbidades frequentes para pacientes com diagnóstico de depressão. Gestantes também têm

problemas de saúde não necessariamente relacionados a gestação como abuso do tabaco e depressão.

As tabelas a seguir listam as especialidades médicas e outras profissões ou atividades mais referenciadas, os problemas mais frequentes nos pacientes referenciados e a porcentagem de prescrições de medicamentos por consulta.

Tabela 25: Referenciamento para outras profissões

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
psicologia	88	28,9	28,9
enfermagem	66	21,6	50,5
fisioterapia	61	20,0	70,5
nutricionista	35	11,5	82,0
odonto	12	3,9	85,9
assistente social	10	3,3	89,2
fonoaudiologia	7	2,3	91,5
planejamento familiar	5	1,6	93,1
grupo da unidade	4	1,3	94,4
educador físico	4	1,3	95,7
farmácia	3	1,0	96,7
técnico de enfermagem	3	1,0	97,7
sim sem especificar	2	0,7	98,4
auxiliar de odontologia	1	0,3	98,7
hemoterapia	1	0,3	99,0
odonto/ cirurgia buco maxilo facial	1	0,3	99,3
vigilância sanitária	1	0,3	99,7
agente comunitária de saúde	1	0,3	100,0
Total	305	100,0	

Tabela 26: Especialidades médicas mais referenciadas

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
oftalmologia	145	19,3	19,3
emergência hospitalar	50	6,6	25,9
ortopedia	49	6,5	32,4
ginecologia	39	5,2	37,6
dermatologia	38	5,0	42,6
cardiologia	35	4,6	47,3
psiquiatria	33	4,4	51,7
neurologia	25	3,3	55,0
otorrinolaringologia	25	3,3	58,3
acupuntura	24	3,2	61,5
endocrinologia	24	3,2	64,7
cirurgia geral	23	3,1	67,7
urologia	20	2,7	70,4
pequenas cirurgias	19	2,5	72,9
médico de família da área	17	2,3	75,2
obstetrícia/ gravidez alto risco	15	2,0	77,2
Total	753	100,0	

Tabela 27: “Problemas” mais frequentes em pacientes referenciados para outros especialistas médicos

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Hipertensão sem complicações	102	8,1	8,1
Outras perturbações visuais	43	3,4	11,5
Diabetes não insulino-dependente	35	2,8	14,3
Perturbações depressivas	34	2,7	17,0
Erro de refração	22	1,7	18,7
Gravidez	19	1,5	20,2
Medicina preventiva/manutenção de saúde	18	1,4	21,6
Cefaléia	18	1,4	23,1
Obesidade	18	1,4	24,5
Sinais/sintomas da região lombar	14	1,1	25,6
Bursite/tendinite/sinovite NE	14	1,1	26,7
Sem doença	13	1,0	27,8
Hipotireoidismo/mixedema	11	,9	28,6
Doença cardíaca isquêmica com angina	10	,8	29,4
Outras osteoartroses	10	,8	30,2
Outra doença do aparelho músculo-esquelético	10	,8	31,0
Distúrbio ansioso/estado ansiedade	10	,8	31,8
Asma	10	,8	32,6
Alteração no metabolismo dos lípidos	10	,8	33,4

Tabela 28: “Problemas” mais frequentes por capítulos da CIAP em pacientes referenciados para outros especialistas médicos

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Circulatório	191	15,1	15,1
Músculo-esquelético	150	11,9	27,0
Endócrino/ Metabólico e Nutricional	119	9,4	36,5
Olho	111	8,8	45,3
Psicológico	95	7,5	52,8
Pele	95	7,5	60,3
Geral e Inespecífico	78	6,2	66,5
Digestivo	78	6,2	72,7
Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	65	5,2	77,9
Respiratório	63	5,0	82,9
Genital Feminino	57	4,5	87,4
Neurológico	56	4,4	91,8
Genital Masculino	31	2,5	94,3
Urinário	28	2,2	96,5
Ouvido	18	1,4	97,9
Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço	15	1,2	99,1
Problemas Sociais	11	0,9	100,0

Os profissionais não médicos mais requisitados foram psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais além de enfermeiros e odontólogos que trabalham integrados com os médicos nas equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal e têm agendas paralelas muitas vezes não sendo formalmente referenciados. Profissões que não aparecem em outros estudos, como educadores físicos, são requisitadas em Florianópolis pois além de

configurarem uma alternativa para a promoção da saúde e, desta forma, uma necessidade, estão disponíveis na rede da cidade pesquisada.

Algumas especialidades como psiquiatria e pediatria fazem matriciamento com as equipes da Estratégia Saúde da Família e, portanto, sofrem o viés de terem este filtro. A oftalmologia é a especialidade com mais encaminhamentos (o triplo da segunda colocada, emergência) o que configura uma discrepância. Dentre os cinco problemas que mais frequentemente referenciam, dois são oftalmológicos. Já entre os vinte primeiros, seis são relacionados a dores como cefaléia e sintomas da região lombar (lombalgia) e dois ao sistema psíquico (depressão e ansiedade). Muitos “problemas” são corriqueiros na atenção primária como obesidade, hipertensão e hipotireoidismo. “Sem doença” aparece como um diagnóstico em 13 pacientes referenciados mas esta rubrica é assinalada no campo “problema” nos pacientes que procuraram o serviço para rastreamento ou consulta de rotina. Analisando estes 13 formulários é possível observar que em apenas um esta rubrica estava sozinha sem outros “problemas” nos campos 2 e 3 da questão 7. Nos outros doze formulários problemas como sopro (sistema circulatório), dores musculares (sistema músculo esquelético) ou cefaléia e erro de refração (sistemas neurológico e oftalmológico) estavam também assinalados e eram os reais motivos do encaminhamento.

Esta é uma limitação do formulário (apêndice 6) pois ele não estabelece a conexão entre os campos 7 e 8.a para responder a pergunta “qual dos problemas assinalados (se houver mais de um) motivou o encaminhamento”. Isto pode ter ocorrido com outros problemas e, hipertensão, obesidade e alteração nos lipídios podem ser na verdade comorbidades e não os motivos do encaminhamento.

Chama a atenção que há uma grande variedade de “problemas” e os vinte primeiros representam apenas 33,4% do total de “problemas” assinalados em formulários que foi registrado referenciamento. Isto corrobora a hipótese que uma parte da lista da tabela 27 representa comorbidades e os “problemas” que de fato geraram os referenciamentos não estão entre os mais freqüentes listados na tabela 4 e constituem uma lista ampla e dispersa. A análise dos problemas que mais referenciam agregados por capítulos demonstram também que há alteração na ordem dos capítulos em relação às especialidades referenciadas. Embora oftalmologia seja a especialidade mais requisitada, os problemas oftalmológicos estão apenas em quarto lugar; já problemas relacionados ao aparelho circulatório estão entre os mais registrados em pacientes referenciados mas cardiologia é apenas a sexta especialidade requisitada. Mais uma vez esta discrepância provavelmente está relacionada a dados de comorbidades. Segundo os dados das tabelas 4 e 28, “problemas sociais” são pouco registrados e geram poucos encaminhamentos para outros profissionais médicos.

Tabela 29: Frequência por natureza (tipo) de consulta

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Consulta do mesmo dia/ Acolhimento/ Urgência	2.155	38,6	38,6
Agendada por outro motivo	1.427	25,5	64,1
Hipertenso/ Diabético	647	11,6	75,7
Retorno que não se encaixa nas alternativas acima	488	8,7	84,4
Puericultura	461	8,2	92,6
Gestante	315	5,6	98,3
Visita Domiciliar	97	1,7	100,0
Total	5.590	100,0	

Consultas do mesmo dia correspondem a 38,6% do total enquanto a soma das agendadas (incluindo vista domiciliar) são responsáveis por 61,4%. Destas 61,4% apenas 25,5% são consultas “agendadas por outro motivo”, ou seja, agendamento livre para pacientes que não se encaixam em um grupo específico como hipertenso ou gestante (a opção “retorno que não se encaixa nas alternativas acima” é reservado para algum grupo de risco que não estava discriminado em outra alternativa como idoso). As visitas domiciliares representam uma pequena parte do total das consultas pela dificuldade de operacionalização como tempo de deslocamento.

Tabela 30: Frequência das prescrições por consulta

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
novo medicamento ou remédio usado por um curto período antes	2565	45,0	45,3
não	1518	26,6	72,1
uso crônico mesmo que irregular/ renovação de receita	1348	23,7	95,9
uso crônico e novo	235	4,1	100,0
Total	5666	99,4	
Dados perdidos	32	,6	
	5698	100,0	

Apenas 26,6% do total das consultas não receberam nenhuma prescrição. Destes 52,76% também não receberam nenhum referenciamento ou solicitação de exame. Ou seja, do total de formulários analisados, em apenas 14,05% não houve o registro do fornecimento de nenhum procedimento por escrito (receita, referenciamento ou solicitação de exame).

Tabela 31: Problemas mais frequentes em pacientes que receberam visita domiciliar (VD)

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Hipertensão sem complicações	40	19,7	19,7
Doença vascular cerebral	14	6,9	26,6
Demência	9	4,4	31,0
Insuficiência cardíaca	8	3,9	35,0
Perturbações depressivas	8	3,9	38,9
Diabetes não insulino-dependente	8	3,9	42,9
Osteoartrose do joelho	5	2,5	45,3
Outras doenças do sistema neurológico	5	2,5	47,8
Úlcera crônica da pele	5	2,5	50,2
Doença pulmonar obstrutiva crônica	4	2,0	52,2
Cistite/outra infecção urinária	4	2,0	54,2
Fibrilação/flutter auricular/atrial	3	1,5	55,7
Outras osteoartroses	3	1,5	57,1
Neurite/ Nevrite/neuropatia periférica	3	1,5	58,6
Diabetes insulino-dependente	3	1,5	60,1
Outras doenças gerais NE	2	1,0	61,1
Obstipação	2	1,0	62,1
Infarto ou Enfarte agudo miocárdio	2	1,0	63,1
Sopro cardíaco/arterial NE	2	1,0	64,0
Pressão arterial elevada	2	1,0	65,0

Da mesma forma que na tabela 27 (“problemas” mais freqüentes em pacientes referenciados”), esta lista dos problemas freqüentes em pacientes que receberam visita domiciliar pode estar enviesada por comorbidades como “hipertensão” e os “problemas” listados não são necessariamente os que geram a visita domiciliar (VD). Porém, alguns diagnósticos podem ser os reais motivos para a dificuldade de deslocamento do paciente como “úlceras crônicas da pele”, “doença

vascular cerebral” e “osteoartrose”. Alguns problemas como “sopro cardíaco”, “fibrilação atrial” e “neuropatia periférica” não aparecem na lista geral de problemas mais freqüentes (tabela 4) e denotam quadros clínicos mais graves do que a população que utiliza as unidades básicas de saúde.

As tabelas a seguir relacionam os principais motivos da consulta e “problemas” registrados quando a mesma não foi agendada.

Tabela 32: Motivos da consulta mais frequentes em pacientes que procuraram a unidade de saúde para consulta de mesmo dia

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Febre	247	7,6	7,6
Tosse	196	6,0	13,6
Cefaléia	133	4,1	17,7
Diarréia	117	3,6	21,3
Vômito	110	3,4	24,6
Sinais/sintomas da garganta	100	3,1	27,7
Dor abdominal generalizada/cólicas	87	2,7	30,4
Medicação/prescrição/renovação/injeção - Psicológico	76	2,3	32,7
Dor de ouvidos	68	2,1	34,8

Tabela 33: “Problemas” mais frequentes em pacientes que procuraram a unidade de saúde para consulta de mesmo dia

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	247	9,2	9,2
Hipertensão sem complicações	109	4,1	13,3
Gastroenterite, presumível infecção	101	3,8	17,1
Amigdalite aguda	89	3,3	20,4
Perturbações depressivas	58	2,2	22,6
Cistite/outra infecção urinária	55	2,1	24,6
Sinais/sintomas da região lombar	54	2,0	26,7
Otite media aguda/miringite	46	1,7	28,4
Contracepção/outros	45	1,7	30,1
Conjuntivite infecciosa	42	1,6	31,6

Como era de se esperar, a grande maioria dos motivos relatados pelos pacientes para solicitarem consultas não agendadas foram do componente 1 da CIAP (sinais e sintomas) embora tenha também a descrição de solicitação de procedimentos como “prescrição de medicamento relacionado ao sistema psíquico”. Já os “problemas” registrados pelos médicos foram em geral do componente 7 (doenças) embora haja também registrado alguns do componente 1 como “sinais e sintomas da região lombar” e “contracepção”.

A CIAP 2 tem algumas limitações. A lista abaixo (tabela 34) foi produzida durante o processo de codificação e relaciona possíveis casos de dupla-codificação, conceitos diferentes mapeados para o mesmo código ou termos não bem definidos e as sugestões do pesquisador. Durante o processo de desenvolvimento da CIAP 3, que tem o lançamento previsto para acontecer junto

com a CID 11, seria importante revisar estes conceitos bem como os outros que necessitam de padronização.

Tabela 34: Problemas detectados na CIAP 2 durante o processo de codificação e sugestões de mudanças

Problema	Sugestão
N05 = Formigamento dos dedos das mãos/ pés	Poderia incluir braços e pernas
A91 = Investigação com resultado anormal NE	Incluir em cada capítulo e não apenas no geral e inespecífico (A)
A 23 = Fator de risco NE	Incluir em cada capítulo
A21 = Fator de risco para malignidade	Incluir em cada capítulo
X11 = Sinais/ sintomas de menopausa	Criar nova rubrica para climatério que está incluído em X11 segundo o manual da CIAP 2 (pois tem um conceito diferente)
D96 = Lombrigas/ outros parasitas	Colocar na cor amarela na CIAP 2 sumariada (apêndice 1) já que é um probolema infeccioso
L18 = Dores musculares	Fibromialgia está mapeada para L18 segundo o manual da CIAP 2 mas poderia receber um código próprio no capítulo P (psicológico)
S08 = Alteração da cor da pele	Este código envolve sensações de palidez, cianose e manchas segundo o manual da CIAP 2, mas estes sinais poderiam estar em diferentes rubricas
S16 = Traumatismo/ contusão x L81 = Traumatismos do aparelho musculoesquelético NE	A divisão de músculo e pele não é clara e dificulta a codificação quando a queixa é relacionada a traumatismo
W90 = Parto sem complicações de nativo	Segundo o manual da CIAP 2 inclui trabalho de parto que poderia ter uma rubrica separada ou o rótulo da rubrica poderia mudar para “trabalho de parto de nativo sem complicações”

W 31 = Exame médico/avaliação de saúde - parcial - Gravidez	Puerpério poderia ter uma rubrica própria do componente 7 ao invés de usar um código de processo (_31)
Z20 = Problema de relacionamento com familiares x Z21 = Problema comportamental familiar	Poderia ser a mesma rubrica
F71= Conjuntivite alérgica	Não deveria estar destacada de amarelo na CIAP 2 sumarizada (apêndice 1) porque não se trata de doença infecciosa
X21 = Sinais/ sintomas da mama feminina, outros	Segundo o manul da CIAP 2, mastite está incluída nesta rubrica mas poderia ser uma separada
K01 = Dor atribuída ao coração x K02 = Sensação de pressão/ aperto atribuído ao coração	Poderia ser um único código
K24 = Medo de doença cardíaca x K25 = Medo de hipertensão	Poderia ser um único código
A85 = Efeito adverso de fármaco em dose correta x A87 = Complicação do tratamento médico	Poderia ser um único código

X. Discussão:

Por serem na sua maioria médicos de família e comunidade com residência, pode-se inferir que os voluntários estavam mais preparados para realizar pesquisa nesta área específica e seguir a recomendação de apenas estabelecer e registrar o diagnóstico de uma doença quando houvesse clara evidência. Uma das principais tarefas do treino em medicina de família e comunidade, sendo a residência a modalidade mais sofisticada, é preparar o médico para conviver com a angústia de não precisar estabelecer um diagnóstico e uma relação causal para todos os sintomas relatados pelos pacientes, já que estes procuram a atenção primária muitas vezes com queixas que não caracterizam necessariamente uma doença. Ian Mc Whinney⁵, relaciona as quatro competência próprias desta especialidade:

1. Solução de problemas e condições clínicas não diferenciadas
2. Competências preventivas
3. Competências terapêuticas (para abordar doenças ou condições clínicas freqüentes)
4. Competência de gestão de recursos

Todos os voluntários eram contratados diretamente pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) enquanto a média no Sul do Brasil para contratos diretos era 62,1%, ou seja, 37,9% utilizavam outros empregadores para intermediar a contratação¹⁰⁴ o que traz instabilidade profissional. Ainda com relação aos dados nacionais, destes 62,1%, 44,9% eram estatutários e 25,8% contratos temporários enquanto que dentre os voluntários da pesquisa, 100%

eram contratados diretamente pela SMS sendo que destes 79,2% eram estatutários e 20,8% contratos temporários. Estes dados explicam a baixa taxa de rotatividade e a grande estabilidade entre os pesquisadores voluntários: durante o período da pesquisa apenas 3 trocaram de unidade básica de saúde durante o ano pesquisado e um trocou de emprego porque o contrato era temporário. Estudo do próprio Ministério da Saúde realizado em 2004 estimou em aproximadamente 76% o total de médicos que atuavam na Estratégia Saúde da Família há menos de um ano¹²⁶. A grande estabilidade, a elevada qualificação e a cobertura praticamente universal do Programa Saúde da Família fazem com que Florianópolis seja um campo de pesquisa apropriado para estudos de demanda.

A análise dos resultados obtidos permitiu concluir que houve bastante cuidado na coleta o que propiciou alta qualidade nos dados. A maioria dos problemas mais prevalentes encontrados eram compatíveis com outros estudos^{56,57,64,97} e não havia aberrações como “*rag bags*” (por exemplo, rubricas que recebem no código o número 99 após a letra do capítulo) entre problemas freqüentes, hipertensão em crianças de 0 a 4 anos ou problemas ginecológicos em homens. O processo de codificação também mostrou alta qualidade. O componente mais frequente na codificação dos motivos da consulta foi o 1 e para a codificação de “problemas” foi o 7. Os componentes 2 a 6 foram usados com relativa freqüência para codificar motivos da consulta e não apareceram entre os “problemas” mais freqüentes como estipula as regras de classificação da CIAP 2. A exceção foi o código W31 (puérpera ou “exame médico/avaliação de saúde - parcial – Gravidez” cuja decisão de uso para codificar “problemas” foi deliberada e se baseou na própria exceção à regra e possibilidade deste tipo de codificação

que o manual da CIAP2³¹ cita além da ausência de mapeamento através do *Tesouro do Transition Project*.

Analisando as tabelas 3 e 4, muitos “problemas” frequentes receberam os mesmos códigos (e conceitos) dos motivos da consulta. Esta é uma característica da atenção primária e Crombie²⁴ concluiu em seu emblemático estudo que em aproximadamente 50% das consultas não era possível estabelecer um claro diagnóstico. Weed já orientava desde 1968 para apenas registrar e rotular uma doença quando há clara “evidência”^{52,53}. É, portanto, correto escolher um sintoma ou sinal ou mesmo repetir as próprias palavras dos pacientes e códigos utilizados em motivos da consulta para descrever o “problema” enquanto se espera por um exame confirmatório, pela resolução ao longo do tempo, por uma maior definição do quadro ou por uma maior compreensão deste. De acordo com os princípios da prática da medicina de família e comunidade esta ação chama-se “demora permitida”^{100,101}. Se o registro fosse com base no modelo por episódio, provavelmente as repetições dos sintomas seriam, nestes casos, os diagnósticos formados no primeiro encontro antes da realização de outros testes ou mesmo de exercitar a “demora permitida” quando eles se diferenciariam após um período de observação ativa (“*watchful waiting*”). Segundo Kloetzel, a demora permitida é “a utilização do tempo como instrumento de trabalho” desde que “o médico esteja convencido que não está diante de uma urgência e que tenha uma idéia formada sobre o tempo que lhe é permitido esperar sem risco para o paciente”¹⁰⁰. Segundo o autor há remissão espontânea em 80 a 90% das situações apresentadas pelos pacientes e este dado é corroborado por estudos como de White e Green^{59,60}.

