

# 0 Guia de Referência da CID-11

0 Guia de Referência da CID-11

0.1 Página de direitos autorais

0.2 Como usar este Guia de Referência

0.3 Quadro de Siglas e Abreviações

0.4 Glossário

1 Parte 1 - Uma Introdução à CID-11

1.1 Classificação Internacional de Doenças (CID)

1.1.1 Usos previstos

1.1.2 Classificação

1.1.3 A CID no contexto da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (FCI-OMS)

1.1.4 FCI-OMS: Classificações de Referência

1.1.4.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

1.1.4.2 Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI)

1.1.4.3 FCI-OMS: Classificações Derivadas

1.1.4.4 Classificações Relacionadas

1.1.5 Uso da CID em sistemas de informação de saúde

1.1.5.1 Uso da CID-11 em um ambiente digital e com serviços de Internet

1.1.5.2 Uso da CID-11 em um ambiente analógico baseado em papel

1.1.5.3 Versão eletrônica

1.1.6 Conexões com outras Classificações e Terminologias

1.1.6.1 Uso integrado com Terminologias

1.1.6.2 Funcionalidade na CID e uso conjunto com a CIF

1.2 Estrutura e taxonomia da CID

1.2.1 Taxonomia

1.2.1.1 Modelo de conteúdo e definição de doença

- 1.2.2 Estrutura dos Capítulos da CID
- 1.2.3 Princípios norteadores para a classificação de conceitos especiais
- 1.2.4 Características gerais da CID-11
  - 1.2.4.1 Estrutura dos códigos
  - 1.2.4.2 Identificadores uniformes de recursos
  - 1.2.4.3 Códigos de blocos
  - 1.2.4.4 Códigos-base
  - 1.2.4.5 Códigos de extensão e pós-coordenação
  - 1.2.4.6 Outras características gerais
- 1.2.5 Componente fundamental e Listas tabulares da CID-11
  - 1.2.5.1 Pré-coordenação e pós-coordenação na CID-11
  - 1.2.5.2 Múltiplas entidades-mãe
- 1.2.6 Entidades da CID independentes do idioma
- 1.3 Principais usos da CID: mortalidade
  - 1.3.1 O que se codifica: causas de morte
- 1.4 Principais usos da CID: morbidade
  - 1.4.1 O que se codifica: condições do paciente
- 1.5 Medicina Tradicional
- 1.6 Manutenção da CID
  - 1.6.1 Princípios norteadores do processo de autoria
  - 1.6.2 Melhoria da orientação ao usuário
  - 1.6.3 Introdução ao processo de atualização da CID-11
  - 1.6.4 Modificações nacionais para a codificação da morbidade
- 2 Parte 2 - Uso da CID-11
  - 2.1 Diretrizes básicas de codificação e notificação
  - 2.2 Lista tabular, listas especiais de tabulação, qualificadores e modificadores
  - 2.3 Índice
  - 2.4 Guia de Referência

- 2.5 Navegador e Ferramenta de codificação
- 2.6 Codificação passo a passo – termo clínico
- 2.7 Convenções da CID-11
  - 2.7.1 Inclusões
  - 2.7.2 Exclusões
    - 2.7.2.1 Instruções para "Codifique também" e "Use código adicional, se desejar"
  - 2.7.3 "NCOP" e "SOE"
    - 2.7.3.1 "NCOP"
    - 2.7.3.2 "SOE"
  - 2.7.4 "Certos" ou "Alguns"
  - 2.7.5 Categorias residuais – "Outros" e "Não especificado"
  - 2.7.6 Uso de "E" e "Ou"
  - 2.7.7 "Devido a" e "Associado a"
  - 2.7.8 Ortografia, parênteses, gramática e outras convenções
  - 2.7.9 Características gerais
- 2.8 Códigos-base
- 2.9 Códigos de extensão
- 2.10 Pré-coordenação e pós-coordenação
  - 2.10.1 Acréscimo de detalhes – pós-coordenação e codificação de agrupamento com múltiplos códigos-base e códigos de extensão
  - 2.10.2 Combinação de códigos-base e códigos de extensão, e como ordená-los em um complexo agrupamento de códigos
  - 2.10.3 Tempo de diagnóstico - "Presente na admissão" versus "Desenvolvido após a admissão"
- 2.11 Seção sobre a Funcionalidade
  - 2.11.1 Avaliação de Funcionalidade
    - 2.11.1.1 Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS 2.0 (WHODAS 2.0): recursos e casos de uso
    - 2.11.1.2 WHODAS 2.0: representação e estrutura de codificação
    - 2.11.2 Entidade de funcionalidade genérica

- 2.11.2.1 Entidades de funcionalidade: recursos e casos de uso
- 2.11.2.2 Entidade de funcionalidade: representação e estrutura de codificação
- 2.12 Registros e relatórios eletrônicos
- 2.13 Componente fundamental e Listas tabulares
- 2.14 Principais usos da CID: mortalidade
- 2.15 Estatísticas de mortalidade
  - 2.15.1 O que se tabula: causa básica da morte
  - 2.15.2 Fonte dos dados: o modelo internacional de Atestado Médico de Causa de Morte
  - 2.15.3 Uso de rotina e casos especiais
    - 2.15.3.1 Sistemas de notificação de rotina de causas de morte
    - 2.15.3.2 Autópsia verbal
- 2.16 Conceitos básicos
  - 2.16.1 Causa terminal da morte
  - 2.16.2 Relação causal e sequência
  - 2.16.3 Ponto de partida
  - 2.16.4 Duração
  - 2.16.5 Primeira sequência mencionada
  - 2.16.6 Causa básica da morte
  - 2.16.7 Condição subjacente prioritária
  - 2.16.8 Modificação
- 2.17 Instruções de codificação para mortalidade
  - 2.17.1 Diretrizes para a codificação da causa básica e codificação de causas múltiplas
  - 2.17.2 Seleção da causa básica da morte
  - 2.17.3 Encontre o ponto de partida (*starting point*) (Passos SP1 a SP8)
  - 2.17.4 Passo SP1 – Uma única causa no atestado
  - 2.17.5 Passo SP2 – Primeira condição na única linha usada
  - 2.17.6 Passo SP3 – A primeira condição na linha mais baixa usada causando todas as condições acima dela

- 2.17.7 Passo SP4 – Ponto de partida da primeira sequência mencionada
- 2.17.8 Passo SP5 – Causa terminal da morte quando não existe uma sequência
- 2.17.9 Passo SP6 – Causa óbvia
- 2.17.10 Passo SP7 – Condições mal definidas
- 2.17.11 Passo SP8 – Condições improváveis de causar a morte
- 2.18 Verifique se há modificações do ponto de partida (Passos M1 a M4)
  - 2.18.1 Passo M1 – Instruções especiais
  - 2.18.2 Passo M2 – Especificidade
  - 2.18.3 Passo M3 – Revisão dos Passos SP6, M1 e M2
  - 2.18.4 Passo M4 – Instruções sobre procedimentos médicos, lesão principal, envenenamento e mortes maternas
- 2.19 Instruções especiais sobre a seleção da causa básica da morte
  - 2.19.1 Instruções especiais sobre sequências aceitas e rejeitadas (Passos SP3 e SP4)
    - 2.19.1.1 Conflito de duração
    - 2.19.1.2 Doenças infecciosas devido a outras condições
      - Cólera e algumas doenças infecciosas devido a outras condições
      - Febre tifoide e algumas doenças infecciosas devido a outras condições
      - HIV devido a outras condições
      - Doenças infecciosas não listadas acima devido a outras condições
    - 2.19.1.3 Neoplasias malignas devido a outras condições
    - 2.19.1.4 Condição hemorrágica congênita ou constitucional devido a outras condições
    - 2.19.1.5 Anafilaxia devido a causas externas
    - 2.19.1.6 Diabetes devido a outras condições
    - 2.19.1.7 Febre reumática devido a outras condições
    - 2.19.1.8 Hipertensão devido a outras condições
    - 2.19.1.9 Certas doenças cardíacas isquêmicas devido a outras condições
    - 2.19.1.10 Aterosclerose devido a outras condições
    - 2.19.1.11 Anomalias do desenvolvimento devido a outras condições

2.19.1.12 Causa não intencional de morbidade ou mortalidade devido a outras condições

2.19.1.13 Suicídio devido a outras condições

2.19.1.14 Condições obstétricas devido a outras condições

2.19.2 Instruções especiais sobre causa óbvia (Passo SP6)

2.19.2.1 Complicações do HIV

Doenças infecciosas e HIV

Neoplasias malignas e HIV

Deficiência imunológica e HIV

Pneumonia e HIV

Caquexia e HIV

2.19.2.2 Enterocolite devido a *Clostridioides difficile*

2.19.2.3 Sepses

2.19.2.4 Complicações do diabetes

2.19.2.5 Desidratação

2.19.2.6 Demência

2.19.2.7 Transtornos do desenvolvimento intelectual

2.19.2.8 Insuficiência cardíaca e doença cardíaca não especificada

2.19.2.9 Embolia

2.19.2.10 Varizes esofagianas

2.19.2.11 Pneumonia

2.19.2.12 Edema pulmonar

2.19.2.13 Síndrome nefrítica

2.19.2.14 Pielonefrite

2.19.2.15 Insuficiência renal aguda

2.19.2.16 Atelectasia primária do recém-nascido

2.19.2.17 Ruptura prematura de membranas e oligohidrânio

2.19.2.18 Hemorragia

2.19.2.19 Aspiração e inalação

2.19.2.20 Cirurgia e outros procedimentos médicos invasivos

2.19.2.21 Condições secundárias comuns

2.19.2.22 Peritonite secundária

2.19.3 Instruções especiais sobre associações e outras disposições (Passo M1)

2.19.3.1 Instruções especiais sobre o Capítulo 01 Algumas doenças infecciosas ou parasitárias

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana

2.19.3.2 Instruções especiais sobre o Capítulo 02 Neoplasias

2.19.3.3 Instruções especiais sobre o Capítulo 03 Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue

2.19.3.4 Instruções especiais sobre o Capítulo 04 Doenças do sistema imune

2.19.3.5 Instruções especiais sobre o Capítulo 05 Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas

2.19.3.6 Instruções especiais sobre o Capítulo 06 Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento

2.19.3.7 Instruções especiais sobre o Capítulo 07 Transtornos de sono-vigília

2.19.3.8 Instruções especiais sobre o Capítulo 08 Doenças do sistema nervoso

2.19.3.9 Instruções especiais sobre o Capítulo 09 Doenças do sistema visual

2.19.3.10 Instruções especiais sobre o Capítulo 10 Doenças da orelha ou do processo mastoide

2.19.3.11 Instruções especiais sobre o Capítulo 11 Doenças do sistema circulatório

2.19.3.12 Instruções especiais sobre o Capítulo 12 Doenças do sistema respiratório

2.19.3.13 Instruções especiais sobre o Capítulo 13 Doenças do sistema digestivo

2.19.3.14 Instruções especiais sobre o Capítulo 14 Doenças da pele

2.19.3.15 Instruções especiais sobre o Capítulo 15 Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo

2.19.3.16 Instruções especiais sobre o Capítulo 16 Doenças do sistema geniturinário

2.19.3.17 Instruções especiais sobre o Capítulo 17 Condições relacionadas à saúde sexual

2.19.3.18 Instruções especiais sobre o Capítulo 18 Gravidez, parto ou puerpério

2.19.3.19 Instruções especiais sobre o Capítulo 19 Algumas condições originadas no período perinatal

- 2.19.3.20 Instruções especiais sobre o Capítulo 20 Anomalias do desenvolvimento
- 2.19.3.21 Instruções especiais sobre o Capítulo 21 Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte
- 2.19.3.22 Instruções especiais sobre o Capítulo 22 Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas
- 2.19.3.23 Instruções especiais sobre o Capítulo 23 Causas externas de morbidade ou mortalidade
- 2.19.3.24 Códigos que não devem ser usados para causa básica da morte
- 2.19.3.25 Códigos que não devem ser usados se a causa básica for conhecida ou outras condições específicas se aplicarem
- 2.19.4 Instruções especiais sobre cirurgia e outros procedimentos médicos (Passo M4)
  - 2.19.4.1 Motivo para cirurgia ou procedimento declarado
  - 2.19.4.2 Motivo para cirurgia ou procedimento não declarado, complicação informada
  - 2.19.4.3 Motivo para cirurgia ou procedimento não declarado, nenhuma complicação informada
  - 2.19.4.4 Dispositivos médicos associados a incidentes adversos devido a causas externas
- 2.19.5 Instruções especiais sobre a lesão principal em mortes por causas externas (Passo M4)
- 2.19.6 Instruções especiais sobre envenenamento por drogas, medicamentos e substâncias biológicas (Passo M4)
  - 2.19.6.1 O medicamento com maior probabilidade de ter causado a morte é especificado
  - 2.19.6.2 O medicamento com maior probabilidade de ter causado a morte não é especificado
  - 2.19.6.3 Identificação do medicamento com maior probabilidade de ter causado a morte
- 2.19.7 Instruções especiais sobre mortalidade materna (Passo M4)
- 2.20 Instruções de codificação para a mortalidade: codificação de causas múltiplas e outras instruções específicas
- 2.21 Regras de mortalidade – Base de conhecimento
  - 2.21.1 Diagnóstico incerto
    - 2.21.1.1 Diagnósticos alternativos ("A" ou "B")
    - 2.21.1.2 Uma única condição, mas localizações alternativas



- 2.21.1.3 Uma única localização ou sistema, mas condições alternativas
- 2.21.1.4 Condições alternativas, sistemas anatômicos diferentes
- 2.21.1.5 Uma doença ou uma lesão
- 2.21.2 Efeito dos termos de conexão
  - 2.21.2.1 Termos de conexão que implicam uma relação causal
    - Termo "devido a" ou similar
    - Termo "resultando em" ou similar
  - 2.21.2.2 Termos de conexão que não implicam em uma relação causal
    - Termo "E" ou similares grafado no início ou fim de uma linha
    - Termo "E" ou similares, mas não grafado no início ou fim de uma linha
    - Termos diagnósticos que não terminam na mesma linha
- 2.21.3 Duração das condições
  - 2.21.3.1 Duração única declarada para múltiplas condições
  - 2.21.3.2 Modificação da temporalidade das condições segundo a duração declarada
- 2.21.4 Instruções para "Codifique também" em caso de uso em mortalidade
- 2.21.5 Neoplasias malignas
  - Uso da ferramenta de codificação para neoplasias
    - 2.21.5.1 Comportamento: maligno, in situ, benigno, incerto ou desconhecido
      - O próprio termo indica o tipo de comportamento
      - Outras informações no atestado podem indicar o comportamento
    - 2.21.5.2 Neoplasias malignas: primárias ou secundárias?
      - Locais comuns de metástases
      - Neoplasia maligna informada como primária
      - Outra indicação de neoplasia maligna primária
      - Neoplasia maligna informada como secundária
      - Outra indicação de neoplasia maligna secundária
    - 2.21.5.3 Mais de uma neoplasia maligna primária
    - 2.21.5.4 Localização não claramente indicada

2.21.5.5 Localização primária desconhecida

2.21.5.6 Câncer "metastático"

Neoplasia maligna "metastática de" uma localização especificada

Neoplasia maligna "metastática para" uma localização especificada

Neoplasia maligna metastática da localização A para a localização B

Neoplasia "metastática" de uma histopatologia específica

Neoplasia maligna "metastática" na lista de localizações comuns de metástases

Neoplasia maligna "metastática" fora da lista de localizações comuns de metástases

Neoplasias malignas "metastáticas", algumas na lista de localizações comuns de metástases e algumas fora

2.21.6 Sequelas

2.21.6.1 Condições a serem consideradas sequelas

2.21.6.2 Sequelas de tuberculose

2.21.6.3 Sequelas de tracoma

2.21.6.4 Sequelas de encefalite viral, difteria ou outras doenças infecciosas especificadas

2.21.6.5 Sequelas de desnutrição e de algumas deficiências nutricionais especificadas

2.21.6.6 Efeitos tardios do Capítulo 22 e do Capítulo 23

2.21.6.7 Sequelas de hanseníase

2.21.6.8 Sequelas de poliomielite

2.21.7 Consistência entre o sexo do paciente e diagnóstico

2.21.8 Instruções específicas sobre outras categorias da CID

2.21.8.1 Doenças cardíacas reumáticas agudas ou crônicas

2.21.8.2 Morte obstétrica de causa não especificada, Mortes obstétricas entre mais de 42 dias e menos de 1 ano após o parto, sequelas de causas obstétricas

2.21.8.3 Mortes devido a algumas condições originadas no período perinatal

Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto

2.21.8.4 Instruções especiais sobre mortes fetais

2.21.8.5 Anomalias do desenvolvimento

2.21.8.6 Lesões múltiplas da mesma região do corpo e Lesões envolvendo múltiplas regiões do corpo

2.21.8.7 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos

2.21.8.8 Intenção das causas externas

Intenção indeterminada

2.21.8.9 Codificação de eventos de lesão em transporte

2.21.8.10 Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde

2.21.8.11 Agentes infecciosos informados sozinhos em um atestado de morte

2.22 Solução digital de ponta a ponta para mortalidade (formulários, ferramentas e módulos de treinamento)

2.23 Principais usos da CID: morbidade

2.23.1 Uso da CID nos cuidados clínicos

2.23.2 Uso da CID para fins epidemiológicos

2.23.3 Uso da CID na qualidade e segurança do paciente

2.23.3.1 O caso de uso da qualidade e segurança para a CID-11

2.23.3.2 Relatórios sobre indicadores de qualidade da atenção e segurança do paciente

2.23.3.3 Funcionalidade:

2.23.3.4 Informações adicionais:

2.23.3.5 Recomendações para o uso e interpretação dos dados codificados

2.23.3.6 Uso da CID para fins de pesquisa

2.23.3.7 Uso da CID na atenção primária

2.23.3.8 Uso da CID em agrupamentos de *Casemix*

2.23.4 O que se codifica: condições do paciente

2.23.4.1 Condição principal

2.23.4.2 Condições múltiplas que contribuem para a necessidade de admissão

2.23.4.3 Outras condições

2.23.5 Diretrizes para a documentação e a codificação da morbidade pelo profissional de saúde

2.23.5.1 Diretrizes para a documentação que inclui o termo "Múltiplo" - Para informar uma única condição

- 2.23.5.2 Especificidade e detalhamento
- 2.23.5.3 Diagnósticos não confirmados
- 2.23.5.4 Documentação de uma condição descartada
- 2.23.5.5 Contato com os serviços de saúde por outras razões que não uma doença
- 2.23.5.6 Condições por causas externas
- 2.23.5.7 Documentação das sequelas
- 2.23.6 Diretrizes para o codificador para a seleção da "condição principal" e "outras condições" para fins de codificação
  - 2.23.6.1 MB1 - Várias condições informadas como "condição principal"
  - 2.23.6.2 MB2 - A condição informada como "condição principal" é um sintoma de condição diagnosticada e tratada
  - 2.23.6.3 MB3 - Sinais e sintomas registrados como a "condição principal" com condições alternativas registradas como a causa
- 2.23.7 Codificação usando pós-coordenação em morbidade
  - 2.23.7.1 Regra para o codificador para o uso de códigos de extensão
- 2.23.8 Codificação a partir da documentação do profissional de saúde sobre as "relações causais"
- 2.23.9 Codificação de condições ou sintomas suspeitos, achados anormais e situações em que não há doenças
- 2.23.10 Codificação usando categorias combinadas
- 2.23.11 Codificação usando causas externas de morbidade
- 2.23.12 Codificação de condições agudas e crônicas registradas como condição principal
- 2.23.13 Codificação de lesões ou danos decorrentes de cuidados cirúrgicos ou médicos
- 2.23.14 Codificação de eventos adversos e circunstâncias na atenção à saúde que não causam lesões ou danos reais
- 2.23.15 Codificação de condições crônicas após um procedimento
- 2.23.16 Codificação de "História de" e "História familiar de"
- 2.23.17 Codificação de uma condição "descartada"
- 2.23.18 Codificação de condições documentadas como sequelas (efeitos tardios)
- 2.23.19 Padrões e instruções de codificação para eventos de lesão

2.23.19.1 Descrições relacionadas a eventos de lesão em transporte

2.23.19.2 Instruções de classificação e codificação para lesões não intencionais causadas pelo transporte

2.23.20 Modelo conceitual para a qualidade e segurança do paciente

2.23.20.1 Visão geral do conjunto de códigos da CID-11 para a qualidade e segurança do paciente

2.23.20.2 Causalidade no contexto da qualidade e segurança

2.23.20.3 Condições crônicas após um procedimento

2.23.20.4 Eventos adversos e circunstâncias na atenção à saúde que não causam lesões ou danos reais

2.23.20.5 Recomendações para a captura e organização de dados

2.23.21 Notas específicas dos Capítulos

2.23.21.1 Capítulo 01: Algumas doenças infecciosas ou parasitárias

2.23.21.2 Capítulo 02: Neoplasias

2.23.21.3 Capítulo 03: Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue

2.23.21.4 Capítulo 05: Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas

2.23.21.5 Capítulo 06: Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento

2.23.21.6 Capítulo 08: Doenças do sistema nervoso

2.23.21.7 Capítulo 09: Doenças do sistema visual

2.23.21.8 Capítulo 10: Doenças da orelha ou do processo mastoideo

2.23.21.9 Capítulo 11: Doenças do sistema circulatório

2.23.21.10 Capítulo 15: Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo

2.23.21.11 Capítulo 18: Gravidez, parto ou puerpério

2.23.21.12 Capítulo 21: Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte

2.23.21.13 Capítulo 22: Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas

2.23.21.14 Capítulo 23: Causas externas de morbidade ou mortalidade

2.23.21.15 Capítulo 24: Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde

2.23.22 Condições da Medicina Tradicional - Módulo 1 (MT1)

2.23.23 Uso na Medicina Tradicional

2.23.24 Instruções de codificação para condições da Medicina Tradicional - Módulo 1 (MT1)

2.24 Recomendações estatísticas gerais

2.24.1 Qualidade dos dados

2.24.2 Especificidade versus códigos mal definidos

2.24.3 Problemas com populações pequenas

2.24.4 "Caselas vazias" e caselas com baixas frequências

2.24.5 Precauções necessárias quando as listas de tabulação incluem subtotais

2.24.6 Aspectos éticos

2.24.7 Prevenção de possíveis danos

2.24.8 Segurança da privacidade - Confidencialidade

2.25 Recomendações em relação às tabelas estatísticas para comparação internacional

2.25.1 Listas especiais de tabulação recomendadas

2.25.2 Notificação internacional de morbidade

2.25.2.1 Conjunto mínimo de dados e marcação para pós-coordenação

2.25.3 Apresentação de tabelas estatísticas

2.25.3.1 Tabulação de causas de morte

2.25.3.2 Mortalidade por lesões

2.25.4 Padrões e requisitos de notificação relacionados à mortalidade em períodos perinatal e neonatal

2.25.4.1 Termos usados na mortalidade perinatal ou neonatal

2.25.4.2 Definições da mortalidade perinatal e neonatal

Morte fetal, aborto espontâneo, natimorto, nascido vivo, morte neonatal

Interrupção artificial da gravidez

2.25.4.3 Outras terminologias usadas no registro e na apresentação da mortalidade perinatal ou neonatal

Morte fetal (ou seja, independentemente da idade gestacional; o limite inferior, se houver, deve ser indicado)

Natimortos (ou seja, 22 ou mais semanas completas)

Período de gestação

Peso ao nascer

Morte neonatal

Total de nascimentos

2.25.4.4 Certificação de natimortos e nascidos vivos no período neonatal

O modelo internacional de atestado médico de causa de morte e informações adicionais

Nível de detalhes para registro

2.25.4.5 Critérios de notificação para morte fetal, natimorto e nascido vivo

Critérios para a notificação internacional

2.25.4.6 Apresentação estatística da mortalidade perinatal, neonatal, infantil ou em menores de cinco anos

Agrupamentos de idade gestacional para estatísticas de morte fetal com menos de 22 semanas, natimortos e mortalidade neonatal

Agrupamentos de peso ao nascer para estatísticas de morte fetal com menos de 22 semanas, natimortos e mortalidade neonatal

Agrupamentos por idade cronológica nas estatísticas de mortalidade neonatal

2.25.4.7 Mortalidade em menores de cinco anos

2.25.4.8 Mortalidade infantil

2.25.5 Padrões e requisitos de notificação relacionados à mortalidade materna

2.25.5.1 Morte materna

2.25.5.2 Morte materna tardia

2.25.5.3 Morte materna global

2.25.5.4 Mortes obstétricas diretas e indiretas

2.25.5.5 Morte ocorrida durante a gravidez, parto e puerpério

2.25.5.6 Requisitos de registro de mortalidade materna

2.25.5.7 Notificação internacional de mortalidade materna

2.25.5.8 Numerador, denominador e razões de mortalidade materna publicadas

3 Parte 3 - Novidades na CID-11

- 3.1 Novas convenções e terminologia da CID-11
  - 3.1.1 Descrição Curta
  - 3.1.2 Informações adicionais
  - 3.1.3 Estrutura do código
- 3.2 Estrutura dos Capítulos da CID-11
  - 3.2.1 Capítulo 01 – Algumas doenças infecciosas ou parasitárias
    - 3.2.1.1 Capítulo 01 – Estrutura do Capítulo 01
    - 3.2.1.2 Capítulo 01 – Fundamentação para o Capítulo 01
    - 3.2.1.3 Resistência Antimicrobiana
  - 3.2.2 Capítulos 02 – Neoplasias
    - 3.2.2.1 Capítulo 02 – Estrutura do Capítulo 02
    - 3.2.2.2 Capítulo 02 – Fundamentação para o Capítulo 02
  - 3.2.3 Capítulo 03 – Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue
    - 3.2.3.1 Capítulo 03 – Estrutura do Capítulo 03
    - 3.2.3.2 Capítulo 03 – Fundamentação para o Capítulo 03
  - 3.2.4 Capítulo 04 – Doenças do sistema imune
    - 3.2.4.1 Capítulo 04 – Estrutura do Capítulo 04
    - 3.2.4.2 Capítulo 04 – Fundamentação para o Capítulo 04
  - 3.2.5 Capítulo 05 – Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas
    - 3.2.5.1 Capítulo 05 – Estrutura do Capítulo 05
    - 3.2.5.2 Capítulo 05 – Fundamentação para o Capítulo 05
  - 3.2.6 Capítulo 06 – Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento
    - 3.2.6.1 Capítulo 06 – Estrutura do Capítulo 06
    - 3.2.6.2 Capítulo 06 – Fundamentação para o Capítulo 06
  - 3.2.7 Capítulo 07 – Transtornos de sono-vigília
    - 3.2.7.1 Capítulo 07 – Estrutura do Capítulo 07
    - 3.2.7.2 Capítulo 07 – Fundamentação para o Capítulo 07
  - 3.2.8 Capítulo 08 – Doenças do sistema nervoso



- 3.2.8.1 Capítulo 08 – Estrutura do Capítulo 08
- 3.2.8.2 Capítulo 08 – Fundamentação para o Capítulo 08
- 3.2.9 Capítulo 09 – Doenças do sistema visual
  - 3.2.9.1 Capítulo 09 – Estrutura do Capítulo 09
- 3.2.10 Capítulo 10 – Doenças da orelha ou do processo mastoide
  - 3.2.10.1 Capítulo 10 – Estrutura do Capítulo 10
- 3.2.11 Capítulo 11 – Doenças do sistema circulatório
  - 3.2.11.1 Capítulo 11 – Estrutura do Capítulo 11
  - 3.2.11.2 Capítulo 11 – Fundamentação para o Capítulo 11
- 3.2.12 Capítulo 12 – Doenças do sistema respiratório
  - 3.2.12.1 Capítulo 12 – Estrutura do Capítulo 12
  - 3.2.12.2 Capítulo 12 – Fundamentação para o Capítulo 12
- 3.2.13 Capítulo 13 – Doenças do sistema digestivo
  - 3.2.13.1 Capítulo 13 – Estrutura do Capítulo 13
  - 3.2.13.2 Capítulo 13 – Fundamentação para o Capítulo 13
- 3.2.14 Capítulo 14 – Doenças da pele
  - 3.2.14.1 Capítulo 14 – Estrutura do Capítulo 14
  - 3.2.14.2 Capítulo 14 – Fundamentação para o Capítulo 14
- 3.2.15 Capítulo 15 – Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo
  - 3.2.15.1 Capítulo 15 – Estrutura do Capítulo 15
  - 3.2.15.2 Capítulo 15 – Fundamentação para o Capítulo 15
- 3.2.16 Capítulo 16 – Doenças do sistema geniturinário
  - 3.2.16.1 Capítulo 16 – Estrutura do Capítulo 16
  - 3.2.16.2 Capítulo 16 – Fundamentação para o Capítulo 16
- 3.2.17 Capítulo 17 – Condições relacionadas à saúde sexual
  - 3.2.17.1 Capítulo 17 – Estrutura do Capítulo 17
  - 3.2.17.2 Capítulo 17 – Fundamentação para o Capítulo 17
- 3.2.18 Capítulo 18 – Gravidez, parto ou puerpério

- 3.2.18.1 Capítulo 18 – Estrutura do Capítulo 18
- 3.2.18.2 Capítulo 18 – Fundamentação para o Capítulo 18
- 3.2.19 Capítulo 19 – Algumas condições originadas no período perinatal
- 3.2.19.1 Capítulo 19 – Estrutura do Capítulo 19
- 3.2.20 Capítulo 20 – Anomalias do desenvolvimento
- 3.2.20.1 Capítulo 20 – Estrutura do Capítulo 20
- 3.2.20.2 Capítulo 20 – Fundamentação para o Capítulo 20
- 3.2.21 Capítulo 21 – Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte
- 3.2.21.1 Capítulo 21 – Estrutura do Capítulo 21
- 3.2.21.2 Capítulo 21 – Fundamentação para o Capítulo 21
- 3.2.22 Capítulo 22 – Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas
- 3.2.22.1 Capítulo 22 – Estrutura do Capítulo 22
- 3.2.22.2 Capítulo 22 – Fundamentação para o Capítulo 22
- 3.2.23 Capítulo 23 – Causas externas de morbidade ou mortalidade
- 3.2.23.1 Capítulo 23 – Estrutura do Capítulo 23
- 3.2.23.2 Capítulo 23 – Fundamentação para o Capítulo 23
- 3.2.24 Capítulo 24 – Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde
- 3.2.24.1 Capítulo 24 – Estrutura do Capítulo 24
- 3.2.24.2 Capítulo 24 – Fundamentação para o Capítulo 24
- 3.2.25 Capítulo 25 – Códigos para propósitos especiais
- 3.2.25.1 Capítulo 25 – Estrutura do Capítulo 25
- 3.2.26 Capítulo 26 – Capítulo suplementar - Condições da Medicina Tradicional - Módulo 1
- 3.2.27 Seção V – Seção suplementar para avaliação de funcionalidade
- 3.2.28 Capítulo X – Códigos de extensão
- 3.3 Múltiplas entidades-mãe
- 3.4 O Modelo de conteúdo
- 3.5 Entidades da CID independentes do idioma

- 3.6 Inovação na codificação da mortalidade na CID-11
- 3.7 Inovação na codificação da morbidade na CID-11
- 3.8 Seção sobre a Funcionalidade
- 3.9 Características gerais da CID-11
- 3.10 Condições da Medicina Tradicional - Módulo 1 (MT1)
- 3.11 Preparativos para a Décima Primeira Revisão
- 3.12 Anexo A: Atualização e manutenção da CID-11
  - 3.12.1 Histórico
  - 3.12.2 Ciclo de atualização
    - 3.12.2.1 Tipos de propostas para manutenção da CID-11-MMS
  - 3.12.3 Integridade da proposta
  - 3.12.4 Prazos da proposta
  - 3.12.5 Fluxo de Trabalho da proposta
  - 3.12.6 Alterações que não podem ser realizadas durante o processo normal de atualização
  - 3.12.7 Aplicabilidade e propriedade intelectual
- 3.13 Anexo B: História do desenvolvimento da CID
  - 3.13.1 Origem
  - 3.13.2 Adoção da Lista Internacional de Causas de Morte
  - 3.13.3 A Quinta Conferência Decenal de Revisão
    - 3.13.3.1 Listas Internacionais de Doenças
  - 3.13.4 As primeiras classificações de doenças para estatísticas de morbidade
  - 3.13.5 Comitê Norte-Americano para causas conjuntas de morte
  - 3.13.6 Sexta Revisão das Listas Internacionais
  - 3.13.7 Sétima e Oitava Revisões
  - 3.13.8 A Nona Revisão
  - 3.13.9 A Décima Revisão
  - 3.13.10 Família de Classificações Internacionais da OMS
  - 3.13.11 Atualização da CID entre revisões

- 3.13.12 Principais etapas da revisão da CID-11
- 3.13.13 Preparativos para a Décima Primeira Revisão
- 3.13.14 Referências sobre a história da CID
- 3.14 Anexo C: Anexos para a Codificação de Mortalidade
  - 3.14.1 Modelo internacional de atestado médico de causa de morte
  - 3.14.2 Guia rápido de referência para o Modelo internacional de atestado médico de causa de morte
  - 3.14.3 Sugestão de detalhe adicional de mortes perinatais
  - 3.14.4 Fluxograma para a codificação de mortalidade
  - 3.14.5 Classificação de prioridade dos códigos de natureza da lesão
  - 3.14.6 Lista de condições mal definidas
  - 3.14.7 Lista de condições que podem causar a doença pelo HIV
  - 3.14.8 Lista de condições que podem causar diabetes mellitus
  - 3.14.9 Lista de condições a serem consideradas consequências óbvias da cirurgia e outros procedimentos médicos invasivos
    - 3.14.9.1 Lista de condições a serem consideradas consequências diretas da cirurgia
    - 3.14.9.2 Lista de condições a serem consideradas consequências diretas de outros procedimentos médicos invasivos
  - 3.14.10 Lista de condições improváveis de causar a morte
  - 3.14.11 Lista de categorias limitadas a, ou mais prováveis de ocorrer em, pessoas do sexo feminino
  - 3.14.12 Lista de categorias limitadas a, ou mais prováveis de ocorrer em, pessoas do sexo masculino
  - 3.14.13 Conjunto de instruções com exemplos de codificação referentes à mortalidade materna
  - 3.14.14 Lista de alvos de causas de morte para autópsia verbal
- 3.15 Anexo D: Diferenças entre a CID-10 e a CID-11
  - 3.15.1 Capítulo 1 – Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 01
  - 3.15.2 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 02
  - 3.15.3 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 03

- 3.15.4 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 04
- 3.15.5 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 05
- 3.15.6 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 06
- 3.15.7 O Capítulo 07 é uma nova adição à CID-11 e não pode ser encontrado nas edições anteriores
- 3.15.8 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 08
- 3.15.9 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 09
- 3.15.10 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 10
- 3.15.11 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 11
- 3.15.12 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 12
- 3.15.13 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 13
- 3.15.14 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 14
- 3.15.15 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 15
- 3.15.16 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 16
- 3.15.17 O Capítulo 17 é uma nova adição à CID-11 e não pode ser encontrado nas edições anteriores
- 3.15.18 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 18
- 3.15.19 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 19
- 3.15.20 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 20
- 3.15.21 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 21
- 3.15.22 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 22
- 3.15.23 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 23
- 3.15.24 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 24
- 3.15.25 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 25

## 0.1 Página de direitos autorais

### Classificação Internacional de Doenças, Décima Primeira Revisão (CID-11)

#### © Organização Mundial da Saúde 2022

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença *Creative Commons Attribution-NoDerivatives* 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/>).

Esta licença não permite que se produza adaptações do trabalho (incluindo traduções) sem permissão da OMS.

Sob os termos desta licença, pode-se copiar e redistribuir a obra, desde que a obra seja devidamente citada, conforme indicado abaixo. Em qualquer uso desta obra, não deve haver sugestão de que a OMS endosse qualquer organização, produto ou serviço específico. O uso do logotipo da OMS não é permitido.

Qualquer mediação relacionada a disputas surgidas sob a licença será conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Esta versão PDF da CID-11 foi criada para apoiar a preferência do usuário pela visualização da CID-11 em um formato portátil. A versão definitiva da CID-11 está disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

#### Sugestão de citação

Classificação Internacional de Doenças Décima Primeira Revisão (CID-11). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Licença: [CC BY-ND 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/).

**Mapeamentos ou referências cruzadas entre outras classificações e terminologias e a CID-11 e/ou traduções não estão abrangidos pela licença da CID-11 e estão sujeitos a um acordo separado por escrito da OMS.**

#### Materiais de terceiros

Se deseja reutilizar material deste trabalho atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é sua responsabilidade determinar se é necessária permissão para essa reutilização e obter a permissão do detentor dos direitos autorais. O risco de reclamações resultantes da violação de qualquer componente de propriedade de terceiros na obra é de responsabilidade exclusiva do usuário.

#### Isenções gerais

As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da OMS sobre o status legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas fronteiriças aproximadas para as quais pode ainda não haver um acordo completo.

A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela OMS em preferência a outros de natureza similar que não são mencionados. Exceto por erros e omissões, os nomes dos produtos proprietários são distinguidos por letras maiúsculas iniciais.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para verificar as informações contidas nesta publicação. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhuma hipótese a OMS será responsável por danos decorrentes de seu uso.

### **Uso correto da CID-11**

Consulte o Guia de Referência para o uso correto da CID-11 (<https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>).

Para a codificação, deve ser utilizada a Interface para Programa Aplicativo (API, na sigla em inglês). Para o uso da API ou ferramenta de codificação, veja <https://icd.who.int>.

Para evitar a diluição do objetivo da CID de fornecer um padrão definitivo para a identificação de informações de saúde, a CID-11 não pode ser utilizada para desenvolver ou promover um padrão diferente.

O uso da CID-11 em produtos de software está sujeito à seguinte licença: <https://icd.who.int/en/docs/ICD11-license.pdf>. Sob os termos desta licença, os usuários não podem:

- reproduzir a CID-11 em parte ou no todo e distribuí-la sob um nome diferente ou sem atribuição;
- reproduzir e distribuir a CID-11 em parte ou no todo sem os códigos da CID-11;
- reproduzir a CID-11 em parte ou no todo sem os URIs da CID-11 (não aplicável para publicações impressas).

**Mapeamentos ou referências cruzadas entre outras classificações e terminologias e a CID-11 e/ou traduções não estão abrangidos pela licença da CID-11 e estão sujeitos a um acordo separado por escrito da OMS.**

É permitido acrescentar campos de dados aos conceitos da CID-11, desde que tais acréscimos sejam claramente identificados como acréscimos que não têm origem na OMS.

As sugestões de alterações à CID-11 devem ser apresentadas como uma proposta à plataforma de manutenção da CID-11 (<https://icd.who.int/en>).

## 0.2 Como usar este Guia de Referência

Este Guia de Referência para a CID-11 está dividido em três partes. Embora cada parte contenha informações valiosas para a sua compreensão e uso da CID-11, cada uma foi criada para ser relevante para a finalidade principal ao consultar o Guia.

Se pretende obter uma **compreensão geral e abrangente da CID-11**, com pouca ou nenhuma experiência prévia com a CID, sugerimos que comece pela **Parte 1**.

Se pretende **compreender como são criados os códigos** e os detalhes da organização da CID-11, sugerimos que comece pela **Parte 2**.

Se já está familiarizado com a CID, especialmente se já utilizou a CID-10, sugerimos que comece pela **Parte 3** para ver o **que há de novo (e o que não mudou) na CID-11**.



### 0.3 Quadro de Siglas e Abreviações

	<b>Descrição</b>
ATC/DDD*	Classificação Anatômica, Terapêutica e Química com Definição de Doses Diárias
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CID/ICD*	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CID-O	Classificação Internacional de Doenças para Oncologia
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCI	Denominação Comum Internacional
DDAP	Duração Declarada, desenvolveu-se Após o Procedimento
DRG*	Grupos de Diagnósticos Relacionados
DSM*-(5 ou V)	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quinta edição)
FCI-OMS/WHO-FIC*	Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde
GCT	Grupo Consultivo Temático
CICEL/ICECI*	Classificação Internacional de Causas Externas das Lesões
CIIS/ICHI*	Classificação Internacional de Intervenções em Saúde
ICNP*	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem
ISO* 9999	Organização Internacional de Normalização para Ajudas técnicas para pessoas com deficiência ou incapacidade
MMS*	Estatísticas de Mortalidade e Morbidade
MO	Medicina Ocidental
MT	Medicina Tradicional
NCOP	em uma categoria da CID, indica Não Classificado em Outra Parte
OCPE	Outra Causa de Procedimento Exigida
PCL*	Atenção Primária com recursos limitados
RAM	Resistência Antimicrobiana
SMoL*	Lista de Mortalidade Inicial
SOE	em uma categoria da CID, indica Sem Outra Especificação
URI*	Identificador Uniforme de Recursos
WHODAS*	Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde
WONCA*	Organização Mundial de Colégios Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Médicos gerais/Médicos de Família

\* Siglas em inglês.

## 0.4 Glossário

<b>Termo</b>	<b>Descrição</b>
<b>Agrupamento</b>	Um agrupamento é constituído por entidades pós-coordenadas que se agrupam utilizando uma barra inclinada (/) ou um símbolo (&).
<b>Autópsia verbal</b>	Método utilizado para determinar a causa de uma morte com base em uma entrevista com os familiares mais próximos ou outros cuidadores, quando nenhum médico pode avaliar o falecido.
<b>Casemix</b>	Um sistema que agrupa pacientes utilizando informações sobre o paciente, seus diagnósticos, procedimentos, complexidade e necessidades. Usado para alocação de recursos.
<b>Causa básica da morte</b>	A doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.
<b>Causa terminal da morte (codificação)</b>	A primeira condição registrada na primeira linha usada da Parte 1 do atestado de morte. Também conhecida como causa imediata da morte.
<b>Classificação</b>	Um conjunto exaustivo de categorias mutuamente exclusivas para agregar dados em um nível pré-determinado de especialização para uma finalidade específica.
<b>Classificação derivada</b>	Classificações, frequentemente adaptadas para uso no âmbito nacional ou internacional, ou para uso em uma especialidade, com base em classificações de referência.
<b>Classificações de Referência</b>	As classificações que cobrem os principais parâmetros do sistema de saúde: doença (CID); funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF); e intervenções em saúde (ICHI).
<b>Codificação integrada</b>	O uso completo de todos os capítulos da CID-11 (incluindo códigos dos capítulos de Medicina Ocidental e Medicina Tradicional [MT1]) para a classificação de termos clínicos.
<b>Código de extensão</b>	Os códigos de extensão são listas de informações adicionais que podem ser acrescentados a um código-base quando os usuários e os contextos estão interessados em informar mais detalhes. Os códigos de extensão não se excluem mutuamente e não devem ser usados sozinhos no contexto da classificação estatística, mas devem ser acrescentados a um código-base. Os códigos de extensão podem ser usados sozinhos em outros contextos, p. ex., para documentação de dispositivos. Nem todos os códigos de extensão podem ser utilizados com todos os códigos-base. Os códigos de extensão nunca podem aparecer na primeira posição de um agrupamento.

## 0.4 Glossário

<b>Termo</b>	<b>Descrição</b>
<b>Código-base</b>	Os códigos na Lista tabular da CID-11 que podem ser usados sozinhos. Os códigos-base podem ser entidades ou agrupamentos de alta relevância em qualquer caso de uso, ou condições clínicas que devem ser sempre descritas como uma única categoria. Os códigos-base são concebidos para garantir que, nos casos de uso que exigem apenas um código por caso, sejam coletadas informações significativas.
<b>Componente fundamental</b>	Um grande conjunto de termos e suas relações, que descrevem a saúde e os domínios da saúde. O conteúdo da base de dados subjacente que contém todas as informações necessárias para gerar versões impressas da Lista tabular e o índice alfabético, bem como informações adicionais necessárias para gerar linearizações por especialidade da CID-11 e modificações específicas de cada país. A menção de um termo ou entidade no Componente fundamental tem somente uma finalidade ontológica e de indexação. A menção de um termo ou entidade no Componente fundamental não significa a aprovação ou o endosso de uma determinada condição.
<b>Deficiência</b>	Os problemas na função ou estrutura do corpo como um desvio significativo ou perda.
<b>Dupla codificação</b>	O processo utilizado em situações em que os termos clínicos são codificados em dois sistemas ou versões de classificação diferentes para efeitos de comparação, transição, mapeamento, agrupamento de <i>casemix</i> ou compreensão das implicações da mudança de um sistema para outro.
<b>Duração (codificação)</b>	O período entre o início da doença e o momento da admissão para assistência ou morte.
<b>Entidade-mãe primária</b>	Uma entidade de nível superior que abrange toda a gama ou âmbito de outra entidade.
<b>Entidades-mãe secundárias</b>	A capacidade de conectar uma entidade específica dentro da classificação a mais de uma entidade-mãe.
<b>Estruturas do corpo</b>	As partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
<b>Fatores ambientais</b>	O ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.
<b>Funções do corpo</b>	As funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas).
<b>Limitações de atividade</b>	O nível de funcionalidade que um indivíduo pode ter na execução de atividades.

