

## CODIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE

### MEDICAL RECORD CODING

 Margarete Farias de Moraes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doutora em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora do Departamento de Arquivologia da UFES.

E-mail: [margarete.moraes@ufes.br](mailto:margarete.moraes@ufes.br)



#### ACESSO ABERTO

**Copyright:** Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional. 

**Conflito de interesses:** A autora declara que não há conflito de interesses.

**Financiamento:** Não há.

**Declaração de Disponibilidade dos dados:** Não se aplica.

**Recebido em:** 12 dez. 2021.

**Aceito em:** 15 dez. 2021.

**Publicado em:** 31 dez. 2021.

#### Como citar este artigo:

MORAES, Margarete Farias de. Codificação de prontuário do paciente. **Informação em Pauta**, Fortaleza, v. 6, n. especial, p. 117-133, dez. 2021. DOI: 10.36517/2525-3468.ip.v6iespecial.2021.77927.117-133.

#### RESUMO

Apesar dos registros médicos serem muito antigos e apresentarem uma longa história de evolução, somente no século XX, os prontuários foram objeto de tratamento de um conhecimento específico. Registrar os casos e atendimentos e depois discutí-los; aprender e ensinar com estes registros possibilitou que as ciências da saúde se desenvolvessem e avançassem. A gestão de prontuário e de informações em saúde identifica a codificação como uma prática fundamental para o acesso, o avanço científico e a governança do sistema de saúde. Este artigo objetiva analisar a importância da codificação de prontuários e informações em saúde com case no CID, além de apresentar a técnicas básicas de codificação.

**Palavras-chave:** prontuário do paciente; Código Internacional de Doença (CID); informação em saúde.

#### ABSTRACT

Although medical records are very old and have a long history of evolution, it was only in the 20th century that medical records were the object of specific knowledge treatment. Register the cases and assistance and then discuss them; learning and using these records has enabled the health sciences to develop and advance. The management of health records and information identifies a link as a fundamental practice for access, scientific advancement and governance of the health system. This article aims to analyze the importance of classifying medical records and health information with the case in the ICD, in addition to presenting the basic result techniques.

**Keywords:** medical record; International Disease Code (ICD); health information.

## 1 PRONTUÁRIOS E HISTÓRIA DA SAÚDE

Há uma relação direta e proporcional entre organização dos registros médicos e a organização da própria medicina. A evolução da medicina hospitalar é a responsável pela organização dos registros e informações coletadas a partir da assistência prestada ao paciente

Os registros médicos são tão antigos quanto à própria medicina. Já os utilizavam os antigos egípcios. Inclusive foram também através dos registros assistenciais que chegaram até nós, as técnicas terapêuticas médicas da antiguidade ocidental e oriental. Entretanto foi a entrada dos médicos no ambiente hospitalar que possibilitou a organização destes registros. A disciplina imposta por eles introduzia a cultura da vigilância constante dos pacientes e de seus registros.

Entre estes registros podemos citar a identificação de pacientes por etiquetas amarradas ao punho e fichas em cima de cada leito, com o nome do doente e doença; registro geral de entradas e saídas constando o nome do paciente, o diagnóstico médico, a enfermaria que ocupou e as condições de alta ou óbito; registro de cada enfermaria, feito pela enfermeira-chefe; registro da farmácia, com as receitas despachadas para cada paciente; registro médico, com anotações de diagnóstico, receitas e tratamentos prescritos nas visitas aos pacientes internados.

No famoso Hospital Parisiense, o Hôtel-Dieu, já em 1785, os médicos eram obrigados a confrontarem seus registros pelo menos uma vez ao mês. O processo evoluiu tanto que, desde 1918, praticamente todos os norte-americanos que tenham sido atendidas em hospitais possuem um prontuário (MACEACHERN, 1937 *apud* DICK e STEEN, 1991). E foi lá o primeiro Arquivo Médico que se tem notícia, que se localizava no Hospital Geral de Massachusetts e data de 1897.

