

CAPA

VOL. 24

JANEIRO – JUNHO – 2003

Nº 01

Centro da OMS Para a Classificação de Doenças em Português

(Centro Brasileiro de Classificação de Doenças)
ISSN 01 10-5877

SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)

Existe uma grande preocupação mundial com essa síndrome que tem afetado milhares de pessoas, particularmente na China, bem como levado à morte muitos dos afetados.

Como chamar em português?

A tradução literal e que tem sido utilizada é “Síndrome Respiratória Aguda Grave”.

Entretanto já se disseminou o uso da sigla em inglês “SARS”; esta ocorrendo o mesmo que com a “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” que, no Brasil, é conhecida pela sigla em inglês AIDS e não SIDA.

A imprensa leiga tem chamado de “Pneumonia Asiática” o que, talvez, não devesse ser recomendado.

Tão logo surgiu a doença os “Centros Colaboradores da OMS” e outros especialistas se preocuparam com o problema da codificação. Embora o agente tenha sido identificado como um vírus, no caso um “coronavirus” a proposta do “Mortality Reference Group” (MRG) foi atribuir o código U04.9.

Como se sabe na CID-10 há “espaços vazios”, isto é, não há códigos entre algumas categorias, bem como não foi utilizada a letra U. Assim foi proposto e aceito atribuir o código U04.9 o qual ficará em um espaço vazio dentro do capítulo I.

Sobre o uso do código U, no Volume 2 da CID-10, item 2.4.7, página 17 consta o seguinte: “Os códigos U00-U49 destinam-se ao uso para alocação provisória de novas doenças de etiologia incerta. Os códigos U50-U99 podem ser usados em pesquisa – por ex., quando se testa uma subclassificação alternativa para um projeto especial.”

Portanto, quando o MRG propôs o código U04.9, deve-se levar em conta que é uma solução temporária e que os codificadores que tiverem que codificar casos de SARS deverão usar. Talvez na reunião de Diretores de Centros, em outubro 2003 seja possível indicar um código definitivo.

Não é fácil conhecer uma lista dos códigos U existentes visto que, na maioria das vezes, eles são de uso nacional. O código U04 é o primeiro a ser usado internacionalmente dentre os códigos U00-U49.

Nos Estados Unidos o sistema de mortalidade está usando os códigos U00-U03 para as mortes por ataque terrorista. O MRG decidiu deixar os códigos U80-U89 para agentes resistentes a antibióticos.

GRUPO DE REFERENCIA DE MORTALIDADE (MRG)

Esse grupo, do qual fazem parte dois membros do CBCD, vem discutindo propostas de modificação da CID-10 visando sua atualização. A última reunião foi realizada em abril último em Washington; a próxima será em outubro, na Alemanha.

Seguem algumas propostas que o MRG discutiu e aprovou. Nestes casos elas são bastante úteis para os codificadores.

A – Mudança na Regra 3 (Conseqüência presumida de outra afecção)

Sob o enunciado da Regra 3 há uma orientação sobre sua aplicação: “Conseqüências diretas presumidas de outra afecção” (página 40, volume 2).

O quarto parágrafo diz respeito a “pneumonia e broncopneumonia” que “podem ser consideradas como complicação de qualquer doença”. Isso trouxe muita discussão e foi solicitado que houvesse uma melhor orientação aos codificadores.

O MRG estudou a questão e foi proposta e aceita uma modificação.

Assim, o 4º parágrafo passou a ser:

“Qualquer pneumonia, de J12 a J18, deve ser considerada como uma conseqüência óbvia de afecções que prejudicam o sistema imunitário . Pneumonias em J18.0 e J18.2-J18.9 devem ser consideradas como uma conseqüência óbvia de doenças consumptivas (tais como tumores malignos e desnutrição)de doenças que levam a paralisia (tais como

hemorragia cerebral ou trombose cerebral) bem como de doenças respiratórias graves, doenças transmissíveis e traumatismos graves.

Pneumonias em J18.0 e J18.2-J18.9, J69.0 e J69.8 devem também ser consideradas como uma consequência óbvia de doenças que afetam o processo de engolir.