## 0.4 Glossário

<b>Termo</b>	<b>Descrição</b>
<b>Modelo de conteúdo</b>	Um marco estruturado que captura o conhecimento que fundamenta a definição de uma entidade.
<b>Ponto de partida (<i>Starting Point</i>) (codificação)</b>	No contexto da codificação da mortalidade, normalmente a condição ou evento informado que deu início a sequência de relações causais aceitáveis finalizando na causa terminal da morte; ou, quando um atestado de morte é corretamente preenchido, a condição informada na linha mais baixa usada na Parte 1 do atestado de morte.
<b>Pós-coordenação</b>	O uso de múltiplos códigos (ou seja, códigos-base e/ou códigos de extensão) em conjunto para descrever completamente um conceito clínico documentado. A pós-coordenação é permitida, por princípio, com todos os códigos, desde que seja utilizado pelo menos um código-base.
<b>Pré-coordenação</b>	Os códigos-base que contêm todas as informações pertinentes sobre um conceito clínico documentado em uma forma pré-combinada.
<b>Regra de modificação</b>	Na codificação da mortalidade nos atestados de morte, o procedimento através do qual um código da CID para o ponto de partida é substituído por outro código, devido a instruções especiais.
<b>Relação causal (codificação)</b>	Uma relação que existe se uma condição é causada por outra condição (p. ex., no mesmo atestado de morte ou em uma situação de codificação de morbidade em que uma condição ou fator causa outra condição).
<b>Sequência (codificação)</b>	No contexto da codificação da mortalidade, um conjunto de condições informadas, linha por linha, com uma relação causal entre cada elemento.

# **1 Parte 1 - Uma Introdução à CID-11**

## 1.1 Classificação Internacional de Doenças (CID)

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) é uma ferramenta para registrar, notificar e agrupar condições e fatores que influenciam a saúde. Contém categorias para doenças e distúrbios, condições relacionadas à saúde, causas externas de doença ou morte, anatomia, atividades, medicamentos, vacinas e muito mais.

O objetivo da CID é permitir o registro sistemático, a análise, a interpretação e a comparação dos dados de mortalidade e morbidade coletados nos diferentes países ou regiões e em diferentes momentos.

A CID-11 foi concebida para atender à interoperabilidade semântica de dados individuais, reutilização de dados registrados, casos de uso para além das estatísticas de saúde, incluindo apoio à decisão, alocação de recursos, reembolso, diretrizes.

O papel da OMS na manutenção e no apoio à implementação da CID está descrito na constituição da OMS. Ademais, a implementação e a utilização da revisão mais recente da CID em todos os Estados-Membros são legalmente exigidas pelo Regulamento de Nomenclatura Internacional da OMS e reiteradas com as revisões da CID adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde. Isso inclui um mecanismo de atualização entre as revisões e o contínuo desenvolvimento e implementação da família de classificações relacionadas a doenças e saúde (FCI-OMS). A CID é a classificação central vinculada a outras classificações relacionadas, versões especializadas e terminologias.

Nos sistemas de informação de saúde, os dados precisam ser reutilizáveis para análise epidemiológica, alocação de recursos ou pesquisa, bem como para usos em nível individual como documentação de saúde, apoio à decisão ou reembolso. A CID fornece informações altamente detalhadas, muito além do nível das categorias estatísticas, usando identificadores exclusivos. Dessa forma, por exemplo, doenças raras, achados clínicos especiais ou medicamentos individuais podem ser registrados e notificados.

A CID é usada para traduzir diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde em códigos alfanuméricos, o que permite o arquivamento, recuperação e análise das informações. A CID é a classificação diagnóstica padrão internacional para todos os fins epidemiológicos gerais e para muitos propósitos de gestão da saúde. Esses propósitos incluem a análise de situações gerais de saúde em grupos populacionais, o monitoramento da incidência e da prevalência de doenças e a investigação de outros problemas de saúde em relação a outras variáveis, tais como as características e as circunstâncias dos indivíduos afetados. A CID também é adequada para estudos de aspectos financeiros de um sistema de saúde, como cobranças ou alocação de recursos.

Nos últimos 150 anos, a CID evoluiu de uma Lista Internacional de Causas de Morte para um abrangente sistema de classificação e terminologia. A concepção baseada em ontologia da CID-11 e a migração de suas classificações irmãs CIF e ICHI para a mesma infraestrutura ontológica permitiram a integração total da terminologia e da classificação em uma plataforma comum. Dessa forma, a documentação clínica sem perdas (codificando todos os detalhes necessários) torna-se possível, a agregação estatística torna-se um recurso

integrado, soluções digitais de ponta a ponta são fornecidas, e vínculos com outras terminologias para outros usos são habilitados.

A CID é usada para alocar a maior parte dos recursos globais de saúde. Entre os usuários da CID encontram-se médicos, enfermeiros, outros provedores de cuidados em saúde, pesquisadores, profissionais de gestão da informação em saúde, codificadores, profissionais de tecnologia de informação em saúde, analistas, formuladores de políticas, seguradoras, organizações de pacientes e muitos outros.

A CID é usada em vários contextos em diferentes níveis de detalhes. Portanto, inclui uma estrutura de informação que contém um conjunto totalmente especificado de conceitos de saúde e suas características e relações, a partir dos quais podem ser selecionados conjuntos de códigos apropriados. A CID-11 garante a consistência com os casos de uso tradicionais de versões anteriores da CID, pois foi criada tendo em mente as revisões anteriores. As análises de dados anteriores baseadas em versões mais antigas da CID podem ser vinculadas às análises de dados baseadas na CID-11.

Portanto, a CID pode ser utilizada para registrar, classificar e usar dados antes registrados sob títulos como causa de morte, diagnóstico, razão para a admissão, condições tratadas, diagnósticos adicionais, fatores de risco e motivo da consulta, que aparecem em uma ampla variedade de registros de saúde e documentos a partir dos quais se derivam as estatísticas.

### 1.1.1 Usos previstos

A CID foi concebida para atender às necessidades de uma ampla gama de casos de uso, tais como: causas de morte, morbidade, epidemiologia, *casemix* (Grupos de Diagnósticos Relacionados – DRG, na sigla em inglês), qualidade e segurança do paciente, atenção primária, avaliação de funcionalidade, pesquisa, prevenção, segurança de substâncias (medicamentos) ou dispositivos, vigilância específica como resistência antimicrobiana (RAM), registro de câncer, pesquisa de lesões, além de garantir a interoperabilidade semântica para a documentação clínica, apoio à decisão e diretrizes ou recomendações.

Informações detalhadas e instruções para os usuários sobre os diferentes casos de uso estão disponíveis em outras seções do Guia, relacionadas ao uso em mortalidade e aos diferentes usos em morbidade. Quando forem previstos usos inovadores da CID, recomenda-se consultar à OMS para aproveitar ao máximo a flexibilidade e os recursos da CID-11.

### 1.1.2 Classificação

Uma classificação é "um conjunto exaustivo de categorias mutuamente exclusivas para agregar dados em um nível pré-determinado de especialização para uma finalidade específica" (ISO 17115). A classificação implica a categorização de conceitos relevantes para fins de registro ou análise sistemáticos. A categorização é baseada em uma ou mais regras lógicas. A finalidade de uma classificação de saúde varia. Por exemplo, pode ser usada na análise da causa da morte (mortalidade), morbidade ou funcionalidade humana. Os conceitos de baixa frequência tendem a ser agrupados, mas os conceitos raros podem ser classificados individualmente.

A codificação é o processo de atribuição de um código de uma classificação para representar um conceito clínico para um fim específico. As regras de codificação devem ser incorporadas à classificação para se obter a consistência da codificação e a comparabilidade dos dados codificados em distintos momentos e lugares. As classificações são complementares às terminologias, pois são concebidas para serem usadas na codificação padronizada de informações para fins estatísticos.

A CID-11 combina os elementos de classificação e terminologia e foi concebida para ser vinculada a outras terminologias que podem fornecer detalhes adicionais ou servir a diferentes propósitos. A codificação na CID-11 pode se basear em códigos estatísticos e em Identificadores Uniformes de Recursos (URI).

### **1.1.3 A CID no contexto da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial da Saúde (FCI-OMS)**

A Família de Classificações Internacionais da OMS (FCI-OMS) compreende as classificações que foram aprovadas pela OMS para descrever vários aspectos da saúde e do sistema de saúde de forma consistente.

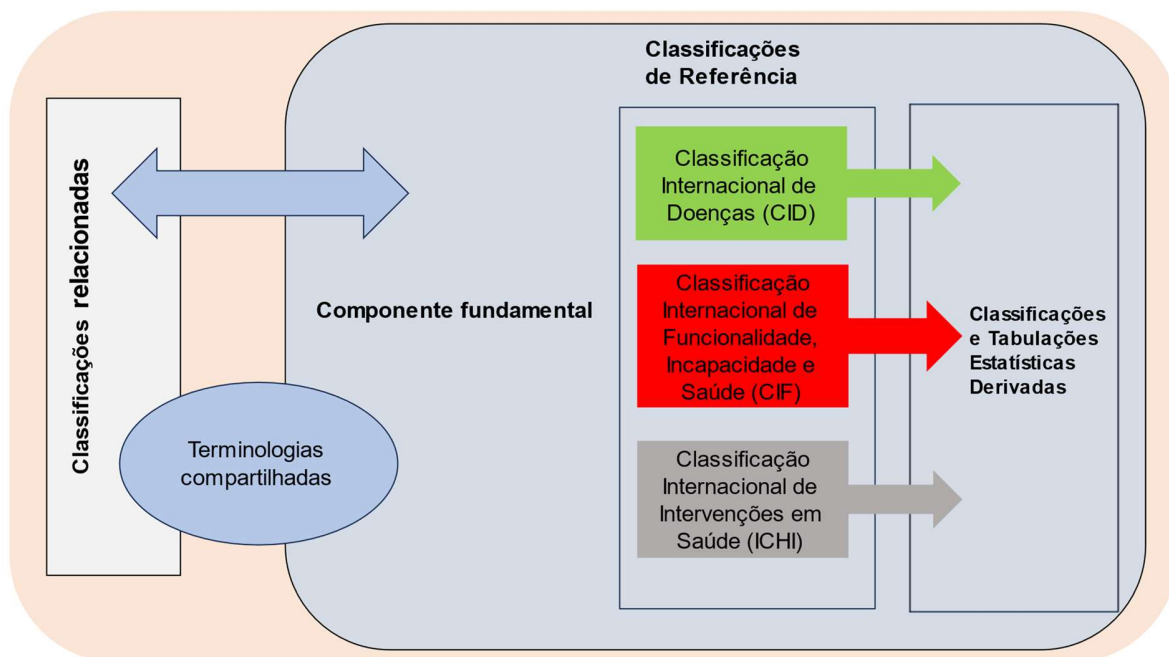
A FCI-OMS proporciona elementos constitutivos padronizados para os sistemas de informação de saúde e consiste em três grandes grupos: Classificações de Referência, Classificações Derivadas e Classificações Relacionadas.

As Classificações de Referência e Derivadas baseiam-se no Componente fundamental (um grande conjunto de conceitos [com sinônimos e termos preferenciais] e suas relações), que descrevem a saúde e os domínios da saúde.

Os termos e entidades relacionados a doenças e problemas relacionados à saúde são organizados na CID, os relativos à funcionalidade na CIF e os relacionados às intervenções na ICHI (Classificação Internacional de Intervenções em Saúde). Os termos do Componente fundamental podem ser usados em mais de uma classificação de referência.

As Classificações Derivadas baseiam-se em termos que podem vir de uma ou mais das Classificações de Referência. Dentro da família FCI-OMS, as Classificações Relacionadas são consideradas complementares às Classificações de Referência e Derivadas. As Classificações Relacionadas têm seus próprios conjuntos de termos, mas também podem compartilhar termos como parte da Família FCI-OMS.





**Figura 1:** *Relações entre a Família de Classificações Internacionais da OMS (FCI-OMS) e as Classificações Relacionadas, o Componente fundamental e termos compartilhados.*

O propósito da FCI-OMS é auxiliar o desenvolvimento de confiáveis sistemas estatísticos e de outros dados em nível local, nacional e internacional, com o objetivo de melhorar o estado de saúde e a atenção à saúde. Informações relacionadas à saúde podem, às vezes, implicar detalhes adicionais aos contidos na CID. Um grupo ou "família" de classificações relevantes para a saúde cobre essas necessidades, tanto pela classificação de domínios diferentes dos da CID quanto pelo fornecimento de informações mais detalhadas para usos específicos, por exemplo, o registro de câncer. A FCI-OMS designa um conjunto de classificações integradas que compartilham características similares e que podem ser usadas isoladas ou em conjunto para prover informações, sob diversos aspectos, tanto da saúde como dos sistemas de saúde. Por exemplo, a CID como uma classificação de referência é utilizada principalmente para captar informações sobre mortalidade e morbidade. A funcionalidade é classificada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e as intervenções de saúde na Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI).

A FCI-OMS fornece um marco conceitual das dimensões das informações relacionadas à saúde e à gestão da saúde. Nesse sentido, fornece uma linguagem comum que melhora a comunicação e permite comparações de dados dentro dos países, entre países, disciplinas da atenção à saúde, serviços e períodos de tempo. A OMS e a Rede da FCI-OMS (incluindo os Centros Colaboradores, Organizações Não Governamentais [ONGs] e especialistas selecionados) ([\[https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance\]](https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance) [\[https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance\]](https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance)) têm se esforçado para construir a Família de Classificações Internacionais com base em princípios científicos e taxonômicos sólidos, e para garantir que seja atualizada, culturalmente apropriada e

internacionalmente aplicável, e atenda às necessidades de seus diferentes usuários, com foco nos aspectos multidimensionais da saúde.

#### 1.1.4 FCI-OMS: Classificações de Referência

As Classificações de Referência cobrem os principais parâmetros do sistema de saúde, como a morte e doença (CID), a funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) e as intervenções em saúde (ICHI). As Classificações de Referência da FCI-OMS são produto de acordos internacionais. Essas classificações foram amplamente aceitas e tiveram acordo oficial para seu uso, além de terem sido aprovadas e recomendadas como normas para a apresentação de relatórios internacionais sobre saúde. Podem ser usadas como modelo para o desenvolvimento ou a revisão de outras classificações. As três Classificações de Referência são:

1. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)
2. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
3. Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI)

As Classificações de Referência têm por base o mesmo Componente fundamental e compartilham conjuntos de Códigos de Extensão.

##### 1.1.4.1 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF é o marco de referência da OMS para as medidas de saúde e de funcionalidade/incapacidade, tanto em nível individual como populacional. Enquanto a CID classifica as doenças e causas de morte, a CIF classifica a saúde e os domínios da saúde. A CID e a CIF juntas formam um marco de referência para se obter um quadro completo da saúde.

A CIF classifica saúde e estados relacionadas à saúde em duas partes. A primeira parte trata sobre a funcionalidade e a incapacidade, descritas sob a perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade. É composta por dois componentes: Funções e estruturas do corpo, e Atividades e participação. A segunda parte abrange os fatores contextuais e também tem dois componentes: Fatores ambientais e Fatores pessoais, considerando que a funcionalidade de um indivíduo ocorre em um contexto. Está em andamento o trabalho para a elaboração de uma classificação de fatores pessoais a ser incluída nos fatores contextuais.

Funcionalidade é um termo genérico para as funções do corpo (p.ex., memória), estruturas do corpo (p.ex., lobo occipital), e atividades e participação (p.ex., andar, participar de trabalho remunerado). Indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com um problema de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).

Incapacidade é um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). As incapacidades são compreendidas como um *continuum* e, portanto, a CIF e os códigos nela contidos não conferem um status binário internacional de com deficiência/sem deficiência.

Os níveis de incapacidade podem ser usados de forma descritiva em contextos clínicos ao se formular um caso. Os tomadores de decisão de programas e políticas podem aplicar a CIF e especificar seus próprios padrões para o nível de incapacidade como critérios de elegibilidade que sejam relevantes para fins específicos.

A CIF inclui outras definições relevantes:

- *Funções do corpo* são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas).
- *Estruturas do corpo* são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
- *Deficiências* são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou uma perda.
- *Atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
- *Limitações de atividade* são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades.
- *Participação* é o envolvimento em situações de vida diária.
- *Restrições de participação* são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida.
- *Fatores ambientais* compõem o ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida.

A CIF inclui códigos para indicar Funções do corpo (b), Estruturas do corpo (s), Atividades e Participação (d) e Fatores ambientais (e).

Os códigos da CIF só são completos com a presença de um qualificador que denota o nível de saúde (ou seja, a gravidade do problema, de "nenhum problema" a "problema total"). Sem qualificadores os códigos não têm significado. A CIF admite que cada ser humano pode experimentar uma diminuição de seu estado de saúde e, portanto, experimentar algum grau de incapacidade. As incapacidades podem ser temporárias e podem ser breves (como ficar em casa sem trabalhar por alguns dias com gripe); também podem ser crônicas ou permanentes e podem variar em gravidade ao longo do tempo.

Os fatores pessoais estão incluídos no modelo da CIF de funcionalidade e incapacidade, mas não foram classificados na CIF devido às grandes variações sociais e culturais associadas a eles. A taxonomia não foi operacionalizada ainda mais devido aos desafios relacionados ao estabelecimento da aplicabilidade transcultural, às restrições de recursos e às considerações éticas.

#### **1.1.4.2 Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI)**

A ICHI inclui intervenções em todos os setores funcionais do sistema de saúde, abrangendo cuidados intensivos, atenção primária, reabilitação, assistência para a funcionalidade, prevenção, saúde pública e serviços auxiliares. As intervenções realizadas por todos os tipos de provedores foram incluídas. Há muito é notória a importância de descrever e classificar as intervenções de saúde. A OMS publicou uma Classificação Internacional de Procedimentos em Medicina (CIPM) em 1978, mas não foi mantida. A ICHI é muito mais

ampla do que a CIPM porque inclui toda a gama de intervenções de saúde. O desenvolvimento da ICHI começou em 2007, como um esforço conjunto da Rede da Família de Classificações Internacionais da OMS (FCI-OMS) e da OMS, com base na experiência obtida com o desenvolvimento de várias classificações nacionais de intervenções em saúde.

**Quadro 1:** *Definições e termos usados na elaboração da ICHI.*

<b>Eixos</b>	<b>Inclusões</b>	<b>Exemplo</b>
O <b>eixo Alvo</b> contém as entidades nas quais a ação é executada.	Anatomia, Função humana, Pessoa ou usuário, Grupo ou população	estômago, atividades da vida diária
O <b>eixo Ação</b> é definido como uma atuação realizada por um ator a um alvo durante uma intervenção em saúde.	Investigação, Tratamento, Gestão, Informação, Assistência e Prevenção	biópsia, vacinação
O <b>eixo Meios</b> contém as entidades que descrevem os processos e métodos pelos quais a ação é executada.	<b>Abordagem:</b> o processo pelo qual se acessa o alvo da ação	aberto, endoscópico
	<b>Técnica</b> usada como parte da ação	radiação, ressonância magnética
	<b>Método</b> que descreve como a ação é realizada	aplicação da lei, método de transporte

O conteúdo dos eixos foi restringido a atributos que são comuns a muitas intervenções. Em particular:

- Os dispositivos não foram incluídos como um eixo porque a maioria das intervenções não envolve um dispositivo e os dispositivos mudam rapidamente; no entanto, os dispositivos podem ser incluídos como códigos de extensão.
- Os medicamentos ou outras substâncias administradas por meio de uma intervenção são classificados em outra parte (p.ex., CID, Classificação Anatômica, Terapêutica e Química com Definição de Doses Diárias [ATC/DDD], DCI).

O sistema de codificação compreende uma estrutura de categorias de sete caracteres para os três eixos:

- Três letras para o Alvo
- Duas letras para a Ação
- Duas letras para os Meios

Os códigos da ICHI compreendem combinações válidas de sete letras dos três eixos. Para cada intervenção incluída na ICHI, identifica-se a combinação apropriada de sete letras. Nem todas as combinações possíveis dos três eixos representam um domínio válido da ICHI.

#### 1.1.4.3 FCI-OMS: Classificações Derivadas

As Classificações Derivadas geralmente são adaptadas para uso no âmbito nacional ou internacional, ou para uso em uma especialidade específica. Baseiam-se nas Classificações de Referência (ou seja, CID, CIF, ICHI). As Classificações Derivadas podem ser elaboradas mediante:

- adoção da estrutura e das classes da classificação de referência,
- adição de detalhes não contemplados na classificação de referência,
- rearranjo ou agregação de itens de uma ou mais classificações de referência.

A CID-11 tem linearizações por especialidade que são derivadas da base comum, entre as quais se encontram uma versão para dermatologia, uma para atenção primária e uma para saúde mental. É possível que outras venham a ser elaboradas.

#### 1.1.4.4 Classificações Relacionadas

As Classificações Relacionadas estão incluídas na Família de Classificações Internacionais da OMS para descrever aspectos importantes da saúde ou do sistema de saúde não abordados pelas Classificações de Referência ou Derivadas. As Classificações Relacionadas são:

- Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)
- Classificação Internacional de Causas Externas das Lesões (ICECI)
- Ajudas técnicas para pessoas com deficiência ou incapacidade (ISO 9999)
- Classificação Anatômica, Terapêutica e Química com Definição de Doses Diárias (ATC/DDD)
- Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (ICNP)

#### 1.1.5 Uso da CID em sistemas de informação de saúde

Os sistemas de informação de saúde incluem uma série de componentes diferentes para a coleta, análise e uso de dados de saúde. As fontes de informação podem ser, por exemplo, baseadas na população, nos estabelecimentos de saúde ou focadas em doenças específicas. As principais fontes de informação de saúde baseadas na população são os sistemas de registro civil e estatísticas vitais, dados de censos e inquéritos domiciliares.

As fontes de dados relacionados aos estabelecimentos de saúde incluem a vigilância de saúde pública, os dados de serviços de saúde (que podem ser chamados de sistemas de informação de gestão de saúde ou sistemas de informação de saúde de rotina [RHIS, na sigla em inglês]) e dados de monitoramento dos sistemas de saúde (p.ex., recursos humanos, infraestrutura de saúde, financiamento).

As contas nacionais de saúde (NHA, na sigla em inglês) são concebidas para fornecer uma visão abrangente do financiamento da saúde. A codificação permite o registro de informações de saúde de uma maneira independente do idioma. A padronização da codificação permite a comparação de dados no país e internacionalmente. Por exemplo, os

dados codificados com a CID podem ser comparados entre diferentes setores do sistema de saúde, se as mesmas regras de codificação são aplicadas.

Os sistemas de informação de saúde estão cada vez mais baseados em relatórios e codificação digitais (eletrônicos). A CID-11 foi projetada para ser usada em tais ambientes. O conteúdo deste Guia de Referência é o único documento adicional necessário quando da codificação com a CID-11.

Em muitos lugares, a coleta de informações é baseada em relatórios em papel de forma analógica tradicional. A CID-11 também pode ser apresentada em uma versão impressa para uso em sistemas baseados em papel, se necessário (ver 1.1.5.2).

#### **1.1.5.1 Uso da CID-11 em um ambiente digital e com serviços de Internet**

A CID-11 é usada para codificação de diagnósticos, em registros de saúde eletrônicos ou com atestados de morte eletrônicos, ou em outros registros de dados digitais. Há ferramentas especiais, como a Ferramenta de Codificação da CID-11, que facilitam a busca de códigos específicos da CID-11 para qualquer uma das várias dimensões que definem uma entidade ou categoria da CID-11. Detalhes adicionais podem ser acrescentados usando vários códigos para uma condição. Manter o identificador único da entidade codificada na CID-11 permite que as mesmas informações sejam reutilizadas em diferentes traduções. A OMS desenvolveu serviços da CID via Internet (<https://icd.who.int/icdapi>), projetados para dar suporte à interoperabilidade da interação máquina a máquina.

#### **1.1.5.2 Uso da CID-11 em um ambiente analógico baseado em papel**

A CID-11 pode ser usada como uma versão impressa analógica, se necessário. As informações são apresentadas em documentos em papel e depois codificadas manualmente com a CID-11. Deve-se observar que o registro em papel exige a transcrição manual das informações para os sistemas eletrônicos, e deve-se considerar a mudança para relatórios eletrônicos assim que possível na cadeia de informações. O registro em papel pode causar problemas de legibilidade e oportunidade dos dados codificados. A CID-11 admite muitas formas de codificação assistida por computador, incluindo a incorporação de instruções para combinações de códigos e outras possíveis verificações de plausibilidade. O objetivo de longo prazo para todos os usuários deve ser a codificação usando a CID-11 em um ambiente eletrônico.

Na versão impressa, as informações são divididas em três volumes: a Lista tabular, o Guia de Referência e o Índice. Todos os três são necessários para usar a CID corretamente.

#### **1.1.5.3 Versão eletrônica**

Na versão da CID para navegador, a maioria das informações está interligada e visível no contexto pertinente. A OMS fornece esta versão para navegar na CID-11 em vários idiomas (disponível em <https://icd.who.int>). Essa ferramenta permite ao usuário recuperar conceitos mediante a busca de termos, anatomia ou qualquer outro elemento do modelo de conteúdo. Com o navegador, os usuários também podem contribuir para a atualização e a

melhoria contínua da CID com comentários e sugestões. As contribuições são revisadas para consideração de inclusão com uma periodicidade anual.

A CID-11 também pode ser acessada por meio de serviços de Internet com um software específico para o usuário. O guia de TI para a CID fornece mais detalhes sobre os requisitos de compatibilidade, disponível em: <https://icd.who.int/icdapi>. Tanto os serviços de Internet quanto o navegador online permitem o acesso e a busca em todas as Listas tabulares da CID, inclusive para estatísticas de mortalidade e morbidade, atenção primária ou linearizações especializadas para determinados domínios específicos.

### 1.1.6 Conexões com outras Classificações e Terminologias

As entidades ou categorias codificadas com a CID podem ser usadas em conjunto com outras classificações e terminologias de saúde relevantes para documentar completamente um episódio de atendimento ou um caso para pesquisa.

#### 1.1.6.1 Uso integrado com Terminologias

A classificação envolve o agrupamento de informações de acordo com regras lógicas. A terminologia permite o relato de informações em qualquer nível de detalhe desejado: por exemplo, partes do corpo, achados clínicos ou outros elementos que constituem uma doença. Somente os itens definidos em uma terminologia podem ser relatados (ou seja, as terminologias não têm nenhum mecanismo para relatar novas informações que não tenham sido previamente adicionadas à terminologia). Por outro lado, uma classificação tem classes residuais ("outras especificadas" e "não especificadas") que garantem que todos os casos sempre possam ser classificados. Em uma terminologia, semelhante a uma classificação moderna, uma doença pode ser definida, por exemplo, estabelecendo-se vínculos entre seus elementos, como a anatomia ou os achados clínicos. As terminologias retêm as informações sem enfatizar nenhum aspecto das informações registradas.

Por outro lado, as classificações permitem a identificação de "partes de interesse" do conteúdo, por exemplo, para fins de saúde pública. O acordo internacional sobre essas partes de interesse garante que as informações agregadas sejam comparáveis internacionalmente. O uso padronizado da lógica de agregação de uma classificação e o uso padronizado das informações detalhadas de uma terminologia visam ao mesmo resultado: a comparabilidade. Processos de acordos internacionais transparentes são necessários em ambos os casos, com a integração do índice e das listas tabulares, a CID passou a ter seu próprio componente de terminologia.

As terminologias e as classificações devem ser consideradas complementares. O Componente fundamental da CID-11 é a parte terminológica da CID-11 derivada do Índice da CID-10 e de outras fontes. O ideal é que as terminologias de terceiros estejam vinculadas ao Componente fundamental da CID-11 em relacionamentos 1:1 ou "sinalizadas a partir do Componente fundamental da CID-11 em relacionamentos 1:n". Esses vínculos devem seguir as recomendações do documento sobre mapeamentos.



### 1.1.6.2 Funcionalidade na CID e uso conjunto com a CIF

Historicamente, a CID tem usado certos conceitos de incapacidade como entidades de doenças ou transtornos comuns, por exemplo, cegueira, surdez, dificuldade de aprendizado ou paraplegia, bem como certos conceitos de incapacidade para outros fins, tais como "incapacidade como sequela de lesão" e "limitação de atividades devido à incapacidade". A CIF foi desenvolvida após a publicação da CID-10.

Na CID-11, foram criados vínculos com a CIF em termos de alinhamento dos conceitos de doença e funcionalidade, facilitando o uso conjunto.

O alinhamento conceitual entre a CID-11 e a CIF ocorreu em várias áreas.

- Os sinais e sintomas na CID estão alinhados com as funções do corpo na CIF, e os "fatores que influenciam o estado de saúde" na CID estão alinhados com os fatores contextuais na CIF.
- As categorias da CID-11 relacionadas à visão subnormal no Capítulo de Oftalmologia (Capítulo 09) estão alinhadas com a respectiva taxonomia e definições da CIF para funções visuais.

Outras categorias selecionadas da CIF são extraídas do componente Atividades e Participação e ajudam a descrever as limitações funcionais comumente associadas a condições de saúde específicas em um padrão de funcionalidade. O impacto de uma doença ou transtorno nas atividades diárias de uma pessoa pode variar dependendo da gravidade da condição, bem como dos fatores contextuais (p.ex., fatores ambientais) e possíveis comorbidades. A CID adota uma abordagem que identifica a "gravidade" como uma propriedade da doença/transtorno e descreve o impacto da condição de saúde na vida diária de uma pessoa com um conjunto de códigos de funcionalidade.

Uma seção opcional de funcionalidade foi incorporada à CID-11 para permitir a classificação e a medição do impacto das condições de saúde em termos de funcionalidade.

A seção de funcionalidade da CID-11 oferece duas opções para a avaliação e documentação do impacto:

- uso de um instrumento de avaliação genérico baseado na CIF (ou seja, a Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde [WHODAS] 2.0) e o Modelo para Inquéritos de Deficiência / Incapacidade [MDS, na sigla em inglês]) para gerar uma pontuação da funcionalidade geral e específica por domínios. Para obter essas pontuações, o WHODAS 2.0 (como outras escalas de avaliação clínica) deve ser usado de forma completa (ou seja, toda a bateria de perguntas). Instruções mais detalhadas sobre o uso do WHODAS 2.0 são fornecidas no manual do WHODAS.
- uso de um conjunto genérico de categorias de funcionalidade derivadas do Anexo 9 da CIF. Essas categorias devem ser usadas com um qualificador genérico de 5 pontos que indica a gravidade para o relatório da funcionalidade nos sistemas de informação de saúde.

Em geral, o vínculo entre a CID-11 e a CIF pode facilitar os seguintes casos de uso:



- avaliação na prática médica geral (p.ex., avaliação de incapacidade para o trabalho)
- avaliação para benefícios sociais (p.ex., pensão por invalidez)
- fins de pagamento ou reembolso
- avaliações de necessidades (p.ex., para reabilitação, assistência ocupacional, cuidados de longo prazo)
- avaliação de resultados das intervenções

Sempre que for desejado e necessário um relatório de *funcionalidade* completo, a CIF deve ser usada (ver a Seção 2.11 para obter mais informações).

## 1.2 Estrutura e taxonomia da CID

A estrutura de capítulos e blocos da CID evoluiu em 11 iterações da classificação ao longo de 150 anos. A elaboração da CID segue um conjunto de regras que garante a integridade funcional e estrutural da classificação. A evolução da CID equilibra cuidadosamente a necessidade de categorias que correspondam ao conhecimento atual e, ao mesmo tempo, permitam a comparabilidade estatística em distintos momentos e lugares.

A estrutura de capítulos da CID reflete aspectos importantes das doenças. Os capítulos não se destinam a delimitar áreas do conhecimento médico ou domínios de especialidades. O vínculo com qualquer especialidade ou esquema de reembolso é secundário. A CID tem categorias para doenças, transtornos, síndromes, sinais, sintomas, achados clínicos, lesões, causas externas de morbidade e mortalidade, fatores que influenciam o estado de saúde, razões para contato com o sistema de saúde e medicina tradicional. A CID-11 complementa essas informações, permitindo a captura de detalhes adicionais, como anatomia, substâncias, medicamentos, dispositivos médicos, agentes infecciosos, local da lesão e muito mais. A CID-11 inclui também um conjunto de regras e explicações para seu uso e os metadados necessários. Inclui ainda os formatos de relatórios requeridos.

O uso mais generalizado da CID ao longo dos anos e geograficamente é para estatísticas de causas de morte (mortalidade). A CID também é usada para a classificação da documentação clínica, para fornecer informações padronizadas e independentes do idioma para uso em morbidade, tais como alocação de recursos, *casemix*, segurança do paciente e qualidade da assistência, bem como atenção primária e pesquisa. A CID e suas descrições também são usadas como um marco de referência na legislação.

### 1.2.1 Taxonomia

Uma classificação estatística de doenças deve se restringir a um número limitado de categorias mutuamente exclusivas capaz de abranger toda a gama de condições mórbidas. As categorias são escolhidas para facilitar o estudo estatístico dos fenômenos da doença. Toda doença ou condição mórbida deve ter um local bem definido na lista de categorias. Consequentemente, ao longo da classificação, há categorias residuais para outras e variadas condições que não têm sua própria categoria única e não podem ser alocadas em categorias mais específicas. Entretanto, os Identificadores Uniformes de Recursos (URI) da CID-11 permitem a retenção de tais detalhes para análise futura. As medidas a seguir se aplicam para determinar se uma entidade se qualifica para se tornar uma categoria única:

1. Evidências epidemiológicas: análises de frequência dos dados de mortalidade e morbidade codificados
2. Evidências clínicas: evidências de doenças fornecidas pelas especialidades médicas
3. Granularidade: mínimos detalhes relatados e úteis para a mortalidade ou atenção primária
4. Continuidade: preservação do nível de detalhe pré-existente na CID
5. Parcimônia: a necessidade de limitar o número de categorias para notificação internacional obrigatória

Uma classificação estatística pode permitir diferentes níveis de detalhamento se dispuser de uma estrutura hierárquica e subdivisões. Uma classificação estatística de doenças deve ter a capacidade tanto de identificar entidades mórbidas específicas quanto de permitir a apresentação estatística de dados para grupos mais amplos, possibilitando a obtenção de informações úteis e compreensíveis. Os mesmos princípios gerais se aplicam à classificação de outros problemas de saúde e motivos de contato com serviços de saúde, que também são incorporados na CID. A CID foi desenvolvida como uma classificação muito mais prática do que puramente teórica, em que há uma série de compromissos entre a classificação baseada em etiologia, localização anatômica, circunstâncias de início, ou outros critérios.

A CID-11 baseia-se em grande medida no método de combinação de vários códigos para descrever uma condição clínica no nível de detalhe desejado. Sua arquitetura eletrônica permite a atribuição de identificadores exclusivos a qualquer condição listada - independentemente de a condição estar agrupada em uma classe estatística ou representar uma classe própria. As duas abordagens juntas permitem a opção de manter uma codificação simples quando os detalhes do diagnóstico forem limitados; e, alternativamente, adicionar detalhes quando o relatório de diagnóstico exigir um alto nível de abrangência e sofisticação.

#### **1.2.1.1 Modelo de conteúdo e definição de doença**

##### **Modelo de conteúdo**

Para obter mais informações, veja [3.4 O Modelo de conteúdo](#).

##### **Definição de doença**

Uma doença geralmente é definida usando um conjunto de aspectos relevantes extraídos do padrão abaixo. Uma doença é um conjunto de disfunções em qualquer sistema do corpo definido por:

<b>Propriedade</b>	<b>Descrição</b>
Sintomatologia ou manifestações	Padrão conhecido de sinais, sintomas e achados relacionados
Etiologia	Um mecanismo explicativo subjacente
Curso e resultado	Um padrão distinto de desenvolvimento ao longo do tempo
Resposta ao tratamento	Um padrão conhecido de resposta às intervenções
Ligação com fatores genéticos	P.ex., genótipos, padrões de expressão gênica
Ligação com fatores ambientais	Fatores do ambiente que desencadeiam a presença de uma doença

### 1.2.2 Estrutura dos Capítulos da CID

A CID é uma classificação de eixo variável. Sua estrutura foi desenvolvida a partir da proposta de William Farr nos primeiros dias das discussões internacionais sobre a estrutura de classificação: doenças epidêmicas; doenças constitucionais ou gerais; doenças localizadas, dispostas por local de acometimento; doenças do desenvolvimento; traumatismos.

Esses grupos permanecem nos capítulos da CID-11. A estrutura sobreviveu ao teste do tempo e, de modo mais ou menos arbitrário, é ainda vista como mais útil para fins epidemiológicos gerais do que quaisquer das opções testadas. A conservação dessa estrutura reconhece a necessidade de estabilidade enquanto permite a incorporação de seções adicionais.

Os grupos especiais reúnem condições que estariam dispostas de modo pouco conveniente para estudos epidemiológicos se estivessem dispersas, por exemplo, em uma classificação organizada principalmente por localização anatômica. **Essas condições dão origem aos capítulos de "grupos especiais":**

**Capítulo Título**

1	Algumas doenças infecciosas ou parasitárias
2	Neoplasias
3	Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue
4	Doenças do sistema imune
18	Gravidez, parto ou puerpério
19	Algumas condições originadas no período perinatal
20	Anomalias do desenvolvimento
22	Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas

A distinção entre capítulos de "grupos especiais" e capítulos de "aparelhos orgânicos" tem implicações práticas para a compreensão da estrutura da classificação, na sua codificação e na interpretação de estatísticas nela baseadas. Deve-se lembrar que, em geral, as condições são primariamente classificadas em um dos capítulos dos "grupos especiais".

Caso haja alguma dúvida sobre onde uma condição deva ser posicionada, os capítulos de "grupos especiais" recebem prioridade. Esse princípio é aplicado nas notas de "exclusões" no início de cada capítulo da CID.

**1.2.3 Princípios norteadores para a classificação de conceitos especiais**

1. Os achados clínicos encontram-se no Capítulo 21 "Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte" (p.ex., "Anormalidades dos níveis de enzimas séricas" ou "Resultados de estudos de função do sistema circulatório").
2. As manifestações de doenças, um ponto relevante para a intervenção em saúde, são "manifestações clínicas" localizadas no capítulo do aparelho orgânico em que se manifestam. A condição subjacente também deve ser codificada (p.ex., miocardite).
3. As síndromes, cuja etiologia é desconhecida, são alocadas com o aparelho orgânico mais relevante (p.ex., a síndrome de Costen encontra-se no capítulo "Doenças do sistema digestivo").
4. O número de categorias que incluem no título a expressão "devido a" é restrito a certas exceções (p.ex., bronquiolite aguda devido a vírus sincicial respiratório).
5. As condições crônicas pós-procedimento, muito específicas, são agrupadas no final do capítulo do aparelho orgânico em que se manifestam (p.ex., linfedema devido a cirurgia ou radioterapia). Não existem categorias residuais para esses grupos.
6. As complicações agudas pós-procedimento são identificadas por combinações de códigos dos capítulos dos aparelhos orgânicos ou das lesões e do capítulo de causas externas (p.ex., uma punção acidental de um órgão durante uma intervenção é classificada com um código para o órgão lesionado [dano], um código que descreve

qual cirurgia causou a lesão [causa] e um código que identifica a punção acidental como o modo/mecanismo da lesão).

7. As categorias com a menção de "múltipla" estão restritas a exceções e exigem a codificação individual das diferentes condições múltiplas (p.ex., lesões múltiplas devem ser codificadas individualmente quando possível).
8. As categorias com a menção de "sequelas" estão restritas a exceções. A condição específica que aparece como uma sequela deve ser codificada junto com a causa básica. Em alguns casos, continuarão a existir com o rótulo "efeitos tardios de..." (p.ex., efeitos tardios de doença cerebrovascular ou sífilis tardia). As "sequelas" incluem efeitos residuais de doenças ou transtornos, lesões ou envenenamentos especificados como tais, ou como efeito tardio de, interrompida, curada, tratada, inativa, antiga, ou quiescente, a menos que haja evidência de doença ativa.
9. As categorias com a menção de "história de" estão limitadas a exceções (p.ex., história pessoal de neoplasias malignas enumera apenas as localizações anatômicas mais frequentes).
10. Os agrupamentos de alto nível devem ser significativos.
11. As categorias residuais existem somente quando são significativas (p.ex., quando as condições são congênitas ou adquiridas, não há a categoria residual "outra", mas haverá uma opção "não especificada").

## 1.2.4 Características gerais da CID-11

A principal inovação estrutural da CID-11 é que se baseia em um Componente fundamental do qual se derivam as Listas tabulares (como a classificação para as estatísticas de morbidade e mortalidade).

### 1.2.4.1 Estrutura dos códigos

Os códigos da CID-11 são alfanuméricos e abrangem o intervalo de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Denominam-se códigos-base. A estrutura dos códigos-base é descrita a seguir:

- O primeiro caráter do código sempre se refere ao número do capítulo. Pode ser um número ou uma letra.
- Os códigos que começam com "X" indicam um código de extensão (ver 2.9).
- Sempre há uma letra na segunda posição para diferenciar os códigos da CID-11 dos códigos da CID-10.
- A inclusão de um número forçado na posição do terceiro caráter evita a grafia de "palavras indesejáveis".
- As letras "O" e "I" foram omitidas para evitar confusão com os números "0" e "1".

Por exemplo, **1A00** é um código do Capítulo 01, e **BA00** é um código do Capítulo 11.

Por exemplo: ED1E.EE

- E corresponde a um "número base 34" (0-9 e A-Z; excluindo O, I)
- D corresponde a um "número base 24" (A-Z; excluindo O, I)
- 1 corresponde aos "inteiros de base 10" (0-9)
- O primeiro E começa com "1" e está alocado para o capítulo (ou seja, 1 é para o primeiro capítulo, 2: capítulo 02, ... A capítulo 10 etc.)

A letra terminal Y está reservada para a categoria residual "outra especificada" e a letra terminal "Z" está reservada para a categoria residual "não especificada". Para os capítulos que têm mais de 240 blocos, "F" ("outro especificado") e "G" ("não especificado") também são usados para indicar categorias residuais (devido às limitações no espaço de codificação).

Ao longo do Guia de Referência, um traço indica que existem códigos mais detalhados e devem ser usados conforme apropriado. Por exemplo

- 8B24 - abrange códigos de 8B24.0 a 8B24.Z
- CA23.0 - abrange CA23.01 a CA23.02

#### 1.2.4.2 Identificadores uniformes de recursos

Todas as entidades têm um Identificador Uniforme de Recursos (URI), que consiste em uma sequência de caracteres que identifica exclusivamente uma determinada entidade da CID-11. Cada entidade tem um lugar específico na hierarquia de grupos e categorias.

#### 1.2.4.3 Códigos de blocos

As entidades de nível superior na CID-11 (denominadas "blocos") podem ser usadas para relatórios de estatísticas agregadas. Entretanto, os blocos não têm códigos de categorias, pois não devem ser usados na codificação. Os blocos têm seus próprios URIs (p.ex., o URI para Neoplasias é <http://id.who.int/icd/entity/1630407678>). Os blocos também podem ser designados por seus identificadores de bloco. A estrutura do código para os identificadores de bloco tem 11 caracteres (p.ex., "BlockL1-1A0").

#### 1.2.4.4 Códigos-base

São os códigos na Lista tabular da CID-11 que podem ser usados sozinhos. Os códigos-base podem ser entidades ou agrupamentos de alta relevância em qualquer caso de uso, ou condições clínicas que devem ser sempre descritas como uma única categoria. Os códigos-base são concebidos para garantir que, nos casos de uso que exigem apenas um código por caso, sejam coletadas informações significativas.

#### 1.2.4.5 Códigos de extensão e pós-coordenação

Os códigos de extensão são compostos por grupos de códigos, p.ex., anatomia, agente, histopatologia e outros aspectos que podem ser usados para adicionar detalhes a um código-base. Os códigos de extensão não devem ser usados sozinhos no contexto da classificação estatística, mas acrescentados a um código-base. Os códigos de extensão podem ser usados sozinhos em outros contextos, por exemplo, para documentação de

dispositivos. Nem todos os códigos de extensão podem ser utilizados com cada código-base. Veja 2.9.