No Brasil, há muito tempo as Escolas de Medicina obrigam seus acadêmicos a preencher as “papeletas” ou “observações clínicas” para treinamento e aprendizado. Até nos hospitais que não eram ligados às escolas médicas, dava-se grande importância ao registro das informações relacionadas à internação e ao tratamento terapêutico. Na atual Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, outrora Maternidade do Rio de Janeiro (primeiro hospital obstétrico do Rio de Janeiro), estão conservados prontuário do paciente de todos os atendidos desde sua fundação. A

qualidade destes Prontuários não tange somente ao estado físico, mas também à estrutura e às informações.

Apesar da longa história dos registros médicos e de sua organização, a idéia de que a avaliação da qualidade do atendimento médico é condição básica para padronização dos hospitais, e que a análise das informações contidas nos registros do prontuário do paciente, o único meio para esta avaliação, é recente, cerca de 70 anos. Foi precursada pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que estabeleceu normas para classificação de hospitais.

A partir desta idéia, entendeu-se que além do registro fiel, constante e completo das informações relativas ao diagnóstico e terapêutica do paciente no prontuário, seria imprescindível o racional aproveitamento dessas informações, bem como sua guarda e preservação. A primeira conduta pensada foi que todo prontuário seria de custódia absoluta do hospital que o produziu, surgindo assim a necessidade de criação de um órgão específico para guarda, preservação e fiel recuperação dessas informações. Este órgão nos hospitais americanos recebeu o nome de *Medical Record Department*.

No Brasil foi o Hospital das Clínicas da USP, o primeiro a implantar, em 1943, este órgão ou serviço, mas foi o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948 que o implantou mais adequadamente, ou melhor, apresentava uma incipiente política documental para os prontuários, que se caracterizava por prontuário único e arquivamento centralizado. A partir destas experiências surgiu uma relativa preocupação com a documentação médica, e seus arquivos serviram como verdadeiras escolas para profissionais que implantaram o serviço em outros hospitais.

Hoje o gerenciamento do prontuário, pelo menos no que diz respeito ao acesso e preservação, é uma obrigação para que qualquer estabelecimento hospitalar firme convênios com suas fontes pagadoras seja o governo ou as operadoras de saúde. Entretanto isto não significa que todos os hospitais brasileiros mantêm processos de gestão documental do prontuário atendendo todos os requisitos da técnica arquivística e muito menos da lei. A preocupação está mais ligada às demandas de acesso da informação de curto prazo, como continuidade do cuidado durante a internação do paciente e comprovação dos gastos. Demandas como continuidade do cuidado do paciente depois da hospitalização, pesquisa médica e social, acesso democrático à

informação, entre outros não são contemplados em muitos estabelecimentos de saúde que se autodeclararam possuir Arquivos Médicos.

Atualmente, Arquivos Médicos e prontuário do paciente estão sendo vistos também, além de suas funções primeiras, como fontes inesgotáveis para pesquisa na área de memória da saúde. Nas últimas décadas observa-se um movimento na pesquisa história, onde as pessoas e suas ações diretas ganham evidência e passam a ser objeto de estudos. Neste sentido, a história das ciências da saúde delimita seu espaço também com pesquisas na área de história das doenças, dos doentes e dos profissionais de saúde. Estas pesquisas utilizam muitas fontes históricas, mas a principal são os prontuários dos pacientes. Desta foram os Arquivos Médicos ganharam nova importância. Passaram a ter que atender um novo público interessado, não exatamente na informação estrita sobre os casos médicos, mas nas informações subliminares reveladoras da história pessoal do paciente de sua doença e dos profissionais que o atenderam. Estas pesquisas possibilitaram “uma melhor compreensão das experiências individuais e coletivas com a enfermidade, os estigmas, a dor e a morte.” (BERTOLLI FILHO, 2006).