Mesmo considerando hipertensão, obesidade ou uso de tabaco como doenças, dentre os problemas mais freqüentes que representavam 50,4% das consultas (tabela 4), em apenas 31,6% (**62,6%** de 50,4%) foi possível estabelecer um diagnóstico. Considerando hipertensão, obesidade e uso do tabaco como fatores de risco este número cai para 20% (**39,6%** de 50,4%) o que é compatível com os resultados encontrados por outros diagnósticos de demanda^{56,57}. Desde o clássico estudo de Crombie²⁴ sabe-se que em menos de 50% das consultas é possível o estabelecimento de um diagnóstico claro de uma doença e que quando isto é possível, a anamnese é na maioria das vezes suficiente¹²⁷.

A discordância entre a frequência de alguns capítulos como “neurológico” e “digestivo” mostrada nas tabelas 5 e 6 demonstra que nem sempre pacientes e médicos concordam quanto à natureza do problema. Este é uma das razões da importância de se ter um generalista bem formado como primeiro contato exclusivo dos pacientes com o sistema de saúde para que o mesmo tenha êxito¹²⁸. Se os pacientes não conseguem avaliar adequadamente qual o órgão ou sistema está afetado, não devem poder escolher o especialista que irá abordar este problema pois diminui a eficiência do sistema de saúde. Se, por exemplo, um paciente com cefaléia frontal avalia que está com sinusite e tem na verdade enxaqueca, a probabilidade pré teste de se tratar de um problema otorrinolaringológico é baixa apesar da sua crença. Se este paciente procura um otorrinolaringologista direto, o valor preditivo da anamnese e exame físico deste profissional cai em relação a um paciente com maior probabilidade pré teste de um problema efetivamente otorrinolaringológico. Ortun e Gervas¹³⁵, utilizando esta lógica Bayesiana, ou seja “a influência da probabilidade pré teste no valor

preditivo”, exemplificam com números a importância do generalista como filtro para os sistemas de saúde: “Supondo, por exemplo, que os clínicos gerais aumentem a probabilidade da enfermidade dos pacientes encaminhados ao especialista de 1 a 10% e aceitemos que estes empregam provas com 95% de sensibilidade e 90% de especificidade. O valor preditivo positivo passa de 8,7 a 51,3% (Ortun e Gervas)¹³⁵

Outros dados da pesquisa como a variedade de capítulos entre os motivos da consulta e “problemas” mais freqüentes (tabelas 4 e 5) corroboram a necessidade de um generalista na porta de entrada do sistema de saúde. A tabela 24 mostra que gestantes têm também problemas não relacionados à gestação como abuso do tabaco, cefaléia e depressão. Uma pesquisa demonstrou recentemente que generalistas diagnosticam problemas não obstétricos mais frequentemente que ginecologistas quando fazem pré natal de baixo risco¹³⁶ reforçando a idéia do generalista sendo responsável por toda a demanda freqüente independente da faixa etária, sexo ou órgão afetado.

A combinação de voluntários com boa formação em medicina de família e comunidade e, conseqüentemente, habilitados ao registro adequado dos motivos da consulta e dos problemas e a utilização de apenas um codificador com conhecimento da CIAP2 provavelmente colaborou na alta qualidade dos dados. Esta não é a condição de outros estudos quando o próprio voluntário é o codificador e erros na codificação representam uma limitação importante para a análise dos dados. Por outro lado, a codificação na rotina de trabalho (após cada encontro) permite um grande número de consultas o que é importante para avaliar probabilidades pré-teste de problemas não tão freqüentes. Nesta pesquisa, com

5698 consultas analisadas apenas os motivos da consulta e problemas mais frequentes puderam ter os respectivos problemas e motivos da consulta avaliados (tabelas 15 - 20). Estes dados fornecem a probabilidade pré teste de determinados “problemas” e probabilidades pós teste de algumas queixas. Como já mencionado, a probabilidade pré teste interfere no valor preditivo positivo do exame e o conhecimento deste dados é de fundamental importância para técnica hipotético-dedutiva, que é a mais adequada para ser utilizada na clínica¹²⁷. Através destes dados sabemos que um paciente que procura uma unidade básica de saúde de Florianópolis com tosse ou febre tem mais de 35% de chance de ter infecção de vias áreas superiores diagnosticada enquanto que um paciente com febre tem uma probabilidade muito baixa de ter otite externa (o que faz sentido clinico) ou mastite puerperal (pela baixa freqüência).

Apesar de todo o ambiente propício a este tipo de pesquisa, alguns dados apresentaram baixa qualidade. Por exemplo, não há explicação fisiopatológica para se relacionar o diagnóstico de hipertensão com a queixa “dor de cabeça” e isto ocorreu em 7,7% das consultas em que este sintoma foi registrado (tabela 17). O médico voluntário provavelmente interpretou hipertensão como causa da dor de cabeça.

Dos pacientes com hipertensão como um dos problemas apontados, 29,9% tiveram outra comorbidade. Dos 18 voluntários que preencheram os dados de uma semana típica de trabalho (apêndice 8), seis utilizavam o modelo de agenda verticalizada e 12 o modelo livre (quando qualquer paciente pode agendar consulta para qualquer horário). Pacientes são “sistemas complexos” e frequentemente procuram os serviços de saúde por mais de um motivo. Muitas

vezes a “verdadeira” razão não é o fator de risco ou a doença crônica conhecida, como hipertensão, mas algo novo (por exemplo, paciente hipertenso agenda consulta no período reservado para hipertensos mas a queixa é lombalgia). Estas informações sugerem que a organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família deveria evitar a “verticalização”, ou seja, agendamento para pacientes pertencentes a grupos de risco como diabéticos e hipertensos porque limitaria a abordagem de queixas espontâneas bem como uma prática clínica mais aprofundada. Além disso, desta forma foca-se apenas nos grupos de risco populacionais e se esquece dos indivíduos em risco. Geoffrey Rose demonstrou que a estratégia da prevenção com base em populações de “alto risco” traz desvantagens e não é suficiente^{91,92}. Um paciente normotenso pode ter mais risco de doença cardiovascular que um hipertenso dependendo de outros fatores. Além disso, o maior preditor de uma doença é ter tido um quadro semelhante, porém mais fraco da mesma doença, como, por exemplo, no caso de acidente vascular cerebral. Desta forma, ter agenda reservada para hipertensos pode significar que uma pessoa que não é hipertensa nem diabética mas apresenta sangramento anal ou outra que também não é hipertensa porém teve um acidente vascular cerebral não consigam consulta embora o risco individual destas situações seja alto. Com base nestes e em outros dados disponíveis¹⁰⁷ apenas dois grupos populacionais deveriam ter uma agenda protegida: gestantes e crianças recém nascidas. A verticalização estimula a adaptação dos pacientes ao modo de trabalhar das unidades básicas de saúde e à acomodação do processo de trabalho mais do que a criação de um ambiente propício à prevenção de doenças e promoção à saúde.

Os dados obtidos sobre os encaminhamentos de pacientes mostram diferenças com estudos anteriores. Segundo os registros da pesquisa 12,56% do total de pacientes foram encaminhados enquanto Takeda encontrou 9%⁶⁴. Dados oficiais da Assessoria de Desenvolvimento Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis envolvendo os médicos do Programa Saúde da Família de Unidades Básicas de Saúde informatizadas indicam 8,65% de pacientes encaminhados em relação ao total atendido de Julho de 2007 a Junho de 2008. A diferença pode estar relacionada ao matriciamento (supervisão) feito por alguns especialistas como geriatras, psiquiatras e pediatras cujos encaminhamentos não são computados em muitas unidades, pois, nestes casos, as equipes podem usar um agendamento interno, ou seja, não são computados pelo registro da Secretaria de Saúde, porém, o pesquisador-voluntário computou no formulário como paciente encaminhado. Na cidade de Florianópolis há matriciamento de pediatria, ginecologia, geriatria e psiquiatria. Estas especialidades juntas foram responsáveis por 12,4% de todos os encaminhamentos o que é suficiente para explicar a diferença de 5% nos dados da pesquisa e da Secretaria de Saúde. Há de certa forma um consenso que os encaminhamentos feitos pelo médico de família e comunidade não devem passar de 20%⁶⁴ em hipótese alguma sendo que em muitos países da Europa esta taxa não passa de 5%¹²⁸.

A oftalmologia foi a especialidade mais requisitada e sozinha foi responsável por 19,35% dos encaminhamentos refletindo a política brasileira de proibir a atuação de optometristas sem supervisão médica e o acesso dificultado a lentes corretivas. Segundo os dados holandeses, encaminhamentos ao “cirurgião ocular” representam apenas 8,2% do total de encaminhamentos sendo esta apenas a

quarta especialidade mais requisitada atrás de cirurgia, dermatologia e otorrinolaringologia.

Outro importante dado para ser analisado em atenção primária é a comorbidade^{102,103}. Ela é responsável por considerável impacto na saúde individual e no raciocínio clínico sendo o principal motivo de grande parte dos encaminhamentos aos especialistas ao invés de doenças ou problemas isolados¹⁰². O “problema” mais comum dentre os pacientes encaminhados foi hipertensão. É possível inferir que em grande parte destes encaminhamentos, a hipertensão em si não foi o real motivo, mas sim uma das comorbidades. Como comentado na seção resultados, o formulário (apêndice 6) não estabelece uma conexão direta entre as perguntas 7 (“problemas”) e 8.a (referenciamento para especialista médico) como faz entre os campos 6 e 7. Desta forma não há como saber precisamente qual dos “problemas” gerou o encaminhamento. Algumas vezes “problemas” de naturezas diversas geram um encaminhamento. Por exemplo, um paciente diabético com queixa de “dificuldade para enxergar” pode gerar um encaminhamento ao oftalmologista pelos dois “problemas” sendo difícil a análise dos dados de forma fragmentada. Dos 716 pacientes que tiveram pelo menos um encaminhamento a um especialista médico, 388 tinham pelo menos dois problemas registrados, ou seja, mais de 50% dos pacientes encaminhados tinham alguma comorbidade. Dentre os 4958 não encaminhados 1748 tinham comorbidades, ou seja, aproximadamente 35%, sugerindo que a presença de comorbidade facilita o encaminhamento.

Analisando a tabela 27, é possível observar que com exceção de “outras perturbações visuais”, “erro de refração” e “estrabismo”, o restante são problemas

cujo manejo deve ser também realizado pelo médico de família ou clínico geral. Duas conclusões são possíveis. Primeiro estes problemas podem representar encaminhamentos equivocados, ou seja, que não deveriam ter sido realizados mas esta hipótese não deve se aplicar de maneira geral já que o número de encaminhamentos se encontra dentro do aceito para a atenção primária. A hipótese mais plausível é que o problema ou o diagnóstico não é o principal motivo do encaminhamento. Ou trata-se de uma comorbidade e o motivo real era um outro problema assinalado ou a somatória dos problemas direciona o profissional da atenção primária ao encaminhamento. Toda a complexidade dos pacientes não pode ser traduzida na forma de uma rubrica ou código mesmo com o melhor sistema de classificação que possa ser desenvolvido. Apenas com estes dados não é possível ter uma visão mais aprofundada e tridimensional de cada paciente que foi encaminhado e, muito provavelmente, este ato acontece por um conjunto de fatores como comorbidades que interagem, desejo e insistência do paciente pelo encaminhamento, agravamento de uma condição crônica que o mesmo profissional vem tentando resolver há algum tempo, expectativa elevada com relação ao que o sistema de saúde pode oferecer, entre outros. Pacientes difíceis ou hiperutilizadores são melhor analisados em pesquisas qualitativas ou com desenho semelhante a esta mas utilizando o modelo por episódio que permite avaliar a continuidade do cuidado, porém requer um prontuário eletrônico bastante sofisticado para coletar dados durante o trabalho diário.

Com relação a prescrições, em apenas 26,6% das consultas nenhuma receita foi fornecida. Isto simboliza o ritual que é a consulta médica e o papel que médicos e pacientes representam. A sensação dos dois personagens não é muito

confortável quando nenhum papel é fornecido, o que ocorreu em 14,05% das consultas, pois este ato faz parte do ritual¹⁸. Mesmo quando o motivo da consulta foi medicina preventiva, em 33,8% das consultas houve prescrição de pelo menos um medicamento sendo 23,7% um medicamento novo. Este tipo de informação corrobora a argumentação de que o hábito de ir ao médico pode ser por si só “medicalizante” e práticas como puericultura, por serem desprovidas de qualquer evidência científica quanto ao benefício de consultas de rotina mais freqüentes¹²⁹, devem ser restritas a indivíduos em risco ou devem utilizar protocolos em que a visita ao médico seja realizada com moderação para que se evite a retroalimentação desta cultura. Os conceitos de assistência, prevenção e promoção à saúde estão muito emaranhados na atenção primária o que gera uma série de distorções. É importante conceituar promoção à saúde (o conceito de prevenção já foi discutido anteriormente). Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde¹³⁷ este termo é definido como “mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida”. Portanto todas as ações realizadas nas unidades de saúde, inclusive atendimento de urgência, quando feitas coordenadas e com qualidade são promotoras de saúde. Já o Descritor em Ciências da Saúde da Bireme¹²⁴ utiliza a Carta de Ottawa como referência: “Promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar

físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país. (Ottawa Charter 1986)".

Durante a assistência, compreendida como atendimento individual, se faz prevenção e promoção à saúde. Por outro lado, não são apenas puericultura, pré natal, coleta de preventivo de câncer de colo uterino ou recomendações como do uso da camisinha inseridas em uma consulta qualquer, práticas assistenciais consideradas de caráter preventivo. A escuta qualificada de uma queixa como lombalgia ou a tranquilização de um paciente com infecção de vias áreas superiores que imagina ter uma doença grave também são práticas preventivas e promotoras da saúde. Tratar a dor de um paciente amputado é considerado prevenção terciária¹⁰⁹ enquanto evitar encaminhamentos desnecessários é considerado prevenção quaternária⁵⁴. Sabe-se hoje que se os profissionais médicos fossem se dedicar apenas as ações consideradas prevenção primária e secundária e suportadas por evidência científica como recomendações ao uso de capacete ou medição da pressão arterial, gastariam 7,4 das 8 horas de trabalho¹³⁰. Apenas 30 minutos do dia seriam dedicados a escuta do paciente e à prevenção terciária e quaternária que são aquelas praticadas quando há enfermidade ou "mal estar" (figura 5). À excessiva dedicação às medidas de prevenção primária e secundária foi designado o termo "pornoprevenção" em um artigo espanhol¹³¹. Alguns renomados autores como Barbara Starfield, Juan Gervas e Iona Heath têm chamado a atenção da comunidade científica

internacional para esta confusão epistemológica que acaba desviando o conceito de prevenção de um caminho promissor para algo burocratizado e distante das necessidades dos pacientes^{132,133,134}.

Outra confusão freqüente no Brasil é acusar consultas de urgência, de mesmo dia ou acolhimento como de “menor qualidade”. Para este debate é necessária uma definição conceitual:

- Acolhimento: segundo Tulio Franco e colaboradores¹³⁸, poderia ser sistematizado em 3 princípios: atender todas as pessoas que procuram a unidade, reorganizar o trabalho para que o mesmo se desloque do médico para a equipe multiprofissional, qualificar a relação trabalhador- usuário.
- Urgência e emergência: os conceitos de urgência e emergência foram estabelecidos a partir das definições consagradas de urgência e emergência hipertensiva. Emergência hipertensiva tem sido definida como situação de risco de vida que necessita de intervenção imediata enquanto que urgência hipertensiva é o quadro que necessita de intervenção nas próximas 24 horas¹³⁹. Porém não há uma definição clara dos termos urgência e emergência “senso lato” e os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) compilados pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme)¹²⁴ não tem o termo “urgência”. Segundo esta fonte, emergência é traduzida para o inglês como “emergencies” e para o espanhol como “urgências médicas” e descreve como sinônimo em português de “urgências” sendo que este termo não traz definição própria. Portanto, se os Descritores de Ciências da Saúde for aceito como “oficial” os termos urgências e emergências são sinônimos e

definidos como “situações ou condições que possuem uma alta probabilidade de desativar ou trazer consequências imediatas de risco de vida, ou necessitam primeiros cuidados ou outras intervenções imediatas”¹²⁴.

- Demanda programada e espontânea: demanda “é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar do atendimento recebido”¹⁴⁰. O termo “espontânea” tem sido usado para os pacientes que procuram a unidade sem uma atividade (individual ou coletiva) agendada ou pré-definida enquanto que “programada” seriam todas as ações que estão previstas antes de acontecerem. São conceitos que trazem imperfeições pela própria terminologia adotada já que mesmo as ações programadas também são espontâneas na maioria das vezes.

Não há uma linha divisória clara entre o que deve ser atendido imediatamente e o que pode esperar algumas horas ou dias. A percepção do paciente e da equipe quanto à “demora permitida” são frequentemente conflitantes. Uma das características do trabalho do médico de família e comunidade é aproveitar toda oportunidade para se praticar prevenção (as quatro modalidades) e promoção à saúde. Isto vale também para consultas de mesmo dia. Portanto, se não há uma divisão conceitual e epistemológica rígida entre consultas de mesmo dia ou urgências e demanda programada, o ideal seria poder atender as demandas dos pacientes o mais rápido possível, ou seja, transformar todas as consultas em demanda espontânea, desde a avaliação de um quadro febril até a necessidade de renovação de prescrição. A dificuldade não é, portanto, epistemológica, mas sim organizativa e de agenda. Os dados da pesquisa

mostram que 38,6% das consultas eram de mesmo dia ou “acolhimento”, termo mais utilizado nas unidades básicas de saúde de Florianópolis durante o período pesquisado (tabela 29). O restante era agendado sendo que 25,5% por agenda livre, 34,1% através de “agendamento verticalizado” (hipertenso/ diabético, puericultura, gestante ou outro programa) e 1,7% visita domiciliar. Na Europa, mesmo em países com sistemas de saúde fortemente orientados para a atenção primária, as consultas não agendadas são responsáveis por até 90% do total de consultas ficando uma pequena parte para as programadas⁹⁹.

Este estudo tem algumas limitações. A primeira foi a dificuldade de codificar alguns termos e conceitos. O *Tesouro do Transition Project* disponível no CD Rom do ICPC-2-R⁷⁵ colaborou para a padronização externa. O codificador foi apenas o pesquisador principal que é representante do Brasil no Comitê Internacional de Classificação da WONCA (WICC). De qualquer maneira foi necessário estabelecer uma padronização interna para termos que suscitavam dúvidas (a lista completa está disponível no apêndice 12). O desenvolvimento de um *tesouro* melhor e mais apropriado para a terminologia utilizada no Brasil ou com uma padronização universal é um grande desafio para o WICC considerando as barreiras culturais e linguísticas.

A segunda limitação é a incerteza se o “problema” foi registrado de forma correta por cada voluntário. Não é possível, por exemplo, garantir que 8,5% dos pacientes que procuram o serviço com tosse tinham de fato pneumonia como mostra a tabela 16. A qualificação do profissional quanto ao raciocínio clínico, orientação adequada para preencher o formulário (ou o prontuário eletrônico ou o prontuário em papel) e treino suficiente para a codificação ajudam a minimizar a

possível má qualidade dos dados. Esta limitação, entretanto, não diminuiu a importância deste tipo de pesquisa que é a melhor maneira de se conhecer a demanda dos pacientes na atenção primária e as probabilidades pré-teste de cada problema de saúde. Grande parte dos estudos e livros escritos por internistas ou por outros especialistas trazem dados que não são condizentes com a realidade da atenção primária. Por exemplo, o livro “Medicina Interna” conhecido como “Harrison”¹⁰⁶ no capítulo de dor de cabeça não traz a prevalência de cada tipo de cefaléia ou mesmo a prevalência de cefaléias difíceis de serem enquadradas em um tipo específico. Estudos de prevalência e de demanda utilizando o local onde serão aplicados os resultados são úteis mesmo levando em consideração as limitações já citadas. É possível inferir, por exemplo, que dos pacientes que procuram os centros de saúde de Florianópolis com tosse, 39,4% recebem o diagnóstico de infecção de vias aéreas superiores (IVAS), 8,5% de pneumonia, 6,8% de asma, 5,9% de sinusite e 9,1% permanecem com o diagnóstico de tosse apenas. Estes dados são úteis para o raciocínio clínico.