A pós-coordenação é um novo recurso notável da CID-11 que cria a capacidade de vincular conceitos diagnósticos centrais (ou seja, conceitos de código-base+código-base) quando desejado, e/ou adicionar conceitos clínicos capturados em códigos de extensão a conceitos de código-base primários. Os conceitos diagnósticos vinculados denominam-se agrupamento. Deve-se enfatizar que a capacidade de pós-coordenação inerente à CID-11 é uma das mudanças significativas em comparação com a CID-10. Um agrupamento descreve um conceito clínico conforme descrito pelo profissional de saúde. A pós-coordenação é permitida, por princípio, com todos os eixos, desde que seja utilizado pelo menos um código-base. A API, o Navegador e a Ferramenta de codificação facilitam a pós-coordenação em determinadas áreas. Outras áreas de pós-coordenação devem ser codificadas individualmente, mas podem ser apoiadas por futuras atualizações da CID-11, quando houver necessidade.

#### 1.2.4.6 Outras características gerais

- As categorias da CID-11 têm **descrições curtas**, além de descrições longas designadas como "informações adicionais". A descrição curta tem, no máximo, 100 palavras relacionadas à entidade e expressa pontos que são sempre verdadeiros sobre uma doença ou condição e necessários para entender o escopo da rubrica. Aparece na Lista tabular da classificação. As "informações adicionais" longas são a descrição completa, sem limite de extensão.
- As **Listas especiais de tabulação** (ver seção 2.25) continuam a existir na CID-11, mas há três listas adicionais: a Lista de Mortalidade Inicial (SMoL), a lista para autópsia verbal e a lista para doenças infecciosas por agente. As linearizações por especialidade permitem a representação do conteúdo a partir da perspectiva de uma especialidade, como a dermatologia ou a neurologia, por meio da criação de subconjuntos e da pré-coordenação de mais detalhes, se desejado.

#### 1.2.5 Componente fundamental e Listas tabulares da CID-11

O Componente fundamental é um conjunto multidimensional de todas as entidades da CID. Trata-se de uma base de dados subjacente que contém todas as informações necessárias para gerar versões impressas da lista tabular e o índice alfabético, bem como informações adicionais necessárias para gerar linearizações por especialidade da CID-11 e modificações específicas de cada país. As entidades podem ser doenças, transtornos, lesões, causas externas, sinais e sintomas. Algumas entidades podem ser muito amplas, por exemplo, "lesão no braço", enquanto outras são mais detalhadas, por exemplo, "laceração da pele do polegar". O Componente fundamental também tem as informações necessárias para usar as entidades na elaboração de uma lista tabular. O Componente fundamental inclui informações sobre onde e como uma determinada entidade é representada em uma Lista tabular, se passa a ser um grupo, uma categoria com um código-base, ou se é mencionada como um termo de índice em uma categoria específica.



Várias listas tabulares diferentes podem ser criadas a partir do Componente fundamental. Sobre a base do mesmo Componente fundamental, é possível criar um conjunto de listas tabulares que se baseiam na mesma estrutura de árvore hierárquica – produzindo listas tabulares congruentes. O Componente fundamental inclui instruções sobre como combinar certos códigos em uma Lista tabular para obter uma codificação mais detalhada. Essas regras ajudam os codificadores e sistemas informáticos a visualizar as combinações de códigos permitidas quando estão utilizando uma Lista tabular.

Em uma Lista tabular, as entidades do Componente fundamental se tornam categorias. As categorias são mutuamente exclusivas e conjuntamente exaustivas e vinculadas a somente uma árvore hierárquica (ou seja, têm apenas uma entidade-mãe). As informações relacionadas a uma entidade que se tornou uma categoria e tem múltiplas entidades-mãe ainda continuam disponíveis no Componente fundamental. Essas informações podem ser usadas para visualizar essa categoria em mais de um lugar na Lista tabular, por exemplo, mostrando-as em fonte preta em seu lugar para tabulação de referência e em fonte cinza em qualquer outro lugar para navegação ou tabulações alternativas. A CID-11 tem múltiplas listas tabulares congruentes com variados níveis de detalhamento.

#### 1.2.5.1 Pré-coordenação e pós-coordenação na CID-11

Uma condição de saúde pode ser descrita em qualquer nível de detalhe, aplicando mais de um código, ou por meio da "pós-coordenação" (ou seja, combinando):

- dois ou mais códigos-base, (p. ex., código1/código2)
- códigos-base com um ou mais códigos de extensão. (p. ex., código-base&código de extensão1&código de extensão2)

Dessa forma, a classificação pode abordar uma grande quantidade de conceitos clínicos com um número limitado de categorias.

Os códigos-base contêm todas as informações pertinentes em uma forma pré-combinada. Isso é chamado de "pré-coordenação". Quando detalhes adicionais relativos a uma condição são descritos pela combinação de múltiplos códigos, isso é chamado de "pós-coordenação". A combinação de códigos é denominada agrupamento. Veja 2.10.

#### 1.2.5.2 Múltiplas entidades-mãe

Uma entidade pode ser classificada corretamente em dois lugares diferentes, por exemplo, por localização ou por etiologia. Para uma doença como o câncer de esôfago, isso significa que poderia ser classificada em câncer (neoplasias malignas) ou em condições do sistema digestivo. Da mesma forma, as condições isquêmicas cerebrais poderiam ser classificadas no sistema vascular ou no sistema nervoso. A decisão sobre em que lugar uma condição se encontra depende de acordo internacional e do legado da classificação.

#### 1.2.6 Entidades da CID independentes do idioma

As entidades da CID-11 são independentes do idioma. A manutenção da CID-11 em nível internacional é feita no idioma inglês, mas o modelo de conteúdo da CID-11 é independente do idioma e permite a vinculação de qualquer idioma desejado aos elementos de seu

Componente fundamental. Dessa forma, uma base de tradução internacional facilita as traduções ou a navegação multilíngue. (Ver [3.12 Anexo A: Atualização e manutenção da CID-11](#)).

## 1.3 Principais usos da CID: mortalidade

As estatísticas de mortalidade são amplamente utilizadas para a investigação médica, monitoramento da saúde pública, avaliação de intervenções de saúde, planejamento e acompanhamento de cuidados da saúde. As regras adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde referentes à seleção de uma única causa ou condição, a partir dos atestados de morte, para a tabulação de rotina das estatísticas de mortalidade são fornecidas para padronizar a produção de dados de mortalidade. A implementação da CID para a mortalidade requer o estabelecimento de uma infraestrutura para a notificação e o armazenamento de informações, a elaboração de fluxos de informações, a garantia de qualidade e o feedback, além do treinamento para os usuários da classificação que trabalham com a entrada ou saída de dados.

### 1.3.1 O que se codifica: causas de morte

A descrição de uma única causa básica da morte, considerando as abordagens selecionadas para capturar informações adicionais sobre as causas de morte também relatadas em um atestado de morte, permite a identificação de tendências em saúde para uma determinada população.

As intervenções de saúde pública eficazes previnem danos ou mortes ao interromper a cadeia de eventos que levam a esses danos. Para esse fim, a causa básica da morte foi definida como: "(a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal", e é selecionada para a tabulação de rotina de causa única nas estatísticas de mortalidade. (Ver Seção 2.20 para mais informações).

## 1.4 Principais usos da CID: morbidade

Os dados de morbidade são usados para relatórios estatísticos, principalmente em nível nacional ou local. Embora alguns desses relatórios estatísticos sejam conduzidos em um contexto de pesquisa acadêmica, geralmente são realizados em contextos aplicados para informar a tomada de decisão em sistemas de saúde e agências de saúde pública. Os dados codificados com a CID também formam a base para diferentes sistemas de *casemix*, como variedades de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG). Os dados de morbidade codificados também podem ser usados para informar uma variedade de diretrizes clínicas por meio do fornecimento de informações do Componente fundamental sobre a carga de doença.

### 1.4.1 O que se codifica: condições do paciente

A definição da condição principal está relacionada à descrição de um episódio de atenção hospitalar. O profissional de saúde deve registrar e identificar como a condição principal aquela condição que é determinada como a razão para a admissão, definida ao final do episódio de atenção à saúde.

O profissional de saúde responsável pelo tratamento do paciente também é responsável por documentar as condições de saúde do paciente. Essas informações devem ser organizadas de forma sistemática por meio de métodos padronizados de registro. Um registro devidamente preenchido é essencial para um bom acompanhamento do paciente. Também é um pré-requisito essencial para a criação de um registro codificado válido dos diagnósticos dos pacientes, derivado de um processo de codificação a partir de informações escritas que descrevem a condição médica do paciente. Quando se dispõe de um bom registro escrito das condições do paciente, a codificação satisfatória dessas informações com a CID e as classificações associadas produz uma fonte valiosa de dados epidemiológicos e outros dados estatísticos sobre morbidade e outros problemas de atenção à saúde. A pessoa que transforma as informações sobre a condição declarada em códigos (o "codificador") pode ser o profissional de saúde ou um codificador clínico (que não é responsável pelo tratamento do paciente). No caso do codificar clínico, que é comum entre os países-membros, este depende da adequação da documentação clínica das condições do paciente por parte dos profissionais de saúde no registro médico. Nunca é demais enfatizar a importância da documentação clínica pelos profissionais de saúde como ponto de partida para os dados de saúde codificados, o que deve ser destacado como uma questão de importância fundamental nos países e internacionalmente. Isso tem implicações para a educação sobre informação em saúde e documentação clínica nos programas de formação de profissionais de saúde. (Ver Seção 1.4 para mais informações).

## 1.5 Medicina Tradicional

A Medicina Tradicional (MT) é parte integrante dos serviços de saúde prestados em muitos países. A padronização internacional com a inclusão da Medicina Tradicional na CID permite medir, contar, comparar, formular perguntas e monitorar ao longo do tempo. Embora alguns países tenham sistemas nacionais de classificação da Medicina Tradicional há muitos anos, as informações desses sistemas não foram padronizadas ou disponibilizadas globalmente.

Recomenda-se que a codificação de casos com o capítulo da CID-11 sobre transtornos e padrões da Medicina Tradicional (MT1) seja usada em conjunto com os conceitos da Medicina Ocidental dos capítulos 1 a 25 da CID.

Assim como em outros capítulos da CID, o capítulo da MT1 não foi concebido para avaliar a prática da MT ou a eficácia de qualquer intervenção da MT. Entretanto, como uma ferramenta para classificar, diagnosticar, contar, comunicar e comparar as condições da MT, auxilia a pesquisa e a avaliação destinadas a avaliar a segurança e a eficácia da MT.

Veja [3.12 Anexo A: Atualização e manutenção da CID-11](#) para obter informações mais detalhadas.

## 1.6 Manutenção da CID

O processo de manutenção da CID permite a atualização da CID seguindo a evolução dos conhecimentos sobre doenças, tratamentos e prevenção. Ademais, garante melhorias e esclarecimentos decorrentes do uso diário da CID e de solicitações dos Estados-Membros ou de qualquer outra parte interessada.

Um processo aberto padronizado foi estabelecido para garantir que as atualizações propostas sejam coletadas, encaminhadas, revisadas e devidamente consideradas antes de serem implementadas. Um mecanismo de proposta e revisão em uma plataforma online torna o processo transparente. Os fluxos de trabalho garantem que as modificações propostas sejam consideradas tanto de uma perspectiva médica e científica quanto de seu valor e lugar em um caso de uso específico (Ver [3.12 Anexo A: Atualização e manutenção da CID-11](#)).

### 1.6.1 Princípios norteadores do processo de autoria

A alocação de entidades na classificação segue um conjunto de regras que servem para manter a integridade estrutural e funcional da classificação. O conjunto básico de regras listadas aqui é complementado por regras adicionais que tratam de casos especiais ou servem para garantir uma consistente orientação ao usuário. Estão listadas em ordem de prioridade.

1. Na classificação não há modificações, nem movimentação de categorias ou grupos entre capítulos, sem que haja uma fundamentação e modificação documentada na etiologia ou no método de prevenção (p.ex., o Capítulo 04 - "Doenças do sistema imune" foi adicionado como um novo capítulo, pois havia evidências científicas suficientes para apoiar essa mudança). Alternativamente, foi sugerido mover "feridas da pele" para "Doenças da pele". A ferida da pele, sendo uma lesão, permanece agrupada com as lesões porque a prevenção se concentrará na causa da ferida.
2. As condições são classificadas predominantemente por sua etiologia.
  - As manifestações locais de importantes "etiologias" encontram-se no capítulo da etiologia (p.ex., a hepatite viral encontra-se em "Algumas doenças infecciosas ou parasitárias").
  - Quando uma condição pode ser devido a múltiplas etiologias diferentes, e é mais relevante manter o aparelho orgânico afetado, geralmente se classifica a condição com o aparelho orgânico (p.ex., algumas úlceras gástricas são

causadas por bactérias, mas permanecem no capítulo "Doenças do sistema digestivo").

- Quando a etiologia da condição é desconhecida, classifica-se com o aparelho orgânico mais relevante (p.ex., a síndrome de Costen encontra-se no capítulo "Doenças do sistema digestivo").
  - As "etiologias" sistêmicas encontram-se principalmente no capítulo da etiologia relevante (p.ex., a miopatia inflamatória idiopática encontra-se em "Doenças do sistema imune").
3. As condições que poderiam estar em dois ou mais lugares da classificação permanecem em sua localização prévia.
- Por exemplo, lesões oculares são igualmente importantes para o olho e sua prevenção. Apesar da sugestão de incluí-las no capítulo sobre os olhos, permaneceram onde estavam, no capítulo das lesões.
  - Quando a etiologia e o aparelho orgânico são igualmente importantes, a localização prévia permanece inalterada (p.ex., paralisia do nervo oculomotor).
4. A manutenção de um grupo de subtipos juntos em uma mesma localização pode sobrepor-se às considerações anatômicas ou etiológicas (p.ex., doenças priônicas humanas - algumas têm um componente genético, outras um componente transmissível).

### 1.6.2 Melhoria da orientação ao usuário

As regras a seguir servem para fornecer orientação ao usuário. Os usuários podem esperar encontrar condições em certos lugares ao navegar pela estrutura de árvore. Grupos de usuários podem ter a necessidade de agrupar dados ou criar subconjuntos por outras razões. As múltiplas entidades-mãe no Componente fundamental servem para tratar dessa questão.

1. Quando uma condição pode estar em dois ou mais lugares, identifique esses outros lugares e adicione-os como entidades-mãe secundárias, p.ex., a neoplasia maligna do cólon está codificada no capítulo de neoplasias, mas também se encontra no capítulo de doenças do sistema digestivo. Caso um conjunto de condições deve ser mostrado em mais de um lugar e não há um agrupamento que corresponda a esse conjunto, crie uma janela (sem entidades-filha primárias, sem termos, sem categorias residuais) no lugar apropriado.
2. Quando uma condição pode ser confundida com outra condição que tem um nome semelhante, adicione uma nota de exclusão (p.ex., "Influenza por outro vírus da influenza sazonal identificado" tem uma nota "Exclusão: Meningite por *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]").
3. Quando são necessárias formas alternativas de tabular os dados, crie uma lista de linearização especial como uma segunda entidade-mãe (p.ex., doenças infecciosas por agente). O esquema de codificação das entradas individuais continuará sendo o mesmo usado para a classificação internacional completa.
4. Quando as doenças de determinados aparelhos orgânicos estão distribuídas em diferentes capítulos, permita uma linearização por especialidade das doenças pertinentes. O esquema de codificação das entradas individuais continuará sendo o mesmo usado para a classificação internacional completa.

Atualmente, há linearizações por especialidade para atenção primária, dermatologia, neurologia, oftalmologia e em casos especiais como a Classificação Internacional de

Doenças para Oncologia (CID-O) e a Classificação Internacional de Causas Externas das Lesões (ICECI).

### **1.6.3 Introdução ao processo de atualização da CID-11**

Anualmente, são produzidas novas versões oficiais da classificação da CID-11 para uso internacional em mortalidade e morbidade (isso é conhecido como o "navegador azul"). Por outro lado, o Componente fundamental da CID-11 é atualizado continuamente. Um processo padronizado foi estabelecido para garantir que as atualizações propostas sejam coletadas, encaminhadas, revisadas e devidamente consideradas antes de serem implementadas.

A atualização é realizada em diferentes níveis e com diferentes frequências. As atualizações que afetam os códigos de quatro e cinco caracteres serão publicadas a cada cinco anos. As atualizações em um nível mais detalhado são publicadas com mais frequência. Os acréscimos ao índice são feitos de forma contínua. As regras de mortalidade e morbidade que têm impacto significativo nos resultados estatísticos serão atualizadas em ciclos de longo prazo a cada 10 anos.

Qualquer usuário individual da classificação pode enviar uma proposta de atualização da CID. Essas atualizações podem se referir a uma ou mais entidades da CID. Podem abordar a posição das entidades em uma lista tabular, no Componente fundamental e em qualquer elemento do modelo de conteúdo. A plataforma de manutenção da CID-11 (conhecida como "navegador laranja") é usada para propostas e comentários. Qualquer contribuição para a CID-11 e seus componentes requer a referência adequada das fontes, informações detalhadas das evidências científicas e permissão do proprietário de qualquer material protegido por direitos autorais (quando aplicável).

### **1.6.4 Modificações nacionais para a codificação da morbidade**

O uso da CID no contexto específico do sistema de saúde de um país pode requerer detalhes que atualmente não fazem parte da CID-11, por exemplo, devido a configurações específicas ou requisitos do sistema de reembolso. Essas modificações estarão sujeitas ao mesmo processo internacional que todas as demais modificações na CID e, então, passarão a integrar o Componente fundamental e, finalmente, as Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (MMS), preferencialmente antes de sua implementação no país solicitante.

Pode ocorrer uma situação em que um governo nacional ou uma instituição nacional relacionada precise que uma modificação seja implementada imediatamente. Nessas circunstâncias, devem ser evitados conflitos com o atual Componente fundamental, e as modificações pertinentes estarão sujeitas a mecanismos especiais para o processo de atualização internacional. Todos os países que planejam produzir modificações nacionais devem estabelecer os acordos contratuais pertinentes com a OMS. Isso inclui regulamentos sobre a distribuição dentro e fora do respectivo país e os recursos necessários para que a OMS adicione essas modificações ao Componente fundamental.

Para desenvolver uma modificação nacional da CID-11, as seguintes regras devem ser observadas:



1. Preferencialmente, as modificações serão acordadas pelos órgãos de manutenção da CID-11 antes de serem implementadas nacionalmente.
2. As modificações não devem ter impacto nas estatísticas de morbidade e mortalidade e não devem entrar em conflito com o Componente fundamental.
3. A aprovação de todas as modificações nacionais estará sujeita à consideração de se já existem detalhes adicionais adequados no Componente fundamental.
4. Se for feita uma mudança na versão internacional da CID-11, a respectiva modificação nacional deverá incorporar a mudança o mais breve possível.

### **Exemplo**

O "Diabetes Tipo 1" na versão da OMS da CID-11 é classificado como **5A10**. Uma modificação nacional pode requerer a inclusão de detalhes adicionais nos códigos da CID-11. Por exemplo, "Diabetes tipo 1, não controlado" poderia ser adicionado como uma subcategoria de **5A10**, como 5A10.1 Diabetes tipo 1, não controlado. No entanto, quando o mecanismo de pós-coordenação fornece os detalhes necessários, o acréscimo de uma nova subcategoria pode não ser necessário.

## **2 Parte 2 - Uso da CID-11**

## 2.1 Diretrizes básicas de codificação e notificação

A codificação é a atribuição de um ou mais códigos para representar o significado de uma condição com o máximo de detalhes conforme exigido. Antes de tentar codificar, o codificador deve estar familiarizado com os princípios da classificação e codificação. Em alguns casos, usar um código fornecerá detalhes suficientes. Em outros, pode ser necessário usar vários códigos juntos para expressar o nível de detalhe exigido pelo caso de uso, o contexto ou as leis.

Para a codificação, recomenda-se a Ferramenta de codificação inteligente da CID-11, que pode ser usada online e offline. Essa ferramenta oferece aos usuários uma maneira simples e automatizada de localizar e selecionar as categorias necessárias. Quando a busca mostra um agrupamento de códigos, em vez de um único código-base, a ferramenta pode retornar o agrupamento formado.

O software não deve incluir listas ou outros avisos para orientar o registro ou a codificação, pois estes necessariamente limitam a gama de diagnósticos e têm, portanto, um efeito adverso sobre a precisão e utilidade do registro ou relatório.

Pode haver uma maneira alternativa de usar a versão impressa da CID-11, mas essa opção não é recomendada, pois consome muito tempo e pode causar confusão para encontrar e selecionar os códigos ou combinações de códigos corretos sem as dicas fornecidas pela Ferramenta de codificação eletrônica. Caso não haja um ambiente eletrônico disponível, pode-se buscar uma solução específica em colaboração com a OMS.

## 2.2 Lista tabular, listas especiais de tabulação, qualificadores e modificadores

A Lista tabular é uma lista alfanumérica de doenças e grupos de doenças, notas de inclusão e exclusão e algumas regras de codificação. Os capítulos 1 a 25 da CID contêm aproximadamente 15.000 entidades em nível de quatro, cinco ou seis caracteres.

Além disso, há uma seção sobre códigos de extensão (2.9) e uma sobre a Medicina Tradicional (1.5). As listas especiais de tabulação são apresentadas no final da Lista tabular. Listas especiais de tabulação não são concebidas para codificação, mas apenas para tabulação e notificação (2.25).

## 2.3 Índice

O Índice Alfabético é uma lista de mais de 120.000 termos clínicos (incluindo sinônimos ou frases). O índice é usado para encontrar os códigos relevantes ou combinações de códigos da CID para os termos clínicos. A menção de um termo no índice serve exclusivamente para a codificação. A menção de um termo no índice não significa a aprovação ou o endosso de uma determinada condição.

## 2.4 Guia de Referência

O Guia de Referência contém uma introdução ao contexto, os componentes e o uso previsto da CID. Descreve os diversos componentes da CID-11, fornece orientação para certificação, registro, regras para codificação de mortalidade (ou seja, estatísticas de causas de morte) e codificação de morbidade (ou seja, estatísticas hospitalares) e listas para tabulação de dados estatísticos.

## 2.5 Navegador e Ferramenta de codificação

A OMS fornece um navegador e uma ferramenta de codificação ("navegador azul") para a CID-11 em vários idiomas <https://icd.who.int>. Essa ferramenta permite ao usuário recuperar conceitos por meio da busca de termos, anatomia ou qualquer outro elemento que se encontra no conteúdo da CID-11 (ver [1.2.5 Componente fundamental e Listas tabulares da CID-11](#)).

A OMS também fornece uma plataforma de manutenção ("navegador laranja") (ver [3.12 Anexo A: Atualização e manutenção da CID-11](#)). Essa ferramenta permite aos usuários contribuir para a atualização e a melhoria contínua da CID-11. Essas contribuições são submetidas na forma de uma proposta com fundamentação detalhada, evidências científicas e referências revisadas por pares para fundamentar a consideração de inclusão com uma periodicidade anual (ver [3.12 Anexo A: Atualização e manutenção da CID-11](#)).

Para a codificação, a OMS fornece a Ferramenta de codificação inteligente da CID-11, uma maneira simples e automatizada de localizar e selecionar as categorias necessárias.

A CID-11 também pode ser acessada por meio de serviços de Internet com um software específico para o usuário. O guia de TI para a CID fornece mais detalhes sobre os requisitos de compatibilidade.

Tanto os serviços de Internet quanto o navegador online permitem o acesso a todas as Listas tabulares da CID, para estatísticas de mortalidade e morbidade, atenção primária ou para uma linearização por especialidade para uso em determinados domínios especializados.

## 2.6 Codificação passo a passo – termo clínico

O quadro a seguir compara os passos de codificação em papel e em um ambiente eletrônico. O componente essencial da codificação é encontrar uma correspondência com o termo clínico informado – deve-se ter um bom dicionário no respectivo idioma e verificar o código resultante em relação a regras adicionais. Em um ambiente eletrônico, as instruções incorporadas mediante programação podem verificar a conformidade com as regras de codificação.

### **Ambiente eletrônico**

1. Insira o enunciado ou o termo na Ferramenta de codificação
2. Selecione o termo correspondente, ou o mais próximo ao que está procurando, entre as opções exibidas
3. Verifique o resultado no modo de exibição do navegador da lista tabular para exclusões, inclusões e notas fornecidas no nível dessa categoria, seus níveis de agrupamento e no nível do capítulo.

### **Em papel**

1. Procure o termo principal no Índice Alfabético e os termos secundários aplicáveis
2. Selecione o termo apropriado, ou o mais próximo ao que está procurando, entre as opções listadas
3. Verifique o resultado na lista tabular (Volume 1) para exclusões, inclusões e notas fornecidas no nível dessa categoria, seus níveis de agrupamento e no nível do capítulo.

O Navegador online da OMS e a Ferramenta de codificação estão disponíveis em <https://icd.who.int>.



## 2.7 Convenções da CID-11

A CID-11 tem formas padronizadas de apresentar seu conteúdo. As convenções descrevem o conteúdo textual e também se aplicam à estrutura de codificação.

### 2.7.1 Inclusões

Dentro das categorias codificadas, geralmente há outros termos diagnósticos opcionais. Estes são conhecidos como "termos de inclusão" e são dados, em adição ao título, como exemplos de enunciados diagnósticos a serem classificados nessa categoria. Podem se referir a diferentes condições ou serem sinônimos, e não constituem uma subclassificação da categoria.

Os termos de inclusão são listados primariamente como guia para o conteúdo da categoria, em adição às descrições. Muitos dos itens listados relacionam-se a termos importantes ou comuns, pertencentes à categoria. Outros são condições ou localizações fronteiriças listadas para distinguir o limite entre uma subcategoria e outra. As listas de termos de inclusão não são de nenhum modo exaustivas.

Nomes alternativos para as entidades diagnósticas (sinônimos) são incluídos e mostrados na ferramenta de codificação eletrônica e no Índice Alfabético.

Algumas vezes é necessário ler os termos de inclusão em conjunto com os títulos. Isso usualmente ocorre quando os termos de inclusão descrevem listas de locais ou de produtos farmacêuticos, onde as palavras apropriadas do título (p.ex., "neoplasia maligna de...", "traumatismo de ...", "efeitos tóxicos de...") precisam ser compreendidas. As descrições diagnósticas gerais comuns a um conjunto de categorias, ou a todas as subcategorias em uma categoria de quatro caracteres, podem ser encontradas nas notas intituladas "Inclusões", imediatamente depois do título de um capítulo, agrupamento ou categoria.

### 2.7.2 Exclusões

Certas categorias contêm listas de condições precedidas pela palavra "Exclusões". Esses são termos que estão classificados em outra parte. Um exemplo disso é [5A60](#) *Hiperfunção da glândula hipofisária*, que exclui a síndrome de Cushing.

As exclusões servem como referência cruzada na CID e ajudam a delinear os limites de uma categoria.

As exclusões gerais para um conjunto de categorias ou para todas as subcategorias são encontradas nas notas intituladas "Exclusões", imediatamente depois do título de um capítulo, agrupamento ou categoria.

As múltiplas entidades-mãe na CID-11 mostram categorias no contexto de entidades irmãs que se localizam em outra parte da classificação. Isso também é uma indicação de exclusão e significa que "uma entidade irmã está codificada em outra parte". Na versão impressa e na eletrônica, isso está sinalizado com o rótulo "código em outra parte".

### 2.7.2.1 Instruções para "Codifique também" e "Use código adicional, se desejar"

As instruções "codifique também" informam o usuário sobre informações etiológicas adicionais exigidas que devem ser obrigatoriamente codificadas em um agrupamento com determinadas categorias porque essas informações adicionais são relevantes para a tabulação primária. O enunciado "codifique também" sinaliza as categorias que devem ser usadas em conjunto com o(s) segundo(s) código(s) indicado(s). Entretanto, em alguns casos, a etiologia pode ser desconhecida ainda que a condição em si requeira tratamento. Nessa circunstância, o código pode ser informado sozinho.

Por exemplo, a categoria da Catarata diabética indica "codifique também" o tipo de diabetes. Isso significa que, juntamente com o código para "catarata diabética", deve ser atribuído o código para o tipo de diabetes. Os códigos-base para o tipo de diabetes e a catarata diabética são sempre informados em um agrupamento.

As instruções "use código adicional, se desejar" informam o usuário sobre detalhes adicionais opcionais que podem ser codificados.

### 2.7.3 "NCOP" e "SOE"

#### 2.7.3.1 "NCOP"

A indicação "não classificado em outra parte", quando usada em um título de categoria, serve como alerta de que algumas variantes especificadas das condições listadas podem aparecer em outras partes da classificação. Por exemplo, [NF09](#) Efeitos adversos não classificados em outra parte. Os códigos aos quais se anexa a descrição NCOP só devem ser usados se uma das outras opções disponíveis na classificação não for adequada.

#### 2.7.3.2 "SOE"

As letras SOE são uma abreviação para o termo "sem outra especificação", o que significa que a documentação usada para a classificação não fornece mais detalhes além do termo apresentado. Isso inclui "não especificado", "especificado de forma incompleta" ou "não qualificado". Às vezes um termo não qualificado é, não obstante, classificado em uma rubrica de um tipo mais específico de condição. Isso é porque, em terminologia médica, a forma mais comum de uma condição é frequentemente conhecida pelo nome da própria condição e somente os tipos menos comuns são qualificados. Por exemplo, "faringite" é comumente usada para significar "faringite aguda". Esses pressupostos ocultos têm sido tomados em conta de tal modo a prevenir a classificação incorreta.

A inspeção cuidadosa de termos de inclusão revelará onde se fez uma presunção de causa; os codificadores devem ser cuidadosos em não codificar um termo como não qualificado a menos que seja claro que não se dispõe de informação que permitiria uma classificação mais específica em outra parte. Da mesma forma, na interpretação de estatísticas baseadas na CID, algumas condições codificadas em uma categoria aparentemente especificada podem não estar tão bem especificadas no registro que foi codificado. Quando se comparam as tendências ao longo do tempo e ao interpretar as estatísticas, é importante estar consciente que as presunções podem se alterar de uma revisão da CID para outra. Por

exemplo, antes da Oitava Revisão, um aneurisma aórtico não qualificado era assumido como sendo devido a sífilis (esse não é mais o caso desde a introdução da CID-10). Na CID-11, na maioria dos casos, a terminologia "SOE" aponta para categorias não especificadas, de modo que a análise futura dos dados pode se encarregar das presunções em relação ao significado linguístico.

Termos adicionais permitidos na codificação da CID:

- Certos ou Alguns
- Outros
- Não especificado
- E
- Ou
- Devido a
- Com
- Causado por
- Atribuído a
- Secundário a
- Associado a

#### 2.7.4 "Certos" ou "Alguns"

O termo "certos" ou "alguns" é usado quando determinadas entidades que poderiam ser agrupadas em um local específico na classificação são agrupadas em outro lugar fora do capítulo ou bloco atual. Por exemplo, *8B22 Algumas doenças cerebrovasculares especificadas* significa que apenas algumas doenças cerebrovasculares especificadas são codificadas aqui, enquanto outros tipos específicos de doenças cerebrovasculares se encontram em outra parte da classificação.

#### 2.7.5 Categorias residuais – "Outros" e "Não especificado"

A codificação com a CID-11 deve sempre ser preenchida de modo a incluir o nível de detalhe mais específico possível com o uso de um código ou múltiplos códigos, conforme descrito acima. Entretanto, há circunstâncias em que isso não é possível e, por esse motivo, a CID-11 inclui categorias intituladas "outros" e "não especificado". Em alguns casos, as informações necessárias para selecionar uma categoria específica podem não estar disponíveis na documentação de origem. Quando esse for o caso, a categoria residual "não especificado" é selecionada. Em contrapartida, há casos em que as informações na documentação de origem são muito específicas, mas a Lista tabular não inclui uma categoria específica. Nesse caso, os usuários identificam a categoria de correspondência mais próxima e codificam na categoria residual intitulada "outros".

#### 2.7.6 Uso de "E" e "Ou"

As palavras "e" e "ou" na CID-11 são usadas em seu significado na lógica formal. Um termo que inclui um enunciado do tipo "A e B" significa que ambos, A e B, têm que estar presentes

para que essa categoria seja usada. Um termo que inclui um enunciado do tipo "A ou B" significa que a categoria pode ser usada se A ou B estiver presente.

### 2.7.7 "Devido a" e "Associado a"

"Devido a" é o termo preferido para categorias em que duas condições são mencionadas e existe uma sequência causal entre elas. Outros termos como "causado por" ou "atribuído a" são sinônimos permitidos. A expressão "secundário a" é equivalente e também pode ser incluída como sinônimo. "Associado a" é o termo preferido para categorias em que duas condições são mencionadas e não há uma sequência causal implícita.

### 2.7.8 Ortografia, parênteses, gramática e outras convenções

A ortografia e a gramática da CID-11 seguem as regras britânicas\*, com exceções e emendas em conformidade com as regras de ortografia da OMS. As convenções detalhadas estão listadas abaixo. A terminologia da CID-11 usa as seguintes convenções:

- Os termos estão listados em sua forma singular. Por exemplo, "Traumatismo superficial do couro cabeludo" em vez de "Traumatismos superficiais do couro cabeludo".
- Não utiliza apóstrofos com epônimos. Por exemplo, Linfoma de Hodgkin seria "*Hodgkin lymphoma*" (em vez de "*Hodgkin's lymphoma*").\*
- As entidades são descritas usando linguagem natural. Por exemplo, infarto do miocárdio seria "*myocardial infarction*" (em vez de "*infarction, myocardial*").\*
- As abreviações são apresentadas em letras maiúsculas e seguidas do título completo por extenso. Por exemplo, "IM – [infarto do miocárdio]".
- Os parênteses são usados na Lista tabular para incluir o código ao qual se refere um termo de exclusão. Por exemplo, *9A01.3 Blefarite infecciosa* Exclusões: Blefaroconjuntivite (*9A60.4*).

### 2.7.9 Características gerais

A principal inovação estrutural da CID-11 é que se baseia em um Componente fundamental do qual se derivam as Listas tabulares (como a classificação para as estatísticas de morbidade e mortalidade). Veja [1.2.5 Componente fundamental e Listas tabulares da CID-11](#).

#### Quadro 1: Terminologia da CID-11

---

\* Com referência à versão original em inglês. NT.

## **Termo da CID-11    Explicação**

Componente fundamental	O conteúdo da base de dados subjacente que contém todas as informações necessárias para gerar versões impressas da Lista tabular e o índice alfabético, bem como informações adicionais necessárias para gerar linearizações por especialidade da CID-11 e modificações específicas de cada país.
Código-base	Os códigos-base são códigos que podem ser usados sozinhos. Encontram-se na Lista tabular da CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade. Os códigos-base podem ser entidades ou agrupamentos de alta relevância, ou condições clínicas que devem ser sempre descritas como uma única categoria. O desenho dos códigos-base garante que, nos casos de uso que exigem apenas um código por caso, seja coletado um mínimo de informações significativas.
Código de extensão	Os códigos de extensão são listas de informações adicionais que podem ser acrescentados a um código-base quando os usuários e os contextos estão interessados em informar mais detalhes. Os códigos de extensão não se excluem mutuamente. Não foram concebidos para ser uma classificação, mas podem mostrar hierarquias e nunca podem ser usados sem um código-base no contexto da classificação estatística. Os códigos de extensão nunca podem aparecer na primeira posição de um agrupamento. Os códigos de extensão podem ser usados sozinhos em outros contextos, p. ex., para documentação de dispositivos.
Pré-coordenação	Os códigos-base podem conter todas as informações pertinentes sobre um conceito clínico em uma forma pré-combinada. Isso é chamado de "pré-coordenação". <b>Exemplo:</b> <i>BD50.40 Aneurisma de aorta abdominal roto</i>
Pós-coordenação	<b>Exemplo:</b> <i>CA40.04 Pneumonia devido a Mycoplasma pneumoniae</i> O uso de múltiplos códigos (ou seja, códigos-base e/ou códigos de extensão) em conjunto para descrever completamente um conceito clínico documentado. A pós-coordenação é permitida, por princípio, com todos os eixos, desde que seja utilizado pelo menos um código-base. A API, o Navegador e a Ferramenta de codificação facilitam a pós-coordenação em determinadas áreas. Outras áreas de pós-coordenação devem ser codificadas individualmente, mas podem ser apoiadas por futuras atualizações da CID-11, quando houver necessidade.
Agrupamento	Um agrupamento é constituído por entidades pós-coordenadas que se agrupam utilizando uma barra inclinada (/) ou um símbolo (&). <b>Exemplo:</b> Diagnóstico: Úlcera duodenal com hemorragia aguda

## Termo da CID-11 Explicação

Agrupamento: [DA63.Z/ME24.90](#)

Condição - [DA63 Úlcera duodenal](#), não especificada

Tem manifestação (use código adicional, se desejar) - [ME24.90](#)

*Sangramento gastrointestinal agudo não especificado em outra parte*

Entidades-mãe  
primárias e  
secundárias

A hierarquia da CID-11 é definida da mesma forma que nas versões anteriores da CID. A capacidade de conectar doenças e conceitos específicos dentro da classificação a outro código de entidade-mãe foi introduzida para permitir extrações específicas da Lista tabular para especialidades médicas ou para casos de uso específicos.

**Exemplo:** Um código para uma neoplasia maligna da pele encontra-se no capítulo para neoplasias malignas. A entidade-mãe primária para esse código é um código ou um bloco desse capítulo.

Entretanto, um médico que trata apenas de doenças de pele pode querer ver somente os códigos da classificação que sejam relevantes para seu objetivo clínico específico. Portanto, uma entidade-mãe secundária foi definida no capítulo sobre a pele, que mostrará apenas o código nesse capítulo se o extrato de códigos específico para tal caso de uso for selecionado.

## 2.8 Códigos-base

Os códigos-base da CID-11 são códigos em uma lista tabular específica que podem ser usados sozinhos. Os códigos-base podem ser entidades ou agrupamentos de alta relevância, ou entidades clínicas que devem ser sempre descritas como uma única entidade. O desenho dos códigos-base garante que, nos casos de uso que exigem apenas um código por caso, seja coletado um mínimo de informações significativas.

Os códigos-base da CID-11 estão organizados em 26 capítulos que seguem o padrão tradicional da CID, relacionados à etiologia, o aparelho orgânico relevante, o estado materno, o estado perinatal, as causas externas e os fatores que influenciam o estado de saúde.

## 2.9 Códigos de extensão

Os códigos de extensão são disponibilizados para uso como códigos suplementares ou adicionais quando se deseja identificar de forma detalhada entidades classificadas em outro lugar. A inclusão dos novos Códigos de extensão na CID-11 fornece a capacidade para codificar informações de qualificação e estão vinculados aos códigos-base. Os códigos de extensão foram concebidos para padronizar a forma como as informações adicionais são agregadas aos códigos-base, e a adoção da codificação multidimensional resulta em uma quantidade substancialmente reduzida de códigos-base. Os códigos de extensão podem ser usados sozinhos em outros contextos, por exemplo, documentação de dispositivos.

Os códigos de extensão não se excluem mutuamente. Não são uma classificação e nunca podem ser usados sem um código-base para fins estatísticos. Os códigos de extensão nunca podem aparecer na primeira posição de um agrupamento de classificação. Um ou mais códigos de extensão podem se associar ao codificar uma condição específica.

Há dois tipos principais de códigos de extensão:

- Os códigos de extensão tipo 1 permitem ao usuário agregar detalhes a um código-base em termos de gravidade, temporalidade, anatomia, histopatologia da condição ou outras dimensões como substâncias e dispositivos médicos. Por exemplo, se o enunciado diagnóstico for "hérnia de disco cervical C5-C6", o código de extensão de anatomia *XA1X49 Disco ou espaço intervertebral cervical C5-C6* pode ser agregado ao código-base *FA80.1 Degeneração de disco intervertebral em coluna cervical com prolapso de disco* para capturar os detalhes contidos no enunciado diagnóstico.
- Os códigos de extensão tipo 2 representam descritores de códigos de diagnóstico que indicam como o diagnóstico deve ser usado e/ou interpretado. O significado do código se refere à mesma condição, mas o uso do tipo 2 – código de extensão descritor de código de diagnóstico modifica sua interpretação. Por exemplo, para a notificação de eventos adversos, é importante codificar o tempo de diagnóstico em termos de *XY6M Presente na admissão*, *XY69 Desenvolvido após a admissão* ou *XY85 Momento incerto de início em relação à admissão*.

### Visão geral dos Códigos de extensão tipo 1



- Valor da escala de gravidade
- Temporalidade (curso da condição)
- Etiologia
- Valor da escala de topologia
- Anatomia e topografia
- Histopatologia
- Dimensões da lesão
- Dimensões de causas externas
- Consciência
- Substâncias
- CID-O
- Dispositivos, equipamentos e suprimentos de saúde

### **Visão geral dos Códigos de extensão Tipo 2 – Descritores de códigos de diagnóstico**

- Tipos de diagnóstico de alta
- Tempo de diagnóstico
- Tempo de diagnóstico em relação ao procedimento cirúrgico
- Método de confirmação do diagnóstico
- Certeza do diagnóstico
- Tempo de diagnóstico obstétrico
- Descritores de encontro (contato com os serviços)
- Capacidade ou contexto

## 2.10 Pré-coordenação e pós-coordenação

Alguns códigos-base contêm todas as informações pertinentes sobre um conceito clínico em uma forma pré-combinada. Isso é chamado de "pré-coordenação".

Uma condição de saúde pode ser descrita em qualquer nível de detalhe, aplicando mais de um código, ou por meio da "pós-coordenação" (ou seja, combinando códigos):

- dois ou mais códigos-base (ou seja, código1/código2),
- códigos-base com um ou mais códigos de extensão (ou seja, código-base&código de extensão1&código de extensão2).

Um grupo de códigos que foram pós-coordenados é chamado de "agrupamento". Uma barra inclinada (/) ou um símbolo (&) é usado para indicar a vinculação entre os códigos pós-coordenados. Dessa forma, a classificação pode abordar muitos conceitos clínicos com um número limitado de categorias.

### Exemplo

Pré-coordenação de conceitos em um único código. Condição: [2C25.2](#) *Carcinoma de células escamosas de brônquios ou pulmão* - tem pré-coordenação, o local e a patologia são combinados em um único código-base pré-coordenado.

### Exemplo

Pós-coordenação de conceitos combinados em um agrupamento: a condição "infecção do trato urinário devido a *Escherichia coli* produtora de beta-lactamase de espectro estendido" é expressa por meio de uma combinação de dois códigos-base vinculados ou pós-coordenados. Condição: [GC08.0](#) *Infecção do trato urinário, localização não especificada, devido a Escherichia coli*, Associado a (use código adicional, se desejar): [MG50.27](#) *Escherichia coli resistente a betalactamase de espectro estendido*, Código do agrupamento: [GC08.0/MG50.27](#).

### **Eixo da pós-coordenação**

"Tem condição causal" - esse campo indica a condição causal que deve ser codificada quando conhecida. A condição causal pode ser comparada ao código "cruz" na CID-10. Essa opção encontra-se em entidades que normalmente são causadas por uma série de condições diferentes e denomina-se pós-coordenação obrigatória na Ferramenta de codificação.

"Tem manifestação" - instrui o usuário a codificar qualquer manifestação. As manifestações podem ser comparadas aos códigos "asterisco" na CID-10. Essa opção encontra-se em entidades que podem desenvolver manifestações.

"Associado a" - quando as condições são capturadas em conjunto para obter um quadro completo, mas não representam necessariamente um cenário de causa e efeito.

### **Descrição**

É obrigatório codificar a condição causal para a tabulação primária quando esta for conhecida. Adiciona-se "Tem condição causal" às categorias que são causadas por uma doença de base. Por exemplo, a retinopatia tem como "condição causal" o diabetes. As condições causais devem ser consideradas obrigatórias em quase todas as situações e devem ser usadas para condições que são manifestações.

É opcional codificar as manifestações de uma doença. Por exemplo, o diabetes "Tem manifestações" como a retinopatia. Essa codificação deve ser considerada "Permitida" em quase todas as situações. As manifestações listadas são, em geral, uma amostra das que frequentemente resultam da condição.

Esse campo é usado quando são necessários múltiplos códigos para descrever completamente uma condição. Por exemplo, "Associado a" é usado para vincular os códigos para resistência antimicrobiana aos códigos para a infecção. Essa codificação pode ser "Permitida" ou "Requerida", dependendo da situação.

Casos especiais de pós-coordenação:

1. Os códigos de causa externa são "permitidos" para identificar a causa de uma lesão e estão "associados às" lesões.
2. O código de causa externa para identificar um medicamento específico é "permitido" com entidades que começam com ou incluem a frase "Induzido por medicamento".
3. Os códigos de causa externa para o modo e o mecanismo do dano relacionado à atenção à saúde são "associados aos" códigos para o dano.