B - Complicações Pós Operatórias

O MRG discutiu a questão a respeito de diagnósticos que podem ser considerado complicações pós-operatórias ou pós-cirúrgicas. Concordou-se com uma lista de diagnósticos e sugeriu que ela seja incluída, como apêndice no 3º parágrafo do item “Consequências diretas presumidas de outra afecção” sob a Regra 3, página 40 volume 2.

Assim, o referido parágrafo ficará:

Algumas condições podem ser consideradas consequências diretas de cirurgias, se ela foi realizada até 4 semanas antes da morte. A lista destas complicações encontram-se incluídas no Apêndice.

Apêndice

Lista de condições que podem ser consideradas consequências diretas de cirurgia:

- Essas condições são consideradas consequências diretas se a cirurgia foi realizada até 4 semanas antes da morte.
- Nenhuma condição da lista deve ser considerada complicação pós-operatória se estava presente (ou existisse) antes de ser feita a cirurgia.
- Há condições na lista que podem ser o motivo pelo qual a cirurgia foi realizada ou se desenvolverem como complicação após uma cirurgia. Essas condições aparecem na lista assinaladas com “T” (de talvez) e não devem ser consideradas complicações pós-operatórias se não estiver declarada, no atestado de óbito, a causa

da cirurgia.

- Aderências devem ser consideradas consequência direta de cirurgia, quando no mesmo local ou região, independente do tempo em que a cirurgia foi realizada. Se a cirurgia foi realizada mais do que um ano antes da morte, usar o código para seqüela de tratamento cirúrgico.

Infecções

Abscesso (T)

Bacteremia

Fístula (T e somente para cirurgia no mesmo local ou região)

Gangrena gasosa

Infecção hemolítica

Infecção SOE (T)

Infecção da cicatriz cirúrgica

Septicemia

Séptico

Hemorragia, Hemolise

Coagulação intravascular disseminada

Doença de coagulação

Hemorragia SOE

Hemorragia gastrointestinal (T)

Hemorragia intra-abdominal (T)

Hemorragia retal (T)

Hemorragia em ferida cirúrgica

Hemorragia de local especificado (somente para cirurgia no mesmo lugar ou região)

Hematêmese, hematoma (T)

Hemotorax (T)

Hemolises

Melena (T)

Complicações cardíacas

Arritmia SOE (T)

Assistolia

Bloqueio cardíaco (T)

Fibrilação atrial (T)

Fibrilação ventricular

Infarto (miocárdio)

Insuficiência cardíaca

Isquemia do miocárdio (aguda)

Parada cardíaca

Ruptura do miocárdio

Complicações cerebrovascular e outras cerebrais

Apoplexia

Dano cerebral (anoxico) (T)

Embolismo cerebral (T)

Hemorragia cerebral/intracraniana (T)

Infarto cerebral (T)

Isquemia cerebral/cerebrovascular (T)

Lesão cerebral/cerebrovascular (T)

Meningite (T)

Edema cerebral (T)

Derrame cerebral (T)

Trombose cerebral (T)

Outras complicações vasculares

Embolismo (arterial)

Embolismo (gorduroso, gasoso)

Embolismo pulmonar

Embolismo venoso

Flebite (qualquer localização)

Flebotrombose (qualquer localização)

Hipotensão

Infarto pulmonar

Infarto (qualquer localização)

Insuficiência circulatória

Parada circulatória

Tromboflebite (qualquer localização)

Trombose arterial

Trombose venosa

Trombose SOE (qualquer localização)

Complicações respiratórias

Alcalose e acidose respiratórias

Aspiração

Atelectasia

Bronquite (T)

Derrame pleural

Edema de laringe (T)

Edema/hipostase pulmonar

Empiema (T)

Insuficiência pulmonar

Insuficiência respiratória

Fistula broncopleural ou esofágica (T)

Mediastinite
Obstrução vias aéreas (T)
Parada respiratória
Pneumonia
Pneumotorax (T)
Síndrome da angustia respiratória do adulto

Complicações Gastrointestinais

Abscesso intra-abdominal (T)
Dilatação gástrica (T)
Embolia mesentérica (T)
Fístula biliar/intestino/retovaginal (T)
Ileus (T)
Insuficiência hepática (T)
Isquemia intestinal (T)
Necrose gastrointestinal (T)
Obstrução intestinal (mecânica) (T, somente para procedimentos abdominais/pélvicos)
Peritonite (T, somente para procedimentos abdominais/pélvicos)
Transtorno circulatório gastrointestinal (T)
Úlcera gastrointestinal (stress) (T)
Volvo (T)