A CIAP 2 tem também limitações quanto aos aspectos social e cultural. Estas características podem ser detectadas em outros dados que geralmente estão contidos nos prontuários ou mesmo nos formulários de pesquisa como idade, emprego, número de filhos, renda e poderia ser inadequado um único sistema de classificação cobrir todos os aspectos dos pacientes (poderia recorrer na mesma estratégia arriscada da CID 10 que tentou abranger além das causas de morte, todo campo da medicina)¹⁵. Porém a coincidência dos dados brasileiro, holandês e australiano^{33,56,57,64,97} quanto aos motivos e problemas mais frequentes pode não ser um bom sinal, ao contrário do que diz o senso comum. Quando

hipertensão e diabetes estão entre os 10 problemas mais frequentes e um dos motivos da consulta mais codificados é medicina preventiva (ou “*check up*”), pode-se deduzir que as pessoas treinam suas próprias queixas quando vão encontrar o médico e este processo é similar no mundo todo. Especialistas em antropologia médica como Cecil Helman¹⁸ e Arthur Kleinman estudam este fenômeno sendo que Kleinman desenvolveu o modelo explanatório¹⁹ para lidar com este tipo de dificuldade. A CIAP, assim como os médicos de família, deveria ser culturalmente competente para colaborar no processo de expor os segredos dos pacientes e das populações dentro dos seus próprios contextos. Além da estruturação com base em episódios, o modelo explanatório pode ser um bom guia para a evolução contínua pela qual deve passar a CIAP. O modelo de Kleinman sugere entender não apenas “porque o paciente procurou o médico” (motivo da consulta na sua forma crua), mas também o ponto de vista do paciente em relação a outros aspectos como “por que isto aconteceu?”, “por que isto aconteceu com ele/ ela?”, “por que agora?”, “o que aconteceria com ele/ela se nada fosse feito com relação a este problema?”, “qual o efeito sobre as outras pessoas se nada for feito?” e “o que ele/ela devem fazer?”.

Outra forma estruturada de compreender a enfermidade (do ingles “*illness*”) e o motivo da consulta aprofundadamente pode ser a regra mnemônica FIFE descrita na metodologia da medicina centrada na pessoa¹⁰¹. Segundo este método, o primeiro passo de uma consulta de um médico de família e comunidade ou clinico geral é explorar tanto a doença (“*disease*”) quanto a enfermidade (“*illness*”). Para isto além das perguntas da anamnese tradicional como “o que você sente”, “há quanto tempo” ou “para onde irradia a dor”, é importante

compreender as alterações na **Função**, as **Idéias**, os **Sentimentos** (“feelings”) e as **Expectativas** dos pacientes. Em síntese, o motivo da consulta deveria ser melhor trabalhado. A maneira que os médicos de família e os generalistas vêm explorando o motivo da consulta avalia apenas “o aspecto da doença contido nas queixas” e o equívoco original é admitir que os pacientes trazem sempre a “enfermidade” com toda sua complexidade. Isto definitivamente não é verdade mesmo para habitantes de pobres vilas africanas, latinas americanas e asiáticas porque os pacientes traduzem seus sentimentos em termos médicos. A CIAP pode ser enxergada, de certa forma, como um instrumento ocidental, ainda centrado na doença e culturalmente incompetente.

Outra possibilidade é que a CIAP reflita a limitação da prática médica que não consegue aprofundar a abordagem como sugere a medicina centrada na pessoa e a antropologia médica. Um exemplo é o código _26 e _27 reservado em todos os capítulos da CIAP para “medo de câncer” e “medo de outra doença”. A somatória das vezes que estes códigos aparecem na pesquisa em “problemas” é responsável por 0,27% do total e nos motivos por 0,36%. Este é um conceito pouco utilizado, pois, apesar de muitas vezes o paciente relatar um sintoma, a real preocupação é o medo de alguma doença e a CIAP é uma ferramenta que pode proporcionar uma melhor exploração da “agenda oculta”. Por exemplo, um paciente procura a unidade básica de saúde com febre e tosse, ou seja, um quadro compatível com infecção de vias áreas superiores, mas a esposa está grávida e tem medo que o problema do marido seja rubéola. Os motivos da consulta registrados poderiam ser “febre”, “tosse” e “medo de doença congênita”

enquanto que os “problemas” poderiam ser “infecção de vias aéreas superiores” e “medo de doença congênita”.

Observando os CIDs 10 mais frequentes em Florianópolis durante o mesmo período (apêndice 14), é possível concluir que houve grande compatibilidade com os dados obtidos pela pesquisa e codificados através da CIAP 2 (tabela 4) embora os dados relativos a CID 10 correspondam a todas as unidades básicas de saúde de Florianópolis. Os 30 CIDs 10 mais frequentes representam 14,50% das consultas enquanto os 30 “problemas” mais codificados segundo a CIAP 2 na pesquisa dizem respeito a mais de 50% das consultas. Esta diferença pode ter ocorrido por causa da dupla codificação para o mesmo conceito pela CID 10, o que acarreta em perda de dados e a impressão que há mais variedade de problemas diagnosticados.

XI. Conclusão:

O principal objetivo desta pesquisa foi descrever a demanda dos pacientes e a frequência de cada problema diagnosticado por generalistas/ médicos de família em unidades básicas de saúde de Florianópolis. O desenho do estudo usou majoritariamente o modelo de encontro pelas limitações que a pesquisa com os formulários de papel encontram para avaliar a continuidade do cuidado como exige o modelo com base em episódios. Porém, o estudo levou em consideração os três principais aspectos do trabalho de um episódio: motivos da consulta, “problemas” e intervenções. O foco foi nos dois primeiros, sendo que a relação entre a intervenção e o retorno do paciente para dar continuidade ao mesmo episódio não pode ser avaliada. Outros objetivos foram testar esta metodologia, avaliar as principais comorbidades e mensurar as probabilidades pré-teste de algumas condições freqüentes em atenção primária.

A metodologia utilizada, apesar de relativamente simples, pois requer apenas um formulário em papel, permitiu cumprir todos os objetivos propostos e se mostrou bastante útil e replicável. Foi possível estabelecer as probabilidades pré-teste dos problemas de saúde mais prevalentes e, se o número de consultas avaliado fosse ainda maior, haveria a possibilidade de mensurar mais probabilidades pré-teste de problemas de saúde ou doenças não tão freqüentes. O mesmo se pode dizer para as comorbidades.

A CIAP 2 não deve ser uma mera alternativa a CID 10 que, mesmo sendo criticada quando usada como classificação na atenção primária, permanece importante como uma nomenclatura mundialmente aceita para a codificação de

problemas de saúde referenciados para outros níveis de atenção. A CIAP tem o potencial de induzir o trabalho do médico de família ou generalista e o conseqüente registro da abordagem orientada em “problemas” e da estruturação do tipo “SOAP”. Desta forma, a CIAP colabora muito para que se abandone a tendência de tentar enquadrar cada paciente em uma doença, permitindo que se use a “demora permitida” enquanto os sintomas permanecem inespecíficos. Finalmente a CIAP é adequada para o trabalho por episódio que envolve a mudança permanente da manifestação e do rótulo dos problemas de saúde ao longo do tempo (longitudinalidade). É, portanto, uma ferramenta dinâmica e muito útil para a difícil tarefa de proteger os pacientes de diagnósticos precipitados e suas conseqüentes intervenções perigosas e desnecessárias.

Este estudo contribuiu para o conhecimento da demanda e dos problemas de saúde das pessoas que vivem em Florianópolis, Santa Catarina. É também um instrumento que pode guiar as autoridades locais de saúde para o desenvolvimento de uma estratégia de desenvolvimento profissional continuado. Se implementado no prontuário eletrônico, por meio do modelo de episódio de cuidado, permitirá analisar mais profundamente as primeiras manifestações das doenças e mensurar a probabilidade pré-teste de cada problema que ocorre com alguma freqüência na atenção primária, bem como responder a pergunta “qual a primeira e mais comum manifestação inespecífica de cada doença?”. Este tipo de informação é muito importante para algumas doenças como câncer e é definitivamente crucial para guiar o raciocínio clínico.

São necessários mais dados coletados no ambiente da atenção primária. Nenhum dado baseado no modelo de episódio está disponível na realidade

brasileira e este é o primeiro estudo que analisa motivos da consulta e “problemas” de maneira inter-relacionada. Cada unidade básica de saúde é um potente campo de pesquisa e uma característica fundamental que cada médico de família ou generalista deve ter é a capacidade de produzir seus próprios dados e analisá-los. Muitas cidades brasileiras como São Paulo, Belo Horizonte, Aracajú, Curitiba, Campo Grande e Florianópolis estão em diferentes fases de implementação de sistemas informatizados que exigem prontuários eletrônicos. Ao contrário do que se imagina, o mais importante não é o “*hardware*” mas sim o “*software*” que será utilizado e que não pode em hipótese alguma ser o mesmo dos hospitais. Ele precisa ser adequado às necessidades de quem vai utilizar e integrar ferramentas que ajudam no processo de trabalho e na análise dos dados.

A medicina de família e comunidade e a clínica geral são uma disciplina acadêmica como Ian Mc Whinney e outros autores defendem há mais de 40 anos. Os 30 problemas mais freqüentes listados na tabela 4 envolvem 13 diferentes capítulos da CIAP com regular distribuição entre eles (1 a 4 problemas por capítulo). Se cada órgão ou sistema pertencesse a um especialista focal, seriam necessários ao menos 13 especialistas em cada unidade básica de saúde. A clínica geral não abrange todo campo da medicina, mas essencialmente os problemas de saúde mais prevalentes e inespecíficos. A CIAP 2 é uma importante contribuição dos generalistas para que os sistemas de saúde possam sistematizar melhor e devolver aos profissionais e pacientes grande parte das informações trocadas no dia a dia da atenção primária à saúde.

XII. Referências:

1. Kühlein T; Laux L; Gutscher A; Szecsenyi J. Continuous Morbidity Registration Epidemiologic Network. Poster session presented at: Wonca International Classification Committee Annual Meeting; 2007 Sep 18; Dunedin, New Zealand
2. Borges JL. O idioma analítico de John Wilkins. In: Borges JL. Outras inquisições. São Paulo: Companhia das Letras; 2007. P. 121-126.
3. Wikipedia [home page on the Internet]. US: Wikimedia Foundation, Inc. 2001. [updated 2008 Sep 20; Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em http://en.wikipedia.org/wiki/John_Wilkins
4. Wikipedia [home page on the Internet]. US: Wikimedia Foundation, Inc. 2001. [updated 2008 Oct 22; Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em http://en.wikipedia.org/wiki/An_Essay_towards_a_Real_Character_and_a_Philosophical_Language
5. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 1997.
6. McWhinney IR. Why are we doing so little clinical research? Part 1: Clinical descriptive research. - Canadian Family Physician. 2001 Sep; 47: 1701-2.
7. Okkes IM, Lamberts H. Classification and the domain of family practice. In: Jones R, ed. The Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford: Oxford University Press, 2003. Vol 1: 139-52.

8. Cimino JJ. Desiderata for controlled medical vocabularies in the twenty-first century. *Methods of Information in Medicine*. 1998; 37: 394–403.
9. Bentzen, N. (Ed) *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegering; 2003
10. Bowker GC, Star SL. *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, MA: MIT Press; 1999.
11. Organização Mundial da Saúde. História do Desenvolvimento da CID. In. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume 2: Manual de Instrução. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. 8ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. P. 169-80
12. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99
13. Foucault M. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003
14. Latour B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Tradução de Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994
15. Laurenti, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev. Saúde Pública*, Dez 1991; 25 (6): 407-17
16. Madden R, Sykes C, Ustun TB. World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose [monograph on

- the Internet]. World Health organization; 2008 [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/en/FamilyDocument2007.pdf>
17. Latour, B. The pasteurization of France. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988
 18. Hellman C G. Culture, Health and Illness. 4th ed. New York, Oxford University Press; 2001
 19. Kleinman A. Patients and healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley and Los Angeles, University of California Press; 1981."
 20. SNOMED CT [Homepage na Internet] International Health Terminology Standards Development Organization [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: <http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/>
 21. CAP.org [Homepage na Internet] College of American Pathologists [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: http://www.cap.org/apps/cap.portal?_nfpb=true&cntvwrPtlActionOverride=%2Fportlet%2FcontentViewer%2Fshow&_windowLabel=cntvwrPtl%7BactionForm.contentReference%7D=snomed%2FhistPersp.html&_state=maximized&_pageLabel=cntvwr
 22. De Lusignan S. Codes, classifications, terminologies and nomenclatures: definition, development and application in practice. A theme of the European Federation for Medical Informatics Primary Care Informatics Working Group (EFMI PCI WG). Informatics in Primary Care. 2005;13:65–9

23. Classification Committee. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA). International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-Defined). 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, Oxford; 1983
24. Crombie DL. Diagnostic Process. J. Coll. Gen. Practit. 1963; 6: 579-89
25. White K. Introduction 3. In: Classification Committee. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA). International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2). 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, Oxford; 1979
26. Research Committee of the College of General Practitioners. "A classification of disease". J. R. Coll. Gen. Pract. 1959; 2: 140-59
27. Bentsen BG. Illness and general practice. A survey of medical care in an island population in South-East Norway. Oslo: Oslo University Press; 1970 "
28. Bridges-Webb C. Classification of disease in general practice. Paper presented at the International Workshop on General Practice Research, Melbourne, 1972
29. Westbury RC. A plan to develop an international classification of disease in family medicine. Paper presented at the International Workshop on General Practice Research, Melbourne, 1972
30. Sive P, Spencer T. Classification for cooperative morbidity survey, Unpublished, 1972

- 31.The WONCA International Classification Committee. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA). International Classification of Primary Care (ICPC-2-R). 2nd ed. Revised. Oxford: Oxford University Press; 1998
- 32.The WONCA International Classification Committee. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA). International Classification of Primary Care (ICPC-2-R). 2nd ed. Revised. Oxford: Oxford University Press; 1998, p 2
- 33.Lamberts H, Meads S, Wood M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new system. Public Health Report 1984;99:597-605
- 34.Meads S. The WHO Motivos da consulta Classification. Who Chronicle. 1983; 37 (5): 159-162
- 35.Lebrão, ML. Classificação internacional de motivos da consulta para assistência primária: testes em algumas áreas brasileiras. Rev. Saúde Públ. 1985; 19: 69-78
- 36.Classification Committee of World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA) in collaboration with Classification Committee of North American Primary Care Research Group (NAPCRG). International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC). Oxford University Press; 1986

37. Organização Mundial da Saúde. Como usar a CID. In. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume 2: Manual de Instrução. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. 8ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. P. 21-34
38. Cypress BK. Patients' Reasons for Visiting Physicians: National Ambulatory Medical Care Survey. Data De the National Health Survey Series 13, No. 56. United States, 1977-78
39. Meads S, McLemore T. The National Ambulatory Medical Care Survey: symptom classification. DHEW publication No. (HRA) 74-1337. Health Resources Administration, Rockville, 1974
40. Schneider D, Appleton L, McLemore T. A reason for visit classification for ambulatory care. Vital and Health Statistics, Series 2, No. 78. DHEW publication No. (PHS)78-1352. National Center for Health Statistics, Hyattsville, 1978
41. Schneider D. An ambulatory classification system: design development and evaluation, Hlth Serv. Res. 1979; 14:77-8."
42. Schneider D. et al. A reason for visit classification for ambulatory care. Vital Hlth Statist. 1979; Ser. 2 (78)
43. International classification of procedures in medicine. World Health Organization, Geneva, 1978

44. North American Primary Care Research Group. A process code for primary care (NAPCRG-1). International field trial version. North American Primary Care Research Group, Richmond, 1981
45. Tindall HL, et al. The NAPCRG process classification for primary care. *J Fam Pract.* 1981; 12: 309-318
46. World Health Organization. Psychological factors affecting health assessment, classification and utilization workshop. Report of the World Health Organization on the conference at Bellagio, Italy, Nov. 6-10, 1979. Paper No. MNH 80. World Health Organization, Geneva, 1980
47. Tenney J, White K, Williamson J. National Center for Health Statistics: National Ambulatory Medical Care Survey, background and methodology, United States, 1967-72. *Vital and Health Statistics. Series 2-No. 61.* DHEW Pub. No. (HRA) 74-1335. Health Resources Administration. Washington. U.S. Government Printing Office, Apr. 1974
48. Meads S, McLemore T. National Center for Health Statistics: National Ambulatory Medical Care Survey: Symptom classification.. *Vital and Health Statistics. Series 2-No. 63.* DHEW Pub. No. (HRA) 74-1337. Health Resources Administration. Washington. U.S. Government Printing Office, May 1974
49. Kupka K. International Classification of Diseases, ninth revision. *WHO Chron* 32: 219-225 (1978)
50. Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press; 1987

51. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, eds. The International Classification of Primary Care in the European Community: with Multi-Language Layer. Oxford: Oxford University Press; 1993
52. Weed LL. Medical records, medical education and patient care. Cleveland: Case Western Reserve University Press; 1969
53. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med. 1968;278:593-600, 652-7
54. Jamouille M, Roland M. Champs D'action, gestion de l'information et forms de prevention Clinique en medicine generale et de famille. Louvain Med. 2003;122: 358-365
55. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998
56. Britt H, Miller GC, Charles J, Henderson J, Bayram C, Harrison C, Valenti L, Fahridin S, Pan Y, O'Halloran J. General practice activity in Australia 1998–99 to 2007–08: 10 year data tables. General practice series no. 23. Cat. no. GEP 23. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2008. "
57. Okkes IM, Oskam SK, Van Boven K, Lamberts H. EFP. Episodes of care in Dutch Family Practice. Epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care (ICPC) in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). In: Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. ICPC in the Amsterdam Transition Project. [CD-Rom]. Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine; 2005

- 58.Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Episode of Care: A Core Concept in Family Practice. J Fam Pract. 1996;42:161-7
- 59.White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92
- 60.Green LA, Fryer Jr. GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med. 2001; 344 (26): 2021-5
- 61.Soler J-K, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. Fam Pract. 2008 Aug;25(4):312-7
- 62.Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. Longitudinal research in general practice. The importance of including both patients' and physicians' perspectives on medical events. Scand J Prim Health Care 1993;11 (Suppl 2):42-8
- 63.Hoffmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary care (ICPC): new applications in research and computer based patient records in family practice. Fam. Pract. 1996; 13:294-302
- 64.Takeda S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 76-87
- 65.Lindberg D, Humphreys B, McGray A. The Unified Medical Language System. Method of Information Medicine. 1993; 34: 281–91 "
- 66."Unified Medical Language System (UMLS) Knowledge Sources, 12th edn. Hyattsville: US Department of Health and Humans Services, National Institutes of Health, National Library of Medicine; 2001

67. Lamberts H, Magruder K, Pincus HA, Kathol R, Okkes IM. The Classification of Mental Disorders in Primary Care. A guide through a difficult terrain. *Int J Psych Med*. 1998;28:159-75."
68. Cosgrove L, Krinsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L. Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychother Psychosom* 2006;75:154–160
69. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet*. 2007 Sep 8;370 (9590) :859-77
70. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32-7
71. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume 2: Manual de Instrução. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008
72. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM IV- TR-TM. 4ªed. Porto Alegre: Artmed; 2002
73. CID-10. Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários/OMS. Porto Alegre: Artmed; 1998
74. WHO Collaborative Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2008. Oslo, 2007

- 75.Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. ICPC in the Amsterdam Transition Project. CD-Rom. Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine; 2005
- 76.Lamberts H, Okkes I. A perspective de family medicine on the classification of mental disorders. In: López-Ibor JJ, Lieh-Mak F, Visotsky HM, Maj M. One World, One Language: Paving the Way to Better Perspectives for Mental Health. Proceedings of the X World Congress of Psychiatry. Seattle etc: Hogrefe & Huber, 1999: pp.113-6
- 77.Van der Horst F, Metsemakers J, Vissers, F. The Reason-for-encounter mode of the ICPC: reliable, adequate, and feasible. Scand. J. Prim. Health Care. 1989;7:99-103
- 78.Hofmans-Okkes IM. An international study into the concept and validity of the Motivos da consulta. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, eds. The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford: Oxford University Press, 1993: pp.34-44
- 79.DataSus [Homepage na Internet] Departamento de Informática do SUS [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
- 80.Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde; 1994
- 81.Brasil, Ministério da Saúde. Saúde da Família, uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde/ Departamento de Assistência e Promoção da Saúde/ Coordenação de Saúde da Comunidade; 1996

82. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 4.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003
83. Radaelli, SM et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. Rev. Saúde Publ., S. Paulo, 24:232-40, 1990
84. Faleiros, JJ. et al. Motivos da consulta mais freqüentes e utilização em um serviço de atenção primária à saúde. Rev. Ass. méd. R.G. Sul, 29: 297-300, 1985
85. Lopes, JM. et al. Diagnósticos mais comuns no serviço de medicina geral e comunitária, Unidades de Medicina de Família, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, 1983. Rev. Ass. méd. R. G. Sul, 29: 301-6, 1985
86. Muller, C. et al. Estudo da composição da demanda de uma unidade sanitária da Grande Porto Alegre. Rev. Hosp. Clin., 32: 77-80, 1988
87. Takeda S et al. Estudo dos motivos da consulta em uma vila na periferia de Porto Alegre. Rev. Ass. méd. R. G. Sul, 29: 231-8, 1985.
88. Goulart F. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro, ENSP/ Fiocruz; 2002
89. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J. Epidemiol. Community Health 2008;62:580-583
90. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2): 205-18

91. Rose G. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 1985, 14: 32–38
92. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1992
93. Rumel D, Toscano CM, Mengue SS, Duncan BB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 59-68
94. IBGE [Homepage na Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&paginaatual=1&uf=42&letra=F>
95. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis [Homepage na Internet] Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis [Acesso em 2007 Jun 14]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>
96. DAB [homepage na Internet] Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. [Acesso em 14 de Jun de 2007]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php
97. Britt H, Miller GC, Knox S, Charles J, Pan Y, Henderson J, Bayram C, Valenti L, Ng A, O'Halloran J. *General practice activity in Australia 2004–05*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2005

98. Global Family Doctor [Homepage na Internet]. WONCA. [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/pagers/icpc2-portuguese.pdf>
99. Forster AC. Estudo sobre a formação em atenção primária e medicina de família no curso de medicina da Universidade Autônoma de Madrid, Espanha, 1999/2000. [Tese de Livre Docência]. Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo; 2004
100. Kloetzel K. O Diagnóstico Clínico: Estratégias e Táticas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 131-42
101. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 2nd. Abingdon, Radcliffe Medical Press; 2003. "
102. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the Use of Primary and Specialist Care in the Elderly. Ann Fam Med 2005;3:215-222
103. Gervas J, Santos I. A complexidade da comorbidade. Rev Port Clin Geral 2007;23:181-89
104. Machado, MH (coord.). Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e Grandes Regiões: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000
105. EPSM [Homepage na Internet] Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. NESCON/ FM/ UFMG. [Acesso em 30 de Out de 2008].