### **2.10.1 Acréscimo de detalhes – pós-coordenação e codificação de agrupamento com múltiplos códigos-base e códigos de extensão**

As informações sobre a etiologia e a manifestação da condição de interesse devem ser codificadas. Em alguns casos, a categoria da CID se refere a ambas (ou seja, pré-coordenada), enquanto em outros é preciso usar mais de um código-base (e/ou código de extensão) para expressar os detalhes relevantes. Isso requer pós-coordenação.

P. ex., Úlcera duodenal aguda com hemorragia

Código-base: [DA63.Z](#) Úlcera duodenal, não especificada Tem manifestação (use código adicional, se desejar):  
[ME24.90](#) Sangramento gastrointestinal agudo não especificado em outra parte **Agrupamento:** [DA63.Z/ME24.90](#)

Entretanto, a pós-coordenação nunca deve ser usada para replicar o significado de uma condição que é um conceito pré-coordenado. O código pré-coordenado deve ser usado.

P. ex., Bronquiolite aguda devido a vírus sincicial respiratório (VSR)

Codifique: [CA41.0](#) Bronquiolite aguda devido a vírus sincicial respiratório. Explicação: Como a bronquiolite por VSR é um conceito pré-coordenado na CID-11, é incorreto/proibido replicar o significado do enunciado diagnóstico utilizando um código-base e um código de extensão (ou seja, não codifique: [\[CA41.Z\]](#) Bronquiolite aguda, não especificada & [XN275](#) *Vírus respiratório sincicial humano*)

P. ex., Fratura, diáfise da ulna

Codifique: [NC32.2](#) Fratura da diáfise da ulna. Explicação: Como a fratura da diáfise da ulna é um conceito pré-coordenado na CID-11, é incorreto/proibido replicar o significado do enunciado diagnóstico utilizando um código-base e um código de extensão (ou seja, não codifique: [NC32.Z](#) Fratura de antebraço, não especificada & [XA8U33](#) Haste da ulna)

Pode haver casos menos óbvios em toda a CID. Em um ambiente eletrônico, as instruções incorporadas mediante programação ajudarão a evitar esse tipo de erro. Para a elaboração de relatórios, todos os códigos correlacionados são vinculados por meio de uma barra inclinada (/) entre os códigos-base e um símbolo (&) para separar os códigos-base dos códigos de extensão.

### 2.10.2 Combinação de códigos-base e códigos de extensão, e como ordená-los em um complexo agrupamento de códigos

Os códigos-base de outras partes da CID e os códigos de extensão podem ser vinculados para descrever um conceito clínico de forma detalhada. Devem ser agrupados na transmissão e avaliação de dados para não perder as informações transmitidas pelo conjunto de códigos. Esse conjunto de códigos é denominado agrupamento. A codificação de agrupamento requer o uso de uma sintaxe específica para indicar quais códigos vão juntos quando a pós-coordenação é usada. Essa sintaxe deve estar em conformidade com as seguintes regras:

1. Se apenas um código-base é codificado, nenhum mecanismo de agrupamento precisa ser observado.

P. ex., Condição: Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST [BA41.0](#) *Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST*

2. Quando se realiza a pós-coordenação para formar um agrupamento, os códigos-base são sempre codificados antes dos códigos de extensão. (Observe, no entanto, o cenário de agrupamento complexo descrito no Exemplo 5 abaixo, em que uma combinação de múltiplos códigos-base e códigos de extensão vinculados são combinados em um único agrupamento complexo).

3. Se um código-base é pós-coordenado com um ou mais códigos de extensão, a sintaxe de combinação usada é o símbolo (&).

Exemplo 1: Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST, parede anterior, artéria coronária descendente anterior esquerda (DAE)

Condição (código) - Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST [BA41.0](#) *Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST*

Localização anatômica específica - [XA7RE3](#) *Parede anterior do coração*

Localização anatômica específica - [XA7NQ7](#) *Artéria coronária descendente anterior esquerda*

**Agrupamento:** [BA41.0&XA7RE3&XA7NQ7](#)

Exemplo 2: Pielonefrite aguda, lado esquerdo, *E. coli*, Condição (código) - [GB51](#) *Pielonefrite aguda*

Lateralidade - [XK8G](#) *Esquerdo* Agente infeccioso - [XN6P4](#) *Escherichia coli* **Agrupamento:** [GB51&XK8G&XN6P4](#)

4. Se dois códigos-base são pós-coordenados para fornecer detalhes adicionais, é importante seguir a ordem (dentro de um agrupamento) de acordo com o caso de uso (p.ex., mortalidade ou morbidade). O primeiro código-base será separado do segundo código-base por uma barra inclinada (/).

Se apenas um código pode ser mantido durante a análise de dados para mortalidade (causa básica da morte) e prevenção em saúde pública, a prioridade de ordem deve ser dada ao código que melhor descreve a etiologia de uma condição. Se apenas um código pode ser mantido para a análise dos dados de morbidade, deve-se dar prioridade à condição principal (razão para a admissão após o estudo, definida ao final do episódio de atenção à saúde).

Exemplo 3: Ordenamento dos códigos de mortalidade (causa básica da morte) dentro de um agrupamento

O paciente faleceu devido a um coma diabético. O paciente tinha Diabetes mellitus tipo 2. Condição (causa terminal da morte): [5A23](#) *Coma diabético* Condição (causa básica da morte): [5A11](#) *Diabetes mellitus tipo 2* **Ordem do agrupamento de mortalidade:** [5A11/5A23](#)

Exemplo 4: Ordenamento dos códigos de morbidade (condição principal) dentro de um agrupamento (se apenas um código pode ser mantido durante a análise de dados)

Paciente admitido em um hospital em coma diabético. O paciente tinha Diabetes mellitus tipo 2.

Condição principal: [5A23](#) *Coma diabético* Outra condição: [5A11](#) *Diabetes mellitus tipo 2* **Ordem do agrupamento de morbidade:** [5A23/5A11](#)

5. Se um código-base é pós-coordenado com códigos de extensão e também é codificado outro código-base com mais alguns códigos de extensão dentro de um agrupamento, a sintaxe específica deve ser elaborada para fazer uma distinção clara entre quais códigos de extensão no agrupamento acompanham quais códigos-base. A sintaxe a seguir deve ser seguida: O primeiro código-base é informado, seguido por um símbolo "&", seguido por um ou mais códigos de extensão, cada um deles separado por "&". Em seguida, uma barra inclinada "/" separa essa primeira seção

do agrupamento do próximo código-base, que é seguido por "&" e os códigos de extensão para esse código-base específico, cada um novamente separado por "&".

Exemplo 5: código-base & código de extensão / código-base & código de extensão & código de extensão

Hérnia inguinal esquerda com obstrução aguda Condição (código) - *DD51 Hérnia inguinal*  
Lateralidade - *XK8G Esquerdo*  
Tem manifestação (use código adicional, se desejar) - *ME24.2 Obstrução do sistema digestivo*  
Padrão temporal e início - *XT5R Agudo* **Agrupamento:** *DD51&XK8G/ME24.2&XT5R*

A pós-coordenação deve ser usada apenas para combinar códigos para descrever e caracterizar completamente um conceito clínico documentado. Se a documentação descreve dois conceitos clínicos distintos que são representados por códigos-base separados, não devem ser informados juntos em um agrupamento pós-coordenado.

Exemplo 6: Pedestre com lesão por queda

Concussão e fratura exposta da diáfise da ulna esquerda devido a uma queda em uma calçada irregular:

Condição (código) 1 - *NA07.0Z Concussão não especificada*  
Associado a (use código adicional, se desejar) - *PA60 Queda não intencional no mesmo nível ou de menos de 1 metro de altura*  
Objeto ou substância produzindo a lesão - *XE1DA Superfície irregular, não classificada em outra parte*  
Local de ocorrência - *XE53A Calçada* **Agrupamento:-** *NA07.0/ PA60& XE1DA&XE53A*

Condição (código) 2 - *NC32.2 Fratura da diáfise da ulna*  
Lateralidade - *XK8G Esquerdo*  
Fratura exposta ou fechada - *XJ7YM Fratura exposta*  
Associado a: *PA60 Queda não intencional no mesmo nível ou de menos de 1 metro de altura*  
Objetos ou seres vivos envolvidos em causar lesões - *XE1DA Superfície irregular, não classificada em outra parte*  
Local de ocorrência - *XE53A Calçada* **Agrupamento:** *NC32.2 & XK8G& XJ7YM /PA60 & XE1DA & XE53A*

As instruções incorporadas mediante programação no Componente fundamental da CID-11 facilitam o uso de combinações de códigos usadas com frequência. As combinações de códigos não se limitam àquelas facilitadas por essas instruções. Instruções adicionais são agregadas com base nas demandas dos usuários.

### 2.10.3 Tempo de diagnóstico - "Presente na admissão" versus "Desenvolvido após a admissão"

Entre os novos Códigos de extensão Tipo 2 – Descritores de códigos de diagnóstico, o tempo de diagnóstico é o conjunto de códigos de extensão particularmente importante que permite distinguir os diagnósticos presentes na admissão dos diagnósticos desenvolvidos após a admissão, ou seja, durante o período de hospitalização.

Essa última distinção é particularmente importante, pois permite a identificação direcionada de vários diagnósticos hospitalares que podem representar eventos adversos associados à atenção à saúde. A maioria dos conceitos codificados em um registro hospitalar são condições presentes na admissão. Nesse sentido, será de grande interesse sinalizar um diagnóstico que se desenvolveu após a admissão.

## Exemplo 1:

Um paciente com diabetes tipo 1 de longa duração, admitido em um hospital devido a um infarto do miocárdio.

Condição principal: Infarto do miocárdio

Outra condição: Diabetes mellitus tipo 1

Nesse caso, ambas as condições estão presentes na admissão, mas uma delas (infarto do miocárdio) não precisa ser codificada como "presente na admissão" porque é a condição principal, designada neste exemplo como sendo "a condição que é determinada como a razão para a admissão, definida ao final do episódio de atenção à saúde". A codificação apropriada deste cenário, portanto, inclui dois agrupamentos, cada um dos quais envolve um código-base vinculado a um código de extensão associado, ou seja:

- "Código-base para infarto agudo do miocárdio"&"Código de extensão de Tipo de Diagnóstico de Alta para a condição principal"; [BA41.Z&XY0Y](#)
- "Código-base para Diabetes mellitus tipo 1"&"Código de extensão de Tempo de diagnóstico para presente na admissão"; [5A10&XY6M](#)

Observe que, para ambas as entidades codificadas no exemplo acima, é usado o símbolo "&". No primeiro agrupamento, o código-base para infarto do miocárdio está vinculado a um código de extensão do tipo de diagnóstico para a condição principal. No segundo agrupamento, o código-base para diabetes mellitus tipo 1 está vinculado a um código de extensão de tempo de diagnóstico para presente na admissão.

## Exemplo 2:

Um paciente com diabetes tipo 1 de longa duração, admitido em um hospital devido a dor torácica. Após avaliação, diagnosticado com infarto do miocárdio. O paciente desenvolve uma trombose venosa profunda de membro inferior direito como uma complicação do atendimento hospitalar.

Condição principal: Infarto do miocárdio

Outras condições: Diabetes mellitus tipo 1; Trombose venosa profunda (que surge após o início da internação hospitalar)

Neste exemplo, um código de extensão de tempo de diagnóstico para "desenvolvido após a admissão" é vinculado por codificação de agrupamento a um código-base para "trombose venosa profunda". Os dois primeiros conceitos diagnósticos, por sua vez, são codificados exatamente como no exemplo anterior, ou seja:

- "Código-base para infarto agudo do miocárdio"&"Código de extensão de Tipo de Diagnóstico de Alta para a condição principal"; [BA41&XY0Y](#)
- "Código-base para Diabetes mellitus tipo 1"&"Código de extensão de Tempo de diagnóstico para presente na admissão"; [5A10&XY6M](#)
- "Código-base para trombose venosa profunda de membro inferior"&"Direito"&"Código de extensão de Tempo de diagnóstico para desenvolvido após a admissão"; [BD71.4&XK9K&XY69](#)

Novamente, cada uma das três entidades de agrupamento usa um símbolo "&" porque o segundo código (e o terceiro código) no agrupamento é um código de extensão.

## 2.11 Seção sobre a Funcionalidade

A seção da funcionalidade da CID-11 permite a codificação e a avaliação de funcionalidade de acordo com a CIF, mas em um nível operacional. Para um registro e avaliação detalhados, deve ser usada a CIF completa. Os conceitos dessa seção estão alinhados com a CIF e permitem uma fácil transição para a CIF. O desenho da seção de funcionalidade na CID-11 aborda a documentação e a avaliação do nível de funcionalidade das pessoas, para:

- a prática médica geral, como avaliação de incapacidade para o trabalho
- benefícios sociais, como pensão por invalidez ou acidente
- fins de pagamento ou reembolso
- a avaliação de necessidades, como na reabilitação, assistência ocupacional ou cuidados de longo prazo
- a avaliação de resultados do tratamento

A seção de funcionalidade da CID-11 fornece ferramentas de fácil utilização para médicos para a avaliação e documentação padronizadas da funcionalidade. A seção de funcionalidade da CID-11 permite a inclusão de futuros instrumentos de avaliação adicionais.

### 2.11.1 Avaliação de Funcionalidade

#### 2.11.1.1 Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS 2.0 (WHODAS 2.0): recursos e casos de uso

O WHODAS 2.0 é o instrumento de avaliação de funcionalidade genérica validado no âmbito internacional, cultural e socioeconômico para uma população adulta. Concentra-se nos domínios de Atividade e Participação da CIF e permite calcular uma pontuação da funcionalidade geral e específica por domínios, abrangendo os seguintes domínios:

- Cognição – compreensão e comunicação
- Mobilidade – movimentação e locomoção
- Autocuidado – lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho
- Relações interpessoais – interações com outras pessoas
- Atividades de vida – responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola
- Participação – participar em atividades comunitárias e na sociedade

A pontuação do WHODAS leva em conta níveis múltiplos de dificuldade para cada item do WHODAS 2.0 (ou seja, pontuação baseada na "teoria-item-resposta" – IRT, na sigla em inglês). Esse tipo de pontuação do WHODAS 2.0 permite análises mais refinadas que aproveitam todas as informações das categorias de resposta para a análise comparativa entre populações ou subpopulações. Usa codificação para cada resposta de item como "nenhuma", "leve", "moderada", "grave" e "extrema" separadamente e depois usa um computador para determinar o resumo da pontuação por atribuição de pesos diferentemente para os itens e para os níveis de gravidade.

A pontuação tem três etapas:



- Etapa 1 – Soma das pontuações de itens recodificadas dentro de cada domínio.
- Etapa 2 – Soma de todas as pontuações dos seis domínios.
- Etapa 3 – Conversão do resumo de pontuação em uma métrica variando de 0 a 100 (onde 0 = nenhuma deficiência; 100 = deficiência completa).

A sintaxe de pontuação do WHODAS 2.0 está disponível online por meio do link compartilhado abaixo.

As principais características do WHODAS 2.0 incluem:

- Escala clínica derivada da CIF com propriedades psicométricas bem estabelecidas de validade, confiabilidade e sensibilidade à mudança ao longo do tempo.
- Medida cardinal que é aplicável a todas as condições de saúde e permite gerar pontuações de funcionalidade geral e específica por domínios.
- Normas populacionais estabelecidas.

A combinação dessas características diferencia o WHODAS 2.0 de outros instrumentos clínicos.

O WHODAS 2.0 pode ser utilizado para avaliar a funcionalidade em múltiplos casos de uso:

- Os médicos podem quantificar a efetividade de sua intervenção em sua população clínica e com referência à população em geral.
- Os avaliadores da incapacidade podem determinar o estado de incapacidade de forma justa, transparente, imparcial e comparável.
- Os especialistas em reembolso podem medir a qualidade (resultado de funcionalidade) dos grupos de *casemix*/DRG.

O WHODAS 2.0 foi desenvolvido para uso na população adulta e atualmente não avalia deficiências corporais ou fatores ambientais. Os usuários que queiram avaliar as deficiências nas funções do corpo podem usar os itens do Modelo para Inquéritos de Deficiência / Incapacidade da OMS (MDS) [1], que também estão incluídos na parte de avaliação das funções do Capítulo V.

As versões do WHODAS 2.0 em três formatos diferentes (ou seja, administrada pelo médico, autoadministrada e administrada ao *proxy*) podem ser encontradas no link abaixo.

O manual do WHODAS 2.0 fornece orientações práticas para administrar e pontuar com o WHODAS 2.0, incluindo informações sobre o algoritmo de pontuação simples e complexa ("teoria-item-resposta" – IRT) e as normas populacionais para a versão de 12 e 36 itens do WHODAS. O manual do WHODAS 2.0 pode ser baixado por meio do link disponível no site da OMS - *WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)* -

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of->

[functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule](http://functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule), juntamente com a versão em outros idiomas do WHODAS 2.0.

[1] O MDS é um inquérito populacional geral baseado na CIF desenvolvido pela OMS e pelo Banco Mundial que fornece informações detalhadas e diferenciadas sobre a vida das pessoas com deficiência ou incapacidade. Permite a comparação direta entre grupos com diferentes níveis e perfis de incapacidade.

### 2.11.1.2 WHODAS 2.0: representação e estrutura de codificação

Para facilitar a recuperação de informações, cada item do WHODAS 2.0 tem um código alfanumérico atribuído para representar os conceitos capturados do respectivo item. O código começa com as letras "VD" seguidas de um número atribuído aleatoriamente. Informações e valores adicionais específicos do item (ou seja, a pergunta do item, a escala de resposta de cinco pontos) estão incluídos nas APIs da CID-11 para permitir uma fácil integração do instrumento e o cálculo automático da pontuação em qualquer aplicativo de software (por exemplo, a integração do WHODAS 2.0 como medida de resultados de saúde no software do PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente). Os seis domínios do WHODAS 2.0 nos quais se agrupam os 36 itens do instrumento são representados como título de bloco. Assim como outros títulos de bloco da CID-11, recebem um URI, mas não um código. O Quadro 1 a seguir mostra um exemplo de como um item do WHODAS 2.0 é representado.

<b>Item do WHODAS 2.0</b>	<b>Código da CID-11</b>	<b>URI</b>
Funções da Atenção	VD00	<a href="http://id.who.int/icd/entity/532448599">http://id.who.int/icd/entity/532448599</a>
<b>Descrição do item Pergunta</b>	<b>Resposta à pergunta Escala de valores</b>	<b>Categoria CIF mapeada</b>
Devido a sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1=nenhuma dificuldade, 2=dificuldade leve, 3=dificuldade moderada, 4=dificuldade grave, 5=dificuldade extrema ou não consegue fazer	d160 Concentrar a atenção

### 2.11.2 Entidade de funcionalidade genérica

#### 2.11.2.1 Entidades de funcionalidade: recursos e casos de uso

A principal ferramenta para documentar a funcionalidade é uma lista de domínios genéricos de funcionalidade derivados do Anexo 9 da CIF e do conjunto básico genérico da CIF.

A lista genérica permite aos médicos gerar um perfil de funcionalidade codificado de um indivíduo que pode ser usado para múltiplas finalidades, como - estabelecimento de metas - monitoramento de mudanças - comunicação em todo o *continuum* do cuidado.

Como está diretamente vinculada à CIF, a lista pode - Facilitar o uso conjunto da CID e da CIF (codificar uma vez - usar várias vezes) - Servir como ponto de entrada para o uso da CIF completa.

#### **2.11.2.2 Entidade de funcionalidade: representação e estrutura de codificação**

De acordo com o modelo de conteúdo da FCI-OMS, uma entidade de funcionalidade tem dois componentes, ou seja, uma categoria e um qualificador. Ambos têm um código alfanumérico atribuído e um URI para representar os conceitos capturados. O código começa com as letras "VV" seguidas de um número atribuído aleatoriamente. A categoria de funcionalidade e o qualificador são vinculados por meio da pós-coordenação.

## 2.12 Registros e relatórios eletrônicos

A documentação eletrônica seguirá o princípio de coleta de informações sem perdas na fonte. As melhores práticas incluem a informação de:

1. Um campo de texto que captura o termo clínico ou a causa da morte com a redação exata informada pelo provedor de saúde, e
2. Um campo de dados que mantém o identificador (URI) da entidade escolhida da CID-11 (índice, título do código ou outro elemento) que representa a correspondência mais exata para esse texto.
3. Um campo de dados para o respectivo código da CID-11.

Dessa forma, a qualidade da codificação pode ser verificada a qualquer momento. Além disso, condições específicas podem ser identificadas e analisadas, independentemente de estarem vinculadas a um código da CID individual ou agrupadas em um código com outras condições.

A codificação deverá ser realizada mediante ferramentas baseadas na API da CID-11, como a ferramenta de codificação da CID-11. O software não deve incluir listas ou outros avisos para orientar o registro ou a codificação, pois estes necessariamente limitam a gama de diagnósticos e, portanto, têm um impacto negativo sobre a precisão e utilidade do registro ou relatório.

## 2.13 Componente fundamental e Listas tabulares

O Componente fundamental é um conjunto multidimensional de todas as entidades da CID. As entidades podem ser doenças, transtornos, lesões, causas externas, sinais e sintomas. Algumas entidades podem ser muito amplas, por exemplo, "Lesões de cotovelo ou antebraço", enquanto outras são mais detalhadas, por exemplo, "Fratura da extremidade superior da ulna, estendendo-se para a articulação". O Componente fundamental também tem as informações necessárias para usar as entidades na elaboração de uma lista tabular. O Componente fundamental inclui informações sobre onde e como uma determinada entidade é representada em uma Lista tabular, se passa a ser um grupo, uma categoria com um código-base, ou se é mencionada como um termo de inclusão em uma categoria específica.

Várias listas tabulares diferentes podem ser criadas a partir do Componente fundamental. Sobre a base do mesmo Componente fundamental, é possível criar um conjunto de listas tabulares que se baseiam na mesma estrutura de árvore hierárquica – produzindo listas tabulares congruentes. O Componente fundamental inclui instruções sobre como combinar certos códigos em uma Lista tabular para obter uma codificação mais detalhada. Essas regras ajudam os codificadores e sistemas informáticos a visualizar as combinações de códigos permitidas quando estão utilizando uma Lista tabular.

### **Listas tabulares essenciais para uso internacional:**

- Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (MMS – *Mortality and Morbidity Statistics*)
- Atenção primária com recursos limitados (PCL – *Primary care low resources settings*)
- Autópsia verbal (AV)
- Lista de Mortalidade Inicial (SMoL – *Startup Mortality List*)

O nome completo de tal lista tabular sempre incluirá "CID-11", por exemplo, CID-11 MMS.

Em uma Lista tabular, as entidades do Componente fundamental se tornam categorias. As categorias são mutuamente exclusivas e conjuntamente exaustivas e vinculadas a somente uma árvore hierárquica (têm apenas uma entidade-mãe). As informações relacionadas a uma entidade que se tornou uma categoria e tem múltiplas entidades-mãe ainda continuam disponíveis no Componente fundamental. Essas informações podem ser usadas para visualizar essa categoria em mais de um lugar na Lista tabular, por exemplo, mostrando-as em fonte preta em seu lugar para tabulação de referência e em fonte cinza em qualquer outro lugar para navegação ou tabulações alternativas. A CID-11 tem múltiplas listas tabulares congruentes com variados níveis de detalhamento.

O Componente fundamental também é a fonte de dados para a produção e manutenção das listas tabulares, do índice e do Guia de Referência. Ademais, inclui conteúdos adicionais (ver "modelo de conteúdo") que vão além do uso tradicional de uma classificação em papel. Dependendo do contexto em um país, poderá ser decidido usar todo o Componente fundamental ou concentrar nas partes que são essenciais para a produção e manutenção do Índice e da Lista tabular.

O Componente fundamental serve para alinhar o conteúdo das diferentes listas tabulares e para definir suas categorias. Dessa forma, permite um uso padronizado da CID-11, independentemente do contexto em que é usado. O Componente fundamental inclui, por exemplo, links para outras classificações ou terminologias que podem ser expandidas no futuro. Observe que a menção de um termo ou entidade no Componente fundamental tem somente uma finalidade ontológica. A menção de um termo ou entidade no Componente fundamental não significa a aprovação ou o endosso de uma determinada condição.

## 2.14 Principais usos da CID: mortalidade

Esta seção diz respeito às regras e disposições adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde referentes à seleção de uma única causa ou condição para a tabulação de rotina a partir dos atestados de morte. Também são fornecidas orientações para a aplicação das regras e para a codificação da condição selecionada para tabulação. A implementação da CID para a mortalidade requer o estabelecimento de uma infraestrutura para a notificação e o armazenamento de informações, a elaboração de fluxos de informações, a garantia de qualidade e o feedback, além do treinamento para os usuários da classificação que trabalham com a entrada ou saída de dados.

Após as informações introdutórias desta Seção e da Seção 2.15, a Seção 2.16 explica os conceitos básicos utilizados na codificação de mortalidade. As Seções 2.17 - 2.20, complementadas pelos Anexos na Seção 3.14, orientam sobre como codificar e identificar a causa básica da morte, e a Seção 2.25 explica as descrições utilizadas na tabulação estatística e nos relatórios internacionais para a mortalidade.

## 2.15 Estatísticas de mortalidade

As estatísticas de mortalidade são amplamente utilizadas para a investigação médica, monitoramento da saúde pública, alocação de recursos de saúde, avaliação de intervenções de saúde, planejamento e acompanhamento de cuidados da saúde. Uma análise dos dados de mortalidade tipicamente envolve a comparação de conjuntos de dados, por exemplo, os que representam diferentes regiões geográficas ou diferentes pontos no tempo. A menos que os dados tenham sido produzidos pelos mesmos métodos e de acordo com os mesmos padrões, tais comparações poderão produzir resultados enganosos.

Para padronizar a produção dos dados de mortalidade, a OMS publica instruções internacionais sobre a coleta de dados, codificação e classificação, e apresentação estatística das causas de morte. É de extrema importância que a produção de dados de mortalidade siga os procedimentos a seguir detalhados, uma vez que qualquer desvio das instruções internacionais prejudicará uma comparabilidade internacional. A descrição de uma única causa básica da morte, considerando as abordagens selecionadas para capturar informações adicionais sobre as causas de morte também relatadas em um atestado, permite a identificação de tendências em saúde para uma determinada população. As seções a seguir contêm informações sobre a codificação das causas de morte para estatísticas de mortalidade. Explicam os conceitos básicos, como codificar as condições informadas nos atestados de morte e como selecionar e tabular a causa básica da morte.

O objetivo dessas instruções é otimizar as estatísticas de mortalidade de um ponto de vista da saúde pública. Algumas das instruções podem parecer erradas ou questionáveis do ponto de vista puramente médico. Mesmo assim, não devem ser postas de lado, uma vez que podem ser motivadas por princípios epidemiológicos e de saúde pública bem fundamentados. Se um erro aparente for encontrado, deve ser relatado para a OMS por meio do mecanismo de propostas online. A OMS poderá explicar a fundamentação ou tomar medidas para corrigir o erro em nível internacional. Os países, individualmente, não devem corrigir o que é assumido como sendo um erro, uma vez que mudanças no nível nacional levarão a dados que são menos comparáveis em relação aos dados de outros países e, desse modo, menos úteis para uma análise.

### 2.15.1 O que se tabula: causa básica da morte

As intervenções de saúde pública eficazes previnem danos ou mortes ao interromper a cadeia de eventos que levam a esses danos. Para esse fim, a causa básica da morte foi definida como: "(a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal", e é selecionada para a tabulação de rotina de causa única nas estatísticas de mortalidade. Veja as Seções [2.17.2 Seleção da causa básica da morte](#) e [2.17 Instruções de codificação para mortalidade](#) para instruções específicas de codificação para identificar a causa básica da morte.







## 2.15.2 Fonte dos dados: o modelo internacional de Atestado Médico de Causa de Morte

As instruções internacionais de codificação de mortalidade pressupõem que os dados do atestado de morte foram coletados em conformidade com o modelo internacional de Atestado Médico de Causa de Morte como recomendado pela OMS. No Quadro A, a parte de dados médicos do formulário internacional é dividida em duas partes: a Parte 1 se destina às doenças relacionadas com a cadeia de acontecimentos que levaram diretamente à morte, e a Parte 2 destina-se às outras condições importantes que contribuíram para a morte. Outras informações do formulário também são utilizadas para identificar a causa básica da morte para tabulação.

A fim de alinhar o modo como essas informações são coletadas internacionalmente, esse modelo deve ser seguido o mais próximo possível. Caso contrário, as causas de morte não podem ser codificadas e selecionadas de acordo com o padrão internacional e os dados não serão comparáveis internacionalmente. Por exemplo, algumas instruções para codificação aplicam-se às condições informadas como causadas por outras condições e, em tais casos, é importante ter uma distinção clara entre as causas informadas na Parte 1 e na Parte 2 do atestado de morte. Além disso, informações relatadas em outra parte do atestado, como modo de morrer ou se a gravidez contribuiu para a morte, são essenciais ao se atribuir códigos de causas múltiplas às condições declaradas no atestado e selecionar uma causa básica para tabulação.

É da responsabilidade do médico assistente ou outro médico atestante qualificado que assine o atestado de morte indicar qual a condição mórbida levou diretamente à morte e declarar quaisquer condições pré-existentes que deram origem a essa causa. O atestante deve usar o seu julgamento clínico no preenchimento do atestado médico de causa da morte. Sistemas automatizados não devem incluir listas ou outros avisos para orientar o atestante, pois estes necessariamente limitam a gama de diagnósticos e têm, portanto, um efeito adverso sobre a precisão e utilidade do relatório.

<b>Dados administrativos</b> (poderão ser especificados por país)																	
Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino				<input type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Ignorado								
Data do nascimento	D	D	M	M	A	A	A	A	Data da morte	D	D	M	M	A	A	A	A
<b>Quadro A: Dados médicos: Parte 1 e 2</b>																	
<b>1</b> Informe a doença ou condição que levou diretamente a morte  Informe a cadeia de eventos segundo uma sequência lógica de causas (se aplicável)  Delare a causa básica na linha mais inferior preenchida			Causa da morte	Intervalo de tempo aproximado entre o início da doença e a morte													
		a															
		b	Devido a														
		c	Devido a														
		d	Devido a														
<b>2</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte (intervalos de tempo entre parênteses após a condição)																	
<b>Quadro B: Outros dados médicos</b>																	
Submeteu-se a cirurgia nas últimas 4 semanas?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ignorado									
Se sim, informe a data da cirurgia				D	D	M	M	A	A	A	A						
Se sim, informe o motivo da cirurgia (doença ou condição)																	
Foi solicitada autópsia?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ignorado									
Se sim, os achados foram usados no atestado?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ignorado									
<b>Modo de morrer:</b>																	
<input type="checkbox"/> Doença			<input type="checkbox"/> Homicídio			<input type="checkbox"/> Intenção indeterminada											
<input type="checkbox"/> Acidente			<input type="checkbox"/> Intervenção legal			<input type="checkbox"/> Aguarda investigação											
<input type="checkbox"/> Suicídio			<input type="checkbox"/> Guerra			<input type="checkbox"/> Ignorado											
Se causa externa ou envenenamento:				Data da lesão		D	D	M	M	A	A	A	A				
Por favor, descrever como a causa externa ocorreu (se envenenamento, especifique a substância)																	
<b>Local de ocorrência da causa externa:</b>																	
<input type="checkbox"/> Residência		<input type="checkbox"/> Habilitação coletiva		<input type="checkbox"/> Escola, outra instituição, área administrativa pública				<input type="checkbox"/> Área de esportes e atletismo									
<input type="checkbox"/> Rua ou estrada		<input type="checkbox"/> Área comercial		<input type="checkbox"/> Área industrial e construção				<input type="checkbox"/> Fazenda									
<input type="checkbox"/> Outros locais (favor especificar):							<input type="checkbox"/> Ignorado										
<b>Morte fetal ou infantil</b>																	
Gravidez múltipla?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ignorado									
Fetal?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ignorado									
Se a morte ocorreu dentro de 24 horas, informe o número de horas:				Peso ao nascer (gramas)													
Número de semanas completas de gestação				Idade da mãe (anos)													
Se a morte foi perinatal, informe as condições maternas que afetaram o feto e o recém-nascido																	
<b>Morte em mulheres, a afecida estava grávida?</b>																	
<input type="checkbox"/> No momento da morte				<input type="checkbox"/> Dentro de 42 dias antes da morte													
<input type="checkbox"/> Entre 43 dias a 1 ano antes da morte				<input type="checkbox"/> Ignorado													
A gravidez contribuiu para a morte?				<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Ignorado									

O Modelo Internacional de Atestado Médico de Causa de Morte de 2016

Para mais detalhes e orientações, veja [3.14 Anexo C: Anexos para a Codificação de Mortalidade](#).

### 2.15.3 Uso de rotina e casos especiais

#### 2.15.3.1 Sistemas de notificação de rotina de causas de morte

Nos sistemas de notificação de rotina das causas de morte, cada morte individual é atestada por um médico qualificado que realiza um exame *post mortem* preciso, coleta o histórico dos familiares e tem acesso a todas as informações médicas pré-existentes sobre o falecido. A certificação médica da causa de morte é geralmente de responsabilidade do médico que atendeu o paciente e deve estar em consonância com as recomendações internacionais. Procedimentos administrativos devem assegurar a confidencialidade dos dados dos atestados de morte ou de outros registros médicos.

No caso de mortes certificadas por legistas não médicos\* ou outras autoridades legais, a evidência médica fornecida ao atestante deve ser declarada no atestado além de quaisquer achados legais.

A notificação de rotina da causa da morte geralmente é incorporada ao processo de certificação de uma morte. Os atestados de morte são um requisito legal para o funeral e para a herança.

#### 2.15.3.2 Autópsia verbal

A autópsia verbal (AV) é um método utilizado para determinar a causa de uma morte com base em uma entrevista com os familiares mais próximos ou outros cuidadores quando não há um atestado médico disponível. Para isso utiliza-se um instrumento padronizado que obtém informações sobre sinais, sintomas, histórico médico e circunstâncias que precedem à morte. A causa da morte, ou a sequência de causas que levaram à morte, é atribuída com base nos dados coletados pelo instrumento e em outras informações disponíveis. As regras e disposições, os algoritmos ou os programas de computador podem ajudar a avaliar as informações para determinar a causa da morte.

O principal objetivo da AV é descrever as causas de morte no nível comunitário ou da população em áreas onde os sistemas de registro civil e de certificação de mortes são frágeis e onde a maioria das pessoas morrem em casa sem ter tido contato com o sistema de saúde. Um instrumento padrão de AV inclui um questionário de AV, um sistema de classificação das causas de morte ou da mortalidade e critérios de diagnóstico (algoritmos especializados ou derivados de dados) para obter as causas de morte.

---

\* Aqui, o termo "coroner" foi traduzido por "legista não médico". "Coroner" é a pessoa responsável pela investigação da circunstância de mortes suspeitas, não sendo necessário que tenha formação médica. NT.

O processo da AV consiste em entrevistas, registro de dados e identificação da causa da morte a partir dos relatórios. Em qualquer etapa, há fatores que podem influenciar as frações de mortalidade por causas específicas estimadas ao longo do processo. Além da pesquisa, a AV é um método viável para a identificação de causas de morte em contextos em que nenhum médico pode avaliar o falecido. Mais informações podem ser encontradas na página web da OMS sobre autópsia verbal.

Veja [3.14.14 Lista de alvos de causas de morte para autópsia verbal](#) com os correspondentes códigos da CID-11.

## 2.16 Conceitos básicos

Os codificadores de mortalidade devem estar familiarizados com os conceitos básicos apresentados nesta Seção.

Quadro A: Dados médicos: Parte 1 e 2			
1		Causa da morte	Intervalo aproximado entre o início e a morte
	a		XX dias
	b	Devido a	Relação causal
	c	Devido a	Ponto de partida
	d	Devido a	Sequência
2			

Diagrama explicativo do Quadro A:

- Causa terminal da morte:** Indica a causa listada na linha 'a'.
- Duração:** Indica o intervalo de tempo entre o início e a morte, representado por 'XX dias'.
- Relação causal:** Indica a relação entre a causa terminal (linha 'a') e a causa imediatamente anterior (linha 'b').
- Ponto de partida:** Indica o ponto de partida da cadeia causal, representado pela causa imediatamente anterior (linha 'c').
- Sequência:** Indica a sequência de causas, representada pelas linhas 'b', 'c' e 'd'.

### Conceitos básicos

Conceitos básicos para a codificação de mortalidade no modelo internacional de Atestado Médico de Causa de Morte

#### 2.16.1 Causa terminal da morte

A doença ou condição registrada primeiro na primeira linha usada da Parte 1 do atestado de morte é a causa que levou diretamente à morte. Trata-se da causa terminal ou imediata da morte.

##### Exemplo 1

- 1 (a) Infarto do miocárdio  
*devido a*
- (b) Aterosclerose coronariana  
*devido a*
- (c)  
*devido a*
- (d)

2

Infarto do miocárdio é a causa terminal da morte, uma vez que é inserido em primeiro lugar na primeira linha usada do atestado.

## Exemplo 2

- 1 (a) Infarto do miocárdio e edema pulmonar  
*devido a*
  - (b) Aterosclerose coronariana  
*devido a*
  - (c)  
*devido a*
  - (d)
- 2

Infarto do miocárdio é a causa terminal da morte, uma vez que é inserido em primeiro lugar na primeira linha do atestado.

### 2.16.2 Relação causal e sequência

Uma relação causal existe se uma condição mencionada no atestado de morte puder ser causada por outra condição também mencionada no atestado. O termo "sequência" se refere a uma cadeia ou uma série de acontecimentos médicos nos quais cada passo é uma complicação ou é causada pelo passo anterior. Pode existir uma relação causal entre quaisquer duas condições, incluindo condições atribuídas ao mesmo código da CID-11, independentemente do lugar em que cada condição foi informada. Em um atestado de morte corretamente preenchido, uma sequência é um conjunto de condições informadas, linha por linha, com uma relação causal entre cada elemento. Quatro linhas são fornecidas na Parte 1 do certificado para registrar a sequência de eventos que levaram à morte. O atestante pode usar apenas o número de linhas necessárias para descrever a sequência.

Uma relação causal é considerada aceitável para a codificação da mortalidade se for fundamentada não apenas em uma avaliação médica, mas também em considerações epidemiológicas e de saúde pública. Portanto, uma relação aceitável do ponto de vista médico pode ser considerada inaceitável nas instruções para a codificação porque um passo posterior na sequência é mais importante do ponto de vista de saúde pública.

Ademais, uma sequência informada que parece improvável deve ser aceita se um ou mais passos intermediários explicarem a relação causal, mesmo que não tenham sido informados. Entretanto, essas supostas causas intermediárias não devem ser codificadas, pois são suposições e não condições informadas.

Para decidir se uma relação causal declarada é aceitável, sempre aplique as instruções da Seção 2.19.1 [Instruções especiais sobre sequências aceitas e rejeitadas \(Passos SP3 e SP4\)](#). Considera-se que relações causais declaradas, porém não listadas na Seção 2.19.1, devem ser aceitas tanto quanto possível, porque a opinião do atestante sobre as causas que levaram à morte não deve ser desconsiderada.

### Exemplo 1

- 1 (a) Infarto do miocárdio  
*devido a*
  - (b) Trombose coronária  
*devido a*
  - (c) Aterosclerose coronariana  
*devido a*
  - (d)
- 2

A causa terminal da morte é infarto do miocárdio. Este é causado por trombose coronária, que, por sua vez, é causada por aterosclerose coronariana. Consequentemente, a sequência é: infarto do miocárdio devido a trombose coronária devido a aterosclerose coronariana.

### Exemplo 2

- 1 (a) Hemorragia extensiva  
*devido a*
  - (b) Amputação traumática da perna direita  
*devido a*
  - (c) Atropelamento por um ônibus  
*devido a*
  - (d)
- 2

A causa terminal da morte é hemorragia. Esta é uma complicação da amputação traumática da perna direita, que, por sua vez, é causada por acidente de ônibus. Consequentemente, a sequência é: hemorragia extensiva devido a amputação traumática da perna direita devido a atropelamento por um ônibus.

### 2.16.3 Ponto de partida

O ponto de partida é a condição ou evento que iniciou a sequência de relações causais aceitáveis que finaliza com a causa terminal da morte. Em um atestado de morte corretamente preenchido, a condição registrada primeiro na última linha usada na Parte 1 é o ponto de partida da sequência. As instruções sobre como identificar o ponto de partida são fornecidas na Seção [2.17.3 Encontre o ponto de partida \(\*starting point\*\) \(Passos SP1 a SP8\)](#).

Se o atestado de morte não estiver corretamente preenchido, o ponto de partida pode estar informado em outro lugar, então são dadas instruções para identificar o ponto de partida também para esses casos de forma padronizada. Portanto, é importante aplicar as instruções da Seção [2.17.3](#) de forma sequencial.

A condição considerada provisoriamente como ponto de partida ao aplicar as instruções passo a passo é denominada "ponto de partida temporário (PPT/TSP – *Tentative Starting*

"Point)" e pode mudar várias vezes à medida que as instruções são aplicadas no atestado de morte.

#### Exemplo 1

- 1 (a) Infarto do miocárdio e edema pulmonar  
*devido a*
  - (b) Aterosclerose coronariana  
*devido a*
  - (c)  
*devido a*
  - (d)
- 2

Aterosclerose coronariana é o ponto de partida, uma vez que levou a infarto do miocárdio.

#### Exemplo 2

- 1 (a) Pneumonia  
*devido a*
  - (b) Fratura de quadril  
*devido a*
  - (c) Tropeço em tapete  
*devido a*
  - (d)
- 2

Tropeço em tapete é o ponto de partida, pois começou a sequência de eventos que levaram à morte.

### 2.16.4 Duração

Em atestados de morte, cada condição informada também deve incluir informações sobre a duração, que é definida como o intervalo entre o início da doença ou condição e o momento da morte. Observe que nem sempre é igual o tempo que se inicia ao momento do diagnóstico da doença, que pode ser coincidente ou após o aparecimento dos sintomas.

### 2.16.5 Primeira sequência mencionada

Um atestado de morte pode conter várias sequências de relações causais aceitáveis finalizando na causa terminal da morte. As instruções de codificação são fornecidas para identificar o ponto de partida da primeira sequência mencionada na Parte 1 (ver também o Passo SP4).

As figuras abaixo ilustram exemplos de atestados em que cada condição informada é mostrada por um círculo. O ponto de partida da primeira sequência mencionada está em cinza, e a relação causal da primeira sequência mencionada é indicada por uma seta.



Para identificar a primeira sequência mencionada, comece com a causa terminal da morte (a condição registrada primeiro na primeira linha usada da Parte 1). Verifique se as condições na linha seguinte na Parte 1 podem resultar na causa terminal da morte. Se várias condições são informadas na mesma linha, verifique da esquerda para a direita, sucessivamente, até encontrar uma condição que possa causar a causa terminal.

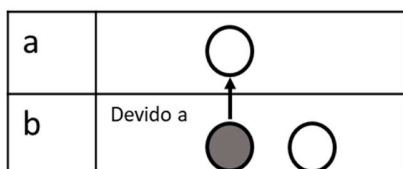
Se nenhuma condição nas linhas seguintes pode causar a causa terminal da morte, não há sequência terminando na causa terminal da morte. A causa terminal da morte é o ponto de partida temporário. Uma instrução específica também é fornecida quando não se encontra nenhuma sequência (ver o Passo SP5).



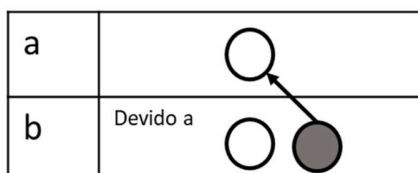
*Nenhuma sequência*

Não há sequência finalizando na causa terminal da morte

Se há uma condição que pode causar a causa terminal da morte, a primeira condição encontrada capaz de causar a causa terminal da morte é o ponto de partida temporário. Se não há condições informadas nas linhas inferiores, a sequência entre esse ponto de partida temporário e a causa terminal é a primeira sequência mencionada.