Complicações renal e urinária

Anúria
Fístula urinária (T)
Infecção urinária
Insuficiência renal
Pielonefrite (T)
Retenção urinária

Estreitamento uretral (T)

Septicemia urinária

Uremia

Outros

Ataque, convulsão (epiléptica) (T)

Choque SOE

Choque anafilático

“Complicações” SOE

Crises tireotóxicas (T)

Deslocamento de prótese

Gangrena

Insuficiência de anastomose (T)

Insuficiência de múltiplos órgãos

Úlcera de decúbito

C - Pancreatite Aguda e Alcoolismo

O MRG tem discutido várias propostas que são feitas para mudanças, correções, propostas novas visando a atualização da CID-10.

Assim uma proposta é a seguinte: há vários estudiosos em diferentes países que estão interessados em “estatísticas sobre alcoolismo” e solicitaram uma subdivisão de K85 – Pancreatite Aguda em “Pancreatite Aguda Alcólica” e “Outras e as não especificadas”.

O MRG concordou e recomendou mudanças nos volumes 1, 2 e 3.

Assim passarão a ser:

Volume 1, pag. 573

K85 – Pancreatite aguda

Abscesso do pâncreas

Necrose do pâncreas

- aguda

- infecciosa

Pancreatite

- SOE
- aguda (recidivante)
- hemorrágica
- subaguda
- supurada

K85.0 – Pancreatite induzida por álcool

K85.9 – Outras e as não especificadas

Volume 3, pag. 575

A acrescentar: (NOTA: as mudanças ou acréscimo estão em negrito)

Pancreatite (por) **K85.9**

- aguda (adematosa)...etc
- - **alcoólica K85.0**
- anular (aguda) **K85.9**
- - **alcoólica K85.0**
- ..- edematosa (aguda) **K85.9**
- - **alcoólica K85.0**
- .- hemorrágica (aguda) **K85.9**
- - **alcoólica K85.0**
- intersticial (crônica) K86.1
- - aguda **K85.9**
- - - **alcoólica K85.0**
- maligna **K85.9**
- subaguda **K85.9**
- - **alcoólica K85.0**

Volume 2, pag. 61

J95 – Afecções respiratórias pós-procedimentos...etc

K85.9 – Outras pancreatite agudas e as não especificadas.

Com menção de :

F10.- (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de opiáceos),
codificar K85.0.

K91 – Transtorno do aparelho digestivo por procedimento, ...etc.

D - Causas de Diabetes

Atualmente, no item 4.2.2 (d), do volume 2 (pag.71) está informado que o diabetes não deve ser aceito como “devido a” qualquer outra doença, exceto:

- hemocromatose (E83.1)
- doenças do pâncreas (K85-K86)
- neoplasias pancreáticas (C25.-, D13.6, D13.7, D37.7)
- desnutrição (E40-E46)

Tem havido manifestações/opiniões de muitos clínicos que aceitam outras causas de diabetes e não somente os especificados em 4.2.2 (d).

O MRG recomendou modificar o texto de 4.2.2 (d) e incluir uma lista extensa sob a forma de um apêndice. A maioria dessas causas incluídas no apêndice são recomendadas pelo “Comitê de Peritos sobre Diagnóstico e Classificação Etiológica do Diabetes Mellitus”, de 1999.

Assim a atualização proposta para o volume 2, página 71 é a seguinte:

(d) diabetes (E10-E14) informada como “devida a” qualquer outra doença, exceto condições que causam lesão do pâncreas.

Uma lista destas condições está no “Apêndice”.

Apêndice

Quando uma das causas listadas for selecionada como básica, aceita-se a seqüência como causa do diabetes (E10-E14) ou para algumas categorias específicas dentro do grupo E10 – E14.