Disponível

em:

<http://www.observarh.org.br/epsm/interna.php?c=publicacoes>

106. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Harrison: Medicina Interna. 13ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1995.
107. The Royal Australian College of General Practitioners 'Red Book' Taskforce (Harris M, Bailey L, Bridges-Webb C, Furler J, Joyner B, Litt J, Smith J, Zurynski Y). Guidelines for preventive activities in general practice. 6th edition. South Melbourne: RACGP; 2005
108. Lamberts H, Woods M. The birth of the International Classification of Primary Care (ICPC). Serendipity at the border of Lac Léman. Family Practice. 2002; 19: 433-435.
109. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. McGraw-Hill do Brasil, São Paulo; 1976
110. Grcenlick MR. Episodes of care classification. In: Grady ML, ed. Primary care research: theory and methods. Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research, 1991.
111. Hornbrook MC, Hurtado RV, Johnson RE. Health care episodes. Definition, measurement and use. Med Care Rev 1985; 42:163- 218
112. Cjlon JA, Feeney JJ, Jones SH, Rigg RD, Shcps CG. Delineating episodes of medical care. Am J Public Health 1967; 57:401-8
113. Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM. International primary care classifications: the effect of fifteen years of evolution. Fam Pract 1992;9:330-9

114. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1970;1(5707):439-43
115. Sampaio MMA, Coeli CM, Miranda NN, Faerstein E, Werneck GL, Chor D, Lopes CS. Confiabilidade interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):536-41
116. Letrilliart L, Guiguet M, Flahault A. Reliability of report coding of hospital referrals in primary care versus practice-based coding. *Eur J Epidemiol*. 2000;16(7):653-9
117. CDC [Homepage na Internet] National Center for Health Statistics (Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/ahcd/ahcd1.htm#Survey%20Methodology>
118. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006
119. Sampaio MMA. Avaliação da Classificação Internacional de Cuidados Primários na codificação dos motivos de interrupção de atividades habituais no Estudo Pró-Saúde [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006
120. Lamberts H, Meads S, Wood M. Results of the international field trial with the Reason for Encounter Classification. *Soz Präventivmed*. 1985;30(2):80-7

121. Buchalla CM. Das listas de mortalidade à qualidade de vida: a trajetória das classificações relacionadas à saúde. [Tese de Livre Docência]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006
122. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume 1. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008
123. Laurenti R, Buchalla CM. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à a saúde. Cad. Saúde Pública. 1999; 15(4): 685-700"
124. Descritores em Ciências da Saúde [Homepage na Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde. [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface_language=p&previous_page=home_page&previous_task=NULL&task=start
125. Ferramenta de Idiomas [Homepage na Internet]. Google. [Acesso em 24 de Out de 2008]. Disponível em: http://www.google.com.br/language_tools?hl=pt-BR
126. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e

Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

127. Bensenor IM. Avaliação do papel da anamnese, exame clínico e exames complementares no diagnóstico clínico de pacientes ambulatoriais. [Tese de Livre Docência]. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003
128. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002
129. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, Barry C, Byrom S, Elliman D, Marchant S, Mccandlish R, Mellows H, Neale C, Parkar M, Tait P, Taylor C, (2006) Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners
130. Yarnall KSK, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JLI. Primary care. Is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003;93:645-41
131. Verdú V. Pornoprevención. El País, 3 de mayo de 2003 (n.º 9.350); p. 29
132. Heath I. In defence of a National Sicknes Service. BMJ. 2007;334:19.
133. B Starfield, J Hyde, J Gérvas, I Heath. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health 2008;62:580–583


134. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure?
Lancet 2008; 372: 1997–99
135. Ortun V, Gervas J. Fundamentos y Eficiencia de la Atencion Medica
Primaria. Med Clin (Barc)1996; 106: 97-102
136. Coco A. How Often Do Physicians Address Other Medical Problems
While Providing Prenatal Care? Ann Fam Med 2009;7:134-138
137. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da
Saúde. 2006
138. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de
trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde
Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999
139. Furtado RG, Coelho EB, Nobre F. Urgências e emergências
hipertensivas. Medicina, Ribeirão Preto 2003; 36: 338-344
140. Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda
dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da
Integralidade. [Acesso em 4 de Jul de 2008]. Disponível em
http://www.lappis.org.br/media/artigo_roseni1.pdf

Apêndice 1: Rubricas da CIAP 2 sumarizadas

ICPC-2 – English

International Classification of Primary Care – 2nd Edition

Wonca International Classification Committee (WICC)



Process codes

-30 Medical Exam/Eval-Complete

-31 Medical Examination/Health Evaluation-Partial/Pre-on check

-32 Sensitivity Test

-33 Microbiological/Immunological Test

-34 Blood Test

-35 Urine Test

-36 Faeces Test

-37 Histological/Exfoliative Cytology

-38 Other Laboratory Test NEC

-39 Physical Function Test

-40 Diagnostic Endoscopy

-41 Diagnostic Radiology/Imaging

-42 Electrical Tracings

-43 Other Diagnostic Procedures

-44 Preventive Immunisations/Medications

-45 Observe/Educate/Advice/Diet

-46 Consult with Primary Care Provider

-47 Consultation with Specialist

-48 Clarification/Discuss Patient's RFE

-49 Other Preventive Procedures

-50 Medical-Serum/Respiratory/Infect

-51 Incise/Drain/Flush/Aspirate

-52 Excise/Remove/Biopsy/Destruction/Debride

-53 Instrument/Catheter/Intubate/Dilate

-54 Repair/Fixate-Suture/Cast/Prosthetic

-55 Local Injection/Infiltration

-56 Dress/Press/Compress/Tamponade

-57 Physical Medicine/Rehabilitation

-58 Therapeutic Counseling/Listening

-59 Other Therapeutic Procedure NEC

-60 Results Tests/Procedures

-61 Results Exam/Test/Record

-62 Administrative Procedure

-63 Follow-up Encounter Unspecified

-64 Encounter Initiated by Provider

-65 Encounter Initiated third person

-66 Refer to Other Provider (EXCL M.D.)

-67 Referral to Physician/Specialist/Clinic/Hospital

-68 Other Referrals NEC

-69 Other Reason for Encounter NEC

General and Unspecified

A

A01 Pain general/multiple sites

A02 Chills

A03 Fever

A04 Weakness/tiredness general

A05 Feeling ill

A06 Fainting/syncope

A07 Coma

A08 Swelling

A09 Sweating problem

A10 Bleeding/haemorrhage NOS

A11 Chest pain NOS

A13 Concern/fear medical treatment

A16 Irritable infant

A18 Concern about appearance

A20 Euthanasia request/discussion

A21 Risk factor for malignancy

A23 Risk factor NOS

A25 Fear of death/dying

A26 Fear of cancer NOS

A27 Fear of other disease NOS

A28 Limited function/disability NOS

A29 General symptom/complaint other

A70 Tuberculosis

A71 Measles

A72 Chickenpox

A73 Malaria

A74 Rubella

A75 Infectious mononucleosis

A76 Viral exanthem other

A77 Viral disease other/NOS

A78 Infectious disease other/NOS

A79 Malignancy NOS

A80 Trauma/injury NOS

A81 Multiple trauma/injuries

A82 Secondary effect of trauma

A84 Poisoning by medical agent

A85 Adverse effect medical agent

A86 Toxic effect non-medical substance

A87 Complication of medical treatment

A88 Adverse effect physical factor

A89 Effect prosthetic device

A90 Congenital anomaly OS/multiple

A91 Abnormal result investigation NOS

A92 Allergy/allergic reaction NOS

A93 Premature newborn

A94 Perinatal morbidity other

A95 Perinatal mortality

A96 Death

A97 No disease

A98 Health maintenance/prevention

A99 General disease NOS

Blood, Blood Forming Organs and Immune Mechanism

B

B02 Lymph gland(s) enlarged/painful

B04 Blood symptom/complaint

B25 Fear of aids/HIV

B26 Fear cancer blood/lymph

B27 Fear blood/lymph disease other

B28 Limited function/disability

B29 Sympt/compl lymph/immune other

B70 Lymphadenitis acute

B71 Lymphadenitis non-specific

B72 Hodgkin's disease/lymphoma

B73 Leukaemia

B74 Malignant neoplasm blood other

B75 Benign/unspecified neoplasm blood

B76 Ruptured spleen traumatic

B77 Injury blood/lymph/spleen other

B78 Hereditary haemolytic anaemia

B79 Congen. anem. blood/lymph other

B80 Iron deficiency anaemia

B81 Anaemia, Vitamin B12/folate def.

B82 Anaemia other/unspecified

B83 Purpura/coagulation defect

B84 Unexplained abnormal white cells

B87 Splenomegaly

B90 HIV-infection/aids

B99 Blood/lymph/spleen disease other

PROCESS CODES

SYMPTOMS/COMPLAINTS

INFECTIONS

NEOPLASMS

INJURIES

CONGENITAL ANOMALIES

OTHER DIAGNOSES

Digestive

D

D01 Abdominal pain/cramps general

D02 Abdominal pain epigastric

D03 Heartburn

D04 Rectal/anal pain

D05 Perianal itching

D06 Abdominal pain localized other

D07 Dyspepsia/indigestion

D08 Flatulence/gas/belching

D09 Nausea

D10 Vomiting

D11 Diarrhoea

D12 Constipation

D13 Jaundice

D14 Haematemesis/vomiting blood

D15 Melaina

D16 Rectal bleeding

D17 Incontinence of bowel

D18 Change faeces/bowel movements

D19 Teeth/gum symptom/complaint

D20 Mouth/tongue/lip symptom/compl.

D21 Swallowing problem

D23 Hepatomegaly

D24 Abdominal mass NOS

D25 Abdominal distention

D26 Fear of cancer of digestive system

D27 Fear of digestive disease other

D28 Limited function/disability (d)

D29 Digestive symptom/complaint other

D70 Gastrointestinal infection

D71 Mumps

D72 Viral hepatitis

D73 Gastroenteritis presumed infection

D74 Malignant neoplasm stomach

D75 Malignant neoplasm colon/rectum

D76 Malignant neoplasm pancreas

D77 Malign. neoplasm digest other/NOS

D78 Neoplasm digest benign/uncertain

D79 Foreign body digestive system

D80 Injury digestive system other

D81 Congen. anomaly digestive system

D82 Teeth/gum disease

D83 Mouth/tongue/lip disease

D84 Oesophagus/PVD

D85 Duodenal ulcer

D86 Peptic ulcer other

D87 Stomach function disorder

D88 Appendicitis

D89 Inguinal hernia

D90 Hiatus hernia

D91 Abdominal hernia other

D92 Diverticular disease

D93 Irritable bowel syndrome

D94 Chronic enteritis/ulcerative colitis

D95 Anal fissure/perianal abscess

D96 Worms/other parasites

D97 Liver disease NOS

D98 Cholecystitis/cholelithiasis

D99 Disease digestive system, other

Eye

F

F01 Eye pain

F02 Red eye

F03 Eye discharge

F04 Visual floaters/spots

F05 Visual disturbance other

F13 Eye sensation abnormal

F14 Eye movements abnormal

F15 Eye appearance abnormal

F16 Eyelid symptom/complaint

F17 Glasses symptom/complaint

F18 Contact lens symptom/complaint

F27 Fear of eye disease

F28 Limited function/disability (f)

F29 Eye symptom/complaint other

F70 Conjunctivitis infectious

F71 Conjunctivitis allergic

F72 Pharyngitis/stye/chalazion

F73 Eye infection/inflammation other

F74 Neuropathy of eye/adnexa

F75 Conjunctivitis/haemorrhage eye

F76 Foreign body in eye

F79 Injury eye other

F80 Blepharitis/lacrimal duct of infant

F81 Concited anomaly eye other

F83 Detached retina

F83 Retinopathy

F84 Macular degeneration

F85 Corneal ulcer

F86 Trachoma

F91 Refractive error

F92 Cataract

F93 Glaucoma

F94 Strabismus

F99 Eye/adnexa disease, other

Ear

H

H01 Ear pain/earache

H02 Hearing complaint

H03 Tinnitus, ringing/buzzing ear

H04 Ear discharge

H05 Bleeding ear

H13 Fluctuant feeling ear

H15 Concern with appearance of ears

H27 Fear of ear disease

H28 Limited function/disability ear

H29 Ear symptom/complaint other

H70 Otitis externa

H71 Acute otitis media/myringitis

H72 Serous otitis media

H73 Eustachian salpinxitis

H74 Chronic otitis media

H75 Neoplasm of ear

H76 Foreign body in ear

H77 Perforation ear drum

H78 Superficial injury of ear

H79 Ear injury other

H80 Congenital anomaly of ear

H81 Excessive ear wax

H82 Vertiginous syndrome

H83 Otosclerosis

H84 Presbycusis

H85 Acoustic trauma

H86 Deafness

H99 Ear/mastoid disease, other

Cardiovascular

K

K01 Heart pain

K02 Pressure/tightness of heart

K03 Cardiovascular pain NOS

K04 Palpitations/awareness of heart

K05 Irregular heartbeat other

K06 Prominent veins

K07 Swollen ankles/oedema

K22 Risk factor cardiovascular disease

K24 Fear of heart disease

K25 Fear of hypertension

K27 Fear cardiovascular disease other

K28 Limited function/disability (k)

K29 Cardiovascular sympt/compl. other

K70 Infection of circulatory system

K71 Rheumatic fever/heart disease

K72 Neoplasm cardiovascular

K73 Congenital anomaly cardiovascular

K74 Ischaemic heart disease w. angina

K75 Acute myocardial infarction

K76 Ischaemic heart disease w/o angina

K77 Heart failure

K78 Atrial fibrillation/flutter

K79 Paroxysmal tachycardia

K90 Cardiac arrhythmia NOS

K91 Heart/arterial murmur NOS

K92 Pulmonary heart disease

K93 Heart valve disease NOS

K94 Heart disease other

K95 Elevated blood pressure

K96 Hypertension uncomplicated

K97 Hypertension complicated

K98 Postural hypotension

K99 Transient cerebral ischaemia

K90 Stroke/cerebrovascular accident

K91 Cerebrovascular disease

K92 Atherosclerosis/PVD

K93 Pulmonary embolism

K94 Phlebitis/thrombophlebitis

K95 Varicose veins of leg

K96 Haemorrhoid

K99 Cardiovascular disease other

F Musculoskeletal

N

L01 Neck symptom/complaint

L02 Back symptom/complaint

L03 Low back symptom/complaint

L04 Chest symptom/complaint

L05 Flank/axilla symptom/complaint

L07 Jaw symptom/complaint

L08 Shoulder symptom/complaint

L09 Arm symptom/complaint

L10 Elbow symptom/complaint

L11 Wrist symptom/complaint

L12 Hand/finger symptom/complaint

L13 Hip symptom/complaint

L14 Leg/high symptom/complaint

L15 Knee symptom/complaint

L16 Ankle symptom/complaint

L17 Foot/toe symptom/complaint

L18 Muscle pain

L19 Muscle symptom/complaint NOS

L20 Joint symptom/complaint NOS

L26 Fear of cancer musculoskeletal

L27 Fear musculoskeletal disease other

L28 Limited function/disability (i)

L29 Sympt/compl. Musculoskeletal other

L70 Infections musculoskeletal system

L71 Malignant neoplasm musculoskeletal

L72 Fracture: radius/ulna

L73 Fracture: tibia/fibula

L74 Fracture: hand/foot bone

L75 Fracture: femur

L76 Fracture: other

L77 Sprain/strain of ankle

L78 Sprain/strain of knee

L79 Sprain/strain of joint NOS

L80 Dislocation/subluxation

L81 Injury musculoskeletal NOS

L82 Congenital anomaly musculoskeletal

L83 Neck syndrome

L84 Back syndrome w/o radiating pain

L85 Acquired deformity of spine

L86 Back syndrome with radiating pain

L87 Bursitis/tendinitis/synovitis NOS

L88 Rheumatoid/seropositive arthritis

L89 Osteoarthritis of hip

L90 Osteoarthritis of knee

L91 Osteoarthritis other

L92 Shoulder syndrome

L93 Tennis elbow

L94 Osteochondritis

L95 Osteoporosis

L96 Acute internal damage knee

L97 Neoplasm benign/unspec musculo.

L98 Acquired deformity of limb

L99 Musculoskeletal disease, other

Neurological

N

N01 Headache

N03 Pain face

N04 Restless legs

N05 Tingling fingers/feet/toes

N06 Sensation disturbance other

N07 Convulsion/seizure

N08 Abnormal involuntary movements

N16 Disturbance of smell/taste

N17 Vertigo/dizziness

N18 Paralysis/weakness

N19 Speech disorder

N26 Fear cancer neurological system

N27 Fear of neurological disease other

N28 Limited function/disability (n)

N29 Neurological symptom/compl. other

N70 Poliomyelitis

N71 Meningitis/encephalitis

N72 Tetanus

N73 Neurological infection other

N74 Malignant neoplasm nervous system

N75 Benign neoplasm nervous system

N76 Neoplasm nervous system unspec.