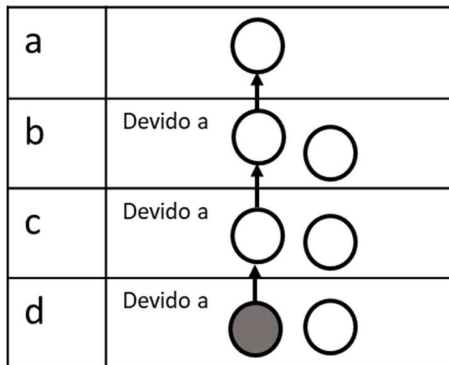


*Primeira sequência mencionada A*

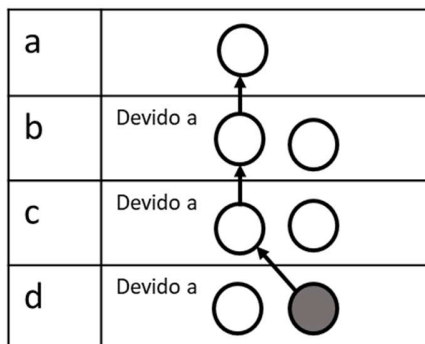


*Primeira sequência mencionada B*

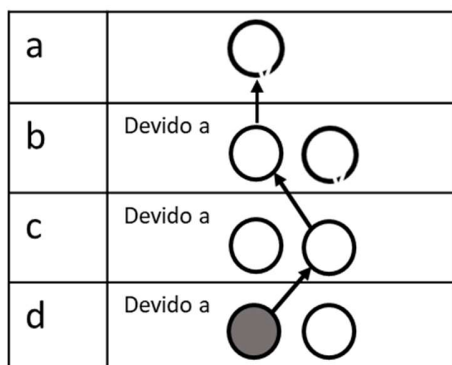
Se há condições informadas nas linhas inferiores na Parte 1, o procedimento deve ser repetido para a próxima linha inferior. Comece com o ponto de partida temporário identificado no passo anterior. Verifique as condições na próxima linha inferior da Parte 1, da esquerda para a direita, para determinar se podem causar o ponto de partida temporário. Continue até encontrar uma condição que pode causar o ponto de partida temporário. Esta é o novo ponto de partida temporário.



*Primeira sequência mencionada C*



*Primeira sequência mencionada D*



*Primeira sequência mencionada E*

Se ainda há condições informadas nas linhas inferiores na Parte 1, repita o procedimento até que um novo ponto de partida temporário possa ser identificado. Quando não puder ser encontrada nenhuma condição que cause o ponto de partida temporário, o último ponto de partida temporário identificado é também o ponto de partida da primeira sequência mencionada.

#### Exemplo 1

- 1 (a) Pneumonia  
*devido a*
- (b) Fratura de quadril e insuficiência cardíaca  
*devido a*
- (c) Tropeço em tapete, aterosclerose coronariana  
*devido a*
- (d)

2

Pneumonia pode ser devido a fratura do quadril e, portanto, fratura de quadril é o ponto de partida temporário. Fratura de quadril pode ser devido a tropeço, que é o novo ponto de partida temporário. Considerando que não existem causas informadas abaixo da linha 1(c), tropeço em tapete é o ponto de partida da primeira sequência mencionada.

### Exemplo 2

- 1 (a) Pneumonia  
*devido a*
  - (b) Insuficiência cardíaca e fratura de quadril  
*devido a*
  - (c) Aterosclerose coronariana e tropeço em tapete  
*devido a*
  - (d)
- 2

Pneumonia pode ser devido a insuficiência cardíaca e, portanto, insuficiência cardíaca é o ponto de partida temporário. Insuficiência cardíaca pode ser devido a aterosclerose coronariana, que é o novo ponto de partida temporário. Uma vez que não existem causas informadas abaixo da linha 1(c), aterosclerose coronariana é o ponto de partida da primeira sequência mencionada.

### Exemplo 3

- 1 (a) Pneumonia  
*devido a*
  - (b) Fratura de quadril e insuficiência cardíaca  
*devido a*
  - (c) Aterosclerose coronariana e tropeço em tapete  
*devido a*
  - (d)
- 2

Pneumonia pode ser devido a fratura do quadril e, portanto, fratura de quadril é o ponto de partida temporário. No entanto, fratura de quadril não pode ser devido a aterosclerose coronariana, mas pode ser devido a tropeço, que é o novo ponto de partida temporário. Uma vez que não existem causas informadas abaixo da linha 1(c), tropeço em tapete é o ponto de partida da primeira sequência mencionada.

## 2.16.6 Causa básica da morte

A causa básica da morte (CBM/UCOD – *underlying cause of death*), conforme definido na Seção 2.15.1, é a condição selecionada para a tabulação de causa única nas estatísticas de mortalidade.

Uma condição que é considerada provisoriamente como a causa básica da morte ao aplicar as instruções passo a passo é denominada "causa básica temporária da morte" e pode mudar várias vezes à medida que as instruções são aplicadas no atestado de morte.

### Exemplo 1

- 1 (a) Infarto do miocárdio  
*devido a*
  - (b) Aterosclerose coronariana  
*devido a*
  - (c) Aterosclerose generalizada  
*devido a*
  - (d)
- 2

Aterosclerose generalizada iniciou a sequência de eventos que levaram à morte, por isso, é o ponto de partida. Existem instruções especiais de modificação relacionadas à aterosclerose e doença cardíaca coronária na CID, e, no próximo passo, aterosclerose coronariana é selecionada como a causa básica temporária da morte. Entretanto, há instruções adicionais sobre aterosclerose coronariana e infarto do miocárdio, e, no passo final, infarto do miocárdio é selecionado como a causa básica temporária, e é a causa básica da morte nesse caso.

#### 2.16.7 Condição subjacente prioritária

Algumas instruções de codificação de mortalidade (por exemplo, Passos SP6, M1) referem-se à "condição subjacente prioritária". Trata-se de um conceito para estabelecer uma ordem de prioridade que dá precedência à condição subjacente, quando requisitos específicos em cada instrução se aplicam a várias condições no atestado de morte.

Para identificar a condição subjacente prioritária, comece pela primeira condição informada na linha mais baixa usada da Parte 1. Se há várias condições informadas, busque a partir da linha mais baixa usada, e a próxima linha acima de forma sucessiva, da esquerda para a direita para cada linha. Se não conseguir encontrar a condição subjacente prioritária na Parte 1, então busque na Parte 2, novamente da esquerda para a direita.

<b>1</b>	<b>a</b>	(7) (8)	
	<b>b</b>	Devido a (5) (6)	
	<b>c</b>	Devido a (3) (4)	
	<b>d</b>	Devido a (1) (2)	
<b>2</b>		(9) (10)	

*Condição subjacente prioritária*

### 2.16.8 Modificação

Instruções especiais de codificação em sequências e categorias da CID específicas podem resultar na escolha de uma outra condição, que não o ponto de partida, como causa básica da morte para uso em estatísticas. Nesses casos, o código da causa básica frequentemente expressa uma combinação do ponto de partida com uma outra condição informada, ou uma complicação ou consequência do ponto de partida, de particular importância para a saúde pública. O procedimento pelo qual o código da CID atribuído para o ponto de partida é substituído por um outro código é chamado de modificação. Informações sobre como aplicar essas instruções especiais para identificar a causa básica da morte são fornecidas na Seção 2.18 [Verifique se há modificações do ponto de partida \(Passos M1 a M4\)](#).

#### Exemplo 1

- 1 (a) Doença do coração  
*devido a*
  - (b) Aterosclerose generalizada  
*devido a*
  - (c)  
*devido a*
  - (d)
- 2

Aterosclerose generalizada iniciou a sequência de eventos que levaram à morte, por isso, é o ponto de partida. Entretanto, de acordo com uma instrução especial sobre aterosclerose generalizada, a aterosclerose generalizada levando a doença cardíaca é classificada em doença aterosclerótica do coração nas estatísticas de mortalidade. Devido a essa modificação, a doença aterosclerótica do coração é a causa básica da morte.

## 2.17 Instruções de codificação para mortalidade

Ao codificar causas de morte, primeiro atribua códigos da CID a todas as condições mencionadas no atestado de morte. Muitas instruções de codificação são baseadas em códigos específicos da CID e, para determinar se alguma instrução deve ser ou não aplicada, todas as condições que constam do atestado devem ser codificadas. Outras condições informadas no atestado podem afetar a codificação de qualquer condição. A ação de atribuir códigos para todas as condições informadas e aplicar qualquer efeito que um código tenha sobre outro denomina-se codificação de causas múltiplas.

### 2.17.1 Diretrizes para a codificação da causa básica e codificação de causas múltiplas

Para começar a codificar, consulte as orientações para a codificação da causa básica fornecidas no início da Parte 2 (por exemplo, Seções 2.1, 2.6 e 2.10.1). Quando múltiplas causas são informadas, consulte também a Seção 2.20 [Instruções de codificação para a mortalidade: codificação de causas múltiplas e outras instruções específicas](#). A codificação de causas múltiplas permite uma análise aprofundada das causas de morte, por exemplo, de complicações graves, porém evitáveis, de certas causas básicas e o impacto de condições coexistentes sobre o resultado de um processo de doença. Portanto, na codificação de mortalidade, tanto a causa básica como as causas múltiplas devem ser informadas. Uma codificação completa de causas múltiplas é essencial para uma correta aplicação das instruções da CID para a seleção e modificação da causa básica de morte.

Uma vez atribuídos os códigos da CID para cada doença ou condição no atestado, devem ser aplicadas as instruções para selecionar a causa básica da morte.

### 2.17.2 Seleção da causa básica da morte

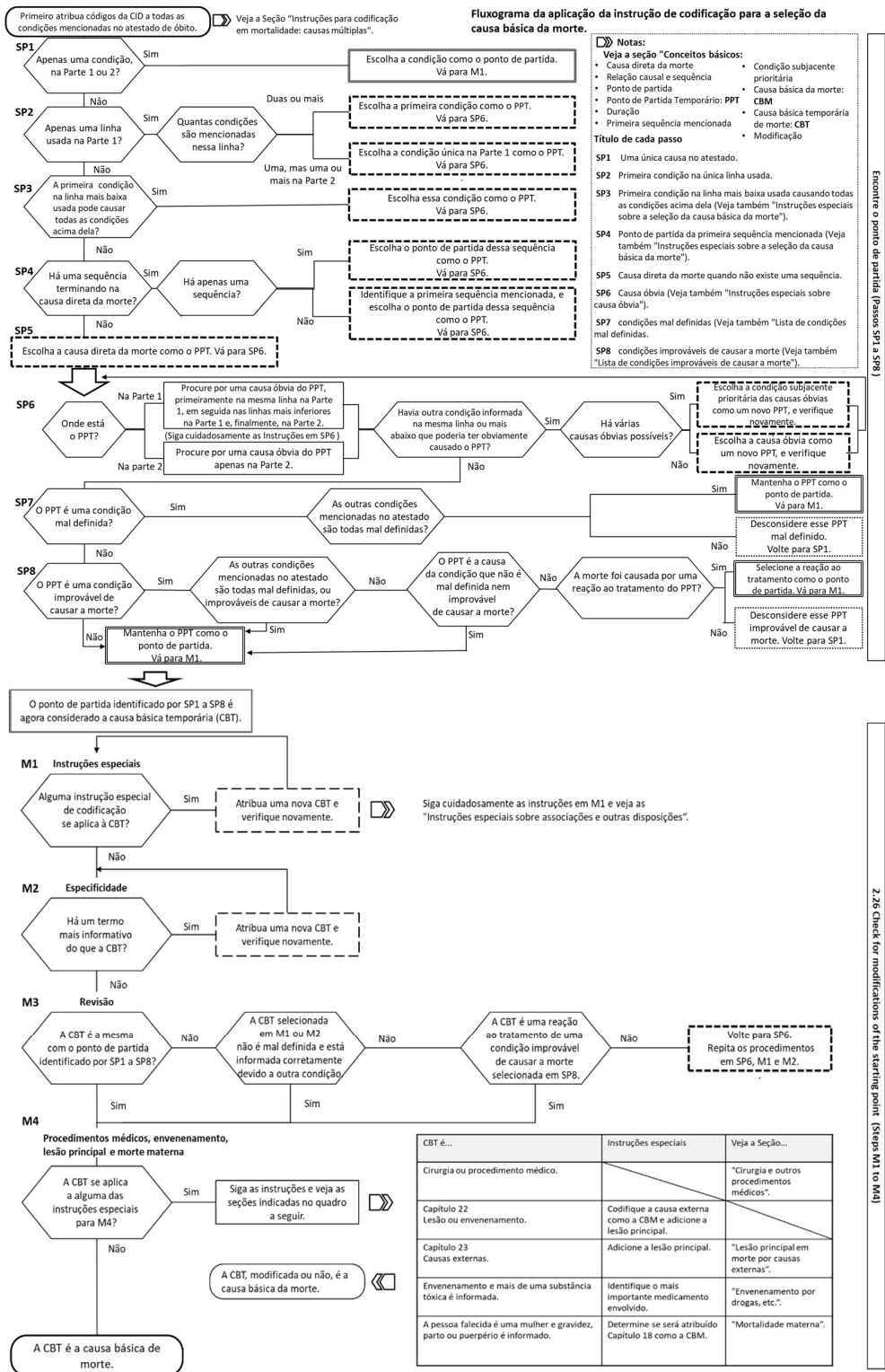
Para a maioria dos atestados de morte, a seleção da causa básica da morte é um procedimento simples. Existem, no entanto, muitos casos em que as causas básicas não são imediatamente óbvias. Para garantir que tanto os casos simples quanto os complexos sejam codificados de acordo com as regras de mortalidade da CID, é importante seguir as instruções de codificação cuidadosamente, passo a passo. Caso contrário, as estatísticas de mortalidade resultantes não serão internacionalmente comparáveis, o que reduz seriamente o valor dos dados para fins de saúde pública.

A seleção da causa básica da morte envolve duas etapas distintas. A primeira é a identificação do ponto de partida (Passos SP1 a SP8 abaixo). A segunda etapa é modificar o ponto de partida, se alguma das instruções de modificação se aplica, para refletir as informações adicionais fornecidas no atestado de morte (Passos M1 a M4 abaixo). Consulte as Seções 2.18 - 2.19 para instruções específicas. Ademais, o Anexo para a Mortalidade 3.14.4 inclui um fluxograma para ilustrar as instruções de codificação para a seleção da causa básica da morte. Trata-se de um complemento para ajudar os codificadores a seguir as instruções de codificação.

Ressalte-se que o objetivo do procedimento de seleção é produzir estatísticas de mortalidade as mais úteis possíveis. Assim, as instruções a seguir podem refletir a importância de algumas condições para a saúde pública, mas não o que é correto a partir de um ponto de vista puramente médico. As instruções a seguir aplicam-se sempre, sejam consideradas medicamente corretas ou não.

Nos seguintes exemplos de codificação, o "devido a" entre as linhas da Parte 1 não está incluído. No entanto, é importante ter em mente que qualquer condição informada em uma linha superior na Parte 1 é supostamente devido ao que é informado na linha abaixo.





## Fluxograma

Fluxograma dos Passos SP1 a SP8 e dos Passos M1 a M4 para a codificação de mortalidade.

### 2.17.3 Encontre o ponto de partida (*starting point*) (Passos SP1 a SP8)

Para identificar o ponto de partida, deve-se seguir os oito passos especificados nesta Seção. Os passos são nomeados SP1 a SP8 (regra do ponto de partida 1 a regra do ponto de partida 8). Cada passo contém uma regra de seleção. Em cada passo, há uma descrição da regra de seleção em si e uma instrução sobre o que fazer a seguir.

### 2.17.4 Passo SP1 – Uma única causa no atestado

Se há apenas uma condição informada no atestado, quer na Parte 1 ou Parte 2, esta é o ponto de partida. Em seguida, verifique se o passo M1 ou M4 se aplica, vá para a Seção [2.18 Verifique se há modificações do ponto de partida \(Passos M1 a M4\)](#).

Se há duas ou mais condições no atestado, vá para o Passo SP2.

### 2.17.5 Passo SP2 – Primeira condição na única linha usada

Se o atestante tiver usado apenas uma linha na Parte 1 e:

- informado apenas uma condição nessa linha, mas uma ou mais condições na Parte 2, então a única condição na Parte 1 é o ponto de partida temporário. Em seguida, vá para o Passo SP6.
- informado duas ou mais condições nessa linha, então a primeira condição é o ponto de partida temporário. Isso se aplica independentemente de uma ou mais condições tiverem sido informadas na Parte 2. Em seguida, vá para o Passo SP6.

Se o atestante tiver usado mais de uma linha na Parte 1, vá para o Passo SP3.

Se o atestante tiver usado a Parte 2, mas informado duas ou mais condições nessa Parte, então a primeira condição é o ponto de partida temporário.

#### Exemplo 1

- 1 (a) Infarto do miocárdio e diabetes mellitus  
(b)  
(c)  
(d)
- 2

O infarto do miocárdio é a primeira condição mencionada no atestado e é o ponto de partida temporário. Em seguida, vá para o Passo SP6 para checar se regras de seleção e modificação adicionais se aplicam.

### Exemplo 2

- 1 (a) Infarto do miocárdio  
(b)  
(c)  
(d)
- 2 Diabetes mellitus

O infarto do miocárdio é a primeira condição mencionada no atestado e é o ponto de partida temporário. Em seguida, vá para o Passo SP6 para checar se regras de seleção e modificação adicionais se aplicam.

### 2.17.6 Passo SP3 – A primeira condição na linha mais baixa usada causando todas as condições acima dela

Se há condições informadas em mais de uma linha na Parte 1, verifique se cada uma das condições informadas na(s) linha(s) acima da linha mais baixa usada na Parte 1 pode ser causada pela primeira condição na linha mais baixa usada.

- Se sim, então essa condição é o ponto de partida temporário. Em seguida, vá para o Passo SP6.
- Se não, vá para o Passo SP4.

Para avaliar a relação causal, consulte a Seção [2.16.2 Relação causal e sequência](#), e a Seção [2.19.1 Instruções especiais sobre sequências aceitas e rejeitadas \(Passos SP3 e SP4\)](#).

### Exemplo 1

- 1 (a) Broncopneumonia  
(b) Hemiplegia  
(c) Infarto cerebral  
(d)
- 2

Tanto broncopneumonia como hemiplegia podem ser causadas por infarto cerebral. Isso significa que infarto cerebral é o ponto de partida temporário.

### Exemplo 2

- 1 (a) Metástases hepáticas 2 meses  
(b) Broncopneumonia 4 dias  
(c) Câncer de estômago 6 meses  
(d)
- 2

Tanto metástases hepáticas como broncopneumonia podem ser causadas por câncer de estômago. Isso significa que câncer de estômago é o ponto de partida temporário, embora broncopneumonia não pode causar metástases hepáticas e broncopneumonia tem uma duração mais curta do que metástases hepáticas.

### Exemplo 3

- 1 (a) Metástases hepáticas
  - (b) Broncopneumonia
  - (c) Câncer de estômago e infarto cerebral
  - (d)
- 2

Tanto metástases hepáticas como broncopneumonia podem ser causadas por câncer de estômago, que é a primeira condição mencionada na linha mais baixa usada na Parte 1. Isto significa que câncer de estômago é o ponto de partida temporário.

### Exemplo 4

- 1 (a) Metástases hepáticas
  - (b) Broncopneumonia e câncer de estômago
  - (c)
  - (d)
- 2

Metástases hepáticas não podem ser causadas por broncopneumonia. Isso significa que nenhum ponto de partida temporário pode ser identificado pelo Passo SP3. Portanto, vá para o Passo SP4.

## 2.17.7 Passo SP4 – Ponto de partida da primeira sequência mencionada

A primeira sequência mencionada encontra-se sempre na Parte 1 (ver Seção 2.16.5).

- Se uma ou mais sequências finalizando na causa terminal da morte são informadas na Parte 1, identifique a primeira sequência mencionada (ver Seção 2.16.5). O ponto de partida dessa sequência é o ponto de partida temporário. Em seguida, vá para o Passo SP6.

Se nenhuma sequência finalizando na causa terminal da morte é informada na Parte 1, vá para o Passo SP5.

Para avaliar a relação causal, consulte a Seção 2.16.2 [Relação causal e sequência](#), e a Seção 2.19.1 [Instruções especiais sobre sequências aceitas e rejeitadas](#) (Passos SP3 e SP4).

### Exemplo 1

- 1 (a) Metástases hepáticas
  - (b) Broncopneumonia e câncer de estômago
  - (c)
  - (d)
- 2

Broncopneumonia não pode causar metástases hepáticas (Passo SP3 não se aplica), mas metástases hepáticas podem ser devido a câncer de estômago. Essa é a primeira sequência mencionada finalizando na causa terminal da morte, então câncer de estômago é o ponto de partida temporário.

### Exemplo 2

- 1 (a) Broncopneumonia  
(b) Infarto cerebral e metástases hepáticas  
(c) Aterosclerose e câncer de estômago  
(d)
- 2

Aterosclerose não pode causar metástases hepáticas (Passo SP3 não se aplica). Há três sequências aceitáveis no atestado: 1) broncopneumonia causada por infarto cerebral, por sua vez causado por aterosclerose; 2) broncopneumonia causada por infarto cerebral, por sua vez causado por câncer de estômago; e 3) broncopneumonia causada por metástases hepáticas, por sua vez causadas por câncer de estômago. A primeira sequência mencionada é broncopneumonia causada por infarto cerebral, por sua vez causado por aterosclerose. Consequentemente, aterosclerose é o ponto de partida temporário.

### 2.17.8 Passo SP5 – Causa terminal da morte quando não existe uma sequência

Se nenhuma sequência finalizando na causa terminal da morte é informada na Parte 1, a causa terminal da morte também é o ponto de partida temporário. Em seguida, vá para o Passo SP6.

### Exemplo 1

- 1 (a) Metástases hepáticas  
(b) Infarto cerebral  
(c) Aterosclerose  
(d)
- 2 Câncer de estômago

Aterosclerose não pode causar metástases hepáticas (Passo SP3 não se aplica). Infarto cerebral não pode causar metástases hepáticas (Passo SP4 não se aplica). Nenhuma sequência finalizando na causa terminal da morte é informada na Parte 1, então a causa terminal da morte – metástases hepáticas – é o ponto de partida temporário.

### 2.17.9 Passo SP6 – Causa óbvia

Se o ponto de partida temporário selecionado nos Passos SP1 a SP5 foi obviamente causado por outra condição no atestado, selecione a causa óbvia como o novo ponto de partida temporário. As condições que são consideradas como tendo uma relação causal "óbvia" estão especificadas na Seção 2.19.2 Instruções especiais sobre causa óbvia (Passo SP6). Para identificar qual Parte do atestado se deve buscar, aplique as seguintes regras:

- Se o ponto de partida temporário está na Parte 1, a causa óbvia deve estar na mesma linha ou em uma linha abaixo, na Parte 1 ou na Parte 2. Não procure as causas óbvias em linhas acima do ponto de partida temporário.
- Se o ponto de partida temporário está na Parte 2, a causa óbvia também deve estar na Parte 2. Não procure as causas óbvias na Parte 1.

Em seguida, reaplique o Passo SP6 para o novo ponto de partida temporário. Continue procurando um novo ponto de partida temporário até encontrar um ponto de partida

temporário que não seja obviamente causado por uma condição informada na mesma linha ou mais abaixo no atestado. Então, vá para o Passo SP7.

Se não há nenhuma condição informada no atestado que tenha obviamente causado o ponto de partida temporário selecionado nos Passos SP2 a SP5, vá para o Passo SP7.

Uma relação causal óbvia é um tipo de relação causal (ver Seção 2.19.1) e uma sequência rejeitada na Seção [2.19.2] também deve ser rejeitada ao considerar uma relação "óbvia" entre condições. Entretanto, ao considerar aceitar sequências, o termo "óbvia" é importante, e não deve haver nenhuma dúvida sobre a relação entre as condições. Não é suficiente que a sequência tenha sido aceita se o ponto de partida temporário tiver sido informado como devido a outra condição. Ao aplicar o Passo SP6, sempre consulte a Seção 2.19.2.

Não aplique o Passo SP6 se o ponto de partida temporário tem uma duração maior do que a causa óbvia.

Se mais de uma causa óbvia do ponto de partida temporário é informada, selecione a condição subjacente prioritária (ver Seção 2.16.7).

#### Exemplo 1

- 1 (a) Sepses  
(b) Peritonite  
(c)  
(d)
- 2 Apendicite com ruptura

Sepses pode ser causada por peritonite, e peritonite é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Apendicite com ruptura é uma causa óbvia de peritonite, e apendicite com ruptura é o novo ponto de partida temporário.

#### Exemplo 2

- 1 (a) Metástases hepáticas  
(b) Infarto cerebral  
(c)  
(d)
- 2 Câncer de estômago

Infarto cerebral não pode causar metástases hepáticas, e metástases hepáticas são o ponto de partida temporário (Passo SP5). Câncer de estômago é uma causa óbvia de metástases hepáticas, e câncer de estômago é o novo ponto de partida temporário.

### Exemplo 3

- 1 (a) Sepsis  
(b) Peritonite, embolia mesentérica  
(c)  
(d)
- 2

Sepsis pode ser causada por peritonite, e peritonite é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Embolia mesentérica é uma causa óbvia de peritonite, e embolia mesentérica é o novo ponto de partida temporário.

### Exemplo 4

- 1 (a) Sepsis  
(b) Peritonite  
(c)  
(d)
- 2 Embolia mesentérica, apendicite rota

Sepsis pode ser causada por peritonite, e peritonite é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Em seguida, tanto embolia mesentérica como apendicite rota são causas óbvias de peritonite. Como embolia mesentérica é mencionada em primeiro lugar e é a condição subjacente prioritária, ela é o novo ponto de partida temporário.

### Exemplo 5

- 1 (a) Sepsis  
(b) Peritonite  
(c)  
(d)
- 2 Necrose do intestino, infarto mesentérico

Sepsis pode ser causada por peritonite, e peritonite é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Necrose do intestino é uma causa óbvia de peritonite, então necrose do intestino é o novo ponto de partida temporário. Em seguida, infarto mesentérico é uma causa óbvia de necrose do intestino, e infarto mesentérico é o ponto de partida final.

## 2.17.10 Passo SP7 – Condições mal definidas

Se o ponto de partida temporário selecionado nos Passos SP1 a SP6 está na [Lista de condições mal definidas](#), e:

- Se há pelo menos uma condição que não seja mal definida, então desconsidere a condição mal definida. Vá para o Passo SP1 e selecione outro ponto de partida, como se a condição mal definida não tivesse sido mencionada no atestado.
- Se todas as outras condições informadas no atestado são mal definidas, vá para o Passo M1.

Se o ponto de partida temporário não é mal definido, vá para o Passo SP8.

Observe que as seguintes condições não são consideradas mal definidas:

### 3.14.6 Lista de condições mal definidas.

#### Exemplo 1

- 1 (a) Insuficiência respiratória
- (b)
- (c)
- (d)
- 2 Embolia mesentérica

Insuficiência respiratória é a única condição mencionada na Parte 1 e é o ponto de partida temporário de acordo com o Passo SP2. Insuficiência respiratória está no quadro de condições mal definidas, e há uma condição que não é mal definida, embolia mesentérica, então desconsidere a insuficiência respiratória e reinicie o procedimento de seleção. Embolia mesentérica é o novo ponto de partida de acordo com o Passo SP1.

### 2.17.11 Passo SP8 – Condições improváveis de causar a morte

Se o ponto de partida temporário selecionado nos Passos SP1 a SP7 consta da [Lista de condições improváveis de causar a morte](#) (ver o Anexo para a Mortalidade 3.14.10), e:

- Se todas as outras condições informadas no atestado também são improváveis de causar a morte ou mal definidas, então mantenha essa condição "improvável de causar a morte" como o ponto de partida. Em seguida, vá para o Passo M1.
- Se essa condição foi a causa de outra condição que não é "improvável de causar a morte" e que não é mal definida, então mantenha essa condição improvável de causar a morte como o ponto de partida. Em seguida, vá para o Passo M1.
- Se a morte foi causada por uma reação ao tratamento da condição improvável de causar a morte, selecione a reação ao tratamento como o ponto de partida. Em seguida, vá para o Passo M1.
- Se nenhum desses três casos se aplica, e há pelo menos uma condição que não é "improvável de causar a morte" e não é "mal definida", então desconsidere a condição improvável de causar a morte. Vá para o Passo SP1 e selecione outro ponto de partida como se a condição improvável de causar a morte não tivesse sido mencionada no atestado.

Se o ponto de partida temporário não está na "Lista de condições improváveis de causar a morte", mantenha essa condição como ponto de partida e vá para o Passo M1.

Se o atestado menciona mais de um tratamento para a condição improvável de causar a morte, selecione o primeiro tratamento mencionado.



### Exemplo 1

- 1 (a) Perda auditiva  
(b)  
(c)  
(d)
- 2 Doença isquêmica do coração

Perda auditiva é o ponto de partida temporário (Passo SP2), mas está na "Lista de condições consideradas improváveis de causar a morte". Há outra condição no atestado, doença isquêmica do coração, que não está na "Lista de condições consideradas improváveis de causar a morte". Desconsidere perda auditiva e reinicie o procedimento de seleção a partir do Passo SP1. Doença isquêmica do coração é o novo ponto de partida (Passo SP1).

### Exemplo 2

- 1 (a) Insuficiência hepática  
(b) Uso excessivo de paracetamol  
(c) Cefaleia tipo enxaqueca  
(d)
- 2

Cefaleia tipo enxaqueca é o ponto de partida temporário (Passo SP3), mas está na "Lista de condições consideradas improváveis de causar a morte". Cefaleia tipo enxaqueca foi tratada com paracetamol e ocorreu uma reação ao tratamento, insuficiência hepática. Selecione a reação ao tratamento, insuficiência hepática, como o ponto de partida.

### Exemplo 3

- 1 (a) Sepses  
(b) Abscesso submandibular  
(c) Cárie  
(d)
- 2

Cárie é o ponto de partida temporário (Passo SP3), mas está na "Lista de condições consideradas improváveis de causar a morte". Nesse caso, cárie causou abscesso submandibular, uma condição que não é improvável de causar a morte e não é mal definida. Por isso, mantenha cárie como ponto de partida.

### Exemplo 4

- 1 (a) Cefaleia  
(b) Cárie  
(c)  
(d)
- 2 Doença isquêmica do coração

Cárie é o ponto de partida temporário (Passo SP3), mas está na "Lista de condições consideradas improváveis de causar a morte". Nesse caso, cárie causou cefaleia, uma condição que está na lista de condições mal definidas.

Desconsidere tanto cárie (Passo SP8) como cefaleia (Passo SP7) e reinicie o procedimento de seleção a partir do Passo SP1. Doença isquêmica do coração é o novo ponto de partida (Passo SP1).

## 2.18 Verifique se há modificações do ponto de partida (Passos M1 a M4)

O ponto de partida identificado utilizando os Passos SP1 a SP8 é agora considerado a causa básica temporária. Pode haver instruções especiais de codificação sobre essa causa básica temporária ou outras razões para modificá-la. Verifique se a causa básica temporária deve ser modificada mediante a aplicação das regras de modificação descritas nos Passos M1 a M3 (regra de modificação 1 a regra de modificação 3). Cada passo contém uma regra de modificação. Em cada passo há uma descrição da regra de modificação, bem como o que se deve fazer em seguida. Há também subitens com instruções e explicações mais detalhadas.

### 2.18.1 Passo M1 – Instruções especiais

Se à causa básica temporária (CBT) selecionada nos Passos SP1 a SP8 se aplica uma instrução especial listada na Seção 2.19.3 [Instruções especiais sobre associações e outras disposições \(Passo M1\)](#), atribua uma nova causa básica temporária de acordo com a instrução.

Em seguida, reaplique o Passo M1 para a nova causa básica temporária. Repita o processo até que seja encontrada uma causa básica temporária que não seja afetada por qualquer outra instrução especial de codificação. Em seguida, vá para o Passo M2.

Se à causa básica temporária não se aplicam instruções da Seção 2.19.3, vá para o Passo M2.

Se mais de uma instrução da Seção 2.19.3 se aplica à causa básica temporária, selecione a instrução relacionada à condição subjacente prioritária (ver Seção 2.16.7).

Observe que há dois tipos de combinações de códigos, "com menção de" e "quando informada como a causa de". Consulte a Seção 2.19.3 para mais detalhes.

Às vezes a própria classificação indica um código para uma combinação da causa básica temporária com outra causa mencionada no atestado. Use o código da combinação a menos que uma instrução sobre a codificação de mortalidade na Seção 2.19.3 indique o contrário.

Exemplos de "com menção de":

#### Exemplo 1

- 1 (a) Infarto do miocárdio
  - (b) Doença isquêmica do coração
  - (c)
  - (d)
- 2

Doença isquêmica do coração é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há uma instrução especial para doença isquêmica do coração informada com menção de infarto do miocárdio e, segundo essa instrução, o infarto do miocárdio é a nova causa básica temporária.

### Exemplo 2

- 1 (a) Doença isquêmica do coração  
(b) Aterosclerose  
(c)  
(d)
- 2 Infarto cerebral

Aterosclerose é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há uma instrução especial para "aterosclerose informada com doença isquêmica do coração", e outra para "aterosclerose informada com infarto cerebral". A doença isquêmica do coração é mencionada primeiro no atestado, assim aplique a instrução para a aterosclerose informada com doença isquêmica do coração, e selecione doença isquêmica do coração como a nova causa básica temporária.

### Exemplo 3

- 1 (a) Infarto cerebrovascular  
(b) Aterosclerose  
(c) Hipertensão  
(d)
- 2 Infarto do miocárdio

Hipertensão é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há instruções especiais para "hipertensão informada com menção de infarto cerebrovascular" e com infarto do miocárdio. Infarto cerebrovascular é a condição subjacente prioritária, então aplique a instrução para "hipertensão informada com menção de infarto cerebrovascular", e selecione infarto cerebrovascular como a nova causa básica temporária.

### Exemplo 4

- 1 (a) Doença isquêmica do coração  
(b) Aterosclerose  
(c)  
(d)
- 2 Infarto do miocárdio

Aterosclerose é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há uma instrução especial para "aterosclerose informada com menção de doença isquêmica do coração", e outra para "aterosclerose informada com menção de infarto do miocárdio". Doença isquêmica do coração é a condição subjacente prioritária, então aplique a instrução para "aterosclerose informada com menção de doença isquêmica do coração", e selecione doença isquêmica do coração como o novo ponto de partida. Em seguida, há uma instrução especial para "doença isquêmica do coração informada com menção de infarto do miocárdio". Aplique essa instrução e selecione infarto do miocárdio como a nova causa básica temporária.

Exemplos de "quando informada como a causa de":

### Exemplo 5

- 1 (a) Insuficiência renal crônica  
(b) Aterosclerose  
(c)  
(d)
- 2

Aterosclerose é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há uma instrução especial para "aterosclerose informada como a causa de insuficiência renal crônica". Aplique essa instrução e selecione doença renal hipertensiva (BA02) como a nova causa básica temporária.

### Exemplo 6

- 1 (a) Aterosclerose  
(b)  
(c)  
(d)
- 2 Insuficiência renal crônica

Aterosclerose é o ponto de partida temporário (Passo SP2). Embora exista uma instrução especial para "aterosclerose informada como a causa de insuficiência renal crônica", essa instrução não se aplica aqui, porque insuficiência renal crônica é informada na Parte 2 e não como causada por aterosclerose. Nesse caso, aterosclerose continua a ser o ponto de partida temporário.

## 2.18.2 Passo M2 – Especificidade

Se a causa básica temporária descreve uma condição em termos gerais e um termo que fornece informações mais precisas sobre a localização ou a natureza dessa condição é informado no atestado, atribua esse termo mais informativo como a nova causa básica temporária.

Em seguida, reaplique o Passo M2 para a nova causa básica temporária. Repita até que seja encontrada uma causa básica temporária que não possa ser especificada ainda mais.

Se não há nenhum termo que especifique ainda mais a causa básica temporária, vá para o Passo M3.

A descrição mais específica deve se referir à mesma condição que a causa básica temporária. Não desconsidere uma condição generalizada, como aterosclerose, porque uma condição mais específica, porém não relacionada, foi informada no atestado (ver também Exemplo 2).

Se há várias outras expressões que fornecem informações mais precisas sobre a causa básica temporária, selecione a condição subjacente prioritária (ver Seção 2.16.7).

Observe que a própria nova causa básica temporária é às vezes especificada pelo termo geral (ver Exemplo 3).

### Exemplo 1

- 1 (a) Acidente vascular cerebral  
(b) Aterosclerose  
(c)  
(d)
- 2 Embolia arterial em tronco cerebral

Aterosclerose é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há uma instrução especial para "aterosclerose informada com acidente vascular cerebral"; aplique essa instrução e selecione acidente vascular cerebral como o novo ponto de partida de acordo com o Passo M1. O tipo de acidente vascular cerebral é descrito de forma mais precisa na Parte 2 como embolia arterial em tronco cerebral. Esta é a nova causa básica temporária.

### Exemplo 2

- 1 (a) Acidente vascular cerebral  
(b) Aterosclerose  
(c)  
(d)
- 2 Carcinoma de células avencelular do lobo superior direito

Aterosclerose é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há uma instrução especial para "aterosclerose informada com acidente vascular cerebral"; aplique essa instrução e selecione acidente vascular cerebral como a nova causa básica temporária de acordo com o Passo M1. Não há uma descrição mais específica do tipo de acidente vascular cerebral no atestado, então acidente vascular cerebral continua a ser a causa básica temporária.

### Exemplo 3

- 1 (a) Meningite  
(b) Tuberculose  
(c)  
(d)
- 2

Tuberculose é o ponto de partida temporário (Passo SP3). A manifestação é descrita como meningite, e os dois termos combinam como meningite tuberculosa, que é a causa básica temporária.

## 2.18.3 Passo M3 – Revisão dos Passos SP6, M1 e M2

Se, neste momento, a causa básica temporária não é a mesma que o ponto de partida selecionado nos Passos SP1 a SP8, então volte para o Passo SP6. Repita os procedimentos descritos nos Passos SP6, M1 e M2.

Se a causa básica temporária é a mesma com o ponto de partida selecionado nos Passos SP1 a SP8, vá para o Passo M4.

- Não volte para o Passo SP6 se a causa selecionada nos Passos M1 ou M2 está corretamente informada como devido a outra condição, exceto quando essa condição for mal definida.
- Além disso, não volte para o Passo SP6 se a causa básica temporária é uma reação ao tratamento de uma condição improvável de causar a morte, como selecionado no Passo SP8.

#### Exemplo 1

- 1 (a) Sepses
- (b) Doença arterial, embolia arterial da perna esquerda
- (c)
- (d)
- 2 Câncer de cólon

Doença arterial é o ponto de partida temporário de acordo com o Passo SP3. Embolia arterial da perna esquerda, informada como a segunda condição na linha 1(b), é um tipo específico de doença arterial. Portanto, selecione embolia arterial da perna esquerda como a causa básica temporária no Passo M2. Reaplique o Passo SP6, porque o ponto de partida temporário não é o mesmo que o selecionado nos Passos SP1 a SP8. Contudo, câncer de cólon é uma causa óbvia de embolia arterial, e câncer de cólon é o novo ponto de partida. Não há outras modificações a serem aplicadas. Codifique câncer de cólon (2B90.Z, Neoplasias malignas do cólon, não especificadas) como a causa básica da morte.

#### Exemplo 2

- 1 (a) Sepses
- (b) Doença arterial, embolia arterial da perna esquerda
- (c) Aterosclerose
- (d)
- 2 Câncer de cólon

Aterosclerose é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Há uma instrução especial para "aterosclerose informada como a causa de doença arterial" e, segundo essa instrução, doença arterial é o novo ponto de partida de acordo com o Passo M1. Embolia arterial da perna esquerda, informada como a segunda condição na linha 1(b), é uma descrição mais específica do tipo de doença arterial e é selecionada como o ponto de partida temporário no Passo M2. Não reaplique o Passo SP6, porque embolia arterial da perna esquerda é informada como devido a aterosclerose, e esta é uma relação causal correta. Não há outras modificações a serem aplicadas. Codifique "embolia arterial da perna esquerda" como a causa básica da morte.

### 2.18.4 Passo M4 – Instruções sobre procedimentos médicos, lesão principal, envenenamento e mortes maternas

Finalmente, aplique as seguintes instruções para a causa básica temporária selecionada pela aplicação dos Passos SP1 a SP8 e dos Passos M1 a M3.

Se a causa básica temporária é:

- Cirurgia, outro tipo de procedimento médico, uma complicação ou condição pós-procedimento, aplique as instruções da [Seção 2.19.4 Instruções especiais sobre cirurgia e outros procedimentos médicos \(Passo M4\)](#).
- No Capítulo 22 "Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas", primeiro codifique a causa externa da lesão ou envenenamento como a causa básica da morte. Também acrescente a lesão principal ao agrupamento seguindo as instruções da [Seção 2.19.5 Instruções especiais sobre a lesão principal em mortes por causas externas \(Passo M4\)](#).
- No Capítulo 23 "Causas externas de morbidade ou mortalidade", também acrescente a lesão principal ao agrupamento seguindo as instruções da [Seção 2.19.5 Instruções especiais sobre a lesão principal em mortes por causas externas \(Passo M4\)](#).
- Envenenamento, utilize o código de extensão adicional da [Seção X \(Códigos de Extensão\)](#), se aplicável, para identificar o nome específico do medicamento ou da substância tóxica informada. Se mais de uma droga ou substância tóxica é informada no atestado, aplique as instruções da [Seção 2.19.6 Instruções especiais sobre envenenamento por drogas, medicamentos e substâncias biológicas \(Passo M4\)](#), para identificar a droga, medicamento ou substância mais provável de ter causado a morte.

Se a pessoa falecida é uma mulher, e gravidez, parto ou puerpério é informado no atestado, verifique se é necessário codificar a causa básica temporária no Capítulo 18 "Gravidez, parto e puerpério" de acordo com as instruções da [Seção 2.19.7 Instruções especiais sobre mortalidade materna \(Passo M4\)](#).

Ao criar um agrupamento no Passo M4, sempre coloque o código para a causa básica da morte no início do agrupamento.

Após aplicar o Passo M4, a causa básica temporária, modificada ou não, torna-se a causa básica da morte.

Se o Passo M4 não se aplica, a causa básica temporária torna-se a causa básica da morte.

Observe que outras restrições podem ser aplicadas, por exemplo, que a causa é limitada a um dos sexos (ver também [Seções 2.21.7 e 3.14 \[3.14.11 e 3.14.12\]](#)) ou a uma idade específica, ou que a causa da morte é improvável, considerando o contexto geográfico. Portanto, sempre verifique se tais restrições se aplicam à causa básica selecionada.



## 2.19 Instruções especiais sobre a seleção da causa básica da morte

As seções a seguir devem ser consultadas ao aplicar cada instrução da Seção 2.17.3 (Passos SP1 a SP8) e da Seção 2.18 (Passos M1 a M4).

### 2.19.1 Instruções especiais sobre sequências aceitas e rejeitadas (Passos SP3 e SP4)

Esta seção lista as sequências de causas de morte que devem ser aceitas ou rejeitadas ao se selecionar a causa básica da morte. Conforme descrito na Seção 2.16.2 *Relação causal e sequência*, estas instruções são estabelecidas com o objetivo de produzir as estatísticas de mortalidade mais úteis. Os países, individualmente, não devem corrigir o que é assumido como sendo um erro, uma vez que mudanças no nível nacional levarão a dados que são menos comparáveis em relação aos dados de outros países e, desse modo, menos úteis para uma análise.

Uma relação causal informada não listada como rejeitada nesta seção deve ser aceita tanto quanto possível, porque a opinião do atestante sobre as causas que levaram à morte não deve, de partida, ser desconsiderada.

Ao aplicar os Passos SP3-SP4, rejeite as relações listadas nesta seção. As exceções são listadas como "aceite" no quadro após cada instrução.

Observe que todas as informações sobre a relação causal fornecidas no atestado devem ser consideradas. Isso também se aplica a informações registradas no lugar "errado" do atestado. Por exemplo, se a sequência na Parte 1 começa com uma doença "A" e há informação em outro lugar do atestado mostrando que a doença "A" foi devido à doença "B", deve-se considerar a doença "B" como o ponto de partida temporário. Isso também se aplica se a doença "A" e a doença "B" estão codificadas com o mesmo código da CID-11 e informadas em linhas separadas da Parte 1.

#### 2.19.1.1 Conflito de duração

**Não aceite** uma condição com uma duração declarada como devido a uma condição com uma duração menor.

##### **Consequência**

Uma condição com uma duração declarada

##### **Causada por**

**Não aceite** uma condição com uma duração menor

Quando a duração de uma condição é desconhecida ou não declarada, assuma que a duração não resulta em conflito e não rejeite uma relação causal por duração nesse caso.