## 2 CONCEITO DE PRONTUÁRIO

O conceito de prontuário se alterou muito nos últimos anos. Os avanços tecnológicos quebraram muitos paradigmas, pois durante muito tempo o conceito de prontuário se circunscrevia às possibilidades de seu suporte, que até pouco tempo era na sua totalidade o papel. Sem necessidade de um exercício de análise do conceito de prontuário em tempo muito remoto, podemos comparar o conceito atual com os imediatamente anteriores a ele.

O Ministério da Saúde preconizava que prontuário era uma “Documentação constituída de formulários padronizados, destinados aos registros da assistência ao paciente”. Esta definição deixa muito clara a relação indissociável do prontuário com seu suporte. A informação contida nos prontuários, a princípio não é tão relevante como os aspectos físicos, como a padronização dos formulários. Ou ainda, a informação, que está na dimensão conteúdo do documento se confundia com sua dimensão física, o suporte.

Há exatos 20 anos, em seu Código de Ética, o Conselho Federal de Medicina definia prontuário como “Conjunto de documentos produzidos no contexto da atividade

hospitalar e deve ser, impreterivelmente, elaborado para cada paciente”. Este conceito também combinava a dimensão conteúdo com a dimensão suporte, entretanto há uma preocupação adicional, a obrigatoriedade do registro de todo e qualquer atendimento para todo e qualquer paciente. Esta preocupação, além da necessidade da continuidade do cuidado, estava também fundamentada nas repercussões jurídicas na relação médico paciente. Elaborar prontuário para cada paciente é a única forma de provar todos os eventos e procedimentos realizados durante o atendimento. O conceito do CFM reforça o valor probatório do prontuário, o qual é o único documento aceito pela justiça como prova do ato médico e de todos os profissionais de saúde.

A partir de 2002 o próprio Conselho Federal de Medicina reformula o conceito de prontuário, com a permissão em todo território nacional do uso de sistemas de informática para produção e armazenamento dos registros de saúde. Este novo conceito reduz a zero a relevância do suporte do prontuário como aspecto preponderante para sua definição. Assim, com a aprovação da resolução 1638/2002, o prontuário pode ser entendido como:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado.

Agora o prontuário é um conjunto variado de informações, sinais e imagens. Informações que registram os acontecimentos da assistência prestada ele com fins de continuar o cuidado, como antes, agora está sendo valorizada sua função de instrumento fundamental de comunicação entre a equipe multiprofissional. Comunicação esta impreterivelmente registrada.

O valor probatório e o sigilo do prontuário se tornam mais evidentes, talvez reflexo do crescente número de processos judiciais entre pacientes, profissionais de saúde, estabelecimentos de saúde e fontes pagadoras. O caráter científico também está incluído no novo conceito, como a anunciar as infinitas possibilidades de combinação de dados e informações com a permissão do uso dos sistemas informatizados. O uso destes sistemas amplia a variedade de pesquisas científicas, não só pelo aumento do volume de dados que apresenta um prontuário eletrônico, mas também e principalmente, pela sua

capacidade de cruzamento e processamento das informações, o qual em outro suporte, como o papel, esta possibilidade se restringe.

O prontuário eletrônico do paciente - PEP quebra muitos paradigmas, tanto no trato assistencial, como no tratamento arquivístico das informações fruto deste processo. A informatização dos registros de saúde altera de forma significativa os processos que apresentam alto grau de dependência nas tomadas de decisão, como por exemplo as prescrições. Se antes, com o prontuário em suporte papel, o médico necessitava de ajuda do restante da equipe em dúvidas como apresentação, dosagens, padronização de medicamentos e ainda em casos de resultados de exames, com a informatização todas estas informações estão disponíveis para ele em tempo real.