Causa Seleccionada	Pode ser causa de
M35.9	E10
E40-E49	E12
E25.2	E13-E14
B25.2	
B26.3	
C25	
Q96	
Q98	
Q99.8	
S36.2	
T37.3	
T37.5	
T38.0 – T38.1	
T42.0	
T46.5	
T46.7	
T50.2	
X41	
X44	
X61	E13-E14
X64	
Y11	
Y14	
Y41.3	
Y44.5	
Y42.0 – Y42.1	
Y46.2	
Y52.5	
Y52.7	
Y54.3	

D13.6 – D13.7

D35.0

E05 – E06

E22.0

E24

E80.0 – E80.2

E83.1

E84

E89.1

F10.1 – F10.2

G10

G11.1

G25.8

G71.1

K85

K86.0 – K86.9

M35.9

O24.4

P35.0

Q87.1

Q90

E - Trombose ou Embolia

O MRG decidiu que embolismo arterial é uma conseqüência obvia de fibrilação atrial. Entretanto isso não é aceito para embolia pulmonar.

Decidiu-se incluir um parágrafo entre o 5º e o 6º parágrafo, sob o item “Conseqüências diretas presumidas de outra afecção”, sob a Regra 3, pag. 40.

(Existente): Qualquer doença descrita ou qualificada como “embólica” pode ser presumida como conseqüência direta de trombose venosa, flebite ou tromboflebite, doença valvular do coração, fibrilação atrial, parto ou qualquer operação.

(**Novo**): Embolia arterial na circulação sistêmica pode ser considerada uma consequência óbvia de fibrilação atrial. Quando embolia pulmonar é informada como “devido a” fibrilação atrial, a seqüência deve ser aceita. Entretanto, a embolia pulmonar não deve ser considerada uma consequência óbvia de fibrilação atrial para efeito de aplicação da Regra 3.

(**Existente**): Qualquer doença descrita como secundária deve ser presumida como consequência direta da causa primária mais provável registrada no atestado.

MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM ENFASE NA MORTALIDADE MATERNA

Terminou com a participação do CBCD a pesquisa sob o título acima, realizada com óbitos ocorridos no primeiro semestre de 2002 em 25 capitais de estados do Brasil mais o Distrito Federal. Apenas Porto Velho não participou..

Os resultados começam a ser divulgados e alguns deles serão apresentados nos próximos Boletins, particularmente aqueles que analisam a qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito, uso de regras, comparação da causa básica “oficial” com aquela de um atestado “novo” preenchido após obtenção de informações sobre cada caso.

Reunião Internacional sobre Treinamento e Credenciamento de Codificadores no Uso da CID-10 em Mortalidade e Morbidade

O CBCD, graças aos recursos advindos do convênio com o CENEPI/FUNASA assinado em 2001, tem podido tomar parte em várias reuniões de grupos de trabalho a criados pela OMS e pela Rede de Centros.

Nos dias 31 de março a 2 de abril de 2003 realizou-se em Washington a reunião do “WHO Sub-Group on Training and Credentialing Meeting”, com a participação de representantes dos Centros : da Inglaterra, dos Estados Unidos , dos Países Nórdicos,

da Austrália e do Brasil, bem como representantes da Organização Panamericana da Saúde.

Esse grupo de trabalho foi criado visando obter uma padronização internacional nos cursos de treinamento de codificadores, como credenciá-los, assim como verificar quais os materiais didáticos utilizados, tipos de exercícios, duração de curso, etc.

Nas discussões havidas verificou-se que em, praticamente todos os países, o codificador não tem uma carreira definida e, quase sempre, “faz de tudo, além de codificar” o que foi considerado ser ruim; o salário recebido não é compensador, o que faz haver freqüentes mudanças. Isto é, um codificador é treinado e nem sempre permanece nessa atividade.

Com a participação de todos está sendo elaborado um documento que se pretende seja distribuído para todos os países. Esse documento deverá ser aprovado em outubro 2003.

O CBCD continuará informando a respeito e apresentará o material da reunião para os multiplicadores.

Reunião do ICE

O III *International Collaborative Effort on Automating Mortality Statistics* foi realizado em Washington, DC, de 7 a 10 de abril pp.

O grupo que conta com participantes de vários países, reúne-se para apresentar e discutir aspectos relacionados ao processo de automatização das estatísticas de mortalidade. Nesta reunião havia representantes de 32 países.