### 2.19.1.2 Doenças infecciosas devido a outras condições

*Cólera e algumas doenças infecciosas devido a outras condições*

**Não aceite** as seguintes doenças infecciosas e parasitárias como devido a quaisquer outras causas, **nem mesmo** a doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), neoplasias malignas ou condições que prejudiquem o sistema imune:

<b>Condição</b>	<b>Código</b>
1A00	Cólera
1A11	Botulismo
1B20	Hanseníase
1B50	Escarlatina
1B91	Leptospirose
1B93	Peste
1B94	Tularemia
1B95	Brucelose
1B97	Antraz
1C11.1	Febre das trincheiras
1C12	Coqueluche
1C13	Tétano
1C14	Tétano obstétrico
1C15	Tétano neonatal
1C17	Difteria
1C1C	Doença meningocócica
1C22	Infecções por <i>Chlamydia psittaci</i>
1C23.Z	Tracoma
1C3Z	Rickettsioses
1C80-1C8Z	Infecções virais do sistema nervoso central
1D20-1D2Z	Dengue
1D47	Febre amarela
1D40	Doença pelo vírus Chikungunya
1D42	Febre de <i>O'nyong-nyong</i>
1D44	Febre do Vale do Rift
1D46	Infecção pelo vírus <i>West Nile</i>
1D48	Doença por vírus Zika
1D49	Febre hemorrágica da Crimeia-Congo
1D4A	Febre hemorrágica de Omsk
1D4B	Doença da floresta de Kyasanur
1D4C	Febre hemorrágica de Alkhurma
1D40-1D4Z	Algumas febres virais transmitidas por artrópodes
1D60.0	Doença por Ebola
1D60.1	Doença de Marburg
1D61.0	Febre hemorrágica argentina

<b>Condição</b>	<b>Código</b>
1D61.1	Febre hemorrágica boliviana
1D61.2	Febre de Lassa
1D62.0	Febre hemorrágica com síndrome renal
1D65	Síndrome respiratória aguda grave
1D80	Caxumba
1D86	Febre hemorrágica viral, não classificada em outra parte
1E31	Influenza por vírus zoonótico ou pandêmico identificado
1E50.1	Hepatite B aguda
1E50.2	Hepatite C aguda
1E51.0	Hepatite B crônica
1E51.1	Hepatite C crônica
1E51.2	Hepatite D crônica
1E70	Varíola
1E71	Mpox (Monkeypox)
1F02	Rubéola
1F03	Sarampo
1F40-1F4Z	Malária
1F51	Tripanossomíase africana
1F53	Doença de Chagas
1F54	Leishmaniose
8A45.01	Panencefalite esclerosante subaguda
8E02.0	Doença de Creutzfeldt-Jakob genética
R -	Outras doenças emergentes informadas à OMS (p. ex. RA01.- COVID-19)

**Condição de consequência**    **Condição causal**  
Cólera etc., listadas acima    **Não aceite** outras causas

*Febre tifoide e algumas doenças infecciosas devido a outras condições*

**Não aceite** as seguintes doenças infecciosas como devido a outras causas, **exceto** doença pelo HIV, neoplasias malignas e condições que prejudiquem o sistema imune:

- 1A02 Infecções intestinais por Shigella
- 1A07 Febre tifoide
- 1A08 Febre paratifoide
- 1A09 Infecções devido a outras Salmonella
- 1B10-1B1Z Tuberculose

**Condição de consequência**

Infecções intestinais por Shigella

Febre tifoide

Febre paratifoide

Infecções devido a outras Salmonella

Tuberculose

**Condição causal**

**Aceite** doença pelo HIV, neoplasias malignas e condições que prejudiquem o sistema imune

**Não aceite** outras causas

*HIV devido a outras condições*

**Não aceite** doença pelo HIV (1C60 - 1C62) como devido a outras condições, **exceto**:

- condições que necessitam de transfusão de sangue, tais como hemofilia, anemia e ferimentos graves
- procedimentos invasivos, como cirurgia
- abuso de drogas

Exemplos de tais condições são mostrados no Anexo para a Mortalidade 3.14. Observe que a lista no Anexo para a Mortalidade 3.14 não está completa e deve ser considerada indicativa.

**Condição de consequência**

HIV

**Condição causal****Aceite**

- condições que necessitam de transfusão de sangue, tais como hemofilia, anemia e ferimentos graves
- procedimentos invasivos, como cirurgia
- abuso de drogas

(para exemplos, consultar o Anexo para a Mortalidade 3.14.)

**Não aceite** outras causas

*Doenças infecciosas não listadas acima devido a outras condições*

Doenças infecciosas não listadas acima são aceitas como sendo causadas por outras condições.

**Condição de consequência**

Doenças infecciosas não listadas acima

**Condição causal****Aceite** outras causas**2.19.1.3 Neoplasias malignas devido a outras condições**

**Não aceite** uma neoplasia maligna como devido a qualquer outra causa, exceto as seguintes neoplasias malignas como devido a doença pelo HIV (1C60 - 1C62):

- [2A60.5](#) Neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas, *especificada como primária no cérebro*
- [2A80](#) Linfoma folicular, *especificado como primário no cérebro*
- [2A81](#) Linfomas difusos de grandes células B, *especificados como imunoblásticos*
- [2A85.5](#) Linfoma de células do manto, *especificado como primário no cérebro*
- [2A85.6](#) Linfoma de Burkitt/leucemia de células tipo Burkitt
- [2A86](#) Linfoma de células B, misto, *especificado como primário no cérebro*
- [2A8Z](#) Neoplasias de células B maduras, não especificadas, *especificadas como primárias no cérebro*
- [2A90-2B2Z](#) Neoplasias de células T ou células NK maduras, *especificadas como primárias no cérebro*
- [2B30](#) Linfoma de Hodgkin, *especificado como primário no cérebro*
- [2B57](#) Sarcoma de Kaposi, localização primária
- [2B6A](#) Neoplasias malignas da orofaringe
- [2C00](#) Neoplasias malignas do ânus ou canal anal
- [2C70](#) Neoplasias malignas da vulva
- [2C71](#) Neoplasias malignas da vagina
- [2C77](#) Neoplasias malignas do colo do útero, *especificadas como invasivas*
- [2C81](#) Neoplasias malignas de pênis

**Condição de consequência**

Neoplasia maligna da orofaringe etc., listadas acima

Neoplasias malignas não listadas acima

**Condição causal**

**Aceite** doenças pelo HIV

**Não aceite** outras causas

**Não aceite** outras causas

**2.19.1.4 Condição hemorrágica congênita ou constitucional devido a outras condições**

**Não aceite** condição hemorrágica congênita ou constitucional [3B10-3B1Z](#) como devido a qualquer outra causa.

**Condição de consequência**

Condição hemorrágica congênita ou constitucional

**Condição causal**

**Não aceite** outras causas

**2.19.1.5 Anafilaxia devido a causas externas**

**Não aceite** Anafilaxia ([4A84](#)) como devido a quaisquer outras causas exceto por Lesão autoprovocada intencionalmente ([PB80-PD3Z](#)) ou Agressão ([PD50-PF2Z](#)).

**Consequência Causada por**

Anafilaxia **Aceite** Lesão autoprovocada intencionalmente ou Agressão  
**Não aceite** outras causas

**2.19.1.6 Diabetes devido a outras condições**

**Não aceite** Diabetes mellitus tipo 1 como devido a qualquer outra causa exceto condições que causam destruição autoimune das células beta.

**Não aceite** Diabetes mellitus tipo 2 como devido a qualquer outra causa exceto condições que causam resistência à insulina.

**Não aceite** "Outros diabetes mellitus e os não especificados" como devido a qualquer outra causa exceto condições que causam danos no pâncreas.

Veja o Anexo para a Mortalidade 3.14.8 para uma lista das condições que podem causar diabetes.

**Condição de consequência**

Diabetes mellitus tipo 1

**Condição causal****Aceite** condições que causam destruição autoimune das células beta**Não aceite** outras causas

Diabetes mellitus tipo 2

**Aceite** condições que causam resistência à insulina**Não aceite** outras causas

Outros diabetes mellitus e os não especificados

**Aceite** condições que causam danos no pâncreas**Não aceite** outras causas**2.19.1.7 Febre reumática devido a outras condições**

**Não aceite** Febre reumática aguda (1B40-1B42), Doenças das valvas cardíacas (BB60-BC0Z) com o quinto caráter .0 reumático (se o quinto caráter está disponível), e BC20 Doenças cardíacas reumáticas crônicas, não classificadas em outra parte, devido a outra causa, exceto:

- 1B50 Escarlatina
- 1B51 Faringite estreptocócica
- CA03.0 Amigdalite estreptocócica



**Condição de consequência**

Febre reumática aguda

Doenças reumáticas das valvas cardíacas

Doenças cardíacas reumáticas crônicas NCOP

**Condição causal****Aceite**

- Escarlatina

- Faringite estreptocócica

- Amigdalite aguda

**Não aceite** outras causas**2.19.1.8 Hipertensão devido a outras condições****Não aceite** condições hipertensivas como devido a uma neoplasia, **exceto**:

- Neoplasias endócrinas
- Neoplasias renais
- Tumores carcinoides

**Condição de consequência**      **Condição causal**

Condições hipertensivas

**Aceite**

- neoplasias endócrinas

- neoplasias renais

- tumores carcinoides

**Não aceite** outras neoplasias**2.19.1.9 Certas doenças cardíacas isquêmicas devido a outras condições****Não aceite** Angina *pectoris* (BA40) e Doença isquêmica crônica do coração (BA50-BA5Z) ou Aterosclerose coronária (BA52) como devido a uma neoplasia.**Condição de consequência**Angina *pectoris*

Doença isquêmica crônica do coração

Aterosclerose coronária

**Condição causal****Aceite** outras causas**Não aceite** neoplasias**2.19.1.10 Aterosclerose devido a outras condições****Não aceite** uma condição aterosclerótica como devido a uma neoplasia.

<b>Condição de consequência</b>	<b>Condição causal</b>
Uma condição aterosclerótica	<b>Aceite</b> outras causas <b>Não aceite</b> neoplasias

#### 2.19.1.11 Anomalias do desenvolvimento devido a outras condições

**Não aceite** [Anomalias do desenvolvimento] como devido a qualquer outra causa, incluindo imaturidade, exceto:

- anomalias do desenvolvimento devido a uma anormalidade cromossômica ou síndrome de malformação congênita
- Hipoplasia congênita do pulmão(LA75.2) devido a uma anomalia congênita

<b>Condição de consequência</b>	<b>Condição causal</b>
Uma anomalia do desenvolvimento	<b>Aceite</b> anormalidade cromossômica, síndrome de malformação congênita <b>Não aceite</b> outras causas, incluindo imaturidade
Hipoplasia congênita do pulmão	<b>Aceite</b> uma anomalia do desenvolvimento <b>Não aceite</b> outras causas, incluindo imaturidade

#### 2.19.1.12 Causa não intencional de morbidade ou mortalidade devido a outras condições

**Não aceite** causa não intencional de morbidade ou mortalidade como devido a causas codificadas em outros capítulos, exceto:

- Queda ou fratura como devido a "Alguns transtornos da densidade ou da estrutura óssea especificados" ou "Transtornos associados à baixa massa óssea"
- Queda como devido a fratura (patológica) causada por "Alguns transtornos da densidade ou da estrutura óssea especificados" ou "Transtornos associados à baixa massa óssea"
- Inalação ou aspiração como devido a outras causas

### **Condição de consequência**

Causa não intencional de morbididade ou mortalidade **PA00-PB6Z** não listada abaixo

Queda **PA60-PA6Z**

**PB6Z**, especificada como fratura

**PB04** Ameaça não intencional à respiração por inalação ou ingestão de conteúdo gástrico

**PB05** Ameaça não intencional à respiração por inalação ou ingestão de líquidos

**PB06** Ameaça não intencional à respiração por inalação ou ingestão de alimentos

**PB07** Ameaça não intencional à respiração por inalação ou ingestão de outros objetos ou materiais

### **Condição causal**

**Não aceite** causas em outros capítulos

**Aceite** **FB80** ou **FB83**

**Aceite** uma fratura (patológica) causada por **FB80** ou **FB83**

**Não aceite** outras causas em outros capítulos

**Aceite** **FB80** ou **FB83**

**Não aceite** outras causas em outros capítulos

**Aceite** outras causas

**Aceite** outras causas

**Aceite** outras causas

**Aceite** outras causas

#### **2.19.1.13 Suicídio devido a outras condições**

**Não aceite** suicídio (**PB80-PD3Z**) como devido a qualquer outra causa.

<b>Condição de consequência</b>	<b>Condição causal</b>
---------------------------------	------------------------

Suicídio	<b>Não aceite</b> outras causas
----------	---------------------------------

#### **2.19.1.14 Condições obstétricas devido a outras condições**

**Não aceite** Gravidez ectópica (**JA01**) e Gravidez molar (**JA02**) como devido a outras causas.

<b>Condição de consequência</b>	<b>Condição causal</b>
---------------------------------	------------------------

<b>JA01</b> Gravidez ectópica	<b>Não aceite</b> outras causas
-------------------------------	---------------------------------

<b>JA02</b> Gravidez molar	—
----------------------------	---

**Não aceite** Transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério (**JA20-21**, **JA23-JA25**) como devido a outras causas.

**Condição de consequência**

**JA20-JA21, JA23-JA25** Transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério

**Condição causal**

**Não aceite** outras causas

**Não aceite** Assistência prestada à mãe por placenta prévia ou de inserção baixa (JA8B) como devido a outras causas.

**Condição de consequência**

**JA8B** Assistência prestada à mãe por placenta prévia ou de inserção baixa

**Condição causal**

**Não aceite** outras causas

## 2.19.2 Instruções especiais sobre causa óbvia (Passo SP6)

Esta seção lista as condições que devem ser consideradas uma causa óbvia de condições selecionadas como ponto de partida temporário nos Passos SP1 a SP5.

### 2.19.2.1 Complicações do HIV

#### *Doenças infecciosas e HIV*

Considere doença pelo HIV (1C60-1C62) e (MA14.0) *Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana* como uma causa óbvia de doenças infecciosas:

- 1A32 Criptosporidiose
- 1A33 Cistisosporíase
- 1B21 Infecções por micobactérias não tuberculosas
- EA5Y Envolvimento cutâneo por outra infecção bacteriana especificada
- 8A45.02 Leucoencefalopatia multifocal progressiva
- Infecção por herpes simples da pele ou mucosa (1F00.0), disseminada (1F00.3), outras (1F00.Y) ou não especificadas (1F00.Z), *especificadas como* úlceras crônicas, bronquite, pneumonia ou esofagite
- 1D82 Doença por citomegalovírus, **exceto** Hepatite por citomegalovírus (1D82.0), e **exceto para** fígado, baço, linfonodos
- 1F23.2 Candidíase do trato gastrointestinal, *especificada* como de esôfago
- 1F23.31 Candidíase pulmonar
- 1F25 Coccidioidomicose
- 1F2A Histoplasmose
- 1F27 Criptococose
- CA40.20 Pneumonia por Pneumocystis

Considere doença pelo HIV (1C60 - 1C62), mas não [Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana] (MA14.0), como uma causa óbvia de doenças infecciosas (Capítulo 01) não listadas acima, exceto aquelas listadas na Seção 2.19.1.2 *Doenças infecciosas devido a outras condições*.

### *Neoplasias malignas e HIV*

Considere tanto a doença pelo HIV (1C60-1C62) quanto a Evidência laboratorial do HIV (MA14.0) como causas óbvias das seguintes neoplasias malignas:

- 2A80 Linfoma folicular, *especificado como primário no cérebro*
- 2A81 Linfomas difusos de grandes células B, *especificados como imunoblásticos*
- 2A85.5 Linfoma de células do manto, *especificado como primário no cérebro*
- 2A85.6 Linfoma de Burkitt/leucemia de células tipo Burkitt
- 2A86 Linfoma de células B, misto, *especificado como primário no cérebro*
- 2A8Z Neoplasias de células B maduras, não especificadas, *especificadas como primárias no cérebro*
- 2B30 Linfoma de Hodgkin, *especificado como primário no cérebro*
- 2B57 Sarcoma de Kaposi, localização primária
- 2C77 Neoplasias malignas do colo do útero, *especificadas como invasivas*

### *Imunodeficiência e HIV*

Considere doença pelo HIV (1C60-1C62) como uma causa óbvia da imunodeficiência.

### *Pneumonia e HIV*

Considere doença pelo HIV (1C60-1C62) como uma causa óbvia de pneumonia (CA40).

### *Caquexia e HIV*

Considere doença pelo HIV (1C60-1C62) como uma causa óbvia de Caquexia, não especificada (MG20.Z).

#### **2.19.2.2 Enterocolite devido a *Clostridioides difficile***

Considere enterocolite por *Clostridioides difficile* (1A04) como uma consequência óbvia de [Drogas, medicamentos ou substâncias biológicas associadas às lesões ou danos no uso terapêutico] (PL00), *especificadas como antibioticoterapia*.

#### **2.19.2.3 Sepses**

Considere os seguintes itens como causas óbvias de sepses (1G40-1G41):

- Condições que comprometem o sistema imune
- Doenças consumptivas
- Doenças causadoras de paralisia
- Condições respiratórias graves
- Lesões graves (graus 1 a 4 de acordo com a lista de prioridades de lesões no Anexo para a Mortalidade (3.14.5)).

#### 2.19.2.4 Complicações do diabetes

Considere Diabetes mellitus (5A10-5A14) como uma causa óbvia das seguintes condições:

- 5C73 Acidose
- 8C0Z Polineuropatia não especificada
- 8C12 Algumas mononeuropatias especificadas
- 8C7Y Outros transtornos primários especificados dos músculos, *especificados como* amiotrofia, mas sem especificação de etiologia
- 8D8Z Transtornos do sistema nervoso autônomo, não especificados
- 9A96.Z Uveíte anterior, não especificada
- 9B10.Z Catarata, não especificada
- 9B65.2 Inflamação coriorretiniana
- 9B74 Oclusões vasculares da retina
- 9B78.1 Retinopatias de fundo e alterações vasculares da retina
- 9B78.2 Outras retinopatias proliferativas
- 9B78.5 Hemorragia retiniana
- 9B7Z Transtorno da retina não especificado
- BD40.0 Aterosclerose de membro inferior
- BD4Z Doença arterial obstrutiva crônica não especificada
- EE80.1 Necrobiose lipoídica
- ME60.2 Úlcera cutânea de natureza incerta, *especificada como* membro inferior
- FA2Z Artropatias inflamatórias, não especificadas
- MG30.5Z Dor neuropática crônica, não especificada
- GB40 Síndrome nefrítica
- GB41 Síndrome nefrótica
- GB42 Proteinúria ou albuminúria persistente
- GB61 Insuficiência renal crônica
- GB6Z Insuficiência renal, não especificada
- MF54.0 Rim contraído liso
- GC2Z Doenças do sistema urinário, não especificadas, *especificadas como* condições renais
- MC85 Gangrena
- MB20.1 Coma
- MA18.Y Outros achados anormais especificados de exames bioquímicos do sangue, *especificados como* acetonemia, azotemia ou condições relacionadas

#### 2.19.2.5 Desidratação

Considere qualquer doença infecciosa intestinal como uma causa óbvia de Depleção de volume (5C70).

### 2.19.2.6 Demência

Considere as condições que tipicamente envolvem [dano cerebral irreversível] como causas óbvias de demência se não é declarada outra causa de demência. - [8B00-8B2Z](#) Doenças cerebrovasculares (Exclusões: [8B10](#) Ataque isquêmico transitório e [8B21](#) Doença cerebrovascular sem sintoma agudo cerebral) - [8E44](#) Dano cerebral pós-anóxico - [8E40-8E4Y](#) Outros transtornos especificados do sistema nervoso (termos de inclusão) - [8B24.0](#) Encefalopatia anóxica-isquêmica - [KA40.0](#) Laceração ou hemorragia intracraniana devido a traumatismo de parto - [KA40.1](#) Edema cerebral devido a traumatismo de parto - [KA40.Y](#) Outro traumatismo de parto especificado do sistema nervoso central.

Considere a trissomia completa do 21 (síndrome de Down) ([LD40.0](#)) como uma causa óbvia de Demência devido à doença de Alzheimer ([6D80](#)), Demência, causa desconhecida ou não especificada ([6D8Z](#)) ou Doença de Alzheimer ([8A20](#)).

### 2.19.2.7 Transtornos do desenvolvimento intelectual

Considere as seguintes condições como causas óbvias de transtornos do desenvolvimento intelectual ([6A00](#)):

- [8D64.02](#) Hidrocefalia pós-hemorragica, *especificada como* neonatal
- [KA00-KA0Z](#) Feto ou recém-nascido afetado por fatores maternos ou por complicações da gravidez, do trabalho de parto ou do parto
- [KA20](#) Transtornos do recém-nascido relacionados ao crescimento fetal lento ou desnutrição
- [KA21](#) Transtornos do recém-nascido associados à gestação curta ou baixo peso ao nascer, não classificados em outro local
- [KA40.0](#) Laceração intracraniana ou hemorragia devido a lesão no parto
- [KA40.1](#) Edema cerebral devido a traumatismo de parto
- [KA40.Z](#) Lesão do sistema nervoso central, não especificada
- [KA4Z](#) Lesão ao nascer, não especificada
- [KA61](#) Outras infecções bacterianas do feto ou do recém-nascido
- [KA62](#) Infecção viral no feto ou no recém-nascido
- [KA63](#) Infecção fúngica no feto ou recém-nascido
- [KA64](#) Doenças parasitárias no feto ou no recém-nascido
- [KA6Y](#) Outras infecções especificadas do feto ou do recém-nascido
- [KA6Z](#) Infecções do feto ou do recém-nascido, não especificadas
- [KB20](#) Hipóxia intrauterina
- [KB21](#) Asfixia ao nascer
- [KA82](#) Hemorragia intracraniana não traumática do feto ou recém-nascido
- [KA86](#) *Kernicterus* neonatal
- [KB00](#) Isquemia cerebral neonatal
- [KB01](#) Cistos periventriculares do recém-nascido
- [KB02](#) Leucomalácia cerebral neonatal
- [KB03](#) Encefalopatia neonatal
- [KB04](#) Encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido
- [KB05](#) Hidrocefalia neonatal
- [KB06](#) Convulsões neonatais

#### **2.19.2.8 Insuficiência cardíaca e doença cardíaca não especificada**

Considere outras condições cardíacas como causas óbvias de Doenças do miocárdio ou câmaras cardíacas, não especificadas ([BC4Z](#)) e Insuficiência cardíaca ([BD10-BD1Z](#)).

#### **2.19.2.9 Embolia**

Considere Trombose venosa, Flebite ou tromboflebite, Doença valvar cardíaca, Parto ou qualquer Operação como causas óbvias de doenças descritas como "Embólicas". No entanto, deve haver um caminho claro desde o local onde o trombo se formou e o lugar da embolia.



#### 2.19.2.10 Varizes esofagianas

Considere as seguintes doenças hepáticas como causas óbvias de Varizes esofagianas (DA26.0):

- 1E51 Hepatite viral crônica
- DB92 Doença hepática gordurosa não alcoólica
- DB93 Fibrose hepática ou cirrose
- DB94 Doença alcoólica do fígado
- DB96.1 Colangite biliar primária
- DB97.2 Hepatite crônica não classificada em outra parte
- DB98.0 Infarto do fígado
- DB98.1 Peliose hepática
- DB98.6 Doença hepática veno-oclusiva
- DB98.7 Hipertensão portal
- DB98.8 Congestão passiva do fígado
- DB99.2 Síndrome hepatorenal
- DB99.Y Outras doenças do fígado
- DB9Z Doenças do fígado não especificadas

#### 2.19.2.11 Pneumonia

Considere os seguintes itens como causas óbvias de Pneumonia (CA40) ou Pneumonite devido a sólidos e líquidos (CA71), exceto aquelas devido a óleos ou extratos oleosos (CA71.1):

- Condições que comprometem o sistema imune
- Doenças consumptivas
- Doenças causadoras de paralisia
- Condições respiratórias graves
- Condições que afetam o processo de deglutição

Outras doenças que limitam a capacidade de cuidar de si mesmo, incluindo a demência e doenças degenerativas do sistema nervoso, envenenamento e Lesões graves (graus 1 a 4 de acordo com a lista de prioridades de lesões no Anexo para a Mortalidade – 3.14.5).

#### 2.19.2.12 Edema pulmonar

Considere as seguintes condições como causas óbvias de Edema pulmonar (CB01):

- doenças cardíacas (incluindo doença cardíaca pulmonar)
- condições que afetam o parênquima pulmonar, tais como:
  - infecções pulmonares
  - aspiração e inalação
  - síndrome do desconforto respiratório
  - altitude elevada
  - toxinas circulantes
- condições causando sobrecarga de líquidos, tais como:
  - insuficiência renal
  - hipoalbuminemia
- anomalias congênitas afetando a circulação pulmonar, tais como:
  - estenose congênita de veias pulmonares

#### 2.19.2.13 Síndrome nefrítica

Considere qualquer infecção estreptocócica (escarlatina, dor de garganta estreptocócica etc.) como a causa óbvia de Síndrome nefrítica (GB40) e Síndrome nefrótica (GB41).

#### 2.19.2.14 Pielonefrite

Considere qualquer obstrução urinária de condições tais como a hiperplasia de próstata ou estenose ureteral como a causa óbvia das seguintes Doenças túbulo-intersticiais renais:

- GB50 Nefrite túbulo-intersticial aguda
- GB51 Pielonefrite aguda
- GB54 Nefrite túbulo-intersticial, não especificada se aguda ou crônica
- GB55.Y Outra nefrite túbulo-intersticial crônica especificada
- GB55.Z Nefrite túbulo-intersticial crônica, não especificada

#### 2.19.2.15 Insuficiência renal aguda

Considere uma infecção do trato urinário como a causa óbvia de Insuficiência renal aguda (GB60), desde que não haja nenhuma indicação de que a insuficiência renal estava presente antes do desenvolvimento da infecção do trato urinário.

#### 2.19.2.16 Atelectasia primária do recém-nascido

Considere as seguintes condições renais congênitas, Feto ou recém-nascido afetado por ruptura prematura de membranas (KA01.1) ou por oligohidrâmnio (KA01.2) como causas óbvias de Atelectasia primária do recém-nascido (KB2B):

- [GB82](#) Doença túbulo-intersticial autossômica dominante
- [GB8Y](#) Outra doença renal cística ou displásica especificada
- [GB8Z](#) Doença renal cística ou displásica, não especificada
- [LB31.8](#) Atresia ou estenose do ureter
- [LB31.9](#) Agenesia do ureter
- [LB31.Y](#) Outras anomalias especificadas de desenvolvimento estrutural do trato urinário
- [LD2F.13](#) Síndrome de Meckel-Gruber

#### **2.19.2.17 Ruptura prematura de membranas e oligohidrânio**

Considere as seguintes condições renais congênitas como causas óbvias de Feto ou recém-nascido afetado por ruptura prematura de membranas ([KA01.1](#)) ou por oligohidrânio ([KA01.2](#)):

- [GB82](#) Doença túbulo-intersticial autossômica dominante
- [GB8Y](#) Outra doença renal cística ou displásica especificada
- [GB8Z](#) Doença renal cística ou displásica, não especificada
- [LB31.8](#) Atresia ou estenose do ureter
- [LB31.9](#) Agenesia do ureter
- [LB31.Y](#) Outras anomalias especificadas de desenvolvimento estrutural do trato urinário
- [LD2F.13](#) Síndrome de Meckel-Gruber

#### **2.19.2.18 Hemorragia**

Considere envenenamento ou overdose por anticoagulante como causas óbvias de hemorragia. No entanto, não considere a terapia anticoagulante, sem menção de envenenamento ou overdose, como uma causa óbvia de hemorragia. Além disso, considere o tratamento com esteroide, aspirina e anti-inflamatórios não esteroides (AINE) como causas óbvias de hemorragia gástrica ([ME24.Y](#)). Considere hemorragia gastrointestinal ([ME24.9](#)) como uma causa óbvia de anemia secundária ([\[3A00.0\]](#)) ou não especificada ([\[3A9Z\]](#)).

#### **2.19.2.19 Aspiração e inalação**

Considere condições listadas na Seção [2.19.2.11 Pneumonia](#) como causas óbvias de aspiração e inalação [PB04.-PB07](#).

#### **2.19.2.20 Cirurgia e outros procedimentos médicos invasivos**

Considere cirurgia ou outros procedimentos médicos invasivos, realizados dentro de quatro semanas antes da morte, como causas óbvias de condições que são consideradas complicações comuns pós-procedimento. Isso também se aplica quando a cirurgia ou o procedimento é informado em um espaço separado no atestado e não na Parte 1 ou na Parte 2.

Uma lista de tais condições, com instruções específicas, é fornecida no Anexo para a Mortalidade (3.14.9 [Lista de condições a serem consideradas consequências óbvias da cirurgia e outros procedimentos médicos invasivos](#)). Se uma condição que pode ser tratada por cirurgia ou outros procedimentos médicos invasivos é informada no atestado e a cirurgia ou um procedimento no mesmo local também é informado no atestado, assuma que essa condição foi a causa da cirurgia ou do procedimento.

#### **2.19.2.21 Condições secundárias comuns**

Considere os seguintes itens como a causa óbvia das condições secundárias comuns listadas no quadro abaixo:

- Doenças consumptivas (tais como neoplasias malignas e desnutrição)
- Doenças que causam paralisias (tais como hemorragia ou trombose cerebral)
- outra doença que limita a capacidade de cuidar de si mesmo, incluindo a demência e doenças degenerativas do sistema nervoso
- Lesões graves [graus 1 a 4 de acordo com a lista de prioridades de lesões no Anexo para a Mortalidade (3.14.5)].

Entretanto, não considere as condições respiratórias como a causa óbvia de tais condições secundárias.

Condições em categorias sinalizadas com um "M" (*Maybe* -Talvez) devem ser consideradas consequências óbvias de doenças consumptivas e paralisantes somente se atenderem o pré-requisito para a codificação indicada na última coluna do quadro.

#### **Condições secundárias comuns**

	<b>Consequência</b>	<b>Maybe</b>	<b>Qualificador</b>
3A00.0	Anemia adquirida por deficiência de ferro devido a perda de sangue		
3A9Z	Anemias ou outros transtornos eritrocitários não especificados		
5B51	Emagrecimento em bebês, crianças ou adolescentes		
5B52	Desnutrição aguda em bebês, crianças e adolescentes		
5B71	Deficiência de proteína		
5B7Z	Desnutrição não especificada		
5C70	Depleção de volume		
8B40	Síndrome da cauda equina		
8E45	Síndrome de <i>locked-in</i>		
BB00	Tromboembolismo pulmonar		
BD30.0	Oclusão arterial aguda do membro superior		
BD30.2	Oclusão arterial aguda de membro inferior		
BD71.4	Trombose venosa profunda de membro inferior		
BD71.Y	Outra trombose venosa profunda especificada		
BD72	Tromboembolismo venoso		
DA91.31	Enterólito do intestino delgado		
DB30.3	Impactação do intestino grosso		
DD30.2	Oclusão venosa mesentérica aguda		
EH90	Úlcera de pressão		
GB50	Nefrite túbulo-intersticial aguda	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GB51	Pielonefrite aguda	M	Doença causadora de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GB55.Y	Outra nefrite túbulo-intersticial crônica especificada	M	Doença causadora de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga

	<b>Consequência</b>	<b>Maybe</b>	<b>Qualificador</b>
GB55.Z	Nefrite túbulo-intersticial crônica, não especificada	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GB54	Nefrite túbulo-intersticial, não especificada se aguda ou crônica	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GB60-GB6Z	Insuficiência renal	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GB90.3	Isquemia ou infarto do rim	M	A condição em GB90.3 deve ser especificada como um embolismo da artéria renal
GC00.1	Cistite infecciosa	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GC00.3	Cistite intersticial	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GC00.Z	Cistite, não especificada	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GC01.4	Disfunção neuromuscular da bexiga não classificada em outra parte		
GC02.0	Abscesso uretral	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GC02.1	Uretrites não específicas	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GC02.Y	Outras uretrites e síndrome uretral especificadas	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
GC03	Estenose da uretra	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga; Excluir estenoses uretrais pós-traumáticas
GC08	Infecção do trato urinário, localização não especificada	M	Doenças causadoras de paralisia ou incapacidade de controlar a bexiga
MB50-MB5Z	Sintomas paralíticos		
ME05.0	Constipação		
MG20.Z	Caquexia, não especificada		

#### 2.19.2.22 Peritonite secundária

Considere as seguintes condições como causas óbvias de Peritonite secundária (DC50.1) e Peritonite, não especificada (DC50.Z): Peritonite secundária e Peritonite, não especificada

### 2.19.3 Instruções especiais sobre associações e outras disposições (Passo M1)

Use a lista desta seção no Passo M1.

A causa básica temporária está informada na coluna da esquerda. Se as condições especificadas na coluna da direita se aplicam, use o código em negrito como a nova causa básica temporária. Há dois tipos de combinação:

"com menção de" significa que a outra condição pode aparecer em qualquer parte e no atestado;

"quando informado como a causa de" significa que a outra condição deve aparecer em uma relação causal correta ou ser indicada como sendo devido à causa básica temporária.

Para algumas condições, há requisitos adicionais, por exemplo, de que um termo específico tenha sido utilizado seja para a causa básica temporária, seja para a condição que pode alterar o código da causa básica.

### 2.19.3.1 Instruções especiais sobre o Capítulo 01 Algumas doenças infecciosas ou parasitárias

<b>a CBT (causa básica temporária) é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
Capítulo 1 "Algumas doenças infecciosas ou parasitárias"	2A00-2A0Z Neoplasias do cérebro ou sistema nervoso central	2A00-2A0Z
	2A20-2B3Z Neoplasias de tecidos hematopoiéticos ou linfoides	2A20-2B3Z
	[2B50-2E2Z] Neoplasias malignas, <b>exceto</b> de tecidos linfoides, hematopoiéticos, do sistema nervoso central ou afins	2B50-2E2Z

<b>Exceção:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
1C60.0 a 1C60.Z Doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à tuberculose		1C60.3Z Doença pelo HIV em estágio clínico 4 associada à tuberculose, não especificada
1C61.0 a 1C61.Z Doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à malária	Neoplasias malignas listadas na Seção 2.19.2.1.2 "Neoplasias malignas e HIV"	1C61.3Z Doença pelo HIV em estágio clínico 4 associada à malária, não especificada
1C62.0 a 1C62.Z Doença pelo vírus da imunodeficiência humana sem menção de tuberculose ou malária		1C62.3Z Doença pelo HIV em estágio clínico 4 sem menção de tuberculose ou malária



<b>a CBT é:</b> 1A61 Sífilis precoce	<b>com menção de:</b> 1A62 Sífilis tardia	<b>codifique como:</b> 1A62
<b>a CBT é:</b> 1B10 Tuberculose do sistema respiratório	<b>com menção de:</b> CA60 Pneumoconiose	<b>codifique como:</b> CA60.3 Pneumoconiose associada à tuberculose
<b>a CBT é:</b> 1B11 Tuberculose do sistema nervoso central  1B12 Tuberculose de outros sistemas e órgãos	<b>com menção de:</b> 1B10 Tuberculose do sistema respiratório	<b>codifique como:</b> 1B10, a menos que 1B12 seja informada como a causa de 1B10 e com uma duração especificada que exceda a da condição em 1B10
<b>a CBT é:</b> 1C1C.2 Meningococemia	<b>com menção de:</b> 1C1C.0 Meningite meningocócica 1C1C.1 Síndrome de Waterhouse-Friderichsen	<b>codifique como:</b> 1C1C.0  1C1C.1
<b>a CBT é:</b> 1C41 Infecção bacteriana de localização não especificada 1D9Z Infecção viral não especificada de localização não especificada	<b>com menção de:</b> 1G40 Sepses sem choque séptico  1G41 Sepses com choque séptico	<b>codifique como:</b> 1G40  1G41

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
1E50.1 Hepatite B aguda	DB93 Fibrose ou cirrose hepática	1E51.0Z Hepatite B crônica, não especificada
1E50.2 Hepatite C aguda	DB99.8 Insuficiência hepática crônica	1E51.1 Hepatite C crônica
1E50.3 Hepatite D aguda		1E51.2 Hepatite D crônica
1E50.4 Hepatite E aguda		1E51.3 Hepatite E crônica
1E50.Y Outra hepatite viral aguda especificada		1E51.Y Outra hepatite viral crônica especificada
1E50.Z Hepatite viral aguda, não especificada		1E51.Z Hepatite viral crônica, não especificada

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
1F2Z Micoses, não especificadas	1G40 Sepses sem choque séptico	1G40
1F5Z Doença por protozoários não especificada	1G41 Sepses com choque séptico	1G41
1H0Z Infecção não especificada		

*Doença pelo vírus da imunodeficiência humana*

**a CBT é:**

1A33 Cistosisporíase

1D82 Doença por citomegalovírus

1B21 Infecções por micobactérias não tuberculosas

1B2Y Outras doenças micobacterianas especificadas

1B2Z Doenças micobacterianas, não especificadas

1F00 Infecção por herpes simples, **exceto 1F00.Z**

1F23.2 Candidíase do trato gastrointestinal

1F23.31 Candidíase pulmonar

1F25 Coccidioomicose

1F27 Criptococose

1F2A Histoplasmose

1F2G Pneumocistose

1F57 Toxoplasmose

2A60.5 Neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas, **especificada como cerebral primária**

**com menção de:**

1C60 - 1C62 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana

MA14.0 Evidência laboratorial do HIV

**codifique como:**

1C60.- a 1C60.3Y

1C61.- a 1C61.3

1C62.- a 1C62.3

Independentemente do subcódigo (quinto ao sexto caráter) que a CBT tenha, codifique como 1C60 -1C62 (alterando o quinto caráter para o número 3)

Use um código adicional, se desejar, para especificar a condição individual associada informada.

a CBT é:	com menção de:	codifique como:
2A80 Linfoma folicular, <b>especificado como</b> cerebral primário		
2A81 Linfomas difusos de grandes células B, <b>especificado como</b> imunoblástico		
2A85 Outras neoplasias ou linfoma de células B maduras especificadas, <b>especificadas como</b> cerebral primária		
2A85.6 Linfoma de Burkitt/leucemia de células tipo Burkitt		
2A86 Linfoma de células B, misto, <b>especificado como</b> cerebral primário		
2A90-2B2Z Neoplasias de células T ou células NK maduras, <b>especificadas como</b> cerebrais primárias ( <b>exceto 2B03</b> )		
2B30 Linfoma de Hodgkin, <b>especificado como</b> cerebral primário		
2B33 Neoplasias hematopoiéticas malignas sem especificação adicional, <b>especificadas como</b> cerebrais primárias		
2C77 Neoplasias malignas do colo do útero		
8A45.02 Leucoencefalopatia multifocal progressiva		
8E47 Encefalopatia, não classificada em outra parte		
CA40.20 Pneumonia por Pneumocystis		
MG20.Z Caquexia, não especificada		

**a CBT é:**

**1C60 - 1C62.Z**Doença pelo vírus da imunodeficiência humana

Nota: Modos de morrer, condições mal definidas e as condições improváveis de causar a morte não deverão ser associados a categorias em **1C60 - 1C62.Z**Doença pelo vírus da imunodeficiência humana, a menos que a ferramenta de codificação oriente nesse sentido.

Nota: Use um código adicional, se desejar, para especificar a condição individual associada informada.

**a CBT é:**

**1C60 - 1C62.Z**Doença pelo vírus da imunodeficiência humana

com menção de:

**1C60 - 1C62.Z** , de um estágio mais grave com um quinto dígito maior (exceto Z)

codifique como:

**1C60 - 1C62.Z** , de um estágio mais grave utilize o maior quinto dígito

<p><b>a CBT é:</b>  <b>1B10-</b>  <b>1B1Z</b>Tuberculose</p>	<p>com menção de:  <b>1C62</b> Doença pelo vírus da imunodeficiência humana sem menção de tuberculose ou malária</p>	<p>codifique como:  <b>1C62.0</b> a <b>1C60.0</b>; <b>1C62.1</b> a <b>1C60.1</b>;  <b>1C62.2</b> a <b>1C60.2</b>; <b>1C62.3</b> a <b>1C60.3Z</b>;  <b>1C62.Z</b> a <b>1C60.Z</b>: <b>MA14.0</b> a <b>1C60.Z</b>  Independentemente do subcódigo (quinto ao sexto caráter) que a CBT tenha, codifique como <b>1C60</b> Doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à tuberculose (respeitando o quinto ou sexto caráter se presente). Se o código na segunda coluna for <b>MA14.0</b> codifique como <b>1C60.Z</b></p>
<p><b>1G80</b> Sequelas de tuberculose</p>	<p><b>MA14.0</b> Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana</p>	
<p><b>1C62</b> Doença pelo vírus da imunodeficiência humana sem menção de tuberculose ou malária</p>	<p><b>1B10-1B1Z</b>  Tuberculose</p>	<p><b>1C60</b> Doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à tuberculose</p>
<p><b>MA14.0</b> Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana</p>		

**a CBT é:**

1F40-1F4Z Malária

**com menção de:**

1C62 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana sem menção de tuberculose ou malária

MA14.0 Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana

**codifique como:**

1C61 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à malária

1C62 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana sem menção de tuberculose ou malária

MA14.0 Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana

1F40-1F4Z Malária

1C61 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à malária

**a CBT é:**

2B57 Sarcoma de Kaposi, localização primária

**com menção de:**

1C60 - 1C62.Z Doença pelo vírus da imunodeficiência humana

MA14.0 Evidência laboratorial do HIV

**codifique como:**

1C60.30 Sarcoma de Kaposi associada à doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à tuberculose

1C61.30 Sarcoma de Kaposi associado à doença pelo vírus da imunodeficiência humana associada à malária

1C62.30 Sarcoma de Kaposi associado à doença pelo vírus da imunodeficiência humana, sem menção de tuberculose ou malária

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
Capítulo 3 "Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue"	1C60 - 1C62.Z Doença pelo vírus da imunodeficiência humana, e se o atestado indica que a doença pelo HIV é resultado de uma transfusão de sangue administrada como tratamento para a condição originária	1C60 - 1C62
4A00-4A0Z		
Imunodeficiências		
primárias		
4A20 Imunodeficiências		
adquiridas		
4B00-4B0Z Transtornos do		
sistema imune envolvendo		
linhagens de células		
brancas		
4B20-4B2Y Alguns		
transtornos envolvendo o		
sistema imune		
4B4Y Outras doenças		
especificadas do sistema		
imune		
4B4Z Doenças do sistema		
imune não especificadas		

### 2.19.3.2 Instruções especiais sobre o Capítulo 02 Neoplasias



<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
2E60-2E6Z Neoplasias <i>in situ</i> , <b>exceto</b> de sistemas linfóide, hematopoiético e nervoso central ou tecidos relacionados	disseminação metastática, ou se está claro a partir de outras informações no atestado que a neoplasia <i>in situ</i> causou a disseminação metastática  Se não há indicação de que a neoplasia <i>in situ</i> causou uma disseminação metastática	a neoplasia maligna primária correspondente  Considere a neoplasia <i>in situ</i> improvável de causar a morte, e <b> siga as instruções no Passo SP8</b> Condições improváveis de causar a morte.