O PEP para ser legal precisa ser certificado. A certificação é realizada pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - SBIS em conjunto com o CFM. O Processo de Certificação de SBIS objetiva, através de um conjunto de requisitos, declarar a qualidade de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), incluindo sua estrutura, conteúdo, funcionalidades, segurança da informação, cumprimento de legislações, entre outros. O processo é voluntário e os requisitos se baseiam em padrões, normas e práticas internacionais de qualidade de S-RES e foram submetidos à consulta pública no Brasil (SBIS, 2021, p. 7).

Certificação de S-RES pretende auxiliar na melhoria da segurança da informação dos registros eletrônicos em saúde, avaliar o cumprimento de normativas para a eliminação/dispensa do papel de forma segura; permitir o desenvolvimento tecnológico dos S-RES e subsidiar a segurança e a qualidade da assistência ao paciente.

S-RES são sistemas de captura, registro, armazenamento, transmissão, impressão e recuperação das informações identificadas em saúde. Informações identificadas em saúde são aquela que permite individualizar um paciente. Os S-RES certificáveis são:

- PEP (Consultório Individual; Clínica/Ambulatório; Internação; Pronto Atendimento)
- Telessaúde (Teleconsulta; Teleinterconsulta; Teletriagem)
- Prescrição Eletrônica (Receita Digital)
- Segurança da Informação

Os requisitos de conformidade para a obtenção da certificação, se apresentam em três conjuntos diferentes:

- Requisitos de Estrutura, Conteúdo e Funcionalidades (ECF): requisitos pertinentes ao fluxo operacional e assistencial, tais como identificação de pacientes, identificação de profissionais, documentação clínica, etc.
- Requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS1): padrão mínimo de segurança da informação, o qual estabelece todos os elementos essenciais necessários para uma operação segura e com garantia do sigilo dos dados registrados no sistema, não aplicando-se, contudo, aos sistemas que pretendem eliminar a impressão de registros em papel.
- Requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2): além de contemplar todos os requisitos do NGS1, incorpora também recursos de Certificação Digital necessários para que o sistema opere sem a geração de registros em papel (paperless). (SBIS, 2021, p. 11).

A Certificação também pode ser requerida em um de três níveis ou estágios de maturidade à escolha da desenvolvedora do S-RES:

- Estágio 1: estágio inicial de maturidade do sistema, contemplando os conteúdos e funcionalidades mínimas necessárias para o registro e uso adequado das informações de saúde dos pacientes.
- Estágio 2: segundo estágio de maturidade do sistema, onde, além dos conteúdos e funcionalidades mínimas contemplados no Estágio 1, são agregados recursos complementares que oferecem maior eficiência operacional e assistencial.

- Estágio 3: estágio mais elevado de maturidade do sistema, onde, além dos conteúdos e funcionalidades mínimas contemplados nos Estágios 1 e 2, são agregados recursos e funcionalidades avançados para o registro e uso das informações de saúde dos pacientes. (SBIS, 2021, p. 12).

Até a data do envio para publicação deste artigo, existiam 20 S-RESs certificados no Brasil e outros tantos 60 com certificação expirada. Por mais que a legalização do PEP, por meio da certificação da SBIS/CFM, tenha sido um avanço nos últimos anos, a oferta de produtos de PEPs ilegais ainda é grande, colocando em risco a segurança das informações dos pacientes, podendo impactar na continuidade do cuidado e também colocando em risco a garantia da confidencialidade das informações em saúde.

## **2.1 Confidencialidade das informações em saúde**

Em saúde, o indivíduo, aos profissionais de saúde em confiança, revela informações de sua vida privada, e por isso eles devem garantir seu sigilo. O compromisso dos profissionais e das instituições de saúde em proteger as informações de acessos e usos inadvertidos está baseado diversos preceitos legais.

O primeiro é a Constituição Brasileira, que no seu Art. 5º, inciso X [...] São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação. O segundo está no Código de Ética Médica (2010), que no Art. 102 prevê que [...] é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

E por último, a Lei Geral de Proteção de Dados (2108) que no seu artigo 2º aponta que a proteção dos dados pessoais tem como fundamentos [...] I - o respeito à privacidade; II - a autodeterminação informativa; III - a liberdade de expressão, de informação, de comunicação e de opinião; IV - a inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem.