N79 Concussion

N80 Head injury other

N81 Injury nervous system other

N85 Congenital anomaly neurological

N86 Multiple sclerosis

N87 Parkinsonism

N88 Epilepsy

N89 Migraine

N90 Cluster headache

N91 Facial paralysis/bell's palsy

N92 Trigeminal neuralgia

N93 Parosmia/taste syndrome

N94 Peripheral neuritis/neuropathy

N95 Tension headache

N99 Neurological disease, other

Psychological	P	Skin	S	Urological	U		
P01 Feeling anxious/nervous/tense		S01 Pain/tenderness of skin		U01 Dysuria/painful urination		X75 Malignant neoplasm cervix	
P02 Acute stress reaction		S02 Pruritus		U02 Urinary frequency/urgency		X76 Malignant neoplasm breast female	
P03 Feeling depressed		S03 Warts		U04 Incontinence urine		X77 Malignant neoplasm genital other (f)	
P04 Feeling/behaving irritable/angry		S04 Lump/swelling localized		U05 Urination problems other		X78 Fibromyoma uterus	
P05 Senility, feeling/behaving old		S05 Lumps/swellings generalized		U06 Haematuria		X79 Benign neoplasm breast female	
P06 Sleep disturbance		S06 Rash localized		U07 Urine symptom/complaint other		X80 Benign neoplasm female genital	
P07 Sexual desire reduced		S07 Rash generalized		U08 Urinary retention		X81 Genital neoplasm oth/unspecified (f)	
P08 Sexual fulfillment reduced		S08 Skin colour change		U13 Bladder symptom/complaint other		X82 Injury genital female	
P09 Sexual preference concern		S09 Infected finger/toe		U14 Kidney symptom/complaint		X83 Congenital anomaly genital female	
P10 Stammering/stuttering/tio		S10 Boil/carbuncle		U26 Fear of cancer of urinary system		X84 Vaginitis/vulvitis NOS	
P11 Eating problem in child		S11 Skin infection post-traumatic		U27 Fear of urinary disease other		X85 Cervical disease NOS	
P12 Bedwetting/enuresis		S12 Insect bite/sting		U28 Limited function/disability urinary		X86 Abnormal cervix smear	
P13 Encopresis/bowel training problem		S13 Animal/human bite		U29 Urinary symptom/complaint other		X87 Uterovaginal prolapse	
P15 Chronic alcohol abuse		S14 Burn/scald		U70 Pyelonephritis/pyelitis		X88 Fibrocystic disease breast	
P16 Acute alcohol abuse		S15 Foreign body in skin		U71 Cystitis/urinary infection other		X89 Premenstrual tension syndrome	
P17 Tobacco abuse		S16 Bruise/contusion		U72 Urethritis		X90 Genital herpes female	
P18 Medication abuse		S17 Abrasion/scratch/blister		U75 Malignant neoplasm of kidney		X91 Condylomata acuminata female	
P19 Drug abuse		S18 Laceration/cut		U76 Malignant neoplasm of bladder		X92 Chlamydia infection genital (f)	
P20 Memory disturbance		S19 Skin injury other		U77 Malignant neoplasm urinary other		X99 Genital disease female, other	
P22 Child behaviour symptom/complaint		S20 Corn/callus		U78 Benign neoplasm urinary tract		Male Genital	Y
P23 Adolescent behav. Symptom/compl.		S21 Skin texture symptom/complaint		U79 Neoplasm urinary tract NOS		Y01 Pain in penis	
P24 Specific learning problem		S22 Nail symptom/complaint		U80 Injury urinary tract		Y02 Pain in testis/scrotum	
P25 Phase of life problem adult		S23 Hair loss/baldness		U85 Congenital anomaly urinary tract		Y03 Urethral discharge	
P27 Fear of mental disorder		S24 Hair/scalp symptom/complaint		U88 Glomerulonephritis/nephrosis		Y04 Penis symptom/complaint other	
P28 Limited function/disability (p)		S26 Fear of cancer of skin		U89 Orthostatic albumin/proteinuria		Y05 Scrotum/testis sympt/compl. other	
P29 Psychological symptom/compl. other		S27 Fear of skin disease other		U90 Urinary calculus		Y06 Prostate symptom/complaint	
F70 Dementia		S28 Limited function/disability (s)		U98 Abnormal urine test NOS		Y07 Impotence NOS	
F71 Organic psychosis other		S29 Skin symptom/complaint other		U99 Urinary disease, other		Y08 Sexual function sympt./compl. (m)	
F72 Schizophrenia		S70 Herpes zoster				Y10 Infertility/subfertility male	
F73 Affective psychosis		S71 Herpes simplex		Pregnancy, Childbearing, Family Planning	W	Y13 Sterilization male	
F74 Anxiety disorder/anxiety state		S72 Scabies/other acariasis		W01 Question of pregnancy		Y14 Family planning male other	
F75 Somatization disorder		S73 Pediculosis/skin infestation other		W02 Fear of pregnancy		Y16 Breast symptom/complaint male	
F76 Depressive disorder		S74 Dermatophytosis		W03 Antepartum bleeding		Y24 Fear of sexual dysfunction male	
F77 Suicide/suicide attempt		S75 Moniliasis/candidiasis skin		W05 Pregnancy vomiting/nausea		Y25 Fear sexually transmitted dis. male	
F78 Neuroesthesia/surmenage		S76 Skin infection other		W10 Contraception postcoital		Y26 Fear of genital cancer male	
F79 Phobia/compulsive disorder		S77 Malignant neoplasm of skin		W11 Contraception oral		Y27 Fear of genital disease male other	
F80 Personality disorder		S78 Lipoma		W12 Contraception intrauterine		Y28 Limited function/disability (y)	
F81 Hyperkinetic disorder		S79 Neoplasm skin benign/unspecified		W13 Sterilization		Y29 Genital sympt./compl. male other	
F82 Post-traumatic stress disorder		S80 Solar keratosis/sunburn		W14 Contraception other		Y70 Syphilis male	
F85 Mental retardation		S81 Haemangioma/lymphangioma		W15 Infertility/subfertility		Y71 Gonorrhoea male	
F86 Anorexia nervosa/bulimia		S82 Naevus/mole		W17 Post-partum bleeding		Y72 Genital herpes male	
F88 Psychosis NOS/other		S83 Congenital skin anomaly other		W18 Post-partum symptom/complaint oth.		Y73 Prostatitis/seminal vesiculitis	
F99 Psychological disorders, other		S84 Impetigo		W19 Breast/lactation symptom/complaint		Y74 Orchitis/epididymitis	
		S85 Filicidal cyst/fistula		W21 Concern body image in pregnancy		Y75 Balanitis	
Respiratory	R	S86 Dermatitis seborrheic		W22 Fear complications of pregnancy		Y76 Chlamydia acuminata male	
R01 Pain respiratory system		S87 Dermatitis atopic eczema		W28 Limited function/disability (w)		Y77 Malignant neoplasm prostate	
R02 Shortness of breath/dyspnoea		S88 Dermatitis contact/allergic		W29 Pregnancy symptom/complaint other		Y78 Malign neoplasm male genital other	
R03 Wheezing		S89 Diaper rash		W70 Puerperal infection/sepsis		Y79 Benign/unspec. neoplasm gen. (m)	
R04 Breathing problem, other		S90 Pityriasis rosea		W71 Infection complicating pregnancy		Y80 Injury male genital	
R05 Cough		S91 Psoriasis		W72 Malignant neoplasm relate to preg.		Y81 Phimosis/redundant prepuce	
R06 Nose bleed/epistaxis		S92 Sweat gland disease		W73 Benign/unspec. neoplasm/pregnancy		Y82 Hypospadias	
R07 Sneezing/nasal congestion		S93 Sebaceous cyst		W75 Injury complicating pregnancy		Y83 Undescended testicle	
R08 Nose symptom/complaint other		S94 Ingrowing nail		W76 Congenital anomaly complicate preg.		Y84 Congenital genit anomaly (m) other	
R09 Sinus symptom/complaint		S95 Melioidosis/contagium				Y85 Benign prostatic hypertrophy	
R21 Throat symptom/complaint		S96 Acne		Female Genital	X	Y86 Hydrocele	
R23 Voice symptom/complaint		S97 Chronic ulcer skin		X01 Genital pain female		Y99 Genital disease male, other	
R24 Haemoptysis		S98 Urticaria		X02 Menstrual pain		Social Problems	Z
R25 Sputum/phlegm abnormal		S99 Skin disease, other		X03 Intermenstrual pain		Z01 Poverty/financial problem	
R26 Fear of cancer respiratory system				X04 Painful intercourse female		Z02 Food/water problem	
R27 Fear of respiratory disease, other		Endocrine/Metabolic and Nutritional	T	X05 Menstruation absent/scanty		Z03 Housing/neighbourhood problem	
R28 Limited function/disability (r)		T01 Excessive thirst		X06 Menstruation excessive		Z04 Social cultural problem	
R29 Respiratory symptom/complaint oth.		T02 Excessive appetite		X07 Menstruation irregular/frequent		Z05 Work problem	
R71 Whooping cough		T03 Loss of appetite		X08 Intermenstrual bleeding		Z06 Unemployment problem	
R72 Strep throat		T04 Feeding problem of infant/child		X09 Premenstrual symptom/complaint		Z07 Education problem	
R73 Boil/abscess nose		T05 Feeding problem of adult		X10 Postponement of menstruation		Z08 Social welfare problem	
R74 Upper respiratory infection acute		T07 Weight gain		X11 Menopausal symptom/complaint		Z09 Legal problem	
R75 Sinusitis acute/chronic		T08 Weight loss		X12 Postmenopausal bleeding		Z10 Health care system problem	
R76 Tonsillitis acute		T10 Growth delay		X13 Postcoital bleeding		Z11 Compliance/being ill problem	
R77 Laryngitis/tracheitis acute		T11 Dehydration		X14 Vaginal discharge		Z12 Relationship problem with partner	
R78 Acute bronchitis/bronchiolitis		T26 Fear of cancer of endocrine system		X15 Vaginal symptom/complaint other		Z13 Partner's behaviour problem	
R79 Chronic bronchitis		T27 Fear endocrine/metabolic dis other		X16 Vulval symptom/complaint		Z14 Partner illness problem	
R80 Influenza		T28 Limited function/disability (t)		X17 Pelvis symptom/complaint female		Z15 Loss/death of partner problem	
R81 Pneumonia		T29 Endocrine/met./sympt/compl. other		X18 Breast pain female		Z16 Relationship problem with child	
R82 Pleurisy/pleural effusion		T70 Endocrine infection		X19 Breast lump/mass female		Z18 Illness problem with child	
R83 Respiratory infection other		T71 Malignant neoplasm thyroid		X20 Nipple symptom/complaint female		Z19 Loss/death of child problem	
R84 Malignant neoplasm bronchus/lung		T72 Benign neoplasm thyroid		X21 Breast symptom/compl. female other		Z20 Relationship prob. parent/family	
R85 Malignant neoplasm respiratory, other		T73 Neoplasm endocrine oth/unspecified		X22 Concern breast appearance female		Z21 Behaviour problem parent/family	
R86 Benign neoplasm respiratory		T78 Thyroglossal duct/cyst		X23 Fear sexually transmitted disease (f)		Z22 Illness problem parent/family	
R87 Foreign body nose/larynx/bronch.		T80 Congenital anom endocrine/metab.		X24 Fear of sexual dysfunction female		Z23 Loss/death parent/family member	
R88 Injury respiratory other		T81 Goitre		X25 Fear of genital cancer female		Z24 Relationship problem friend	
R89 Congenital anomaly respiratory		T82 Obesity		X26 Fear of breast cancer female		Z25 Assault/harmful event problem	
R90 Hypertrophy tonsils/adenoids		T83 Overweight		X27 Fear genital/breast disease other (f)		Z27 Fear of a social problem	
R92 Neoplasm respiratory unspecified		T85 Hyperthyroidism/thyrototoxicosis		X28 Limited function/disability (x)		Z28 Limited function/disability (z)	
R95 Chronic obstructive pulmonary dis		T86 Hypothyroidism/myxoedema		X29 Genital symptom/compl. female oth.		Z29 Social problem NOS	
R96 Asthma		T87 Hypoglycaemia		X70 Syphilis female		Abbreviations	
R97 Allergic rhinitis		T89 Diabetes insulin dependent		X71 Gonorrhoea female		Anom anomaly	
R98 Hyperventilation syndrome		T90 Diabetes non-insulin dependent		X72 Genital candidiasis female		behav. behaviour	
R99 Respiratory disease other		T91 Vitamin/nutritional deficiency		X73 Genital trichomoniasis female		bronch. bronchus	
		T92 Gout		X74 Pelvic inflammatory disease		complicat. complication	
		T93 Lipid disorder				congen. congenital	
		T99 Endocrine/metab./nutrit. dis. other				dis. disease	
						eval. evaluation	
						exam. examination	
						gen. genital	
						malign. malignant	
						metab. metabolic	
						musculo. musculoskeletal	
						NEC not elsewhere classified	
						NOS not otherwise specified	
						nutrit. nutrition	
						oth. other	
						preg. pregnancy	
						prob. problem	
						RFE reason for encounter	
						sympt. symptom	
						unspec. unspecified	
						w. with	
						w/o without	
PROCESS CODES							
SYMPTOMS/COMPLAINTS							
INFECTIONS							
NEOPLASMS							
INJURIES							
CONGENITAL ANOMALIES							
OTHER DIAGNOSES							

Apêndice 2: Classificações em uso na atenção primária à saúde

País	Que classificação(ões) é (são) <u>obrigatoriamente</u> usada(s) para fins estatísticos ou para fins de pagamento em atenção primária à saúde (APS)	Que classificação(ões) é (são) usada(s) ao menos por um pequeno grupo de profissionais por qualquer propósito como <u>opcional</u> em atenção primária à saúde (APS)	Comentários
Argentina	Nenhuma	Alguns pequenos centros de saúde utilizam a CIAP 2 em espanhol	O Hospital Italiano de Buenos Aires incorporou um mapeamento local para a CIAP em um <i>software</i> de terminologia que inclui o SNOMED CT
Austrália	Nenhuma	CIAP 2 com terminologia Plus (mais de 2200 clínicos gerais)	A CIAP 2 é a classificação padrão dos clínicos gerais; estudos com dados obtidos por formulários preenchidos por clínicos gerais ou pacientes
Austria	Nenhuma	CIAP 2	Dados fazem parte do Registro de Morbidade da Áustria
Belgica	Nenhuma	Alguns clínicos gerais usam a versão em francês da CIAP 2 e outros a versão em holandês	
Brasil	CID 10 quando paciente é referenciado		CIAP 2 apenas usada em pesquisas
Dinamarca	Nenhuma	CIAP 1	A CIAP 1 + o índice alfabético + a CID 10 são utilizados por mais de 65% dos clínicos gerais dinamarqueses
Finlândia	CID 10	CIAP 1, CIAP 2 e CIAP 2 com modificações	
França	Nenhuma	CIAP 2, CID 10 ou DCR	DCR é uma nomenclatura francesa desenvolvida pela Sociedade Francesa de Clínicos Gerais
Alemanha	Nenhuma		CIAP 2 utilizada para fins de pesquisa; aproximadamente 30 pesquisadores
Itália	CID 9	CIAP 2E (120 dos 60000 clínicos gerais)	20/30 clínicos gerais utilizam com base no modelo de episódios de cuidado
Japão	CID 10	Poucos clínicos gerais: todo ano aproximadamente de 4 a 10 estudos clínicos baseado na CIAP 2 são publicados	38 clínicos gerais que utilizam e promovem o uso da CIAP 2

Apêndice 2 (continuação):

País	Que classificação(ões) é (são) obrigatoriamente usada(s) para fins estatísticos ou para fins de pagamento em atenção primária à saúde (APS)		Que classificação(ões) é (são) obrigatoriamente usada(s) ao menos por um pequeno grupo de profissionais por qualquer propósito como <u>opcional</u>		Comentários
Malta	Nenhuma		CID 10 preferida	A CIAP 2E é usada por muitos clínicos gerais em prontuários eletrônicos	A CID 10 codifica atetados de óbito, problemas congênitos e o registro de câncer.
Holanda	CIAP		CIAP 2-E (Transition Project)		
Nova Zelândia	Read V2				<i>Read V2</i> é usada por todos os clínicos gerais, alguns para pesquisa mas todos precisam usar para pagamento e para fins estatísticos
Noruega	CID 10 para especialistas	CIAP 2 para os clínicos gerais			Os setores público e privado utilizam os mesmos sistemas de classificação
Portugal	CIAP 2		CIAP 2		
Romenia	CID10		CIAP 2e versão romena		O Ministério da Saúde encomendou um <i>software</i> que utilize a CIAP 2 além da CID 10
Espanha	CID 10		CIAP 2 em espanhol e CIAP 2e em espanhol e catalão		
Grã Bretanha	Read 2 ou CTV3 ou SNOMED quando disponível		A CIAP é usada para pesquisa em 2 ou 3 universidades		
Estados Unidos da América	CID9-CM		A CIAP é usada em uma universidade para pesquisa		Há considerável interesse em integrar os sistemas de codificação de centros de saúde mas o foco no pagamento limita a utilização da CIAP

Apêndice 3: Convite

Convite
Projeto de Pesquisa: Diagnóstico de Demanda

Prezados Médicos das Equipes de Saúde da Família de Florianópolis,

Meu nome é Gustavo Gusso, médico da rede de Florianópolis e atualmente trabalhando no Ministério da Saúde. Estou fazendo o trabalho de campo da minha tese de doutorado cujo tema é “Diagnóstico de Demanda nas Unidades Locais de Saúde da Cidade de Florianópolis”. O objetivo é avaliar que problemas e queixas de fato são demandadas nas Unidades.

O CID 10, utilizado oficialmente no Brasil, foi desenvolvido com base em doenças e muitas vezes não encontramos o diagnóstico adequado para a queixa. Assim, vou usar na pesquisa a Classificação Internacional de Cuidados Primários (apêndice) desenvolvida pela Wonca, entidade que representa mundialmente os médicos de família (eu vou fazer a classificação a partir dos dados dos questionários).

Para tanto, preciso que o maior número de médicos das equipes de saúde da família se disponham a preencher um formulário simples (apêndice) por 6 a 10 períodos de atendimento em cada uma das 4 estações do ano. O objetivo é que cada médico voluntário aplique em cada estação do ano o questionário em uma semana completa de trabalho. Porém, como é importante não haver perda no período estudado, sugiro que apenas um ou dois períodos de cada semana sejam utilizados para aplicação do questionário. Ou seja, se uma semana normal é como a representada na tabela abaixo, sugiro que em uma primeira semana seja aplicado o questionário, por exemplo, segunda de manhã e quarta à tarde, na seguinte terça de manhã e quinta à tarde, na outra segunda à tarde e quinta de manhã e na última quarta de manhã e sexta de manhã. Não precisaria aplicar nos períodos de grupo e reunião de equipe pois o objetivo é estudar apenas consultas médicas. Ao final do ano de pesquisa cada médico terá aplicado uma semana completa de trabalho em cada estação do ano.

Dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Gestante	Criança/ Gestante	VD	Acolhimento	HAS/ DM
Tarde	Adulto	Grupo	Criança	Adulto	Reunião

Caso você se voluntarie, enviarei uma quantidade de formulários suficiente para 6 a 10 períodos (uma semana de consulta) a serem preenchidos no inverno de 2007 (até dia 21 de setembro) com todas as orientações. Em setembro enviarei os questionários referentes à primavera de 2007. Ao final da pesquisa farei ampla devolução dos resultados. Por favor, responda através de Comunicação Interna (CI) para Angélica Manfroli da Coordenação do PACS/ PSF enviando o consentimento informado e o questionário do médico totalmente preenchidos. Estou à disposição para qualquer esclarecimento: 48 99636163 ou gustavo.gusso@uol.com.br

Grato por sua colaboração,
Gustavo Gusso

Apêndice 4: Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado ao Médico Participante

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa **“Diagnóstico de Demanda nas Unidades Locais de Saúde da Cidade de Florianópolis”**, que tem como pesquisador principal o doutorando Gustavo Diniz Ferreira Gusso. A mesma faz parte do projeto de doutorado do pesquisador sob orientação da Profa. Isabela Judith Martins Benseñor. Declaro que fui informado dos objetivos e metodologia da pesquisa estando ciente que deverei preencher um formulário para cada consulta realizada por um número de períodos de atendimento correspondentes ao de aproximadamente 4 semanas ao longo de um ano (6 a 10 períodos por estação do ano ou 24 a 40 períodos no ano). Fui informado que não será coletado nenhum dado que não conste do prontuário, que o paciente não será identificado pelo nome ou pelo número do prontuário e que os dados retornarão formalmente a mim e à comunidade no final da pesquisa para que possa ser útil para o planejamento das atividades.