### 2.19.3.3 Instruções especiais sobre o Capítulo 03 Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue

### 2.19.3.4 Instruções especiais sobre o Capítulo 04 Doenças do sistema imune

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>	<b>codifique como:</b>
4A84.Z Anafilaxia, não especificada	Exposição a ou efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas:  Exposição a ou efeitos nocivos de outras substâncias ou substâncias não especificadas, principalmente não medicamentosas quanto à origem:  Picada ou envenenamento por um animal:	NE60 Efeitos nocivos PB20-29 Não intencional PH40-PH49 Intenção indeterminada, ou PL00-PL01 Substâncias associadas às lesões ou danos no uso terapêutico  NE61 Efeitos nocivos PB36 Não intencional PH56 Intenção indeterminada  PA78 Não intencional PG68 Intenção indeterminada	4A84.1 Anafilaxia induzida por droga. Use um código de extensão adicional, se desejar, para identificar o agente de origem.  4A84.0 Anafilaxia devido a reação alérgica a alimentos, 4A84.4 Anafilaxia devido a alérgenos inalados, 4A84.5 Anafilaxia devido ao contato com alérgenos, ou 4A84.Y Outra anafilaxia especificada  4A84.2 Anafilaxia por veneno de inseto

### 2.19.3.5 Instruções especiais sobre o Capítulo 05 Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
5C70 Depleção de volume	1A00-1A40 Gastroenterites ou colites de origem infecciosa	1A00-1A40

### 2.19.3.6 Instruções especiais sobre o Capítulo 06 Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
6C40-6C4Z Transtornos decorrentes do uso de substâncias	PB20-PB36 Exposição não intencional a ou efeitos nocivos de substâncias	PB20-PB36
6D72.1 Transtorno amnésico decorrente de substância psicoativas, incluindo medicamentos	PC90-PD05 Lesão autoprovocada intencionalmente por exposição a ou efeitos nocivos de substâncias	PC90-PD05
	PE80-PE95 Agressão por exposição a ou efeitos nocivos de substâncias	PE80-PE95
	PH40-PH56 Exposição a ou efeitos nocivos de substâncias, intenção indeterminada	PH40-PH56

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
6C40-6C4Z Transtornos decorrentes do uso de substâncias, com o quinto caráter .1 (se o quinto caráter está disponível) (padrão de uso nocivo)	6C40-6C4Z, com o quinto caráter .2 (dependência) (se o quinto caráter está disponível)	6C40-6C4Z, com o quinto caráter .2 (se o quinto caráter está disponível)
	6C40-6C4Z, com o quinto caráter .5 ( <i>delirium</i> induzido por substância) (se o quinto caráter está disponível)	6C40-6C4Z, com o quinto caráter .5 (se o quinto caráter está disponível)
	6D72.1 Transtorno amnésico decorrente de substância psicoativas, incluindo medicamentos	6D72.1

**a CBT é:**

6C40-6C4Z Transtornos decorrentes do uso de substâncias, com o quinto caráter .2 (dependência) (se o quinto caráter está disponível)

**com menção de:**

6C40-6C4Z, com o quinto caráter .5 (*delirium* induzido por substância) (se o quinto caráter está disponível)

**codifique como:**

6C40-6C4Z, com o quinto caráter .5 (se o quinto caráter está disponível)

[6D72.1](#) Transtorno amnésico decorrente de substância psicoativas, incluindo medicamentos

[6D72.1](#)

**a CBT é:**

6C40-6C4Z Transtornos decorrentes do uso de substâncias, quinto caráter .6 (transtorno psicótico induzido por substância) (se o quinto caráter está disponível)

**com menção de:**

6C40-6C4Z, com o quinto caráter .2 (dependência) (se o quinto caráter está disponível)

**codifique como:**

6C40-6C4Z, com o quinto caráter .2 (se o quinto caráter está disponível)

6C40-6C4Z, com o quinto caráter .5 (*delirium* induzido por substância) (se o quinto caráter está disponível)

[6D72.1](#) Transtorno amnésico decorrente de substância psicoativas, incluindo medicamentos

6C40-6C4Z, com o quinto caráter .5 (se o quinto caráter está disponível)

[6D72.1](#)

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	5A70.2 Síndrome pseudo-Cushing	5A70.2
	8D44 Transtornos neurológicos relacionados ao álcool	8D44
	BC43.01 Cardiomiopatia dilatada não familiar, especificada como álcool	BC43.01
	DA42.80 Gastrite alcoólica	DA42.80
6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DB91.Z Insuficiência hepática aguda ou subaguda não especificada	DB94.Z Doença alcoólica do fígado, não especificada
	DB94.Z Doença alcoólica do fígado, não especificada	
	DB99.7 Insuficiência hepática sem menção se aguda ou crônica	
	DB99.8 Insuficiência hepática crônica	
	DB9Z Doenças do fígado não especificadas	
6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DB92.Y Outra doença hepática gordurosa não alcoólica especificada, não especificada como não alcoólica	DB94.0 Fígado gorduroso alcoólico
	DB92.Z Doença hepática gordurosa não alcoólica, não especificada, não especificada como não alcoólica	
6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DB93.0 Fibrose hepática	DB94.2 Fibrose hepática alcoólica
6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DB93.1 Cirrose hepática	DB94.3 Cirrose hepática alcoólica sem hepatite
6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DB97.2 Hepatite crônica não classificada em outra parte	DB94.1 Hepatite alcoólica
	DB97.Z Doença hepática inflamatória, não especificada	
6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DC31.1 Pancreatite aguda induzida por álcool	DC31.1

DC31.Z Pancreatite aguda, não especificada

DC32.Z Pancreatite crônica, não especificada, **exceto** quando especificada como devido a outras causas que não o álcool

DC32.3 Pancreatite crônica induzida por álcool

JA85.Y Assistência prestada à mãe devido a outra anormalidade ou dano fetal especificada, *especificada como* álcool

DC31.1 Pancreatite aguda induzida por álcool

DC32.3 Pancreatite crônica induzida por álcool

DC32.3

JA85.Y

<b>a CBT é:</b>	quando informado como a causa de:	codifique como:
<a href="#">6C40</a> Transtornos decorrentes do uso de álcool	<a href="#">BC43.4</a> Cardiomiopatia devido a drogas ou outros agentes externos	<a href="#">BC43.01</a> Cardiomiopatia dilatada não familiar

### 2.19.3.7 Instruções especiais sobre o Capítulo 07 Transtornos de sono-vigília

### 2.19.3.8 Instruções especiais sobre o Capítulo 08 Doenças do sistema nervoso

### 2.19.3.9 Instruções especiais sobre o Capítulo 09 Doenças do sistema visual

### 2.19.3.10 Instruções especiais sobre o Capítulo 10 Doenças da orelha ou do processo mastoide

### 2.19.3.11 Instruções especiais sobre o Capítulo 11 Doenças do sistema circulatório

<b>a CBT é:</b>	com menção de:	codifique como:
<a href="#">BA00</a> Hipertensão essencial	<a href="#">8B00-8B2Z</a> Doenças cerebrovasculares	<a href="#">8B00-8B2Z</a>
	<a href="#">BA01</a> Doença cardíaca hipertensiva	<a href="#">BA01</a>
	<a href="#">BA02</a> Doença renal hipertensiva	<a href="#">BA02</a>
	[ <a href="#">BA40-BA6Z</a> ] Doenças isquêmicas do coração	[ <a href="#">BA40-BA6Z</a> ]
	[ <a href="#">BA81-BA8Z</a> ] Doenças de artéria coronária	[ <a href="#">BA81-BA8Z</a> ]
	[ <a href="#">BD10-BD1Z</a> ] Insuficiência cardíaca, <a href="#">BC42.Z</a> Miocardite não especificada, <a href="#">BC45</a> Cardiomegalia, ou <a href="#">BC4Z</a> Doenças do miocárdio ou câmaras cardíacas, não especificadas, <b>exceto</b> quando especificadas como terminais/em fase terminal ou agudas, súbitas ou expressões similares de curta duração (menos de 24 horas)	<a href="#">BA01</a> Doença cardíaca hipertensiva

<b>a CBT é:</b> BA00 Hipertensão essencial	<b>quando informado como a causa de:</b> 9B78.1 Retinopatias de fundo e alterações vasculares da retina  BB60-BC0Z Doenças das valvas cardíacas, <b>exceto</b> o quinto caráter .0 (reumática) (se o quinto caráter está disponível) ou especificada como reumática  GB40 Síndrome nefrítica; GB41 Síndrome nefrótica; GB4Z Doenças glomerulares, não especificadas; GB61 Insuficiência renal crônica; GB6Z Insuficiência renal, não especificada; ou MF54.0 Rim contraído liso	<b>codifique como:</b> 9B78.1  BB60-BC0Z, <b>exceto</b> o quinto caráter .0 (reumática) (se o quinto caráter está disponível) ou especificada como reumática BA02 Doença renal hipertensiva
---	---	---

<b>a CBT é:</b> BA01 Doença cardíaca hipertensiva  BA02 Doença renal hipertensiva	<b>com menção de:</b> [BA40-BA6Z] Doenças isquêmicas do coração [BA81-BA8Z] Doenças de artéria coronária	<b>codifique como:</b> [BA40-BA6Z] [BA81-BA8Z]
--	--	--

<b>a CBT é:</b> BA40 Angina <i>pectoris</i>  BA4Z Doença cardíaca isquêmica aguda não especificada BA50-BA5Z Doença isquêmica crônica do coração BA6Z Doenças isquêmicas do coração não especificadas  [BA81-BA8Z] Doenças de artéria coronária	<b>com menção de:</b> BA41 Infarto agudo do miocárdio BA42 Infarto do miocárdio recorrente	<b>codifique como:</b> BA41 Infarto agudo do miocárdio
--	--	--

<b>a CBT é:</b> BC20.0 Doenças reumáticas do endocárdio, valva não especificada BC20.1 Doença cardíaca reumática não especificada	<b>com menção de:</b> BB60-BC0Z Doenças das valvas cardíacas, com o quinto caráter .0 (reumáticas) (se o quinto caráter está disponível)	<b>codifique como:</b> BB60-BC0Z, com o quinto caráter .0 (se o quinto caráter está disponível)
---	---	--

<b>a CBT é:</b> BC60-BC9Z Arritmia cardíaca BC42.Z Miocardite não especificada BC45 Cardiomegalia BC4Z Doenças do miocárdio ou câmaras cardíacas, não especificadas BD10-BD1Z Insuficiência cardíaca	<b>com menção de:</b> 1F53 Doença de Chagas BA40-BA6Z Doenças isquêmicas do coração [BA81-BA8Z] Doenças de artéria coronária	<b>codifique como:</b> 1F53 BA40-BA6Z [BA81-BA8Z]
---	---	--

<b>a CBT é:</b> BD10-BD1Z Insuficiência cardíaca, <b>exceto</b> quando especificada como terminal/em fase terminal ou aguda, súbita, ou expressões similares de curta duração (menos de 24 horas) BC4Z Doenças do miocárdio ou câmaras cardíacas, não especificadas, <b>exceto</b> quando especificadas como terminal/em fase terminal ou aguda, súbita ou expressões similares de curta duração (menos de 24 horas)	<b>com menção de:</b> BA00 Hipertensão essencial BA01 Doença cardíaca hipertensiva	<b>codifique como:</b> BA01 Doença cardíaca hipertensiva BA01
--	--	---

<b>a CBT é:</b> BD1Z Insuficiência cardíaca não especificada BC4Z Doenças do miocárdio ou câmaras cardíacas, não especificadas	<b>com menção de:</b> CB01 Edema pulmonar, não especificado de outra forma	<b>codifique como:</b> BD11.Z Insuficiência ventricular esquerda não especificada
--	---	--



<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<b>BD40</b> Doença arterial obstrutiva crônica aterosclerótica	<b>BA00</b> Hipertensão essencial	<b>BA00</b>
	<b>BA01</b> Doença cardíaca hipertensiva	<b>BA01</b>
	<b>BA02</b> Doença renal hipertensiva	<b>BA02</b>
	<b>BA03</b> Crise hipertensiva	<b>BA03</b>
	<b>BA40-BA6Z</b> Doenças isquêmicas do coração	<b>BA40-BA6Z</b>
	<b>BA81-BA8Z</b> Doenças de artéria coronária	<b>BA81-BA8Z</b>
	<b>BD10-BD1Z</b> Insuficiência cardíaca	<b>BD10-BD1Z</b>
	<b>BC42.Z</b> Miocardite não especificada	<b>BC42.Y</b> Outra miocardite especificada
	<b>8B00-8B2Z</b> Doenças cerebrovasculares	<b>8B00-8B2Z</b>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<b>BD40</b> Doença arterial obstrutiva crônica aterosclerótica	<b>BB60-BC0Z</b> Doenças das valvas cardíacas, <b>exceto</b> o quinto caráter .0 (reumáticas) (se o quinto caráter está disponível)	<b>BB60-BC0Z</b> , <b>exceto</b> o quinto caráter .0 (se o quinto caráter está disponível)
	<b>BC4Z</b> Doenças do miocárdio ou câmaras cardíacas, não especificadas	<b>BA52.Z</b> Aterosclerose coronária, localização não especificada
	<b>BD30-BD5Z</b> Doenças de artérias ou arteríolas, <b>exceto</b> <b>BD41</b> Doença arterial obstrutiva crônica não aterosclerótica ou <b>BD53</b> Transtornos secundários de artérias e arteríolas	<b>BD30-BD5Z</b> , <b>exceto</b> <b>BD41</b> ou <b>BD53</b>
	<b>DD30-DD3Z</b> Transtornos vasculares isquêmicos do intestino	<b>DD30-DD3Z</b>
	<b>MF54.0</b> Rim contraído liso	<b>BA02</b> Doença renal hipertensiva

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">BD40.2</a> Aterosclerose da artéria renal	<a href="#">GB40</a> Síndrome nefrítica; <a href="#">GB41</a> Síndrome nefrótica; <a href="#">GB4Z</a> Doenças glomerulares, não especificadas; <a href="#">GB61</a> Insuficiência renal crônica; <a href="#">GB6Z</a> Insuficiência renal, não especificada; ou <a href="#">MF54.0</a> Rim contraído liso	<a href="#">BA02</a> Doença renal hipertensiva

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">BD40.Z</a> Doença arterial obstrutiva crônica aterosclerótica, não especificada	<a href="#">MC85</a> Gangrena	<a href="#">BD40.0</a> Aterosclerose de membro inferior

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">BD40.Z</a> Doença arterial obstrutiva crônica aterosclerótica, não especificada	<a href="#">8A00.0</a> Doença de Parkinson  <a href="#">8A00.2Z</a> Parkinsonismo secundário, não especificado <a href="#">8A00.Z</a> Parkinsonismo não especificado <a href="#">GB40</a> Síndrome nefrítica; <a href="#">GB41</a> Síndrome nefrótica; <a href="#">GB4Z</a> Doenças glomerulares, não especificadas; <a href="#">GB61</a> Insuficiência renal crônica; <a href="#">GB6Z</a> Insuficiência renal, não especificada; ou <a href="#">MF54.0</a> Rim contraído liso	<a href="#">8A00.23</a> Parkinsonismo vascular  <a href="#">8A00.23</a>  <a href="#">8A00.23</a> <a href="#">BA02</a> Doença renal hipertensiva

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">BD50.3</a> Aneurisma da aorta torácica	<a href="#">BD50.4</a> Aneurisma da aorta abdominal	<a href="#">BD50. 5</a> Aneurisma aórtico toracoabdominal com o sexto caráter correspondente (perfuração, ruptura ou sem menção de perfuração e ruptura)
<a href="#">BD50.4</a> Aneurisma da aorta abdominal	<a href="#">BD50.3</a> Aneurisma da aorta torácica	<a href="#">BD50. 5</a> Aneurisma aórtico toracoabdominal com o sexto caráter correspondente (perfuração, ruptura ou sem menção de perfuração e ruptura)

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">BD55</a> Estenose assintomática de artéria intracraniana ou extracraniana	8B00-8B2Z Doenças cerebrovasculares	8B00-8B2Z

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">BD55</a> Estenose assintomática de artéria intracraniana ou extracraniana	<a href="#">8A00.0</a> Doença de Parkinson	<a href="#">8A00.23</a> Parkinsonismo vascular
	<a href="#">8A00.2Z</a> Parkinsonismo secundário, não especificado	<a href="#">8A00.23</a> Parkinsonismo vascular

### 2.19.3.12 Instruções especiais sobre o Capítulo 12 Doenças do sistema respiratório

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">CA00</a> Nasofaringite aguda	<a href="#">MB44.3</a> Imobilidade	<a href="#">CA40.Z</a> Pneumonia, organismo não especificado
<a href="#">CA07</a> Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas		

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
CA00 Nasofaringite aguda	1D01.Y Outra meningite infecciosa especificada não classificada em outra parte	1D01.Y
CA07 Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas	1D03.3 Abscesso intracraniano	1D03.3
	1D04.1 Granuloma intracraniano	1D04.1
	1E30-1E32 Influenza	1E30-1E32
	AA80-AB0Z Otite média	AA80-AB0Z
	AB11 Mastoidite ou condições relacionadas	AB11
	CA20 Bronquite	CA20
	CA22 Doença pulmonar obstrutiva crônica	CA22
	CA27 Traqueobronquite	CA27
	CA40 Pneumonia	CA40
	CA41 Bronquiolite aguda	CA41
CA42 Bronquite aguda	CA42	
GB40 Síndrome nefrítica	GB40	

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
CA42 Bronquite aguda	CA20.1 Bronquite crônica	CA20.1
	CA22 Doença pulmonar obstrutiva crônica	CA22

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
CA20 Bronquite	CA21 Enfisema	CA22 Doença pulmonar obstrutiva crônica
	CA22 Doença pulmonar obstrutiva crônica	CA22

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">CA20</a> Bronquite	<a href="#">CA23</a> Asma	<a href="#">CA22</a> Doença pulmonar obstrutiva crônica

Nota: veja também a nota abaixo em [CA23](#)

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">CA22.Z</a> Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada	<a href="#">CA40</a> Pneumonia	<a href="#">CA22.1</a> Doença pulmonar obstrutiva crônica especificada
	<a href="#">CA41</a> Bronquiolite aguda	
	<a href="#">CA42</a> Bronquite aguda	

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">CA60</a> Pneumoconiose	<a href="#">1B10</a> Tuberculose do sistema respiratório	<a href="#">CA60.3</a> Pneumoconiose associada à tuberculose

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
CB01 Edema pulmonar	BD1Z Insuficiência cardíaca não especificada BC4Z Doenças do miocárdio ou câmaras cardíacas, não especificadas	BD11.Z Insuficiência ventricular esquerda não especificada

### 2.19.3.13 Instruções especiais sobre o Capítulo 13 Doenças do sistema digestivo

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
DB91.Z Insuficiência hepática aguda ou subaguda não especificada	6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DB94 Doença alcoólica do fígado
DB95 Doença hepática tóxica ou induzida por droga	DB94 Doença alcoólica do fígado	
DB99.7 Insuficiência hepática sem menção se aguda ou crônica	NE61 Efeitos nocivos de ou exposição a substâncias nocivas, Substâncias principalmente não medicinais quanto à origem, não classificadas em outra parte, <i>especificadas como álcool</i>	
DB99.8 Insuficiência hepática crônica		
DB9Z Doenças do fígado não especificadas		

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
DB92 Doença hepática gordurosa não alcoólica, <b>exceto</b> DB92.1 Esteatohepatite não alcoólica	6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DB94.0 Fígado gorduroso alcoólico
	DB94 Doença alcoólica do fígado	
	NE61 Efeitos nocivos de ou exposição a substâncias nocivas, Substâncias principalmente não medicinais quanto à origem, não classificadas em outra parte, <i>especificadas como álcool</i>	

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">DB92.1</a> Esteatohepatite não alcoólica	<a href="#">6C40</a> Transtornos decorrentes do uso de álcool	<a href="#">DB94.1</a> Hepatite alcoólica
<a href="#">DB97.2</a> Hepatite crônica não classificada em outra parte	<a href="#">DB94</a> Doença alcoólica do fígado	
<a href="#">DB97.Z</a> Doença hepática inflamatória, não especificada	<a href="#">NE61</a> Efeitos nocivos de ou exposição a substâncias nocivas, Substâncias principalmente não medicinais quanto à origem, não classificadas em outra parte, <i>especificadas como</i> álcool	

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">DB93</a> Fibrose hepática ou cirrose, <b>exceto</b> <a href="#">DB93.0</a> Fibrose hepática	<a href="#">6C40</a> Transtornos decorrentes do uso de álcool	<a href="#">DB94.3</a> Cirrose hepática alcoólica sem hepatite
	<a href="#">DB94</a> Doença alcoólica do fígado	
	<a href="#">NE61</a> Efeitos nocivos de ou exposição a substâncias nocivas, Substâncias principalmente não medicinais quanto à origem, não classificadas em outra parte, <i>especificadas como</i> álcool	

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
DB93.0 Fibrose hepática	6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool  DB94 Doença alcoólica do fígado NE61 Efeitos nocivos de ou exposição a substâncias nocivas, Substâncias principalmente não medicinais quanto à origem, não classificadas em outra parte, <i>especificadas como álcool</i>	DB94.2 Fibrose hepática alcoólica

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
DC31.Z Pancreatite aguda, não especificada	6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DC31.1 Pancreatite aguda induzida por álcool
DC32.Z Pancreatite crônica, não especificada, <b>exceto</b> quando especificada como devido a outras causas que não o álcool	6C40 Transtornos decorrentes do uso de álcool	DC32.3 Pancreatite crônica induzida por álcool

#### 2.19.3.14 Instruções especiais sobre o Capítulo 14 Doenças da pele

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
EH90 Úlcera de pressão	EH90 Úlcera de pressão, de um estágio mais avançado	EH90 Úlcera de pressão, de um estágio mais avançado

#### 2.19.3.15 Instruções especiais sobre o Capítulo 15 Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo

#### 2.19.3.16 Instruções especiais sobre o Capítulo 16 Doenças do sistema geniturinário

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
GB61 Insuficiência renal crônica	GB61 Insuficiência renal crônica, de um estágio mais avançado	GB61 Insuficiência renal crônica, de um estágio mais avançado



<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
GB61 Insuficiência renal crônica	BA00.Z Hipertensão essencial não especificada	BA02 Doença renal hipertensiva
GB6Z Insuficiência renal, não especificada	BA02 Doença renal hipertensiva	BA02
MF54.0 Rim contraído liso		

### 2.19.3.17 Instruções especiais sobre o Capítulo 17 Condições relacionadas à saúde sexual

### 2.19.3.18 Instruções especiais sobre o Capítulo 18 Gravidez, parto ou puerpério

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA24 Pré-eclâmpsia	JA25 Eclâmpsia	JA25

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA82 Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anômala conhecida ou suspeitada do feto	JA83 Assistência prestada à mãe devido a uma desproporção conhecida ou suspeita	JA83

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA83.Z Assistência prestada à mãe devido a uma desproporção conhecida ou suspeita, não especificada	JA83.0 Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à deformidade da pelve óssea materna	JA83.0
	JA83.1 Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à contração geral da pelve	JA83.1
	JA83.2 Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à contração do estreito superior da pelve	JA83.2
	JA83.3 Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à contração do estreito inferior da pelve	JA83.3

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB04</a> Obstrução do trabalho de parto devido a má-posição ou má-apresentação fetal	<a href="#">JB05</a> Obstrução do trabalho de parto devido a anormalidade pélvica da mãe	<a href="#">JB05</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA61.0</a> Veias varicosas de membros inferiores na gravidez	<a href="#">JB42.2</a> Embolia obstétrica por coágulo de sangue	<a href="#">JB42.2</a>
<a href="#">JA61.1</a> Varizes genitais na gravidez		
<a href="#">JA61.2</a> Tromboflebite superficial na gravidez		
<a href="#">JA61.4</a> Hemorroidas na gravidez		

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA65.2</a> Ganho excessivo de peso na gravidez	<a href="#">JA20-JA2Z</a> Edema, proteinúria ou transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério	<a href="#">JA20-JA2Z</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA65.3</a> Ganho de peso insuficiente na gravidez	<a href="#">JB64.2</a> Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas complicando a gravidez, o parto ou o puerpério	<a href="#">JB64.2</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA65.4</a> Assistência à gravidez por motivo de abortamento habitual	<a href="#">JA00-JA0Z</a> Gravidez que termina em aborto	<a href="#">JA00-JA0Z</a>
<a href="#">JA65.5</a> Retenção de dispositivo intrauterino contraceptivo (DIU) na gravidez	<a href="#">JA00-JA0Z</a> Gravidez que termina em aborto	<a href="#">JA00-JA0Z</a>
	<a href="#">JA88.1</a> Infecção de saco ou membrana amnióticos	<a href="#">JA88.1</a>
	<a href="#">JB00</a> Trabalho de parto ou parto pré-termos	<a href="#">JB00</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA65.7</a> Subluxação da sínfise púbica na gravidez, no parto ou no puerpério	<a href="#">JB04- JB06</a> Obstrução do trabalho de parto devido a má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	<a href="#">JB04- JB06</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA67.4</a> Cefaleia induzida por raquianestesia ou anestesia peridural administrada durante a gravidez	<a href="#">JA67.2</a> Complicações relativas ao sistema nervoso central devido a anestesia administrada durante a gravidez	<a href="#">JA67.2</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA80</a> Assistência prestada à mãe relacionada à gestação múltipla	<a href="#">JB04-JB06</a> Obstrução do trabalho de parto devido à má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	<a href="#">JB04- JB06</a>
	<a href="#">JB0D.3</a> Outras complicações de cirurgia ou procedimentos obstétricos	<a href="#">JB0D.3</a>
<a href="#">JA81</a> Assistência prestada à mãe relacionada a complicações específicas da gestação múltipla	<a href="#">JB42.1</a> Embolia amniótica	<a href="#">JB42.1</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA82</a> Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anômala conhecida ou suspeitada do feto	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
<a href="#">JA83</a> Assistência prestada à mãe devido a uma desproporção conhecida ou suspeita	<a href="#">JB04-JB06</a> Obstrução do trabalho de parto devido a má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	<a href="#">JB04- JB06</a>
<a href="#">JA84</a> Assistência prestada à mãe por anormalidade conhecida ou suspeita de órgãos pélvicos maternos	<a href="#">JB09-JB0A</a> Laceração do períneo durante o parto e outro traumatismo obstétrico	<a href="#">JB09-JB0A</a>
<a href="#">JA85</a> Assistência prestada à mãe por anormalidade ou lesão fetais suspeitadas ou conhecidas	<a href="#">JB0D</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D</a>
<a href="#">JA86</a> Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA87</a> Assistência prestada à mãe relacionada à polidrâmnio	<a href="#">JA8C</a> Assistência prestada à mãe relacionada a descolamento prematuro da placenta	<a href="#">JA8C</a>
	<a href="#">JB03</a> Trabalho de parto prolongado	<a href="#">JB03</a>
	<a href="#">JB04-JB06</a> Obstrução do trabalho de parto devido à má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	<a href="#">JB04- JB06</a>
	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
	<a href="#">JB0D</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D</a>
	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>
	<a href="#">JB42.1</a> Embolia amniótica	<a href="#">JB42.1</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA88.0 Oligohidrâmnio	JA43 Hemorragia pós-parto	JA43
JA88.Y, JA88.Z Outros transtornos especificados do líquido ou membrana amnióticos e Transtornos do líquido ou membrana amnióticos, não especificados	JA88.1 Infecção de saco ou membrana amnióticos	JA88.1
	JB03 Trabalho de parto prolongado	JB03
	JB40 Infecções no puerpério	JB40
	JB0D Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	JB0D

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA89.3 Ruptura prematura pré-termo de membranas	JA88.1 Infecção de saco ou membrana amnióticos	JA88.1
	JB03 Trabalho de parto prolongado	JB03
	JA43 Hemorragia pós-parto	JA43
	JB0D Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	JB0D
	JB40 Infecções no puerpério	JB40
	JB42.1 Embolia amniótica	JB42.1

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA8A.0</a> Síndromes de transfusão placentária	<a href="#">JA8C</a> Assistência prestada à mãe relacionada a descolamento prematuro da placenta	<a href="#">JA8C</a>
<a href="#">JA8A.1</a> Malformação da placenta	<a href="#">JA42</a> Hemorragia intraparto	<a href="#">JA42</a>
<a href="#">JA8A.Y</a> Outra assistência especificada prestada à mãe relacionada a transtornos da placenta	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
<a href="#">JA8A.Z</a> Outra assistência prestada à mãe relacionada à transtornos da placenta, não especificada	<a href="#">JB0D</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D</a>
	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA8A.2</a> Morbidade de adesão anômala placentária	<a href="#">JA8B.1</a> Placenta prévia com hemorragia	<a href="#">JA8B.1</a>
	<a href="#">JA8B.0</a> Placenta prévia especificada como sem hemorragia	<a href="#">JA8B.0</a>
	<a href="#">JA8B.Z</a> Assistência prestada à mãe por placenta prévia ou de inserção baixa, não especificada	<a href="#">JA8B.Z</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA8E</a> Assistência prestada à mãe relacionada a gestação prolongada	<a href="#">JB0D</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB00</a> Trabalho de parto ou parto pré-termos	<a href="#">JA8C</a> Assistência prestada à mãe relacionada a descolamento prematuro da placenta	<a href="#">JA8C</a>
<a href="#">JB01</a> Falha na indução do trabalho de parto	<a href="#">JA42</a> Hemorragia intraparto	<a href="#">JA42</a>
<a href="#">JB02</a> Anormalidades da contração uterina	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
<a href="#">JB03</a> Trabalho de parto prolongado	<a href="#">JB04- JB06</a> Obstrução do trabalho de parto devido a má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	<a href="#">JB04- JB06</a>
<a href="#">JB07</a> Trabalho de parto ou parto complicados por sofrimento fetal	<a href="#">JB0D</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D</a>
<a href="#">JB08</a> Trabalho de parto ou parto complicados por anormalidade do cordão umbilical	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB09.2, JB09.3, JB09.Z</a> Laceração de períneo de terceiro ou quarto grau durante o parto, ou não especificada	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0C.5</a> Cefaleia induzida por raquianestesia ou anestesia epidural realizada durante o trabalho de parto e parto	<a href="#">JB0C.3</a> Complicações do sistema nervoso central devido a anestesia durante o trabalho de parto e no parto	<a href="#">JB0C.3</a>

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.0</a> Sofrimento materno durante o trabalho de parto e o parto	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
<a href="#">JB0D.1</a> Choque durante ou subsequente ao trabalho de parto e o parto	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>
<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.2</a> Febre durante o trabalho de parto não classificada em outra parte	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>
<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.4</a> Demora do parto após ruptura artificial das membranas	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
<a href="#">JB0D.5</a> Demora do parto após ruptura espontânea ou não especificada das membranas	<a href="#">JB0D</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D</a>
	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>
<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.6</a> Parto vaginal subsequente a cesariana anterior	<a href="#">JA8A.2</a> Morbidade de adesão anômala placentária	<a href="#">JA8A.2</a>
	<a href="#">JB0A.1</a> Ruptura do útero durante o trabalho de parto	<a href="#">JB0A.1</a>
	<a href="#">JB0A.2</a> Inversão do útero pós-parto	<a href="#">JB0A.2</a>
	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
	<a href="#">JB0D</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D</a>
	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>



<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JB41.0 Tromboflebite superficial no puerpério	JB42.2 Embolia obstétrica por coágulo de sangue	JB42.2
JB41.2 Hemorroidas no puerpério		
JB41.Y Outras complicações venosas no puerpério		
JB41.Z Complicações venosas no puerpério, não especificadas		

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JB43.3 Cefaleia induzida por raqui-anestesia ou anestesia epidural durante o puerpério	JB43.2 Complicações relativas ao sistema nervoso central devido a anestesia durante o puerpério	JB43.2

### 2.19.3.19 Instruções especiais sobre o Capítulo 19 Algumas condições originadas no período perinatal

#### 2.19.3.20 Instruções especiais sobre o Capítulo 20 Anomalias do desenvolvimento

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
LB20.00 Doença hepática fibropolicística	GB81 Doença renal policística autossômica dominante	GB81
	GB8Y Outra doença renal cística ou displásica especificada	GB8Y

#### 2.19.3.21 Instruções especiais sobre o Capítulo 21 Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte

<b>a CBT é:</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
MA14.0 Evidência laboratorial do vírus da imunodeficiência humana	1A00-1H0Z Capítulo 01 Algumas doenças infecciosas ou parasitárias	1C60-1C62 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana

#### 2.19.3.22 Instruções especiais sobre o Capítulo 22 Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas

#### 2.19.3.23 Instruções especiais sobre o Capítulo 23 Causas externas de morbidade ou mortalidade

<b>a CBT é:</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
PA00-PB6Z Causa não intencional de morbidade ou mortalidade	1C13 Tétano	1C13

#### 2.19.3.24 Códigos que não devem ser usados para causa básica da morte

As categorias especificadas na coluna da esquerda desta seção não devem ser usadas como causa básica da morte. Selecione a categoria na coluna da direita, conforme apropriado.

**a CBT é:**

2D50-2E2Z

Metástases de neoplasias malignas

**Codifique como:** 2D40-2D4Z Neoplasias malignas de localizações primárias mal definidas ou não especificadas, se a localização primária da neoplasia maligna não é conhecida ou indicada

**a CBT é:**

5A20.0 - 5A2Y Complicações agudas do diabetes mellitus

**Codifique como:** 5A10-5A13 se o tipo de diabetes é declarado ou **codifique como** 5A14 Diabetes mellitus, tipo não especificado, se o tipo de diabetes não é declarado

8B92.2 Plexopatia lombossacral diabética

8B94 Radiculoplexoneuropatia diabética

8C03.0 Polineuropatia diabética

8D88.1 Neuropatia autonômica devido a diabetes mellitus

9B10.21 Catarata diabética

9B71.00 - 9B71.0Z Retinopatia diabética

BC43.7 Cardiomiopatia diabética

BD54 Úlcera de pé diabético

EB90.0 Lesões de pele do diabetes

FA38.0 Artropatia diabética

FA38.10 Artropatia neuropática diabética

MF83 Alterações glomerulares diabéticas

**a CBT é:**

5D40-5D46 Transtornos endócrinos ou metabólicos pós-procedimento

8E60-8E66 Transtornos pós-procedimentos do sistema nervoso

9D20-9D25 Transtornos pós-procedimento em olho ou anexos oculares

AB90-AB93 Transtornos pós-cirúrgicos de orelha ou do processo mastoideo

BE10-BE1F Transtornos pós-procedimento do sistema circulatório

CB60-CB64 Condições respiratórias pós-procedimentos

DE10-DE13 Transtornos pós-procedimento do sistema digestivo

**FC01** Transtornos do sistema musculo esquelético pós-procedimentos

GC70-GC7B Transtornos pós-procedimento do sistema geniturinário

Ver Seção [2.18.4](#) Passo M4 - Instruções sobre procedimentos médicos, lesão principal, envenenamento e mortes maternas

**a CBT é:**

6C40-6C4Z Transtornos decorrentes do uso de substâncias, com o quinto caráter .3 (intoxicação) (se o quinto caráter está disponível)

**Codifique como:**

PB20-PB36 Exposição não intencional a ou efeitos nocivos de substâncias

PC90-PD05 Lesão autoprovocada intencionalmente por exposição a ou efeitos nocivos de substâncias

PE80-PE95 Agressão por exposição a ou efeitos nocivos de substâncias

PH40-PH56 Exposição a ou efeitos nocivos de substâncias, intenção indeterminada

**a CBT é:**

6D80.0 - 6D80.Z Demência devido à doença de Alzheimer	Codifique como: 8A20 Doença de Alzheimer
6D81 Demência devido a doença cerebrovascular	Codifique como: A doença cerebrovascular originária no Capítulo 08 "8B00 a 8B2Z" e se não informada codifique como 8B2Z
6D82 Demência devido à doença de corpos de Lewy	Codifique como: 8A22, Doença com corpos de Lewy
6D83 Demência frontotemporal	Codifique como: 8A23, Degeneração frontotemporal lobar
6D84.0 Demência decorrente do uso de álcool	Codifique como: O transtorno originário devido ao uso de álcool, se não informado codifique como 6C40.Y, outros transtornos especificados devido ao uso de álcool
6D84.1 Demência devido ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	Codifique como: O transtorno originário devido ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, se não informado codifique como 6C44.Y, outros transtornos especificados devido ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
6D84.2 Demência devido ao uso de inalantes voláteis	Codifique como: O transtorno originário devido ao uso de inalantes voláteis, se não informado codifique como 6C4B.Y, outros transtornos especificados devido ao uso de inalantes voláteis
6D84.Y Demência devido a outra substância psicoativa especificada	Codifique como: O transtorno originário devido ao uso de outras substâncias psicoativas especificadas, se não informado codifique como 6C4G.Y Outros transtornos especificados devido ao uso de substâncias psicoativas desconhecidas ou não especificadas.
6D85.0 Demência devido à doença de Parkinson	Codifique como: 8A00.0Z Doença de Parkinson não especificada
6D85.1 Demência devido à doença da Huntington	Codifique como: 8A01.10 Doença de Huntington, não especificada

**a CBT é:**

6D85.2 Demência devido à exposição a metais pesados e outras toxinas	Codifique como: PB36 Exposição não intencional a outras ou não especificadas substâncias de origem predominantemente não medicinal ou a seus efeitos nocivos PD05 Lesão autoprovocada intencionalmente por exposição a ou efeitos nocivos de outras substâncias de origem predominantemente não medicinal ou das não especificadas PE95 Agressão por exposição a ou efeitos nocivos de outras substâncias de origem predominantemente não medicinal ou substâncias não especificadas PH56 Exposição de intenção indeterminada a outras ou não especificadas substâncias principalmente não medicinais quanto a origem ou a seus efeitos nocivos
6D85.3 Demência devido ao vírus da imunodeficiência humana	Codifique como: 1C62.3 Doença pelo HIV em estágio clínico 4 sem menção de tuberculose ou malária
6D85.4 Demência devido à esclerose múltipla	Codifique como: 8A40.Z, Esclerose múltipla não especificada
6D85.5 Demência devido à doença priônica	Codifique como: Doenças priônicas mencionadas, [8E0Z] Doenças priônicas humanas, não especificadas
6D85.6 Demência devido à hidrocefalia de pressão normal	Codifique como: 8D64.04 Hidrocefalia de pressão normal
6D85.7 Demência devido a traumatismo craniano	Codifique como: Causa externa que causou lesão na cabeça, se não especificada: Codifique como: PB6Z Causa não intencional não especificada de morbidade ou mortalidade PD05 Lesão autoprovocada intencionalmente, não especificada PF2Z Agressão não especificada PH8Z Evento com traumatismo de intenção indeterminada, não especificado
6D85.8 Demência devido à pelagra	Codifique como: 5B5C.0, Pelagra
6D85.9 Demência devido à síndrome de Down	Codifique como: LD40.0 Síndrome de Down
6D85.Y Demência devido a outras doenças especificadas classificadas em outra parte	Codifique como: doença especificada
6D8Y Demência, outra causa especificada	Codifique como: causa especificada

**a CBT é:**

**BA42** Infarto do miocárdio recorrente

**Codifique como:** BA41 Infarto agudo do miocárdio

**BA60** Algumas complicações atuais subsequentes ao infarto agudo do miocárdio

**a CBT é:**

**BA43** Trombose coronária que não resulta em infarto do miocárdio

**Codifique como:** BA41 Infarto agudo do miocárdio  
Para a mortalidade, presume-se a ocorrência de infarto do miocárdio.

**a CBT é:**

**BA50** Infarto antigo do miocárdio

**Codifique como:** BA5Z Doença isquêmica crônica do coração não especificada, se a causa não é indicada.

**a CBT é:**

**BD55** Estenose assintomática de artéria intracraniana ou extracraniana

**Codifique como:** 8B11 Acidente cerebral isquêmico Para a mortalidade, presume-se a ocorrência de infarto cerebral.

**BD56** Oclusão assintomática de artéria intracraniana ou extracraniana

**a CBT é:**

**JA05** Complicações após aborto, gravidez ectópica ou molar

**Codifique como:** Gravidez que termina em aborto de JA00-JA04

**a CBT é:**

**JB65** Sequelas de complicação da gravidez, parto ou puerpério

**Codifique como:** JB62 Morte por sequelas de causas obstétricas

**a CBT é:**

KB60-KB6Z Transtornos endócrinos ou metabólicos transitórios específicos do feto ou recém-nascido, **exceto** KB60.0 Síndrome do filho de mãe com diabetes gestacional; KB60.1 Síndrome de filho de mãe diabética, tipo 1 ou 2, não gestacional, dependente de insulina; KB60.2 Diabetes mellitus neonatal; ou KB62.0 Hipertireoidismo neonatal transitório

**Codifique como:** outra causa perinatal. Se nenhuma outra causa perinatal é informada, **codifique como:** KD5Z Condições originadas no período perinatal ou neonatal, não especificadas

**a CBT é:**

MA13.1 Presença de álcool no sangue

**Codifique como:** MH14 Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade

**a CBT é:**

MA15.Y Outros achados microbiológicos especificados no sangue, órgãos hematopoéticos ou no sistema imune

**Codifique como:** A doença infecciosa de origem no Capítulo 01 "Algumas doenças infecciosas ou parasitárias", ou como 1G40 Sepse sem choque séptico-1G41 Sepse com choque séptico.

**a CBT é:**

MG20.0 Caquexia maligna

**Codifique como:** 2D4Z Neoplasias malignas não especificadas de localizações mal definidas ou não especificadas

**a CBT é:**

MG48 Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade

**Codifique como:** MH10-MH14 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade



**a CBT é:**

Capítulo 22 Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas

**Não deve ser usado para a causa básica da morte, exceto como um código adicional para a categoria relevante no Capítulo 23** (ver também o Passo M4).

Considere uma fratura como patológica quando uma doença da densidade óssea é informada próxima ou como a causa da fratura, e **codifique como: FB80.B** Fratura patológica, não classificada em outra parte

**a CBT é:**

24 Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde

**Não deve ser usado para a causa básica da morte.**

**Codifique como: MH14** Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade **se nada mais for informado no atestado**

**a CBT é:**

Capítulo X Códigos de extensão, **exceto** agentes infecciosos

**Codifique como: MH14** Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade

**a CBT é:**

Agentes infecciosos no Capítulo X Códigos de extensão

**Codifique como:** a infecção do agente infeccioso de localização não especificada. Ver também [2.21.8.11](#).

**2.19.3.25 Códigos que não devem ser usados se a causa básica for conhecida ou outras condições específicas se aplicarem**

Para as condições especificadas na coluna da esquerda desta seção, se a condição especificada na coluna da direita **não se aplica**, mantenha a condição como a causa básica temporária.

**a CBT é:**

**2D43** Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias)

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se as neoplasias múltiplas estão informadas separadamente.**

**Codifique como:** [2A00-2A0Z] Neoplasias do cérebro ou sistema nervoso central; [2A20-2B3Z] Neoplasias de tecidos hematopoiéticos ou linfoides; ou [2B50-2D3Z] Neoplasias malignas, declaradas ou presumidas primárias, de localização especificada, exceto de tecido linfático, hematopoiético, sistema nervoso central ou tecidos relacionados

**a CBT é:**

**6A00** Transtornos do desenvolvimento intelectual **6A01** Transtornos do desenvolvimento da fala ou da linguagem **6A03** Transtorno do desenvolvimento da aprendizagem [6A40-6A4Z] Catatonia **6E60-6E6Z** Síndromes mentais ou comportamentais secundárias associadas a transtornos ou doenças classificados em outra parte

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a condição física subjacente é conhecida.**

**Codifique como:** a condição física subjacente.

**a CBT é:**

**6C4A** Transtornos decorrentes do uso de nicotina

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a condição física resultante é conhecida.**

**Codifique como:** a condição física resultante.

**a CBT é:**

**6D70-6E0Z** Transtornos neurocognitivos

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a condição física subjacente é conhecida.**

**Codifique como:** a condição física subjacente. A classificação indica condições subjacentes comuns para cada categoria sob a instrução "Tem condição causal (codifique também)".

**a CBT é:**

**9D90** Deficiência visual incluindo cegueira

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a causa da deficiência visual é conhecida.**

**Codifique como:** a causa da deficiência visual

**a CBT é:**

[**AB50-AB5Z**] Transtornos com deficiência auditiva

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a causa da perda auditiva é conhecida.**

**Codifique como:** a causa da perda auditiva

**a CBT é:**

**BA04** Hipertensão secundária

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a causa da hipertensão é conhecida ou pode ser inferida pela aplicação das regras de seleção.**

**Codifique como:** a causa da hipertensão.

**a CBT é:**

**BC00** Doença de múltiplas valvas

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se as doenças de múltiplas valvas estão informadas separadamente e são de origem não reumática.**

**Codifique como:** cada doença valvar especificada pela ferramenta de codificação, e selecione a causa básica aplicando as regras de seleção e modificação na forma normal.

**a CBT é:**

**GA31** Infertilidade feminina **GB04** Infertilidade masculina

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a causa da infertilidade é conhecida.**

**Codifique como:** a causa da infertilidade

**a CBT é:**

**JA80** Assistência prestada à mãe relacionada à gestação múltipla

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se é informada uma complicação mais específica.**

**Codifique como:** a complicação mais específica.

Se não há complicação específica, **codifique como**

**JB0Z** Complicações do trabalho de parto ou parto, não especificadas

**a CBT é:**

**JB20 -** Não deve ser usado para a causa básica da morte se é informada uma complicação mais específica.  
**JB2Z** Parto

**Codifique como:** codifique como a complicação mais específica de JB0C.- a JB0D.- ou JB0Y. Se nenhuma complicação é informada **codifique como** JB0Z.

**a CBT é:**

**KA21** Transtornos do recém-nascido associados à gestação curta ou baixo peso ao nascer, não classificados em outro local **KA22** Transtornos do recém-nascido relacionados a gestação longa ou peso alto ao nascer

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se qualquer outra causa de mortalidade perinatal é informada.**

**Codifique como:** a outra causa de mortalidade perinatal. Isso não se aplica se a única outra causa de mortalidade perinatal informada é **KB2D** Insuficiência respiratória do recém-nascido ou **KB2E** Parada respiratória do recém-nascido.