A proteção da vida privada dos pacientes, por meio da garantia da confidencialidade das informações prestadas por ele aos profissionais de saúde, deve, por princípio, fazer parte do escopo da gestão de informações de todas as instituições de saúde.

### **3 CODIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS E A GESTÃO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

O prontuário do paciente é o registro da assistência multiprofissional e pode ser considerado hoje como o grande banco de dados das unidades de saúde. Ele é o principal conjunto de dados e informações que são a base para suportar todos os processos nas unidades de saúde, sejam processos clínicos, de apoio clínico ou administrativo. Se o prontuário do paciente, principalmente o eletrônico for suprimido da unidade, ela simplesmente pode parar.

Os sistemas de informação das unidades de saúde, nos quais o prontuário é a base fundamental, uma vez sendo confiáveis e de qualidade são úteis para unidade na geração de estatísticas e dados epidemiológicos, na gestão das unidades, no planejamento dos recursos humanos e materiais, na gestão de acesso de documentos, nos estudos científicos, entre outras situações

Os sistemas de informação das unidades de saúde compõem os sistemas de informação das municipalidades, dos estados e os nacionais, assim as informações produzidas na assistência prestada ao paciente, geram dados e informações, em uma longa cadeia de sistemas interconectados, seja de forma automática, seja a través de redigitação de dados, úteis para estudos epidemiológicos, controles de epidemias e endemias, políticas públicas em saúde e compartilhamento de dados e informação em saúde em nível mundial, a através de políticas de dados abertos.

Neste sentido a gestão da informação em saúde é um processo necessário para produção, acesso e preservação de informações fundamentais para o gerenciamento das unidades e do próprio sistema de saúde. A gestão da informação em saúde deve, além de outras questões importantes, garantir a adequada representação das informações e do conhecimento em saúde.

Procedimentos de classificação, indexação e codificação das informações em saúde são fundamentais para o seu acesso, sua preservação e para segurança da interoperabilidade dos sistemas de informação que sustentam o gerenciamento do sistema de saúde.

Codificação é [...] a atribuição de uma categoria numérica ou alfanumérica a cada uma das diferentes entidades nosológicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos da prática médica, segundo critérios previamente estabelecidos para sua classificação (OMS, 2009).

O sistema de saúde se utiliza de códigos de classificação para organização de informações em saúde, sejam epidemiológicas, nosológicas, assistenciais, procedimentais, entre outras.

Podemos identificar alguns sistemas de classificação com códigos de informações utilizados no sistema de saúde brasileiro:

- CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (Sociedade Médica Brasileira – AMB)
- TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (Agência nacional de Saúde Suplementar – ANS)
- SIGTAB - Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Proteses e Materiais Especiais – OPM (Sistema Único de Saúde – SUS)
- ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários (Organização Mundial de Médicos de Família - Wonca)
- CIC - Classificação Internacional de Cefaleias (International Headache Society, apoiada pela OMS)
- CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS).

O CID é o sistema de classificação mais amplamente utilizado no Brasil, tanto na área pública como na privada. O CID é revisado continuamente e está em vigor até dezembro de 2021, a CID 10 (1989). A partir de janeiro de 2022 entra em vigor a CID-11. É um código que padroniza termos referentes às doenças, mortalidade, causas externas, sintomas, etc. Hoje é organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que conta

com nove centros de colaboração, dentre eles o Brasil. A partir da 10ª Revisão foi possível atualizações entre as revisões e os códigos passaram a ser alfanuméricos.

O embrião do CID foi a “lista de causas de morte” de 1893, originalmente inglesa e depois adotada internacionalmente. Em 1948 a OMS a assume incluindo as morbidades (CREMERS, 2018, p. 14). É importante lembrar que os médicos primitivos hindus, egípcios e assírios já haviam criado padronização para a terminologia de doenças e procedimentos de saúde há mais de 3500 anos. Médicos europeus também empreenderam iniciativas de padronização de termos a partir de 1500 d.C.