Este ano, um dos aspectos mais interessantes foi a apresentação das dificuldades encontradas para se obter um programa de computador que faça, automaticamente, a codificação dos diagnósticos. Esse programa transforma o diagnóstico digitado (a palavra ou termo) no código da CID.

Existem alguns programas que fazem isso e o mais utilizado deles é o dos EUA, denominado superMICAR. Esse programa utiliza os dados do MICAR, que é uma lista de todos os diagnósticos ou termos utilizados para expressar uma doença, com seus respectivos números (que não têm nada a ver com os códigos da CID). Ao digitar o termo, o programa transcreve-o para esse número e depois para um código da CID.

O grande problema é fazer a tradução dessa lista de termos para as várias línguas.

Reunião do Comitê de Desenvolvimento da Família de Classificações

Um dos cinco Comitês de trabalho dos Centros Colaboradores da OMS para a Família de Classificações Internacionais é o que se refere exatamente ao desenvolvimento dessa família, o FDC (*Family Development Committee*).

Esse comitê reuniu-se em Leiden, Holanda, nos dias 28 e 29 de abril pp. Os principais pontos discutidos na reunião foram os critérios para que uma classificação seja submetida e apreciada pela OMS para fazer parte da “Família de Classificações” e os andamentos dos testes das classificações que já se candidataram.

Entre as classificações que se candidataram para a “Família”, está a Classificação Australiana de Intervenções em Saúde, adaptada para uso internacional, que foi testada aqui no Brasil (em São Paulo e em Maringá) e no México.

Os testes apontaram que essa classificação ainda não está adequada ao uso internacional e, possivelmente, ela sofrerá algumas alterações para satisfazer alguns critérios e será novamente testada.

Reunião de Implementação da CIF

Aproveitando a oportunidade em que vários membros do Comitê de Implementação da CIF estavam presentes em Leiden, realizou-se a reunião do Grupo de Implementação da CIF, no dia 1 de maio passado.

Nessa reunião vários aspectos práticos da implementação dessa nova classificação foram abordados.

No caso do Brasil, a CIF deverá ser lançada nos próximos meses e estará disponível, para consulta, na página do CBCD.

Reunião Mortality Reference Group (MRG)

O MRG é um dos grupos mais atuantes na nova estrutura de divisão de trabalho dos Centros Colaboradores da OMS para a Família de Classificações Internacionais (ou FIC Centros).

O MRG tem recebido, discutido e proposto muitas mudanças na atual versão da CID-10. As discussões são feitas por e-mail mas o grupo tem se encontrado para definir as propostas duas vezes por ano.

Assim, nos dias 3, 4 e 5 de abril o grupo reuniu-se em Washington, EUA.

Nessa reunião várias alterações propostas foram discutidas e as decisões serão apresentadas, neste boletim, assim que forem aprovadas na reunião dos Diretores de Centros que acontecerá em outubro.

Entre as decisões uma delas foi de utilizar o código UO4.9 para codificar a SARS.

BOLETIM ELETRÔNICO E ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO

Este BOLETIM, assim como alguns anteriores, já estão na página do CBCD onde podem ser lidos, copiados, e baixados para formar um arquivo.

O endereço é <http://www.fsp.usp.br/~cbcd>

Além de conter muitas outras informações, como dúvidas de codificação e também a possibilidade contato com o CBCD, a página é uma forma rápida e ampla de divulgação. O CBCD estimula seus leitores a visitar a nossa página com frequência e a consultar ou copiar o BOLETIM por meio dela.

Sendo assim, vamos atualizar nossa lista de endereços para o envio do BOLETIM pelo correio, APENAS para as pessoas que nos devolver esta folha preenchida.

Pode ser pelo correio, fax ou e-mail.

Correio: Av. Dr. Arnaldo, 715 Sala 40

São Paulo – SP

CEP: 01246-904

Fax: 011 – 30834246

e-mail: cbcd@fsp.usp.br

Nome:.....

Local de Trabalho:.....

Cargo ou função:.....

Endereço do Trabalho:.....

.....

CEP :.....Cidade:.....Estado:.....

Atenção: os próximos números do BOLETIM só serão enviados para pessoas que atualizaram seu endereço de trabalho.