Nome completo: _____

Unidade de Saúde: _____

Assinatura: _____

Tel. Celular: _____

E-mail: _____

Apêndice 5: Formulário do perfil do médico voluntário

1. Nome completo: _____	Ques _ _ _ _
2. Telefone Celular: _____ Telefone da Unidade de Saúde: _____	
3. Unidade em que trabalha: _____	
4. Unidade é informatizada? Sim (1) Não (2)	Inform _ _ _
5. Idade: _ _ _	Idad _ _ _
6. Gênero: (1) masculino (2) feminino	Gen _ _ _
7. Estado civil: Solteiro (1) Casado (formal ou informalmente) (2) Viúvo(a) (3) Separado(a)/ Divorciado(a) (4)	Estciv _ _ _
8. Nascido em que estado (colocar as iniciais): _____	Natural _ _ _
9. Onde fez faculdade (colocar Universidade e cidade por extenso): Universidade: _____ Cidade: _____ Estado: _ _	Facu _ _ _
10. Há quanto tempo é formado? < 1 ano (1) 1 a 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) > 10 anos (4)	Form _ _ _
11. Formação (no campo B pode assinalar mais de uma opção): A. Apenas Faculdade de Medicina (1) B. Especialização em Saúde da Família (2) Residência em Medicina de Família e Comunidade (3) Residência em outra área (4) Qual? _____ Mestrado em Saúde Pública/ Saúde da Família (5) Doutorado em Saúde Pública/ Saúde da Família (6) Mestrado em outra área (7) Doutorado em outra área (8)	Grau _ _ _
12. Há quanto tempo trabalha como generalista/ medico de família e comunidade (atendendo crianças, mulheres, adultos)? < 1 ano (1) 1 a 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) > 10 anos (4)	Gener _ _ _
13. Há quanto tempo é funcionário da Prefeitura de Florianópolis? < 1 ano (1) 1 a 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) > 10 anos (4)	Pref _ _ _
14. Vínculo do momento com a Prefeitura de Florianópolis? temporário (1) estatutário (2)	Vinc _ _ _
15. Satisfeito com a profissão? Satisfeito (1) Parcialmente satisfeito (2) Parcialmente insatisfeito (3) Insatisfeito (4)	Satisf _ _ _

<p>1. Idade (especifique se meses ou anos com a ou m ou com < 1m se recém nascido): _____</p> <p>2. Gênero: masculino (1) feminino (2)</p> <p>3. Estado civil: Criança/ Adolescente (até 18 a) (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (formal ou informalmente) (3) Separado(a)/ Divorciado(a) (4) Viúvo(a) (5)</p> <p>4. Ocupação: Estudante/ Criança/ Adolescente (1) Trabalho(a) formal/ com carteira assinada (2) Trabalhando sem carteira assinada (3) Desempregado(a) (4) "Do lar" (5) Afastado(a) por doença (6) Aposentado(a)/ pensionista (7)</p> <p>5. Natureza da consulta: A. Agendada: Puericultura (1) Gestante (2) Hipertenso/ Diabético (3) Retorno que não se encaixa nas alternativas acima (4) Agendada por outro motivo (5) Visita Domiciliar (7) B. Consulta do mesmo dia/ Acolhimento/ Urgência (6)</p>	<p>Ques _____</p> <p>Idad _____</p> <p>Gen _____</p> <p>Estciv _____</p> <p>Ocup _____</p> <p>Natcons _____</p>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">6. Motivos da Consulta (Queixas)- (colocar mesmas palavras do paciente):</th> <th style="width: 50%;">7. Problemas/ Diagnósticos (identificado pelo medico/ <i>pode ser</i> mesmas palavras do paciente):</th> </tr> <tr> <td>1.a</td> <td rowspan="2">1.</td> </tr> <tr> <td>1.b</td> </tr> <tr> <td>2.a</td> <td rowspan="2">2.</td> </tr> <tr> <td>2.b</td> </tr> <tr> <td>3.a</td> <td rowspan="2">3.</td> </tr> <tr> <td>3.b</td> </tr> </table>	6. Motivos da Consulta (Queixas)- (colocar mesmas palavras do paciente):	7. Problemas/ Diagnósticos (identificado pelo medico/ <i>pode ser</i> mesmas palavras do paciente):	1.a	1.	1.b	2.a	2.	2.b	3.a	3.	3.b	<p>Motcons1a _____</p> <p>Motcons1b _____</p> <p>Motcons2a _____</p> <p>Motcons2b _____</p> <p>Motcons3a _____</p> <p>Motcons3b _____</p> <p>Diagn1 _____</p> <p>Diagn2 _____</p> <p>Diagn3 _____</p>
6. Motivos da Consulta (Queixas)- (colocar mesmas palavras do paciente):	7. Problemas/ Diagnósticos (identificado pelo medico/ <i>pode ser</i> mesmas palavras do paciente):											
1.a	1.											
1.b												
2.a	2.											
2.b												
3.a	3.											
3.b												
<p>8. Plano:</p> <p>a. Referenciado para especialista médico? Não (1) Sim (2) Qual(is)? _____</p> <p>b. Referenciado para outro profissional não médico? Não (1) Sim (2) Qual(is)? _____</p> <p>c. Solicitado patologia clínica? Não (1) Sim (2) Se foi solicitado: Sangue (3) Urina sem cultura (4) Fezes (5) Cultura (qualquer) (6) Biopsia (7) Outros (8)</p> <p>d. Solicitado exame de imagem? Não (1) Sim (2) Se foi solicitado: RX (3) ECG (4) Endoscopia (5) Colonoscopia (6) Ultrassonografia (7) Ecocardiografia (8) Tomografia (9) RNM (10) Outros (11)</p>	<p>Refesp _____</p> <p>Refaps _____</p> <p>Pato _____</p> <p>Imag _____</p>											
<p>9. Medicamento:</p> <p>Foi prescrito algum medicamento? Não (1) Sim uso crônico mesmo que irregular/ renovação de receita (2) novo medicamento ou remédio usado por um curto período antes (3)</p>	<p>Meduse _____</p> <p>Natdrug _____</p>											

Apêndice 7: Períodos investigados

Períodos de Preenchimento do Formulário

Nome do Médico: _____

Posto de Saúde: _____

Estação do ano: _____ 200_ (de _/_/_ a _/_/_):

Período	Data sugerida	Atividade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Apêndice 8: Típica semana de trabalho

Projeto de Pesquisa: Diagnóstico de Demanda
Semana Típica

Nome do Médico: _____

Posto de Saúde: _____

Data: __/__/__

Desde quando na Unidade (mês e ano): __/____

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
manhã					
tarde					
noite					

Apêndice 9: Orientação geral para preencher o formulário da consulta e participar da pesquisa

Para os dados serem confiáveis é imprescindível:

1. Preencher todas as consultas do período (caso uma se perca o período deve ser desconsiderado)
2. No item 7 (Problemas identificados) rotular doença orgânica **apenas quando se tiver certeza do diagnóstico** (por exemplo, se o paciente queixa-se de “dor na barriga”, só se deve rotular “refluxo gastro esofágico” caso haja certeza deste diagnóstico, caso contrário deve ser mantido o mesmo dado do item 6, “dor na barriga”, ou acrescentar dados objetivos da anamnese e exame físico como localização – “dor em epigastro” - ou elaborar um diagnóstico sintromico como “síndrome dispéptica”)

Orientações gerais:

- Como o ICPC classifica pela topografia, sempre que possível é importante **delimitar local afetado**, principalmente quando trata-se de dor, artrose, abscesso, etc.. que podem acometer diferentes locais
- Por favor não esqueça a data no cabeçalho; a coluna da direita bem como o número do médico e do questionário serão preenchidos por mim
- A ficha deve ser preenchida pelo médico ao final da consulta e não pelo aluno da graduação, se tiver
- A pesquisa privilegia problemas discutidos na consulta mesmo que puxados pelo médico e não a transcrição da lista de problemas antigos do prontuário; não é adequado ter problema sem queixa correlata; mas pode haver uma queixa com vários problemas rotulados como nos exemplos anexos.
- O objetivo é para cada estação do ano o médico preencher os formulários em diferentes períodos que sejam representativos de uma semana de trabalho; portanto, se um médico em uma semana faz dois períodos de acolhimento, um de consulta de gestante, um de adultos agendados, dois de criança e um de livre marcação em cada estação do ano cada um destes 7 períodos deve ter as consultas preenchidas uma vez, preferencialmente em diferentes semanas
- Nos itens de escolher opções, marcar “x” apenas onde tem número entre parênteses; algumas questões como exames permitem duas ou mais opções
- Os itens 6 e 7 são os mais importantes do questionário e se não houver tempo para preencher todos, deve ser dada prioridade para estes dois
- ***Se duas queixas (item 6) levarem juntas a dois Problemas diversos, estes devem ser anotados no mesmo quadrado do item 7***
- No item 5, deve ser marcado retorno se não se encaixar em nenhum outro acima (puericultura, gestante, hipertensão ou diabetes)
- Há a possibilidade de anotar 6 queixas dos pacientes mas não é preciso anotar todas; o importante é que o problema 1 identificado no item 7 tenha relação com a queixa 1a e, se houver, com a queixa 1b do item 6
- Na grande maioria das consultas, haverá no máximo 2 queixas que levam a um problema ou 3 queixas levando a 3 problemas e, neste caso, no item 6 os subitens 1.b, 2.b e 3.b não serão usados
- Caso haja mais queixas ou problemas deve ser anotado os mais relevantes para a consulta
- Caso haja mais de dois encaminhamentos nos itens 8 a e 8 b, anotar apenas os dois encaminhamentos mais relevantes para a consulta

Solicito encarecidamente que caso o profissional saia da cidade, desista da pesquisa ou mude de unidade comunique imediatamente a mim.

Estou a disposição para qualquer esclarecimento via e-mail telefone ou mensagem:
gustavo.gusso@uol.com.br ou 48 99636163

Obrigado por participar da pesquisa.
 Gustavo Gusso

Apêndice 10: Especialidades médicas (lista para codificar o item 8.a do apêndice 6)

1	não	34	gineco/ doença benigna da vulva	67	pediatria/ cirurgia plástica
2	acupuntura	35	gineco/ endocrino	68	pediatria/ dermatologia
3	adolescência	36	gineco/ endometriose/ dor pelvica	69	pediatria/ edocrinologia
4	alergia e imunologia	37	gineco/ esterilidade	70	pediatria/ gastroenterologia
5	alergologia	38	gineco/ mastologia	71	pediatria/ genética
6	anatomopatologia (patologia)	39	gineco/ obstetrícia	72	pediatria/ hematologia
7	anestesiologia	40	gineco/ patologia cervical	73	pediatria/ nefrologia
8	angiologia/ cirurgia vascular	41	hansenologia	74	pediatria/ neurologia
9	broncoesofagologia	42	homeopatia	75	pediatria/ nutricionista
10	cardiologia	43	infectologia	76	pediatria/ oftalmologia
11	cirurgia cardiológica	44	mastologia	77	pediatria/ ortopedia
12	cirurgia de cabeça e pescoço	45	medicina interna	78	pediatria/ otorrinolaringologia
13	cirurgia geral	46	nefrologia	79	pediatria/ pneumologia
14	cirurgia hepática	47	neurocirurgia	80	pediatria/ puericultura
15	cirurgia oncológica	48	neurologia	81	pediatria/ reumatologia
16	cirurgia plástica	49	nutrologia	82	pediatria/ urologia
17	cirurgia torácica	50	obstetrícia/ adolescência	83	pequenas cirurgias
18	cirurgia vascular	51	obstetrícia/ gravidez alto risco	84	perícia médica
19	citopatologia	52	oftalmologia	85	planejamento familiar
20	clínica de dor	53	oftalmologia/ estrabismo	86	plantonista
21	clinico geral	54	oncologia clínica	87	pneumologia
22	dermato	55	oncologia pediátrica	88	proctologia
23	dermato/ hanseníase	56	oncologista clinico	89	psiquiatria
24	endocrinologia	57	ortopedia	90	radiologia
25	endoscopia diagnóstica	58	ortopedia/ traumatologia	91	radioterapia
26	fisiatria	59	otorrinolaringologia	92	reumatologia
27	gastroenterologia	60	patologia cervical	93	tisiologia
28	geneticista	61	patologia clínica	94	urologia
29	geriatria	62	pediatria	95	médico de familia da área
30	gineco	63	pediatria/ alergologia	96	emergência hospitalar
31	gineco/ cirurgia	64	pediatria/ ARLELP	97	samu
32	gineco/ climatério	65	pediatria/ cardiologia	100	sim sem especificar
33	gineco/ colposcopia	66	pediatria/ cirurgia		

Apêndice 11: Outros profissionais da saúde (lista para codificar o item 8.b do apêndice 6)

1	não
2	assistente social
3	auxiliar de enfermagem
4	auxiliar de odontologia
5	biologia
6	bioquímica
7	eletrocardiografia/ técnico de enfermagem
8	endodontia
9	enfermagem
10	farmácia
11	fisioterapia
12	fonoaudiologia
13	hemoterapia
14	nutricionista
15	odonto
16	odonto sem ACD
17	odonto/ cirurgia buco maxilo facial
18	odonto/ clínica cirurgica
19	odonto/ endodontia
20	odonto/ pediatria
21	odonto/ periodontia
22	odonto/ prótese buco maxilo facial
23	odonto/ radiologia
24	ortodontia
25	pedagogia/ educadora em saúde
26	pedagogo
27	periodontia
28	planejamento familiar
29	psicologia
30	técnico de enfermagem
31	técnico em higiene dental
32	técnico em laboratório
33	terapia ocupacional
100	sim sem especificar

Apêndice 12: Anotações realizadas para padronização interna durante o processo de codificação

1. Padronizações:

- Abortei/ aborto = presumir aborto espontâneo = W82 (ficha 31168 e 32345)
- Acamado/seqüela de AVC = N28 (ficha 19226)
- “Acha que filho usa drogas” (motivo) = sinais/ sintomas comportamento adolescente (e não criança) = P23 (ficha 1816)
- “Quero exames” = exames gerais = avaliação médica geral (A98)
- “Tireóide” (motivo) = T99 (ficha 25104)
- Acidente de trabalho (sem especificar região afetada) = Z05 (ficha 2764)
- Aconselhamento para manter aleitamento materno = T45 (ficha 2117)
- Afastamento do trabalho (motivo) = Z05 (ficha 19128)
- Aleitamento misto = W19
- Alergia na vulva = X16 (ficha 1594)
- Alergia nas mãos = S06 (ficha 32111)
- Alergia a picada de insetos = S12 (ficha 3567)
- Altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional = W29 (ficha 36157)
- Ambulatório de DST (encaminhamento) = infectologia (ficha 1815)
- Anemia (sem distinguir perniciosa ou por deficiência de ferro) = B82
- Anemia na gestação = W99 (Thesaurus sugere W84 mas não é alto risco) (ficha 19117)
- Angustia = sensação de depressão = P03 (ficha 258)
- Ansiedade => motivo = P01/ “problema” = P74 (ficha 1826/ 2554); se o “problema” especificar “sensação de ansiedade” = P01 (ficha 3645)
- Anticoncepção = Contracepção/ outros = planejamento familiar = W14 se feminino e Y14 se masculino (ficha 1532/ 2533)
- Anticoncepcional (motivo - ex: “quer usar anticoncepcional”) = W11 (ficha 1519/ 2533)
- Aposentadoria por invalidez (no motivo está artrose)= L28 (ficha 2715)
- Artrite = outras osteoartroses (L91)
- Atestado admissional = A62 (ficha 1423)
- Atestado para manipular alimentos = A62 (ficha 18121)
- Baixo peso ou magreza => ver idade: se criança = T10 (ficha 1275), se adulto = T08
- BCF ausente = W99 (ficha 2814)
- Benefício secundário = P99 (ficha 2625)
- Bolha em alguma parte = erupção cutânea localizada (DeCS traduz para blister – vesícula – que aparece no Tesouro do Transition Project como “injury” que por sua vez está relacionado a códigos de trauma) = S06 (não segue aqui recomendação do Transition Project que direciona para “injury; superficial” = A81)
- Braços e pernas pesados (sintomas sendo que “problema” correlato é resfriado comum) = A04 (ficha 14209)
- Broncoespasmo episódico - R96 ou R99
- Bronquite crônica agudizada = bronquite crônica = R79 (ficha 1383)
- Bronquite = bronquite aguda = R78 (fichas 1814 e 21138)
- Bruxismo = P99 (ficha 31234)
- “Cabeça grande” (motivo) = N31 (ficha 1889)
- Câibra (sem determinar localização) = L18 (ficha 34156)
- Cansaço com esforços = dispnéia = R02 (ficha 1713)
- Cardiopatia = K99 (ficha 2584)
- Cardiopatia/ IAM pregresso = K76 (ficha 35153)
- Celulite = S76 (ficha 1798)
- “Choro” (motivo em criança) = A16 (ficha 10224)
- Cirurgia bariátrica = cirurgia geral (ficha 2522)
- Cisto renal (NE) = U99 (ficha 12100 e 3595) => se fosse especificado congênito seria U85

- Comportamento sexual de risco = A23
- Conflitos (“problema”) ou “sou culpada pelos “problemas”” (motivo) = P20 (ficha 18175)
- Conjuntivite (sem especificar) = conjuntivite infecciosa (não alérgica) (fichas 1944 e 2013)
- “Controle de tireóide, HAS e colesterol” (não especifica se controle é exame físico ou exame laboratorial; então opta-se por -31, ou seja, avaliação de saúde parcial) = T31, K31 e T31 respectivamente (ficha 3337)
- Controle de... = ...31 (ficha 1386)
- Contusão de membro = L81 (ao invés de S16) (ficha 30172)
- Corionariopatia = K76 (ficha 32354)
- Coriza = R07 (ficha 13171) (Tesauro do Transition Project orienta R74)
- Corte no lábio = D80 (ficha 1280)
- Crepitação em bases pulmonares = R29 (ficha 3425)
- Crise existencial = P25 (ficha 2233)
- Crise hipertensiva = K85 (ficha 1270)
- Cuidador crônico = Z22 (ficha 2715)
- DAC = aterosclerose = K92 (ficha 1266)
- Cardiopatia isquêmica ou angina = doença cardíaca isquêmica com angina = K74 (ficha 1453 e 30182)
- Densidade da mama (“problema”) = X99 (ficha 2961)
- Depressão (motivo ou “problema”) = P76 (ficha 1968)
- Dermate (sem especificar) = S99 (ficha 2011)
- Desconforto no peito aos esforços (motivo) = K01 (ficha 26130)
- Desejo de diminuir peso ou “sente-se gorda” (motivo) = aumento de peso = T07 (fichas 1855 e 205)
- Desejo de engravidar (sem especificar há quanto tempo) = W01 (ficha 2763 e 11275)
- Desidrose = S99 (ficha 14121)
- Desorientação (paciente com mais de 70 anos) = P05 (ficha 18168)
- Dieta, exercício, usando sibutramina (em motivo sendo que outro motivo é obesidade e “problema” também é obesidade) = T45 (ficha 18145)
- Dificuldade de concentração (criança) = P22 (ficha 2068)
- Dificuldade de concentração (adulto) = P29 (ficha 2974)
- Dificuldade para enxergar/ dificuldade visual não especificada = F05 (ficha 2717)
- Dificuldade para ganhar peso = T29 (ficha 3280)
- Disfonia = R23
- Disfunção familiar = Z20 (ficha 16148)
- DM = DM não insulino dependente = T90
- Dor abdominal = dor abdominal generalizada = D01 (ficha 1940)
- Dor de dente = D19 (Tesauro do Transition Project orienta D82)
- Dor de garganta = R21 (Tesauro do Transition Project orienta R74)
- Dor nas costas ou coluna (motivo) (médico anota em “problema” correspondente mialgia ou cervicalgia ou lombalgia) = L02 (fichas 2650, 3329 e 345)
- Dor no calcanhar = L17 (ficha 32145)
- Dor no osso ou óssea = L18 (ficha 13161)
- Dor no peito (motivo sem especificação no “problema”) = A11 (ficha 18110 e 32142)
- Dor no peito (motivo, sendo angina o “problema”) = K01 (ficha 30182)
- Dor no peito (motivo, sendo pneumonia o “problema”) = R01 (ficha 35100)
- Dor nos ossos (motivo) = L29 (ficha 21111)
- Dor torácica atípica (“problema”) = A11 (ficha 18110)
- DORT/ LER ou outro “problema” relacionado ao trabalho = Z05
- DST = A78 (ficha 2697)
- “Duvida se o remédio para hipotireoidismo está correto” (motivo) – A13 (fichas 1424 e 1430)
- Duvida quanto a medicação = A13 (ficha 30205)
- Efeito colateral de remédio homeopático = A87 (ficha 1499)