O CID 10 possui 22 capítulos (cada capítulo se refere a um grupo específico de doenças), 275 grupos, 2.045 categorias e 12.451 subcategorias, como o exemplo abaixo:

Capítulo: Doenças do Aparelho respiratório (J00-J99)

Grupo: Doenças crônicas das vias aéreas inferiores (J40-J47)

Categoria: Enfisema (J43)

Subcategoria: Enfisema centrolobular (J43.2)

O CID 10 possui 14.400 códigos e o CID 11, 55.000 códigos. O CID 11 apresenta melhorias importantes, como:

- Conhecimento médico atualizado. A ampla gama de entidades nosográficas reflete o desenvolvimento científico.
- Conceitos contemporâneos de atenção primária, com maior atenção ao campo de atuação em que grande parte dos diagnósticos são realizados.
- Revisão e atualização da seção que versa sobre a segurança do paciente.
- Codificação sobre resistência bacteriana. Tema significativo atualmente e que não era contemplado na versão anterior.
- Atualização da seção sobre HIV, justificada pelos muitos achados sobre o tema nas últimas décadas.
- Seção suplementar para avaliação funcional do paciente antes e após a intervenção.

- Incorporação de todas as doenças raras. Ganho importante no campo da pesquisa científica.
- Os códigos referentes a estresse pós-traumático foram atualizados e simplificados.
- Os transtornos dos jogos eletrônicos foram adicionados às condições que podem gerar adição. (ALMEIDA *et al.*, 2020, p. 3).

O CID 10 sofreu algumas atualizações, apesar de não ter mudado seu número de versão, seus 22 capítulos atuais são:

1. Doenças infecciosas e as causadas por parasitas (A00 a B99): Amebíase, micoses, diarreias causadas por protozoários, etc.;
2. Neoplasias e tumores (C00 a D48): Todos os tipos de tumores, benignos ou não;
3. Doenças do sangue (D50 a D89): Transtornos nas células sanguíneas.
4. Distúrbios endócrinos, nutricionais e metabólicas (E00 e o E90): Desnutrição, hipotireoidismo, diabetes, etc.;
5. Transtornos mentais e comportamentais (F00 e F99): Transtornos emocionais, fobias, esquizofrenia;
6. Doenças do Sistema Nervoso (G00 e G99): Paralisia Cerebral, atrofia muscular, doenças degenerativas, etc.;
7. Doenças do olho e anexos (H00 e o H59): Conjuntivite, glaucoma, entre outras;
8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60 e o H95): Otites;
9. Doenças do aparelho circulatório (I00-I99): Hipertensão;
10. Doenças do aparelho respiratório (J00 e o J99): Rinite, sinusite, gripes;
11. Doenças do aparelho digestivo e bucais (K00 a K93): Gastrite, cáries, etc.;
12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 ao L99): Dermatites, urticária;
13. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 e M99): Artrose, sinovite, gota;
14. Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99): Infecções urinárias, doenças de mama;
15. Gravidez, parto e puerpério (O00-O99): Complicações da gravidez como hipertensão, trombozes, pré-eclâmpsias;

16. Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96): Displasia, hipóxia, traumas;
17. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99):
18. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99): Todos e quaisquer sintomas anormais;
19. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98): Intoxicações, machucados pelo corpo e traumas.
20. Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98): Quedas, afogamentos, acidentes de trânsito, etc.;
21. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99): Doenças transmissíveis e infecciosas;
22. Códigos para propósitos especiais (U00-U99): É o capítulo mais atual onde são inseridas patologias recentes, como o Zika vírus.

O uso do CID para classificação dos prontuários dos pacientes, com base em seu diagnóstico de entrada e causa básica da morte é uma prática em gestão de prontuários e informações em saúde. Apesar do uso obrigatório do CID por profissionais de saúde em muitas instituições, nem sempre se encontra nos registros assistenciais o código correto e por vezes nem código é observado, pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde da estrutura de códigos do CID.

Surge assim o a função do codificador. Profissional que com conhecimento profundo da estrutura de códigos e capítulos do CID, indexa prontuários e outros documentos, com base no CID, normalmente em bancos de dados e sistemas de informação das instituições assistenciais.

As regras básicas de codificar seguem a seguinte sequência:

- Identificar código atribuído pelo profissional de saúde;
- Verificar pertinência entre o código e a doença/diagnóstico/causa básica da morte;
- Identificar causa da doença/diagnóstico/causa básica da morte, caso o profissional não tenha feito;
- Identificar as remissivas usadas na instituição, se houver;

- Identificar as classes (hérnia - termo principal; inguinal bilateral com gangrena e obstrução - modificadores);
- Codificar;
- Indexar prontuário/documentos/informações com base no código.

Codificar causa básica da morte requer mais perícia do que codificar as doenças no diagnóstico. Codificar doenças no diagnóstico, requer criticar diagnósticos primários e secundários, de entrada e de saída, além de diferenciar doenças, sintomas, exames e procedimentos.

Para codificar a causa básica da morte é necessário criticar a sequência aceitável entre a causa imediata ou terminal, a causa intermediária e a causa básica da morte propriamente dita, como a sequência: a) causa imediata - Broncopneumonia; b) causa intermediária - Caquexia extrema; c) causa intermediária - Metástases generalizadas; d) causa básica da morte - Câncer de estômago.

A codificação de causa básica da morte requer o entendimento de outros elementos como outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte. O codificador de causa básica da morte precisa ser conhecedor do modelo de registro de óbito (Figura 1) para identificar os erros de registro e reportar à instituição as melhorias necessárias para correção.

**Figura 1** - Modelo de registro de óbito.

CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a) <b>Causa imediata ou terminal</b> Devido ou como consequência de:		
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b) <b>Causa intermediária</b> Devido ou como consequência de:		
	c) <b>Causa intermediária</b> Devido ou como consequência de:		
	d) <b>Causa básica da morte</b>		
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	<b>Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, não estando, entretanto, relacionados com o estado patológico que a produziu.</b>		

**Fonte:** Manual de atestado de óbito, CREMERS, 2018.

A teoria da codificação é compreensível. A grande dificuldade da prática é que para se chegar ao código é necessário, a priori, identificar os capítulos a partir da identificação dos grupos de doenças e suas categorias e subcategorias hierarquizadas.

Para trilha que se deve percorrer para identificar o código correto demanda conhecimento profundo tanto dos sistemas humanos, das doenças e da estrutura de código do CID. E muitas os profissionais de saúde não conseguem codificar e fica a cargo do codificador a tarefa de analisar e criticar toda a seqüência aceitável de uma causa. Entende-se assim, que o codificador deve ser preparado para a função, como também deve ser de nível superior.

A tarefa de codificar já era árdua no mundo analógica, devida as interpretações com base em informações em suporte não informatizado. Entretanto o mundo digital, que resolveu alguns problemas no mundo analógico, trouxe outros, como sistemas que não podem ter dados alterados, a profusão na produção de dados, entre outros.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os registros assistenciais são tão antigos como a própria medicina e as práticas de cura. Estes registros são, por um lado fundamentais para a preservação da história e memória da saúde e por outro lado, imprescindíveis para continuidade do cuidado do paciente, a educação, formulação de políticas públicas em saúde e o avanço científico.

A codificação é parte integrante da gestão de prontuários e da informação em saúde. A prática de organizar e representar a informação contida no prontuário, principalmente diagnósticos e causa básica da morte está relacionada à necessidade de acesso, interpretação e conseqüentemente à tomada de decisão, seja no âmbito da assistência, seja no âmbito da governança do sistema de saúde. Por isso os sistemas de classificação e codificação de informações em saúde, sempre foram uma preocupação e um objetivo de cientistas, governos e organismos internacionais, como a OMS.