- Ejaculação retrógrada = Y08 (ficha 18192)
- Encoprese = P13 (Tesauro do Transition Project orienta D17)
- Engasga = D29 (ficha 11198)
- Enjôo = náusea = D09 (ficha 2765)
- Entereovirose (vomito e diarreia como motivos associados) = D73 (Thesaurus sugere D70) (ficha 12163)
- Enurese = P12 (ficha 26122) = (Tesauro do Transition Project orienta U04)
- Erupção de dente = D19 (Tesauro do Transition Project orienta D82)
- Escoriação = arranhão = S17 (ficha 11116)
- Espondilodiscopatia degenerativa = L86 (considero equivalente a prolapso do disco) (ficha 12150)
- Estou assim nessa base = A05 (ficha 14178)
- Estresse = P01 (ficha 18111) – Thesaurus sugere P29 (stress; emotional)
- Estresse família = Z20 (18114)
- Estresse com esposa do pai do seu bebê = Z29 (ficha 18180)
- Ex drogadicção/ ex usuário de drogas (“problema” e motivo) = A23 (ficha 18134)
- Fazer exames da tireóide e reumatismo = T31 e L31 (ficha 1593)
- Fazer exames gerais ou de rotina ou check up ou sem queixa se a natureza da consulta for puericultura ou puericultura (motivo) = A98 / puericultura ou hígido (“problema”) = A97/ exames gerais ou de rotina ou check up ou rotina, exceto quando estiver claro que o motivo é puericultura (“problema”) = A98 (ficha 2722, 3237 e 3310)
- Exames pré-operatórios laqueadura = X31 +W13 (ficha 2962)
- Ferida na perna por acidente de moto = abrasão/ arranhão = S17 (ficha 11116)
- Ferida no corpo (“problema” relacionado = varicela) = S07 (ficha 2820)
- Fibromialgia = L18
- Fissura no seio (na amamentação) – X20 ou S18/S19 ou W95
- Fumam em casa (motivo) = tabagismo passivo (“problema”) = A23 (ficha 31243)
- Gordura no sangue (motivo) = B29 (ficha 19177)
- HAS = HAS sem complicação = K86
- Hérnia = hérnia inguinal (ficha 1451)
- Hérnia de disco = L86 (ficha 1662)
- Hidradenite supurativa ou não = S92 (ficha 26147)
- Hiperglicemia = A91 (ficha 2161)
- Hipertelorismo = L82 (ficha 26122)
- Hipertensão (motivo) = K86 (ficha 18135)
- Hipoestrogenismo = sinais/ sintomas da menopausa se idade for compatível (X11) (ficha 1765) ou T99 se idade menor que 45 anos (Tesauro do Transition Project mapeia para T99 independente da idade)
- H. Pylory = D70 (ficha 2940)
- História familiar de câncer de mama = A21
- Homeopatia/ vem para consulta homeopatia = A47 (ficha 14201)
- Hora de comer/ avaliação = Z02 (ficha 31264)
- Hora de comer/ receita de leite = T62 (ficha 2752)
- Humor deprimido (em “problema”) = P03 (ficha 18127)
- IAM = K76 (presumir que não tenha angina mais) (ficha 2295) ou K75 até 28 dias após evento
- Imunidade baixa = B29 (ficha 1576)
- Inapetência em criança = P11 (“problema” psicológico) ou T04 (de educação/ aprendizagem, corriqueiro)
- Inchaço na perna = inchaço no tornozelo = L16 (e não L14; Thesaurus orienta L99)(ficha 11207)
- Inchaço nos olhos = F15 (ficha 34165)
- Incontinência urinária de urgência (Urine; incontinence, urge) = U04 (Tesauro do Transition Project mapeia para U02)

- Insuficiência coronariana = doença cardíaca isquêmica sem angina = K76 (ficha 2510)
- Insuficiência pulmonar = R99 (ficha 1712)
- Insuficiência venosa = veias varicosas da perna (K95) (ficha 3419)
- Intolerância a glicose – T99
- Intolerância a lactose –D99
- Intoxicação alimentar = A86 (ficha 11172)
- Lesão no pênis = Y04 (ficha 2578)
- Lesão ou ferida ou ferimento na pele ou descamação (sem “problema” específico correlato que possa orientar)= Sinais/ sintomas pele, outros =S29 (ficha 2350, 11121 e 13171)
- Licença maternidade = W62 (ficha 2119)
- Luto (sem especificar quem morreu) = Z23 (ficha 2716)
- Má adesão/ recusa fazer exames = A99 (ficha 3423 e 14109)
- Mal estar = sentir-se doente (A05) (ficha 3159)
- Mancha mongólica = S83 (ficha 18144)
- Marido com ejaculação precoce = P08 (ficha 31294)
- Massa supraventricular = tumor/ inchaço localizado = S04 (ficha 1391)
- Mau condicionamento físico = A28 (ficha 18159)
- Medo de não conseguir prover a família = P25 (ficha 18234)
- Menarca = A97 (ficha 3458 e 2562)
- Menstruação irregular e menos freqüente = X07
- Mostrar exames (médico anota em “problema” HAS) = K61
- Mostrar exames (médico anota em “problema” osteoartrose) = L61 (ficha 2633)
- Mostrar exames em motivo 1.a) (médico anota em “problemas” 1)HAS/ 2)DM/ 3)Má adesão ao tratamento) = A61 (ficha 2637)
- Mostrar exames em motivo 1.a) (médico anota em “problemas” 1)HAS/ 2)Dislipidemia) – A61 (ficha 2640)
- Mostrar exames em motivo 1.a); motivo 2.a) tosse; médico anota em “problemas” 1)HAS/ 2)tosse) = K61 (ficha 2641)
- Mostrar exames em motivo 1.b) (médico anota em “problemas” 1)climatério) = A61 (ficha 10109) pois em geral quem faz exames no climatério não faz só hormônio (capítulo X)
- Não segue tratamento médico – A99? (ficha 1428) ou Z11
- Olho de peixe (motivo)= S29 (ficha 3187)/ calosidade (“problema”) = S20 (ficha 26189)
- Ojeriza a cheiro de esperma = P99 (ficha 2255)
- Otite ou otite média = Otite Média Aguda = H71 (ficha 2127, 10140 e 30248)
- Papanicolau anormal = X86
- Pé diabético = N94 (ficha 35136)
- Peito congestionado = P29 (ficha 18178)
- Pelos na região genital e anal = S24 (ficha 2823)
- Perda de líquido (gestante) = W29 (ficha 15126)
- Perda de líquido final de gestação (motivo, com rotura prematura de membranas em “problema”) = W29 (ficha 18142)
- Pisou em prego = S15 (ficha 2050)
- Placenta marginal = gestação de alto risco = W84 (ficha 2746)
- Pós operatório (sem especificar cirurgia) (“problema”) = A31 (ficha 2891)
- Pouca rede de apoio = Z29 (ficha 2299)
- Preocupação com Ca de colo = Ca de colo = X75 (ficha 2273)
- Preocupação com saúde(motivo) = medo de doença (“problema”) = A27 (ficha 18205)
- Preocupação com violência do filho adolescente = Z29
- Pressão alta (motivo) = K85 desde que tenha indícios que seja uma elevação esporádica, como por exemplo se no “problema” está “crise hipertensiva” (ficha 2571); no exemplo da ficha 1731, presumir que o paciente se diz hipertenso pois “problema” é HAS, portanto, motivo “pressão alta” neste caso = K86 (fichas 1731 e 18136)
- Pressão baixa (motivo) = K29 (ficha 21104)
- “problema” de relacionamento sexual = P07 (ficha 3591)

- “problemas” familiares diversos ou não especificado (motivo ou “problema”) = Z20 (fichas 2635 e 1720)
- Prostatite = Y73
- Prurido vulvar = S02 ou X16
- Ptiríase (sem especificar rosada ou versicolor) = presumir versicolor = S74 (ficha 11325)
- Puericultura/ Rotina/ Sem queixas = A98 (motivo) e A97 (“problema”) (fichas 269 e 2610)
- Puerpério = W31
- Queda = L81 (ficha 1484 e 1081)
- Queda de moto = A80 (como sugerido no ICPC-2-R) + dor no local dos ferimentos = A01 (dor múltipla); “problema” = trauma superficial = L81 => tudo leva a crer que não ficou apenas na pele e pegou músculo; coloco o motivo 2 em 1.b pois tem a ver com o mesmo evento (ficha 19114)
- Queimadura por limão = S14 (ficha 31192)
- Receita de anticoncepcional oral = W11 (ficha 10133)
- Receita para HAS = K50
- Relação sem camisinha = W02 (ficha 1297)
- Renovação de leite especial = T50 (medicação/ prescrição/renovação por “problema” endócrino, metabólico ou nutricional) e “medicação de uso crônico” na questão 9 (ficha 1619)
- Repetir exames = presumir exames de sangue = A34 (ficha 1576)
- Respirador bucal = D82 (ficha 32128)
- Retorno HAS (motivo) = K86 + K31 (ficha 3282)
- Reumatismo (Motivo) = outros sinais/ sintomas do aparelho músculo-esquelético = L29 (ficha 2018)
- Respirador bucal = R04 (thesaurus sugere D82) (ficha 31239)
- Revisão = A98 (ficha 234)
- Rinofaringite (em “problema” sendo que os motivos eram tosse, dor no corpo e febre) = R74
- Rotina (motivo e “problema”) = A98 (ficha 3272)
- Rotina (motivo sendo que “problema” é HAS) = K31 (ficha 16158)
- Rotura de tendão = L99 (ficha 2587)
- Ruptura de menisco = L99 (ficha 18124) – presumir cronicidade; L96 é apenas para lesão aguda
- Ruptura prematura de membranas = W92 (presumir que nasceu vivo) (ficha 18142)
- Se incomoda com a filha (motivo) = P23 (não diz idade mas presumo que é adolescente pela prevalência) (ficha 21112)
- Secreção pós nasal = sinais/ sintomas seios paranasais = R09 (ficha 1651)
- Sedentarismo = A23 (ficha 26120)
- Sem queixa mas está anotado em “natureza da consulta” gestante (mesmo que em “problema” esteja gestação de alto risco) = W78 (fichas 2768 e 2782)
- Sequela de meningite (sem especificar) = N99 (ficha 1755 e 18244)
- Síndrome metabólica = T99 (ficha 2847) apesar do WONCA International Classification Committee não recomenda codificar desta forma mas sim separado cada “problema” que constitui a síndrome
- Sofrimento psíquico (“problema”) = P03 (ficha 2026)
- Solicitação de exame de HIV== B34
- Solidão = Z04 (ficha 18206)
- Surdez (motivo, sendo que em “problema” consta rolha de cerúmen) = H02 (ficha 19120)
- Terapia de Reposição Hormonal = X11 (ficha 25258)
- Torcicolo = L83 (ficha 13105)
- Tosse por alergia = R05
- Trabalho de parto ou contrações = W90 (ficha 1746 e 10129)
- Transplante renal = U99 (ficha 1178)
- Transtorno ansioso misto: ansiedade e depressão = P76 (ficha 12185)

- Transtorno de humor leve/ transtorno do humor = P76 (fichas 25105 e 25109)
- Tremor = N08
- Troca as letras ao falar, dificuldade de dicção = P24 (ficha 11128)
- Úlcera crônica de pele = S97
- Urina vermelha (motivo) = U06 (ficha 2672)
- Vacina atrasada = A23 (ficha 11158)
- Verruga genital = condiloma acuminado feminino (X91) (ficha 2532)
- Vertigem (motivo) = tontura/ vertigem = N17
- Vertigem (“problema”) = síndrome vertiginosa (vertigem posicional benigna) = H82 (ficha 1525)
- Vômitos na menstruação = X89 (ficha 36115)

2. Comentários de situações específicas:

- Motivo 2.a e “problema” 2 é nega outras queixas mas ainda tem motivo 3.a e “problema” 3, passar eles para 2; não seria apropriado classificar como A97 (sem doença) pois há “problemas” nos itens 1 e 3 (ficha 1454)
- Motivo: exames de rotina = A98/ “problema”: Insiste em exames de rotina = A97 (ficha 1466)
- Motivos 2.a) e 3.a) relacionados a mesmo “problema” (que se repetem em “problema” 2 e “problema” 3), colocar o motivo 3.a) em 2.b) e os “problemas” repetidos 2 e 3 viram apenas 2 – ficha 1443 (motivos: 1.a) atestado para perícia/ 2.a) dor em punhos que correm para cotovelos e dedos do meio/ 3.a) formigueiro nas mãos; “problemas” 1) forneco atestado/ 2) síndrome do túnel do carpo/ 3) síndrome do túnel do carpo)
- Mais de 1 “problema” nos “problemas” 2 e 3, passar para 1 onde tem a possibilidade de anotar 2
- Mais de 2 “problemas” no item 1 relacionados aos motivos 1.a e 1.b = escolher 2 primeiros (ficha 1430)
- Mais de 2 “problemas” no item 1 sendo que um não é relacionado aos motivos 1.a e 1.b = escolher os 2 primeiros “problemas” relacionados aos motivos correspondentes e passar os “problemas” não correlacionados ao motivo para os “problemas” 2 e 3 (ficha 1448)
- Ficha 1733 (exemplo)
Quando não há “problema” ao lado do motivo não repito o motivo mas presumir que o “problema” que o profissional avaliou era o mesmo do motivo
- Ficha 2924:
Motivo 1.a) acamada/ não deambula
“problema” 1) seqüela de AVCi
Motivo 1.a) L28 (limitação funcional/ incapacidade) e “problema” 1) K91 (doença vascular cerebral)
- Ficha 295
Motivo 2.a) cansaço = A04/ 2.b) estuda de dia, trabalha de noite = Z05 (“problema” com condições de trabalho)
“problema” 2) estresse = P29
- Ficha 2738:
Motivos: 1.a) dificuldade de cuidar-se/ 2.a) dor abdominal (flecha em direção a 3.b)/ 3.a) coceira e vermes no nariz/ 3.b) dor abdominal
“problemas”: 1) parkinsonismo; seqüela de AVC, dificuldade de cuidados, defic. familiar/ 2) dor abdominal: cólica (timpanismo)/ 3) verminose
Coloco coceira e vermes no nariz em motivo 2.b) ao invés de jogar dor abdominal para baixo e deixo “problema” 2) verminose pois interpreto que a relação é de “dor abdominal + coceira e verme no nariz => verminose” mas o voluntário se confundiu para preencher
Motivos: 1.a) N28 (limitação funcional por “problema” neurológico)/ 2.a) D01 (dor abdominal generalizada)/ 2.b) R08 (outros sinais e sintomas nasais)
“problemas”: 1.a) N87 (Parkinsonismo)/ 1.b) K90 (Trombose/ acidente vascular cerebral)/ 2) D96 (Lombrigas/ outros parasitas)

- Ficha 231: Motivo 1.a) Revisão/ Não há “problema” assinalado => após conversar com voluntário 23 que preencheu diversas fichas desta maneira, adoto nestes casos “problema” 1) mesmo Motivo 1.a) ((A98) no exemplo supracitado)
- Ficha 2545: Sem motivo assinalado; “problema” 1) Puericultura => perda de dado em Motivo 1.a) e adoto padronização definida nesta pesquisa para Puericultura (“problema”: Puericultura = A97); obs: ICPC2/ ICD10 tesauro do Transition Project adota A97 para “child; examination”
- Ficha 2015: “problema” 1) Nervosismo/ 2) Ansiedade => abolir “problema” 2 e codifica apenas 1 como P01 (sensação de ansiedade/ nervosismo/ tensão)
- Ficha 1452: Motivo 1.a) quer fazer teste de HIV = B34 ao invés de B25 (não está descrito medo)
- Ficha 1336: Dermatite sem especificar atópica ou de contato ou seborreica – S99
- Ficha 1357: “controle de crescimento” como motivo para consulta de puericultura = mantive A98 ao invés de colocar T31, por exemplo.
- Fichas 1217 e 10239: “fazer exames” como motivo sendo que o “problema” relacionado era hipertensão = K31
- Ficha 1421: “mostrar exames” como motivo e “hipotireoidismo” como “problema” relacionado sendo que nos outros itens (2 e 3) não tem outros “problemas” = A61 pois em geral quem tem hipotireoidismo faz exames gerais e não apenas seguimento de T4 livre e TSH (REVER)
- Corrigir eventuais falhas pontuais:
Exemplo: ficha 1515
Encaminhado para profissional não medico? Acupuntura => classifico em profissional médico
- Associar motivos aos “problemas” desmembrando os motivos.
Exemplo: ficha 154
Motivo 1.a) dor na coluna, nos pés, no estomago; exames solicitados pelo gastro/ “problema” 1) cialgia; “problema” 2) gastrite leve => desmembrar motivos em 1.a) dor na coluna; 1.b) dor nos pés; 2.a) dor no estômago; 2.b) mostrar exames solicitados pelo gastro
- Associar “problemas” aos motivos desmembrando os “problemas”.
Exemplo: ficha 1525
Motivo 1.a) dor no ouvido, tosse, zumbido (escolho os 2 primeiros como de praxe para desmembrar em 1.a e 1.b)/ “problema” 1) angina, depressão, HAS, vertigem => desmembrar “problemas” em 1.a) vertigem (relacionado aos motivos); 1.b) depressão (possivelmente relacionado aos motivos); 2) Angina; 3) HAS
- Ficha 1232: “maisar exames” como motivo e “colelitase” como “problema” relacionado sendo que nos outros itens (1 e 3) tem outros “problemas” (espondilodiscopatia degenerativa e HAS) = D61 pois os exames estão diretamente relacionados a colelitase
- Ficha 2327: “lesões de pele” como motivo e “varicela” como “problema” relacionado => Motivo = S07 (erupção cutânea generalizada) pois a lesão está relacionada a varicela que é por essência generalizada
- Exemplo: ficha 1337
Motivo da consulta 1.a) dor no joelho
“problema”: 1) Contusão
Tradução pelo Google tradutor: contusion
ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: S18 ou L81 (como o motivo era dor no joelho, opta-se pelo capítulo L)
- Exemplo de “problema” de tradução: lesão = injury (DeCS e Google tradutor), mas no ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project “injury” é relacionado a trauma (A80); a melhor interpretação muitas vezes é erupção (ficha 1439)
- Exemplo de “problema” de tradução: anedonia = anhedonia (Google tradutor) e Sexual Dysfunctions, Psychological (DeCS); no ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project “anedonia” é relacionado a “sexual fulfilment reduced” (P08) o que não é a conotação que damos; traduzo “anedonia”, então, como “sensação de depressão” (P03) (ficha 1523)
- Exemplo: ficha 25174

- “problema”: 1) Equimose
Tradução pelo Google tradutor: ecchymosis
ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: A10
- Exemplo: ficha 25176
“problema”: 1) Esteatose hepática
Tradução pelo Google tradutor: Steatosis
ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: steatosis; liver = D97
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: “problema”: mamoplastia => breast reduction; cosmetic => A99 (ficha 25181); neste caso o motivo era encaminhamento para cirurgia plástica, como não é adequado codificar “problema” com códigos de processo, fica X67 para o motivo e A99 para o “problema” conforme Thesaurus
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: weight gain; failure => T10 (ficha 1356); diferente de A94 que é relacionado a retardo no crescimento intra uterino (no Thesaurus: intrauterine; malnutricion, small-for-dates)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: hallucination => P29 (ficha 1459)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: thrombosis => K94 (ficha 2526)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: ventricle; hypertrophy => K84 (ficha 2531)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 thesaurus e do ICPC2 structure do Transition Project: hyperactivity; child => P81 => no ICPC2 structure, de fato nos critérios de inclusão estão déficit de atenção e hiperatividade (ficha 2558)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 thesaurus e do ICPC2 structure do Transition Project: food; intoxication => A86 => no ICPC2 structure, de fato no “searchtexts” está food; intoxication (ficha 1254)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: family planning; counseling => W14 (ficha 2533)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project para simples localização de “problema”: premature; birth => A93 (ficha 2615)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project para simples localização de “problema”: mouth breathing; malocclusion => D82 (ficha 2624)
 - Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project para simples localização de “problema”: atopy => hypersensitivity => A92 (ficha 2624)
 - Exemplo de limitação do uso do ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: lacrimejamento => lacrimal fluid => F29 (sem código específico) (ficha 2620)
 - Exemplo do uso do ICPC2 structure do Transition Project: T92 = gout = gota = exclusões = ácido úrico aumentado = A91 (investigação com resultado anormal)(ficha 2926)
 - Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: Problema = cistocele => cystocele (DeCS) => cistocele; mulheres = X87 (ficha 147)
 - Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: Problema = síndrome do túnel do carpo => carpal tunnel syndrome (DeCS) => N93 (ficha 1414)
 - Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: “problema” = espondilolistesis => spondylolisthesis (DeCS) => L84 (ficha 19236)
 - Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: atraso DNPM = “desenvolvimento” = Child Development Disorders (DeCS)=> Child Developmental Disorders (thesaurus)= T10 (ficha 198)
 - Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: “problema” = eritema => erythema (DeCS) => S06 ou S07 (eu achava que era S08) (ficha 1626)
 - Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project: “problema” = afta => stomatitis, aphthous (DeCS) => D83 (ficha 149)

- Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: “problema” = síndrome consumptiva => wasting, syndrome (DeCS) => não uso o recomendado pelo Thesaurus (B90) pois nem sempre é causada pela infecção pelo HIV e o DeCS diferencia estes 2 termos (HIV wating syndrome x wasting syndrome); adoto o wasting; disease = perda de peso = T08
- Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: “problema” = quelóide => keloid (DeCS) => S99 (ficha 1855)
- Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: “problema” = assadura => exanthema (DeCS) => S06 (ficha 3629)
- Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: “problema” = incontinência urinária de esforço => urinary incontinence, stress (DeCS) => urine; incontinence, stress = U04 (ficha 147)
- Exemplo de uso do Descritores em Ciências da Saúde + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: “problema” = síndrome do desfiladeiro torácico => thoracic outlet syndrome (DeCS) = N94 (Thesaurus) (ficha 34189)
- Exemplo de uso do Google tradutor + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: “problema” = disfonia => dysphonia = R23 (ficha 1354)
- Exemplo de uso do Google tradutor + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: “problema” = miíase => myiasis = S73 (ficha 276)
- Exemplo de tradução pelo Google tradutor: talassemia para thalassemia (ficha 1241)
- Exemplo de uso do Google tradutor superando o DeCS = “ferida”: DeCs traduz como ferida cirúrgica (surgical wound) enquanto Google tradutor apenas para wound; no ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project “wound” aparece como S13, S15, S18 e S19; no caso o mais apropriado foi S19 dado que o “problema” correlacionado era calosidade (S20)(ficha 1419)
- Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: encopresis => D17 (ficha 146)
- Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: Still => L88 (ficha 1221)
- Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: miliaria => S92 (ficha 1424)
- Exemplo do uso do ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: blood pressure examination => A98 (ficha 1424)
- Exemplo de uso do Google tradutor + ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: motivo da consulta = coceira no olho => coceira = itch => itch eye = F13 (ficha 1246)
- Exemplo: ficha 1350
Motivo da consulta: 1.a) não come bem
Consulta no Google tradutor: appetite => appetite
Consulta no ICPC2/ ICD10 Tesauro do Transition Project: appetite; depraved, in childhood = P11
- Exemplo: ficha 1242
Motivo da consulta: 1.a) renovação de prescrição/ 1.b) solicitação de exames
“problema”: 1) HAS
Conclusão: presumir que são exames e prescrições relacionadas a hipertensão (capítulo K), portanto, K50 e K34
- Exemplo: ficha 1245
Motivo da consulta: 1.a) maisrar exames/ “problema” 1) HAS
Conclusão: convencionou-se neste caso que veio maisrar exames relacionados ao “problema”, portanto, motivo 1.a) K61
- Exemplo: ficha 1348
Motivo da consulta: 1.a) trazer exames de controle/ “problema” 1) HAS
Conclusão: presumir que veio maisrar exames relacionados a hipertensão, portanto, motivo 1.a) K61
- Exemplo: ficha 2114
Motivo da consulta: 1.a) Renovar receita/ “problema” 1) HAS/ 2) DM/ 3) angina
Conclusão: presumir que veio pedir receita relacionada a vários “problemas”, portanto, motivo 1.a) A50
- Exemplo: ficha 2125 – anotação um pouco confusa

Motivo da consulta: 1.a) Maisrar exame/ 2.a) HAS – renovar receita/ “problema” 1) Gastrite crônica/ 2) renovar receita de controle do tabagismo

Conclusão: presumir que veio maisrar exame relacionado a gastrite (D61) e pedir receita relacionada a HAS (A50) e recebeu receita para controle de tabagismo (P50)

- Exemplo:

Motivo da consulta: 1.a) solicitação de exames

“problema”: 1) surdez

Conclusão: presumir que a solicitação de exames está relacionada a surdez, por isso o motivo recebe o código H31

- Exemplo:

Motivo da consulta: 1.a) maisrar exames

“problema”: 1) vaginite

Conclusão: presumir que os exames mostrados estavam relacionados à vaginite, por isso o motivo recebe o código X61

- Exemplo:

Motivo da consulta: 1.a) solicitação de exames (sem mais motivos)

“problemas”: 1) HAS/ 2) DM/ 3) Dislipidemia

Conclusão: presumir que o motivo é geral e não relacionado apenas ao “problema” 1 e por isso recebe o código A98

- Exemplo: ficha 1416

Motivo da consulta: 2.a) come pouco; gosta de sabonete e pasta de dente

“problema”: 2) parasitose intestinal?/ anemia?

Conclusão: repito os motivos nos “problema” 2 (T04) pois não há conclusão sobre o diagnóstico

- Exemplo: ficha 1418

Motivo da consulta: 1.a) solicitação bolinha na barriga/ 1.b) dor após fazer muita força

“problemas”: 1) lipoma?/ 2) hérnia abdominal direta?

Conclusão: repito os motivos nos “problemas” 1.a e 1.b pois não há conclusão sobre o diagnóstico

- Exemplo: ficha 2516

Motivo da consulta: 1.a) Tontura/ 1.b) Dor no estômago/ 2.a) Dor de cabeça/ “problema” 1) nada assinalado/ 2) Enxaqueca

Conclusão: presumir enxaqueca está associado aos motivos 1.a) e 1.b) que são os principais; deleta-se o terceiro motivo assinalado (dor de cabeça) seguindo o critério de que aparecem em ordem decrescente de importância e coloca-se enxaqueca como “problema” 1) relacionado aos motivos 1.a) e 1.b)

- Exemplo: ficha 2524

Motivo da consulta: 1.a) queda de cabelo

“problemas”: 1) nada assinalado/ 2) obesidade

Embaixo há um asterisco comentando que “não tem alopecia”

Conclusão: no “problema” 1) coloco “sem doença” (A97)

- Exemplo: ficha 2534

“problemas”: 1) poliartrioatita crônica (M06.4)

Conclusão: segundo o ICPC2/ ICD10 Tesouro do Transition Project, o CID10 M06.4 corresponde ao ICPC2 L88 (artrite reumatóide/ seropositiva)

- Ficha 3545 = respeito às anotações

Motivo 1.a) sem queixas = A97

“problema” 1.a) Consulta pré natal de rotina (W78)

Conclusão: apesar de estar anotando sempre pré natal = W78, neste caso respeito a anotação do voluntário

- Ficha 3653

Motivo 1.a) maisrar exames; 1.b) vertigem; 2.a) sudorese

“problema” 1.a) sensação de ansiedade

Conclusão: como tem motivos de diferentes capítulos (P e N) associados ao mesmo “problema”, o motivo 1.a) recebe o código A61. O motivo 2.a) é eliminado como padronizado pois trata-se do terceiro motivo relacionado ao mesmo “problema”.

- Ficha 3651: obrigação de corrigir a ficha
Motivo 3.a) diminuição da visão
“problema” 3) sensações oculares anormais
Conclusão: como os voluntários receberam o resumo do ICPC2, neste caso o pesquisador já quis se adiantar/ porém não teve acesso aos critérios de inclusão/ exclusão e, portanto, interpretou errado pois “sensações oculares anormais” está relacionado a coceira; o correto seria “outras perturbações visuais” (mesmo código do motivo) e neste caso não sigo anotação.
- Ficha 3663: obrigação de corrigir a ficha
Motivo 1.a) artralguas
“problema” 1.a) outros sinais e sintomas do aparelho músculo esquelético
Conclusão: como os voluntários receberam o resumo do ICPC2, neste caso o pesquisador já quis se adiantar/ porém não teve acesso aos critérios de inclusão/ exclusão e, portanto, interpretou errado; o correto seria “sinais/ sintomas articulações NE” (mesmo código do motivo) e neste caso não sigo anotação.
- Ficha 1259
Motivos 1.a) sangramento menstrual; 1.b) cólicas
“problema” 1.a) miomatose uterina
Conclusão: conclui-se que o sangramento é excessivo e as cólicas são menstruais, portanto X06 e X02 respectivamente.
- Ficha 1260
Motivo 2.a) exames controle
“problema” 2) ITU previa
Conclusão: conclui-se que o paciente pede novos exames de urina (U35). História de ITU recebe o código de fator de risco (A23) como de praxe.
- Ficha 1263
Motivo 1.a) maisrar exames
“problemas” 1.a) HPB; 2) HAS; 3) seqüela de AVCs prévios
Conclusão: conclui-se que os exames são relativos a HAS também, portanto HAS passa para “problema” 1.b) e AVCs prévios passa para “problema” 2.
obs: isto ocorreu diversas vezes com este pesquisador porque não compreendeu que poderia colocar mais de um “problema” no quadrinho 1.
- Ficha 1476
Motivo 1.a) renovar receitas
“problemas” 1.a) acido valpróico
Conclusão: não se sabe se é para “problema” neurológico ou psiquiátrico, portanto A50 em “problema” e motivo
- Ficha 1497
Natureza da consulta: VD + Urgência (FCC na Costa da lagoa) = considero VD
- Ficha 14123
Natureza da consulta: VD + HAS/ DM2 (Costa da lagoa) = considero VD
- Ficha 172
Motivo 1.a) avaliação exame laboratorial e por imagem
“problema” 1.a) nódulo de mama
Considero motivo = X31 + X41
- Ficha 18105
“problema” 1.a) transtorno somatoforme?; 1.b) ansiedade?
Quando o “problema” é interrogado mas descreve sintomas ou “problemas” gerais, considere eles (no exemplo códigos P75 e P01)
- Ficha 21112
Motivo 3.a) dor em ombro
“problema” 3) artralgia
Conclusão: presumo que a artralgia é em ombro, então “problema” e motivo recebem o código L08
- Ficha 1092
Motivo 1.a) Revisão (A98); 1.b) alergia na fralda (S89)

“problema” 1) Puericultura (A97)

Embora dermatite da fralda seja provavelmente um “problema”, respeita-se a anotação e não se considera em “problema” mas apenas em motivo

- Ficha 2390
Motivo 1.a) Revisão (A98)
“problema” 1) Nada especificado pelo voluntário
Ao contrário de outras situações que colocaria código “não se aplica/ sem dados”, neste caso e nos casos em que na natureza da consulta está puericultura ou gestante e nada em “problemas”, coloco código correspondente a puericultura e gestante para “problemas” = A97 e W78
- Ficha 2813
Motivo 1.a) DM tipo 2 (T90)/ 1.b) surda do ouvido E
“problema” 1.a) DM tipo 2 (T90)/ 1.b) tratamento, controle (T31)/ 2) Tampão de cerume (H81)
Passo Motivo 1.b) para 2.a) pois está relacionado a “problema” 2 e codifico como H02 pois apesar de usar o termo “surda” está claro que não se trata de surdez e se o próprio voluntário fosse codificar usaria H02.
- Ficha 26116
Motivo 1.a) DM Renovar receita
“problema” 1.a) HAS/ 2) DM tipo 2/ 3) Dislipidemia
Expõe uma limitação da tabela pois aceita 2 Problemas (1.a e 1.b) ligados ao mesmo motivo mas não 3; opto por classificar como K50 motivo 1.a), T50 motivo 2.a) (criado) e T50 motivo 3.a) (criado) e K86 Problema 1.a), T90 Problema 2) e T93 Problema 3.
- Ficha 2953
Motivo 1.a) pré-natal/ 2.a) maisrar exames
Problema 1.a) sp 2) anemia ferropriva
Esta voluntária colocou diversos “SP” (sem problemas) mas não foi codificado como A97 pois era apenas para corresponder a uma ação preventiva (no caso pré-natal que era o motivo correspondente); passo motivo 2.a) para 1.b) e “problema” 2) para 1.b) pois faz sentido agrupar anemia com pré-natal e alguns voluntários não absorveram a orientação mandada por e-mail que podia mais de uma palavra ou “problema” no quadrinho.
- Ficha 2959
Motivo 1.a) dor na barriga; 1.b) ultrassom pélvico/ 2.a) pressão alta
“problema” 1.a) USG normal; 1.b)ciclos regulares/ 2) HAS controlada
Codifico “problema” 1.a) = 1.b) = A97 mas isto significa, sem doença relacionada ao motivo 1 pois há HAS (“problema” 2)
- Ficha 14191
Motivo 1.a) hérnia de disco/ 2.a) exames/ 3.a) exames
“problema” 1.a) hérnia de disco/ 2) Dislipidemia não compensada + HAS compensada/ 3) Hematúria microscópica
Não mudo ordem dos “problemas” (colocando 2 em 1) para caber mais pois entendo que hérnia é o principal e deve ficar em 1. Deleto HAS compensada pois não há opção 2.b) para “problemas” e codifico o motivo 2.a) como A61 pois está relacionado a exame de mais de um sistema (K e T); codifico motivo 3.a) como U61
- Ficha 20102
Motivo 1.a) vômitos/ 1.b) dor abdominal/ 2.a) fraqueza
“problema” 1.a) vômitos/ 2) dor abdominal
Cancelo fraqueza pois os 3 motivos têm a ver com os 2 “problemas” e como padronizado quando estão relacionados, o terceiro é cancelado; passo “problema” 2 para 1.b pois os dois estão relacionados.
- Ficha 21131
Motivo 1.a) suspeita de gravidez
“problema” 1.a) solicito b-HCG
Troco “solicito B-HCG” por “suspeita de gravidez” pois não é adequado colocar código de processo em “problemas”; sempre que possível este movimento foi feito.
- Ficha 21135

Motivo 1.a) exames para visita íntima no presídio
 “problema” 1.a) solicito exames/ 2) anticoncepção
 Troco “) solicito exames” (A30) por “prevenção” (A98) pois não é adequado colocar código de processo em “problemas”.

- Ficha 21156
 Motivo 1.a) exames puérpera - rotina
 “problema” 1.a) normal
 Coloco puerpério (W31) em motivo e “problemas”. Esta é uma situação que um código de processo fica em “problema”; rotina de criança também poderia (A30) mas neste caso opto por seguir o Tesouro do Transition Project (A97); não há puerperium normal no thesaurus do Transition
- Ficha 34181:
 “problema” = suspeita de Ca no intestino
 Repito motivos da consulta no “problema” pois trata-se de uma hipótese

3. Observações:

- Não entendi a letra: Motivo 1.a) ficha 18116
- Uso dos códigos 29 e 99 quando “problemas” e sintomas são muito inespecíficos; exemplo ficha 18126 = sangramento menstrual => como é um sintoma é codificado como X29 tanto em motivo quanto em “problema”; poderia ser A97 mas está muito inespecífico e relacionado com capítulo X para usar este código
- Ficha 18156: como em motivo está especificado que a dor abdominal é localizada (D06), no “problema” correspondente, apesar de não estar especificado, presumo que repete-se o sintoma (D06) ao invés de colocar dor abdominal generalizada (D01)
- História de... = A23 (exemplos: ficha 18157 = história de fratura; ficha 18160 = história de ITU)
- Como em motivos e “problemas” 1, em referenciamentos (itens 6.a e 6.b) quando houve mais de 2, descartei o terceiro presumindo que era o menos importante; aconteceu apenas nas seguintes vezes: ficha 18166
- P22 x P23 = criança até 11 anos e adolescência 13 aos 18 anos (segundo ECA)(ficha 19147)
- Quando tem assinalado trabalho formal + aposentado considero trabalho formal (ficha 2977)
- D01 = dor abdominal + abdômen agudo + cólica em RN
- Em situações como da ficha 10260 e 10298 eu não repeti “mostrar exames” e “renovar receita” (161 e 150 pois tem “problemas” diversos anotados) em 2.a e 3.a apesar das aspas pois daria erro na prevalência deste código; perde-se neste caso pré teste dos “problemas” 2 e 3 que ficam com o código 1 (não se aplica) mas neste caso a prevalência é mais importante
- Pele seca: se motivo (ficha 26217) é S29; se “problema” (xerodermia) é S99 conforme orienta o tesouro do Transition.
- Amenorréia por amamentação (“problema” 1) e depressão (“problema” 2) => não tem “problema” codificar A97 e P76 respectivamente pois o A97 9sem doença) se refere mais ao motivo assinalado (atraso menstrual) que não corresponde a uma doença.
- Quer vitaminas para irmãos (ficha 33229) ou pai quer pomada de herpes para esposa (ficha 33226) não há código e são fatos que ocorreram na consulta mas não precisa codificar tudo
- Não codifico alguns “problemas” por serem “processo” e repetirem motivo da consulta ou não terem código:
 - Renovação de receita = ficha 14212
 - Paciente é confusa, não informa bem = ficha 14216
 - Paciente fora de área = ficha 14225
 - Sem anticoagulação = ficha 14229
 - Oriento pegar TFD na SES = ficha 14231
 - Oriento marcar consulta para o paciente = ficha 14256

Apêndice 13: Paine de controle dos voluntários

Dr. Nº	Centro de Saúde	Inverno	Último formul.*	Primavera	Último formul.*	Verão	Último formul.*	Outono	Último formul.*
10	Monte Cristo	ok	1074	ok	10161	ok	10245	ok	10317
11	Inglese	ok	1170	ok	11149	ok	11246	ok	11330
12	Campeche	ok	1251	ok	12151	ok	12209	ok	12240
13	Fazenda Rio Tavares	ok	1369	ok	13106	ok	13177	ok	13233
14	Costa da Lagoa	ok	1469	ok	14142	ok	14205	ok	14273
15	Costeira Pirajubaé	ok	1558	ok	15149	ok	15210	ok	15237
16	Lagoa da Conceição	ok	1661	ok	16109	ok	16160	Atividade gerencial	
17	Costeira Pirajubaé	Reforma do cen-tro de saúde		ok	1769	no		no	
18	Vargem Grande/ Pantanal	ok	1889	ok	18170	ok	18213	ok	18260
19	Carianos	ok	1968	ok	19159	ok	19206	ok	19241
20	Saco dos Limões	Ok, parcial (não preencheu 3 dias)	2026	ok	2074	ok	20123	doente	
21	Monte Cristo	ok	2169	ok	21112	ok	21181	ok	21212
22	Córrego Grande	Atividade de gestão		Atividade de gestão		ok	2238	ok	22112
23	Inglese	ok	2355	ok	23101	ok	23154	no	
24	Fazenda Rio Tavares	Mudando de centro de saúde		Mudando de centro de saúde		Desestimulado		Desestimulado	
25	Inglese	ok	2561	ok	25142	ok	25228	ok	25312
26	Carianos	ok	2667	ok	26147	ok	26185	ok	26273
27	Monte Cristo	ok	2793	Mudou de emprego		Mudou de emprego		Mudou de emprego	
28	Prainha/ Cachoeira do Bom Jesus	Atividade gerencial		ok	2840	ok	28103	ok	28169
29	Córrego Grande	ok	2937	ok	2972	ok	29108	Não preencheu	
30	Saco Grande	ok	30117	ok	30187	ok	30252	ok	30307
31	Rio	ok	3183	ok	31164	ok	31234	ok	31301

XXVIII

	Tavares								
32	Inglese	ok	3282	ok	32180	ok	32273	ok	32358
33	Sto. Antonio de Lisboa	ok	3390	Esqueceu		ok	33158	ok	33233
34	Ponta das Canas	ok	3460	ok	34113	ok	34158	ok	34230
35	Saco Grande/ Pântano do Sul	ok	3563	ok	35134	ok	35204	ok	35293
36	Monte Cristo	ok	3688	ok	36169	Atividade de preceptoria		Atividade de preceptoria	
37	Pântano do Sul	Mudando de emprego		Mudou de emprego		Mudou de emprego		Mudou de emprego	
38	João Paulo	Licença saúde		Não preencheu		Não preencheu		Não preencheu	
39	Inglese	Desistiu							

* formul.: formulário

Apêndice 14: Códigos da CID 10 mais frequentes nos centros de saúde de Florianópolis de julho de 2007 a junho de 2008

I10	Hipertensao essencial
Z001	Exame de rotina de saude da crianca
J00	Nasofaringite aguda
A09	Diarreia e gastroenterite orig infecc presum
Z00	Exame geral invest pess s/queix diagn relat
Z000	Exame medico geral
Z719	Aconselhamento NE
J03	Amigdalite aguda
A08	Infecc intestinais virais outr e as NE
F32	Episodios depressivos
E11	Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte
R10	Dor abdominal e pelvica
M255	Dor articular
Z349	Supervisao de gravidez normal NE
B24	Doenc p/HIV NE
M545	Dor lombar baixa
H920	Otalgia
Z34	Supervisao de gravidez normal
R51	Cefaleia
M54	Dorsalgia
J06	Infecc agudas vias aereas super loc mult NE
J069	Infecc aguda das vias aereas super NE
Z014	Exame ginecologico
F102	F10.2 Sindr de dependencia
Z30	Anticoncepcao
J20	Bronquite aguda
J45	Asma
E10	Diabetes mellitus insulino-dependente
E66	Obesidade
Z108	Exame geral de rotina outr subpop definida