O CID foi o código mais difundido no mundo para este fim. Surgem os codificadores, com a função de codificar prontuários, documentos e informações com base nos diagnósticos e causas básicas de saúde. Com isto observa-se o desenvolvimento de técnicas de codificação e a proliferação de cursos de formação em codificação com base no CID.

Ao mesmo tempo em que o codificador e a codificação se tornam uma prática importante na gestão dos prontuários e da informação, cresce a problemática dos erros de interpretação e do uso do CID por parte dos profissionais de saúde. Com os avanços

tecnológicos, que resolveram certos problemas, acabaram trazendo outros, como a profusão de produção de dados, a maior rapidez nas atualizações do CID e outros códigos, entre outros.

A tendência será a inteligência artificial assumir a codificação. Pode demorar um pouco, pois requererá muitos estudos e testes, diante das variações e possibilidades de códigos, mas com a transformação digital que vivenciamos nos últimos anos, onde a produção de informação e dados aumentou exponencialmente, não teremos alternativa. Entretanto é importante frisar que a codificação poderá ser executada por máquinas no futuro próximo, mas a codificação de prontuários, documentos e informações sempre será imprescindível para a gestão do serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA MSC, SOUSA-FILHO LF, RABELO PM, SANTIAGO BM. Classificação Internacional das Doenças - 11<sup>a</sup> revisão: da concepção à implementação. Ver Saúde Publica. 2020;54:104.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Hospital: Instituições e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1999.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. Prontuários Médicos e a Memória da Saúde Brasileira. Boletim do Instituto de Saúde. SP. N<sup>o</sup> 38, Abril de 2006.
- BORNIA, Rita. Entrevista concedida por e-mail. Abril de 2010.
- BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Brasília, 2018.
- BRASIL. **Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019**. Brasília, 2019.
- CARVALHO, L. F. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. 2. ed., São Paulo: LTr Editora /MEC; 1977.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1638/2002.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1821/2007.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL. **Prontuário do paciente do paciente**: Guia para uso prático. Brasília: Conselho Regional de Medicina de Brasília, 2006. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Manual de Atestado de Óbito. – 2. ed. – Porto Alegre: CREMERS, 2018.
- DICK, Richard S., STEEN, Elaine B. **The computer-based patient record: an essential technology for health care**. Washington DC: National Academy Press, 1991. 190p.
- MARIN, H. F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R. S. Prontuário Eletrônico do Paciente: definições e conceitos. In: O PRONTUÁRIO eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: USP, 2003.
- MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente**, 4. ed. São Paulo: Cedas; 1991.
- OMS. **A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.
- PINTO, V.; RABELO, C.; SALES, O. A pragmática de codificação de prontuários do paciente. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 25, n. 4, p. 528 – 548, out./dez. 2020.

PORTER, Roy. **Das tripas coração**: uma breve história da medicina. SP. Record, 2002.

QUINTO NETO, Antônio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira. **Hospitais**: Administração da Qualidade e Acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2004.

SANTOS, F. **Breve história dos registros hospitalares**. Disponível em: [www.usinadasletras.com.br/exibelotexto.phtml?cod=7730&cat=Artigos](http://www.usinadasletras.com.br/exibelotexto.phtml?cod=7730&cat=Artigos) Consultado em: 05/12/2009.

SBIS. **Categorias e Modalidades Certificáveis**, 2021. Disponível em <http://sbis.org.br>. Acesso em 15 de jul de 2021.

SBIS. **Manual de Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (Instituído e regido pela Resolução CFM nº 1821/2007) Versão 5.1** 29/03/2021.

SBIS. **Sistemas Certificados**, 2021. Disponível em <http://sbis.org.br>. Acesso em 15 de jul de 2021.