**a CBT é:**

**KD3B** Morte fetal, causa não especificada

**Não deve ser usado para a causa básica da morte de nascidos vivos.**

**Codifique como:** **KD5Z** Condições originadas no período perinatal ou neonatal, não especificadas, se a criança nasceu viva, mas a causa da morte é desconhecida. Veja também: 2.21.8.4 Instruções especiais sobre mortes fetais

**a CBT é:**

**KD3B** Morte fetal, causa não especificada

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se qualquer outra causa de mortalidade fetal é conhecida.**

**Codifique como:** a outra causa de mortalidade fetal.

**a CBT é:**

[**MB50-MB5Z**] Sintomas paralíticos

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a causa da paralisia é conhecida.**

**Codifique como:** a causa da paralisia.

a CBT é:

NF0A Algumas complicações precoces de trauma, não classificadas em outra parte

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se a lesão inicial é conhecida.**

**Codifique como:** a lesão inicial

## 2.19.4 Instruções especiais sobre cirurgia e outros procedimentos médicos (Passo M4)

### 2.19.4.1 Motivo para cirurgia ou procedimento declarado

Se a causa básica temporária selecionada pela aplicação dos Passos SP1 a SP8 e M1 a M3 é uma cirurgia ou outro procedimento médico e o atestado indica motivo pelo qual a operação ou procedimento foi realizado, selecione o motivo da operação ou do procedimento como a nova causa básica temporária da morte. Em seguida, reaplique as instruções nos Passos SP7 e M1 a M4.

### 2.19.4.2 Motivo para cirurgia ou procedimento não declarado, complicação informada

Se o motivo para a cirurgia ou procedimento não é declarado e uma complicação é informada, proceda da seguinte forma:

- a) A cirurgia indica um órgão específico: Primeiro, se o tipo de cirurgia ou procedimento indica um órgão ou local específico, use o código da categoria residual para o órgão ou local operado como a nova causa básica temporária da morte. Em seguida, reaplique as instruções nos Passos SP7 e M1 a M4.
- b) Se o anterior não se aplica, use o código apropriado de:
  - *JB0C Complicações da anestesia durante o trabalho de parto ou parto*
  - *JB0D.3 Outras complicações de cirurgias ou procedimentos obstétricos* ou
  - *PK80-PK8Z Procedimentos cirúrgicos ou médicos associados a lesões ou danos durante uso diagnóstico ou terapêutico*
  - *PL11 Modo de lesão ou dano associado a um procedimento cirúrgico ou outro procedimento médico*

Quando se aplicam tanto **PK80-PK8Z** como **PL11**, codifique primeiro o modo de lesão ou dano (**PL11**) e adicione o tipo de cirurgia ou procedimento **PK80-PK8Z** ao agrupamento.

### 2.19.4.3 Motivo para cirurgia ou procedimento não declarado, nenhuma complicação informada

Se o motivo para a cirurgia ou procedimento não é indicado e nenhuma complicação é informada, proceda da seguinte forma:

- c) A cirurgia indica um órgão específico: Se o tipo de cirurgia ou procedimento indica um órgão ou local específico, use o código da categoria residual para o órgão ou local operado como o novo ponto de partida. Em seguida, reaplique as instruções nos Passos SP7 e M1 a M4.

- d) Por fim, se o anterior não se aplica, codifique como *MH14 Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade*.

Exemplo 1

- |   |     |                           |
|---|-----|---------------------------|
| 1 | (a) | Hemorragia pós-operatória |
|   | (b) | Cesariana                 |
|   | (c) |                           |
|   | (d) |                           |
| 2 |     |                           |

Motivo para cirurgia Trabalho de parto prolongado

O atestado informa o motivo pelo qual a cirurgia foi realizada. Codifique o motivo para a cirurgia, trabalho de parto prolongado, como a causa básica da morte *JB03.Z Trabalho de parto prolongado, não especificado*.

Exemplo 2

- |   |     |                  |
|---|-----|------------------|
| 1 | (a) | Embolia pulmonar |
|   | (b) | Apendicectomia   |
|   | (c) |                  |
|   | (d) |                  |
| 2 |     |                  |

O atestado não especifica o motivo da cirurgia, mas é informada uma complicação da cirurgia, embolia pulmonar. O termo apendicectomia indica o apêndice como o órgão operado. Codifique *DB1Z Doenças do apêndice, não especificadas* como a causa básica da morte.

Exemplo 3

- |   |     |                                 |
|---|-----|---------------------------------|
| 1 | (a) | Punção não intencional da aorta |
|   | (b) | Laparotomia                     |
|   | (c) |                                 |
|   | (d) |                                 |
| 2 |     |                                 |

O atestado não especifica o motivo da cirurgia e o termo laparotomia não indica um órgão específico. No entanto, há uma menção de um modo de lesão durante a cirurgia. Codifique o modo de lesão, punção não intencional durante a laparotomia, como a causa básica da morte *PL11.0 Corte, punção ou ruptura como modo de lesão ou dano*.

#### Exemplo 4

- 1 (a) Laparotomia
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

O atestado não especifica o motivo pelo qual a cirurgia foi realizada e o termo laparotomia não indica um órgão específico. Não há nenhuma menção de complicação. Codifique [MH14](#) *Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade*, como a causa básica da morte.

#### 2.19.4.4 Dispositivos médicos associados a incidentes adversos devido a causas externas

Se a morte é causada por um incidente envolvendo um dispositivo médico, mas o incidente é devido a uma causa externa e não a qualquer avaria ou mau funcionamento do dispositivo em si, codifique a causa externa como a causa básica da morte.

Se a causa externa do incidente não está especificamente classificada, codifique como [PB6Z](#) *Causa não intencional não especificada de morbidade ou mortalidade* (ver Exemplo 3).

#### Exemplo 1

- 1 (a) Pneumonia por inalação
  - (b) Hemorragia de traqueia
  - (c) Caiu da cama enquanto ligado ao respirador
  - (d)
- 2 Tratamento por respirador durante transplante de fígado

Não há menção de avaria ou mau funcionamento do respirador ou do tubo traqueal. Codifique como [PL14.E](#) *Queda durante a prestação de cuidado em saúde*, o acidente que causou a hemorragia, como a causa básica da morte, e use o código adicional, se desejar, para [XE8PK](#) *Cama, roupa de cama ou acessórios de cama*.

#### Exemplo 2

- 1 (a) Edema pulmonar
  - (b) Parada de funcionamento do balão intra-aórtico
  - (c) Corte de energia devido a furacão
  - (d) Infarto do miocárdio recente com insuficiência mitral
- 2

O balão intra-aórtico parou de funcionar, não devido a qualquer mau funcionamento ou avaria, mas devido a um corte de energia. Codifique a razão do corte de energia, tempestade cataclísmica, como a causa básica da morte ([PJ06](#)).

### Exemplo 3

- 1 (a) Insuficiência cardíaca e respiratória  
(b) Parada de administração de drogas inotrópicas  
(c) Remoção acidental de acesso em subclávia  
(d)
- 2 Cirurgia de ruptura aguda da vesícula biliar

Não há menção de mau funcionamento ou avaria do equipamento. Uma vez que o acidente que causou a remoção da linha subclávia não está descrito, codifique como *PB6Z Causa não intencional não especificada de morbidade ou mortalidade*.

### 2.19.5 Instruções especiais sobre a lesão principal em mortes por causas externas (Passo M4)

Se a causa básica selecionada pela aplicação das regras de seleção e modificação nos Passos SP1 a SP8 e M1 a M3 é uma lesão, codifique a causa externa da lesão como a causa básica da morte.

Além da causa básica do Capítulo 23 "Causas externas de morbidade ou mortalidade", codifique também uma lesão principal. Isso se aplica tanto para as lesões corporais quanto para os envenenamentos. Para obter instruções especiais sobre como identificar a causa básica e a lesão principal em mortes por envenenamento, consulte a Seção [2.19.6 Instruções especiais sobre envenenamento por drogas, medicamentos e substâncias biológicas \(Passo M4\)](#).

Se mais de uma lesão é informada no atestado de morte, aplique as seguintes instruções:

- (a) Quando as lesões informadas incluem traumatismos triviais (listados no Anexo [3.14.10 Lista de condições improváveis de causar a morte](#)), quer na Parte 1 ou na Parte 2, selecione a lesão principal como se os traumatismos na lista do Anexo [3.14.10](#) não tivessem sido informados.

### Exemplo 1

- 1 (a) Contusão do braço e fratura do crânio  
(b) Queda de um andaime  
(c)  
(d)
- 2

A queda de um andaime é a causa básica da morte. Codifique a causa básica como *PA61 Queda não intencional de uma altura de 1 metro ou mais* e use um código adicional, se desejar, para *XE7RK Andaimes*. Como lesão principal, codifique *NA02.Z Fratura de ossos da face ou do crânio, parte não especificada*. Desconsidere a contusão do braço (Traumatismo superficial do membro superior, nível não especificado), constante do Anexo [3.14.10 Lista de condições improváveis de causar a morte](#).

- (b) Quando traumatismos não triviais são informados em ambas as Partes 1 e 2, selecione a lesão principal da Parte 1. Isso se aplica mesmo quando as lesões mencionadas na Parte 2 têm uma classificação mais elevada no Anexo [3.14.5](#)



Classificação de prioridade dos códigos de natureza da lesão, do que as lesões mencionadas na Parte 1.

Exemplo 2

- 1 (a) Múltiplas lesões intratorácicas
  - (b) Motorista de carro, colisão com ônibus
  - (c)
  - (d)
- 2 Lesões cerebrais

Codifique como [PA04](#) *Evento não intencional no trânsito por transporte terrestre com traumatismo em ocupante de automóvel*, e use um código adicional, se desejar, para [XE5LJ](#) *Ônibus ou autocarro como contraparte em acidente de transporte terrestre*. Como lesão principal, codifique como [NB35](#) *Traumatismos múltiplos do tórax*. Traumatismo cerebral não especificado tem uma classificação mais elevada no Anexo [3.14.5 Classificação de prioridade dos códigos de natureza da lesão](#) do que traumatismos múltiplos do tórax, mas os traumatismos múltiplos do tórax são mencionados na Parte 1, tendo precedência sobre as lesões mencionadas na Parte 2.

- (c) Quando traumatismos não triviais são informados apenas na Parte 2, selecione uma lesão principal da Parte 2.
- (d) Quando mais de uma lesão grave é informada na parte correspondente do atestado, selecione a lesão principal de acordo com o Anexo [3.14.5 Classificação de prioridade dos códigos de natureza da lesão](#). Observe que 1 é a maior classificação de prioridade e 6 a menor.

Exemplo 3

- 1 (a) Múltiplas lesões intratorácicas e lesões cerebrais
  - (b) Motorista de carro, colisão com ônibus
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique como [PA04](#) *Evento não intencional no trânsito por transporte terrestre com traumatismo em ocupante de automóvel*. Como lesão principal, codifique lesão cerebral [NA07.Z](#) *Lesão intracraniana, não especificada*, que tem uma classificação mais elevada na lista de prioridades do que [NB35](#) *Traumatismos múltiplos do tórax*.

- (e) Quando mais de uma das lesões graves informadas na parte correspondente do atestado têm a mesma e mais elevada classificação, selecione a lesão mencionada primeiro. Entretanto, selecione uma lesão específica sobre uma lesão do grupo

**ND30-ND37** Lesões envolvendo múltiplas regiões do corpo com a mesma classificação de prioridade.

Exemplo 4

- 1 (a) Múltiplas lesões com ruptura da aorta
  - (b) Motorista de carro, colisão com ônibus
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique como **PA04** *Evento não intencional no trânsito por transporte terrestre com traumatismo em ocupante de automóvel*. Como lesão principal, codifique **NB30.01** *Laceração maior da aorta torácica*. Lesões múltiplas e ruptura da aorta têm a mesma classificação em uma lista de prioridades, mas uma lesão específica tem precedência sobre uma lesão do grupo Lesões envolvendo múltiplas regiões do corpo.

### 2.19.6 Instruções especiais sobre envenenamento por drogas, medicamentos e substâncias biológicas (Passo M4)

Se o envenenamento é a causa básica temporária no Passo M4 e múltiplas substâncias são informadas, siga as instruções desta seção.

#### 2.19.6.1 O medicamento com maior probabilidade de ter causado a morte é especificado

Se uma das substâncias é especificada como a substância mais provável de ter causado a morte, aplique o código de causa externa para aquela substância como a causa básica da morte. Use o código adicional do Capítulo X, se aplicável, para identificar a substância específica informada e adicione a lesão principal do Capítulo 22 ao agrupamento.

Exemplo 1

- 1 (a) Overdose não intencional de heroína
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2 Diazepam e amitriptilina presentes

Ao colocar a overdose por heroína sozinha na Parte 1 e informar outras substâncias como causas contribuindo para a morte na Parte 2, o atestante identificou heroína como a substância mais provável de ter causado a morte. Selecione **PB20** *Exposição não intencional a opioides ou analgésicos relacionados ou a seus efeitos nocivos* como causa básica. Use o código adicional **XM05B3** *Diamorfina* para identificar a substância específica informada. Adicione a lesão principal do Capítulo 22 **NE60** *Efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas, não classificados em outra parte*, NCOP ao agrupamento. O agrupamento é **PB20&XM05B3/NE60**.

### Exemplo 2

- 1 (a) Envenenamento por anfetamina  
(b)  
(c)  
(d)
- 2 Níveis tóxicos de heroína e flunitrazepam

Ao colocar o envenenamento por anfetamina sozinho na Parte 1 e informar outras substâncias como causas contribuindo para a morte na Parte 2, o atestante identificou anfetamina como a substância mais provável de ter causado a morte. Selecione [PB22](#) *Exposição não intencional a psicoestimulantes ou a seus efeitos nocivos* como causa básica. Use o código adicional [XM48Z9](#) *Anfetamina* para identificar a substância específica informada. E adicione [NE60](#) *Efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas, não classificados em outra parte* ao agrupamento. O agrupamento é [PB22&XM48Z9/NE60](#).

### Exemplo 3

- 1 (a) Envenenamento pelo álcool  
(b)  
(c)  
(d)
- 2 Níveis tóxicos de heroína e flunitrazepam

Ao colocar envenenamento pelo álcool sozinho na Parte 1 e informar outras substâncias como causas contribuindo para a morte na Parte 2, o atestante identificou álcool como a substância mais provável de ter causado a morte. Selecione [PB30](#) *Exposição não intencional a álcoois ou a seus efeitos nocivos* como causa básica. E adicione [NE61](#) *Efeitos nocivos de ou exposição a substâncias nocivas, Substâncias principalmente não medicinais quanto à origem, não classificadas em outra parte* ao agrupamento. O agrupamento é [PB30/NE61](#).

### Exemplo 4

- 1 (a) Envenenamento por álcool  
(b)  
(c)  
(d)
- 2 Diazepam e amitriptilina presentes

Ao colocar envenenamento por álcool sozinho na Parte 1 e informar outras substâncias como causas contribuindo para a morte na Parte 2, o atestante identificou álcool como a substância mais importante em provocar a morte. Selecione [PB30](#) *Exposição não intencional a álcoois ou a seus efeitos nocivos* como causa básica. E adicione [NE61](#) *Efeitos nocivos de ou exposição a substâncias nocivas, Substâncias principalmente não medicinais quanto à origem, não classificadas em outra parte* ao agrupamento. O agrupamento é [PB30/NE61](#)

#### 2.19.6.2 O medicamento com maior probabilidade de ter causado a morte não é especificado

Se múltiplas substâncias são informadas como contribuindo para a morte, mas nenhuma delas é especificada como a substância mais provável de ter causado a morte, siga estas instruções:

(a) Codifique combinações de álcool com uma droga como a droga

Exemplo 5

- 1 (a) Níveis tóxicos do álcool e flunitrazepam
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2 Diazepam e amitriptilina presentes

Ao colocar níveis tóxicos do álcool e flunitrazepam na Parte 1 e informar outras substâncias como causas contribuindo para a morte na Parte 2, o atestante identificou álcool e flunitrazepam como as substâncias mais importantes para a morte. Dessas duas, selecione o envenenamento por flunitrazepam, porque combinações de álcool com uma droga são codificadas como a droga. Selecione [PB27 Exposição não intencional a drogas antiepilépticas ou antiparkinsonianas ou a seus efeitos nocivos](#) como causa básica. Use o código adicional [XM9W71 Flunitrazepam](#) para identificar a substância específica informada. E acrescente [NE60 Efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas, não classificados em outra parte](#), NCOP. O agrupamento é [PB27&XM9W71/NE60](#).

(b) Codifique combinações de múltiplas drogas como se segue:

- Se a causa externa das múltiplas drogas informadas é a mesma, selecione a causa externa como a causa básica da morte.
- Se a causa externa das múltiplas drogas informadas não é a mesma, codifique [PB29 Exposição não intencional a múltiplas drogas, medicamentos ou substâncias biológicas ou a seus efeitos nocivos](#) como a causa básica da morte.

Use o código adicional do Capítulo X, se aplicável, para identificar a substância mais provável de ter causado a morte, consultando a [Seção 2.19.6.3 Identificação do medicamento com maior probabilidade de ter causado a morte](#).

Observe que, ao adicionar mais de uma droga em casos de uso opcional, a substância mais provável de ter causado a morte identificada como acima deve ser codificada primeiro.

Exemplo 6

- 1 (a) Níveis tóxicos de heroína e anfetamina
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

A heroína e a anfetamina não são identificadas como a substância mais provável de ter causado a morte e a causa externa dessas drogas não é a mesma. Codifique [PB29 Exposição não intencional a múltiplas drogas, medicamentos ou substâncias biológicas ou a seus efeitos nocivos](#) como a causa básica da morte. Vá para a [Seção 2.19.6.3](#) para identificar a droga mais provável de ter causado a morte.

### Exemplo 7

- 1 (a) Envenenamento não intencional por álcool, heroína e Diazepam
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Nenhuma das substâncias é identificada como a substância mais provável de ter causado a morte. Envenenamento por combinações de álcool e drogas é codificado como as drogas. Como nenhuma das drogas é identificada como a mais importante, e o código da causa externa é diferente, codifique *PB29 Exposição não intencional a múltiplas drogas, medicamentos ou substâncias biológicas ou a seus efeitos nocivos* como a causa básica da morte. Então vá para a Seção 2.19.6.3 para identificar a substância mais provável de ter causado a morte.

#### 2.19.6.3 Identificação do medicamento com maior probabilidade de ter causado a morte

Use a ordem de prioridade abaixo para identificar a substância mais provável de ter causado a morte (1 = prioridade mais alta):

1. Agonistas opioides e agonistas parciais e outros narcóticos e os não especificados. Mortes que incluem múltiplos opioides classificáveis devem ser priorizados como:
  - 1a. Heroína
  - 1b. Metadona
  - 1c. Ópio
  - 1d. Outros opioides
  - 1e. Outros narcóticos sintéticos
  - 1f. Outros narcóticos e os não especificados
2. Agentes anestésicos inalatórios e intravenosos, Inclui: Propofol
3. Antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos
4. Barbitúricos
5. Derivados do 4-aminofenol Inclui: APAP (acetil-para-aminofenol), acetaminofen, paracetamol
6. Antipsicóticos e neurolépticos Inclui: Fenotiazinas antipsicóticas e neurolépticas, Butirofenonas e tioxantenos neurolépticos, Outros antipsicóticos e neurolépticos e os não especificados
7. Drogas antiepilépticas, medicamentos antiparkinsonianos, e sedativos não especificados
8. Cocaína
9. Psicoestimulantes com potencial de abuso Inclui: Anfetaminas e derivados

10. Antidepressivos inibidores da monoamina oxidase (IMAO) e outros antidepressivos e os não especificados. Inclui: Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), venlafaxina
11. Benzodiazepínicos
12. Drogas e substâncias não listadas acima

Se há mais de uma droga no mesmo grupo de prioridade, codifique para o primeiro mencionado.

#### Exemplo 8

- 1 (a) Níveis tóxicos de cocaína, heroína, diazepam e amitriptilina  
(b)  
(c)  
(d)
- 2

Nenhuma das drogas é identificada como a substância mais provável de ter causado a morte, e o código de causa externa não é o mesmo para essas substâncias. Codifique *PB29 Exposição não intencional a múltiplas drogas, medicamentos ou substâncias biológicas ou a seus efeitos nocivos* como a causa básica da morte. Na lista de prioridades acima, cocaína está no grupo 8, heroína no grupo 1.a, diazepam no grupo 11 e amitriptilina no grupo 3. Use o código adicional *XM05B3 Diamorfina* para a droga identificada (*PB29 Exposição não intencional a múltiplas drogas, medicamentos ou substâncias biológicas ou a seus efeitos nocivos*&*XM05B3*). Adicione códigos, se desejar, do Capítulo X para listar outras drogas informadas. Finalmente, adicione *NE60 Efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas, não classificados em outra parte* ao agrupamento (*PB29*&*XM05B3/NE60*).

#### Exemplo 9

- 1 (a) Overdose de heroína, cocaína, diazepam, amitriptilina  
(b)  
(c)  
(d)
- 2

Nenhuma das drogas é identificada como a substância mais provável de ter causado a morte, e o código de causa externa não é o mesmo para essas substâncias. Codifique *PB29 Exposição não intencional a múltiplas drogas, medicamentos ou substâncias biológicas ou a seus efeitos nocivos* como a causa básica da morte. Na lista de prioridades acima, heroína está no grupo 1a, cocaína no grupo 8, diazepam no grupo 11 e amitriptilina no grupo 3. Use o código adicional *XM05B3 Diamorfina* para a droga identificada. Adicione códigos, se desejar, do Capítulo X para listar outras drogas informadas. Finalmente, adicione *NE60 Efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas, não classificados em outra parte* ao agrupamento. (*PB29*&*XM05B3/NE60*)

## Exemplo 10

- 1 (a) Envenenamento não intencional por álcool, heroína e diazepam
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Envenenamento por combinações de álcool e droga(s) é codificado como a(s) droga(s); veja as instruções na Seção 2.19.6.2, acima. Nenhuma das drogas informadas na Parte 1 é identificada como a substância mais provável de ter causado a morte, e o código de causa externa não é o mesmo para essas substâncias. Codifique *PB29 Exposição não intencional a múltiplas drogas, medicamentos ou substâncias biológicas ou a seus efeitos nocivos* como a causa básica da morte. Na lista de prioridades acima, heroína está no grupo 1a e diazepam no grupo 11. Use o código adicional *XM05B3 Diamorfina* identificada como a mais provável de ter causado a morte. Adicione o código *XM8P99 Diazepam*, se desejar. Finalmente, adicione *NE60 Efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas, não classificados em outra parte* ao agrupamento. (*PB29&XM05B3&XM8P99/NE60*).

### 2.19.7 Instruções especiais sobre mortalidade materna (Passo M4)

Para codificação da mortalidade materna, siga as instruções gerais de codificação.

Depois de atribuir um código para cada condição informada (Ver Instruções de codificação para mortalidade materna em 2.21.8.2), aplique as instruções de seleção e modificação na forma normal, começando em SP1, assim como em outras causas de morte.

Em seguida, aplique os Passos SP1 a SP8 e M1 a M3 e M4 para Cirurgia, Lesão, Causas Externas e Envenenamento, depois o Passo M4 para mortalidade materna.

Aplique as seguintes instruções à causa básica temporária da morte (CBT). Os termos usados aqui nas instruções são os seguintes:

- Certas doenças maternas: *JA00.- a JB4Z, JB60, JB6Y, 1C14*
- Doenças maternas classificadas em outra parte: *JB63.-* (infecções), *JB64.-* (outros)
- Lesões ou causas externas: Capítulo 22, Capítulo 23
- Outras condições: além das acima

#### *Doenças maternas*

- Se a causa básica temporária (CBT) é "certas doenças maternas" e a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias, ou a duração é desconhecida ou não declarada, mantenha a CBT.
- Se a CBT é "doenças maternas classificadas em outra parte", mantenha a CBT e pós-coordene o código para a doença específica classificada em outra parte do Capítulo 01-19.
- Se a CBT é *JB61.0, JB61.Z, JB62.0* ou *JB62.Z*, mantenha-o e seu código pós-coordenado, se houver, como a CBT.
- Se a CBT é "certas doenças maternas" ou doenças maternas classificadas em outra parte, mas a morte ocorreu após 42 dias, mas menos de um ano após o evento

obstétrico, então codifique [JB61.-](#) como a CBT e adicione o código da doença materna específica para o agrupamento.

#### *Outras condições ou causas obstétricas indiretas*

- Se a CBT é [JB61.1](#) ou [JB62.1](#), mantenha-o e seu código pós-coordenado, se houver, como a CBT.
- Se a CBT é "outras condições", e a gravidez contribuiu para a morte e a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias, ou a duração é desconhecida ou não declarada, codifique [JB63.-](#) ou [JB64.-](#) conforme apropriado e adicione a "outra condição" específica ao agrupamento.
- Se a CBT é "outras condições" e a gravidez não contribuiu para a morte, mas a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias, mantenha a CBT e adicione [XT0S](#) Gravidez ao agrupamento.
- Se a CBT é "outras condições", e a gravidez não contribuiu para a morte, e a morte ocorreu após 42 dias ou mais, ou a duração é desconhecida ou não declarada, mantenha a CBT.

Consulte "Determinar se a gravidez contribuiu para a morte" na Secção [2.21.8.2](#) para decidir se a gravidez contribuiu para a morte a partir das informações constantes do atestado de morte.

#### *Lesões ou causas externas*

- Se a CBT é "lesão ou causa externa" e a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias, mantenha a CBT e adicione [XT0S](#) Gravidez ao agrupamento.
- Se a CBT é "lesão ou causa externa", e a morte ocorreu após 42 dias ou mais, ou a duração é desconhecida ou não declarada, mantenha a CBT.



## 2.20 Instruções de codificação para a mortalidade: codificação de causas múltiplas e outras instruções específicas

A codificação de causas múltiplas (ver também Seções 2.21.1 - 2.21.8) permite uma análise aprofundada das causas de morte, por exemplo, de complicações graves, porém evitáveis, de certas causas básicas, e o impacto de condições coexistentes sobre o resultado de um processo de doença. Portanto, na codificação de mortalidade, tanto a causa básica como as causas múltiplas devem ser registradas. Ademais, uma codificação completa de causas múltiplas é essencial para uma correta aplicação das instruções da CID para a seleção e modificação da causa básica da morte (Ver Seção 2.17 - 2.19).

Todos os possíveis detalhes devem ser mantidos na codificação de causas múltiplas, uma vez que os registros contendo todas as causas múltiplas permitem análises mais completas do que registros com apenas uma seleção das condições declaradas no atestado de morte, especialmente:

- a posição dos códigos individuais no registro de dados deve refletir onde, no atestado, as expressões correspondentes de diagnóstico foram inseridas pelo atestante, porque algumas análises podem se concentrar sobre a causa terminal da morte, ou sobre as condições declaradas na Parte 2;
- códigos para condições comuns, ou para condições consideradas como sintomas ou menos informativas, não devem ser excluídos ou deixados de fora, uma vez que podem ser de especial interesse na análise de complicações evitáveis, podendo servir como marcadores da gravidade de outras condições informadas no atestado de morte;
- os dados de causas múltiplas devem ser armazenados em dois formatos:
  1. um formato que mostra o mais claramente possível quais termos o atestante utilizou no atestado e onde, no atestado, cada termo foi informado;
  2. um formato que considera as relações causais declaradas ou implícitas entre as condições informadas e onde os códigos foram harmonizados de acordo com as instruções dos Volumes da CID.

Observe que a sintaxe de uma sequência de códigos para reter os códigos da CID fornecidos em um atestado de morte deve ser diferente da sintaxe usada para a codificação de agrupamentos na CID (ou seja, barra inclinada [/], símbolo [&]), embora a sintaxe específica pode diferir de acordo com as diferentes configurações. Essa sequência de códigos poderia ser, por exemplo, **BD10|BA5Z\*5A11/9B71.0Z**, em que uma barra vertical (|) expressa o separador entre linhas na Parte 1, e um asterisco expressa o separador entre a Parte 1 e a Parte 2, e a barra inclinada (/) mostra o agrupamento como separador entre códigos-base seguindo a convenção da CID.

## 2.21 Regras de mortalidade – Base de conhecimento

A Base de Dados de Conhecimento de Mortalidade será uma coleção de regras que são usadas para determinar a Causa Básica da Morte a partir dos atestados de morte. Essas regras serão baseadas nas diretrizes de codificação de mortalidade da CID. As regras abrangerão sequências permitidas, como a doença "a" devido à doença "b", e casos em que a causa selecionada pode ser modificada para fornecer informações mais relevantes para a saúde pública. Os resumos breves descreverão o escopo de uma regra, e as tabelas de decisão especificarão de forma explícita e independente do idioma o uso da regra com os códigos da lista tabular de mortalidade. Os "conjuntos de códigos" das tabelas de decisão agruparão códigos da CID que frequentemente ocorrem juntos na base de conhecimento ou que são tratados de forma semelhante pelas regras de seleção e modificação; por exemplo, como causas ou consequências de doenças com alguma característica comum. As informações sobre as regras serão mantidas em uma base de dados, de modo que os dados na tabela de códigos das regras possam ser facilmente validados em relação às modificações na classificação e vice-versa.

As tabelas de decisão podem ser usadas para a codificação manual e a seleção da causa básica da morte, ou para a programação de um software que auxilie nessa tarefa. No passado, essas bases para as regras foram desenvolvidas por usuários da codificação de mortalidade da CID-10 em uma abordagem internacional, baseando-se na decisão de modificações nas tabelas por um grupo internacional credenciado pela OMS.

### 2.21.1 Diagnóstico incerto

Ignore as expressões que indicam dúvida em relação à certeza do diagnóstico, por exemplo, "aparentemente", "presumivelmente", "provavelmente" ou "possivelmente". Um diagnóstico temporário, embora incerto, é de melhor uso para as estatísticas de mortalidade do que nenhum diagnóstico.

#### 2.21.1.1 Diagnósticos alternativos ("A" ou "B")

O atestante pode declarar diagnósticos alternativos, "diagnóstico A ou diagnóstico B". Em tais casos, proceda como se segue.

### 2.21.1.2 Uma única condição, mas localizações alternativas

- (a) Se as localizações se encontram no mesmo sistema anatômico, codifique como a categoria residual para o grupo ou sistema anatômico no qual as localizações informadas estão classificadas.

#### Exemplo 1

- 1 (a) Câncer do rim ou da bexiga
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique como **2C9Z** *Neoplasias malignas não especificadas do trato urinário*.

- (b) Se as localizações informadas se encontram em diferentes sistemas anatômicos, ou se não há nenhuma categoria residual para o grupo ou sistema anatômico, codifique como a categoria residual para a doença ou condição especificada.

#### Exemplo 2

- 1 (a) Câncer da glândula suprarrenal ou rins
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique como **2D42** *Neoplasias malignas de localizações mal definidas*, uma vez que glândula suprarrenal e rim estão em sistemas anatômicos diferentes.

### 2.21.1.3 Uma única localização ou sistema, mas condições alternativas

- (a) Se as condições informadas são classificáveis em diferentes subcategorias, e a CID fornece um grupo ou categoria para a doença em geral, codifique como a categoria residual desse grupo/categoria.

#### Exemplo 1

- 1 (a) Volvo do sigmoide **DB30.1** ou aderências do intestino grosso **DB30** com obstrução **DB30.2**
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Uma vez que tanto volvo do sigmoide (**DB30.1**) como aderências do intestino grosso com obstrução (**DB30.2**) se encontram no mesmo grupo, codifique como a categoria residual **DB30.Z** *Obstrução do intestino grosso, não especificada*.

### Exemplo 2

- 1 (a) Dissecção de artéria cerebral **8B22.0** ou infarto cerebral **8B00-8B11.5Z**  
(b)  
(c)  
(d)
- 2

Uma vez que dissecção de artéria cerebral (**8B22.0**) e infarto cerebral (**8B11.5Z**) se encontram no mesmo grupo, codifique como a categoria residual **8B2Z** *Doenças cerebrovasculares não especificadas*.

- (b) Se não há um grupo ou categoria para a doença em geral, codifique como a categoria residual da doença da localização/sistema anatômico comum para as condições informadas.

### Exemplo 3

- 1 (a) Tuberculose ou câncer do pulmão  
(b)  
(c)  
(d)
- 2

Codifique como **CB40.Y** *Outras doenças especificadas do sistema respiratório*. Ambas as condições envolvem o pulmão.

### Exemplo 4

- 1 (a) Acidente vascular cerebral ou ataque cardíaco  
(b)  
(c)  
(d)
- 2

Codifique como **BE2Z** *Doença do sistema circulatório, não especificada*. Embora acidente vascular cerebral seja classificado no capítulo sobre o sistema nervoso, ambas as condições são doenças do sistema circulatório.

#### 2.21.1.4 Condições alternativas, sistemas anatômicos diferentes

Quando doenças diferentes de sistemas anatômicos diferentes são informadas como "A ou B", codifique como **MG9Y** *Outros sintomas, sinais ou achados clínicos gerais especificados*.

### Exemplo 1

- 1 (a) Cólicas da vesícula biliar ou trombose coronária
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique como *MG9Y* Outros sintomas, sinais ou achados clínicos gerais especificados.

#### 2.21.1.5 Uma doença ou uma lesão

Quando a morte é informada como devido a uma doença ou a uma lesão, codifique como *MH14* Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade.

### Exemplo 1

- 1 (a) Oclusão coronária ou lesões de guerra
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique como *MH14* Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade.

#### 2.21.2 Efeito dos termos de conexão

Quando o atestante usa um termo de conexão, os códigos atribuídos devem ser organizados para refletir a intenção do atestante. Existem dois tipos de termos de conexão: aqueles que implicam uma relação causal e aqueles que não implicam uma relação causal entre as causas de morte informadas.

##### 2.21.2.1 Termos de conexão que implicam uma relação causal

Uma relação causal pode ser expressa de duas maneiras: a) com o termo "devido a" ou similar; ou b) com o termo "resultando em" ou similar. Isso se aplica a outros termos ou sinais de conexão que indicam uma relação "devido a", tais como "causada por", "em decorrência de", ou similar.

##### *Termo "devido a" ou similar*

Quando uma causa é declarada com um termo de conexão que implica que é devido a outra causa, insira o código para a primeira causa na linha onde foi informada e o código para a outra causa na próxima linha inferior. Codifique as outras causas informadas nas linhas inferiores restantes da Parte 1.

### Exemplo 1

- 1 (a) Insuficiência cardíaca devido a doença isquêmica do coração
  - (b) Diabetes
  - (c)
  - (d)
- 2

A insuficiência cardíaca é a primeira causa na linha (a), e deve ser codificada na mesma linha. É informada como devido a doença isquêmica do coração, que por sua vez deve ser codificada na linha (b). Mova diabetes, que está registrado na linha (b), para a linha (c).

### Exemplo 2

- 1 (a) Insuficiência cardíaca devido a um carcinoma hepatocelular
  - (b) Doença isquêmica do coração
  - (c) Diabetes
  - (d)
- 2

A insuficiência cardíaca é a primeira causa na linha 1(a), e deve ser codificada na mesma linha. É informada como devido a carcinoma hepatocelular, que por sua vez deve ser codificado na linha 1(b). Mova doença isquêmica do coração, que está registrada na linha 1(b), para a linha 1(c). Também mova diabetes, que está registrado na linha 1(c), para a linha 1(d).

### *Termo "resultando em" ou similar*

Quando uma causa é declarada com um termo de conexão que implica que resultou em outra causa, insira o código para a causa registrada após o termo de conexão na linha onde foi informada, e o código para a causa que precede o termo de conexão na próxima linha inferior. Codifique as outras causas informadas nas linhas inferiores restantes da Parte 1.

### Exemplo 1

- 1 (a) Doença isquêmica do coração resultando em insuficiência cardíaca
  - (b) Diabetes
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique insuficiência cardíaca, que segue o termo de conexão "resultando em" na linha (a). Codifique doença isquêmica do coração, que está registrada antes do termo de conexão, na linha (b). Mova diabetes, registrado na linha (b), para a linha abaixo, linha (c).

## Exemplo 2

- 1 (a) Carcinoma hepatocelular causando insuficiência cardíaca
  - (b) Doença isquêmica do coração
  - (c) Diabetes
  - (d)
- 2

Codifique insuficiência cardíaca, informada após o termo de conexão "causando", na linha 1(a). Codifique carcinoma hepatocelular, informado antes do termo de conexão, na linha 1(b). Mova doença isquêmica do coração, informada na linha 1(b), para a linha 1(c), e mova diabetes, que está informado na linha 1(c), para a linha 1(d). Isso se aplica a outros termos ou sinais de conexão que indicam uma relação "resultando em", tais como "causando", "levando a", "evoluindo para" e similares.

### 2.21.2.2 Termos de conexão que não implicam em uma relação causal

#### *Termo "E" ou similares grafado no início ou fim de uma linha*

O termo de conexão "e" não implica em uma relação causal, mas indica que os termos antes e depois dele pertencem a uma enumeração. Portanto, quando uma linha termina com o termo "e", codifique a(s) causa(s) mencionada(s) na próxima linha inferior de modo que o código represente a enumeração implícita no termo de conexão. Da mesma forma, quando uma linha começa com "e", considere isso como a continuação de uma enumeração que começou na linha de cima, e codifique a causa ou causas dessa linha por último na linha de cima. Codifique quaisquer causas relatadas nas linhas restantes na Parte 1, conforme informado. Isso aplica-se a outros termos ou sinais de conexão que indicam uma enumeração, mas não implicam uma relação causal, tais como "com", "mais", barra ("/"), travessão ("-"), sinal de mais ("+"), ou uma vírgula (",").

## Exemplo 1

- 1 (a) Insuficiência cardíaca e
  - (b) Doença isquêmica do coração
  - (c) Diabetes
  - (d)
- 2

A linha 1(a) termina com "e", por isso considere "doença isquêmica do coração", informada na linha (b), como parte da enumeração "insuficiência cardíaca e doença isquêmica do coração". Codifique de acordo, colocando os códigos para insuficiência cardíaca e doença isquêmica do coração na linha 1(a). Codifique diabetes na linha (c).

## Exemplo 2

- 1 (a) Insuficiência cardíaca
  - (b) Doença isquêmica do coração
  - (c) e diabetes
  - (d)
- 2

A linha (c) começa com "e". Considere o diabetes, informado na linha (c), como parte da enumeração "doença isquêmica do coração e diabetes". Codifique de acordo, colocando os códigos para doença isquêmica do coração e diabetes na linha 1(b).

### *Termo "E" ou similares, mas não grafado no início ou fim de uma linha*

Se um termo de conexão que não implica em uma relação causal é escrito em uma linha, mas não no início ou no fim da linha, deve ser tratado como uma vírgula. Não reformate o texto e não mova qualquer parte das causas informadas para outra linha.

### *Termos diagnósticos que não terminam na mesma linha*

Se um termo diagnóstico começa em uma linha na Parte 1 e continua na próxima linha, codifique como se o termo diagnóstico inteiro tivesse sido escrito na linha onde ele se iniciou. Codifique quaisquer causas relatadas nas linhas restantes na Parte 1, conforme informado.

## Exemplo 1

- 1 (a) Doença isquêmica
  - (b) do coração
  - (c) Diabetes tipo 2
  - (d)
- 2

"Doença isquêmica do coração" é um termo diagnóstico informado em duas linhas. Codifique como se o termo completo tivesse sido escrito na linha (a). Codifique diabetes onde declarado, na linha (c).

## Exemplo 2

- 1 (a) Pneumonia
  - (b) Insuficiência renal
  - (c) crônica, diabetes tipo 2
  - (d)
- 2

"Insuficiência renal crônica" é um termo diagnóstico informado em duas linhas. Reformate o atestado, codificando o termo completo "insuficiência renal crônica" na linha (b). Também codifique diabetes na linha (b), uma vez que continua a linha onde se escreveu "crônica".



## 2.21.3 Duração das condições

### 2.21.3.1 Duração única declarada para múltiplas condições

Quando mais de uma condição é informada na mesma linha com apenas uma única duração declarada, considere que cada condição informada teve a mesma duração.

### 2.21.3.2 Modificação da temporalidade das condições segundo a duração declarada

Em geral, a duração não deve ser usada para qualificar uma condição como aguda ou crônica, a menos que o Termo Indexado forneça um critério de duração específico ou seja instruído de outra forma no Guia de Referência (por exemplo, Seção [2.21.8.1 Doenças cardíacas reumáticas agudas ou crônicas](#)). Observe que a Descrição na classificação não deve ser usada para a codificação (Seção [3.4](#)).

### 2.21.4 Instruções para "Codifique também" em caso de uso em mortalidade

Em geral, a instrução "Codifique também" (ver também a Seção [2.7.2.1 Instruções para "Codifique também" e "Use código adicional, se desejar"](#)) não é usada na codificação de causas múltiplas, pois as informações sobre etiologia são fornecidas como uma expressão independente separadamente no atestado de morte e serão codificadas por si só, ou não são fornecidas de forma alguma.

Aplique a instrução "Codifique também" quando as informações sobre a manifestação e a etiologia aparecerem em um único termo diagnóstico informado pelo atestante, e as informações sobre a etiologia não estão informadas separadamente. Sempre que aplicar a instrução "Codifique também", coloque o código para a etiologia no início do agrupamento e adicione o código para a manifestação.

#### **Exemplo 1: Insuficiência cardíaca**

*BD10-BD17 Insuficiência cardíaca* tem uma instrução para "Codifique também" a condição causal. No entanto, no termo diagnóstico informado pelo atestante, nenhuma informação é fornecida sobre essa condição causal. Não aplique a instrução "Codifique também".

#### **Exemplo 2: Acidose diabética tipo 1**

*5A22 Acidose diabética* tem uma instrução para "Codifique também" a condição causal. A condição causal é informada, que nesse caso é *5A10 Diabetes mellitus tipo 1*. A condição etiológica Diabetes mellitus tipo 1 é considerada a condição causal para a tabulação primária e é codificada primeiro (*5A10 Diabetes mellitus tipo 1/5A22 Acidose diabética*).

#### **Exemplo 3: Sepses por Salmonella**

Sepses por Salmonella é um termo do índice de *1G40 Sepses sem choque séptico*, que tem uma instrução para "Codifique também" a condição causal, complementada por uma nota de codificação para codificar o tipo de infecção primeiro. O tipo de infecção nesse caso é *1A09 Infecções devido a outras Salmonella* e é codificado primeiro (*1A09/1G40*).

### 2.21.5 Neoplasias malignas

Para atribuir corretamente os códigos das causas múltiplas para uma neoplasia, há dois conceitos que devem ser considerados: se a neoplasia informada é primária ou secundária, e seu comportamento.

A localização primária é a localização anatômica onde a neoplasia se originou. Uma neoplasia maligna pode se espalhar para outras partes do corpo, e essas localizações são referidas como secundárias ou metástases.

O comportamento (maligno, *in situ*, benigno, incerto ou desconhecido) de uma neoplasia é o modo como se espalha pelo corpo:

- Maligno - a neoplasia invade o tecido circundante ou se dissemina a partir do seu ponto de origem e começa a crescer em outro local
- *In situ* - a neoplasia é maligna, mas ainda totalmente confinada ao tecido no qual se originou
- Benigno - a neoplasia cresce no lugar de origem, sem o potencial de se espalhar
- Comportamento incerto - Uma neoplasia que apresenta características morfológicas, fenotípicas ou genotípicas que claramente não são benignas, mas que não permitem o estabelecimento de um diagnóstico definitivo de malignidade
- Comportamento desconhecido - é desconhecido se a neoplasia é benigna ou maligna.

A estrutura geral do Capítulo 02 "Neoplasias" apresentada abaixo pode ser entendida a partir dos seguintes conceitos:

- Neoplasias do cérebro ou sistema nervoso central (2A00-2A0Z)
- Neoplasias de tecidos hematopoiéticos ou linfoides (2A20-2B3Z)
- Neoplasias, exceto de sistemas linfóide, hematopoiético, nervoso central ou tecidos relacionados (2B50-2F9Z)

Neoplasias originadas no cérebro ou no sistema nervoso central, classificadas em 2A00-2A0Z, são classificadas também por localização, histopatologia ou comportamento.

As neoplasias originadas nos tecidos hematopoiéticos ou linfóides, classificadas em 2A20-2B3Z, são classificadas também por histopatologia.

Em outras palavras, 2A00-2A0Z ou 2A20-2B3Z incluem neoplasias primárias, que podem ser malignas ou benignas.

As neoplasias originadas em outras localizações são classificadas em ([2B50]-2F9Z) e esse grupo é classificado também por comportamento (ou seja, maligno, *in situ*, benigno, incerto ou desconhecido), localização ou histopatologia. Observe que as neoplasias originadas em outras localizações e que se disseminam para o cérebro, sistema nervoso central, tecidos linfóides e hematopoiéticos são incluídas aqui sob o bloco de metástases de neoplasias malignas.

Na codificação da mortalidade, o mais importante é determinar a localização primária da neoplasia. Quando o atestado de morte é ambíguo quanto à localização primária, devem ser feitos esforços para obter esclarecimentos junto ao médico atestante. As instruções a seguir devem ser aplicadas apenas quando o esclarecimento não puder ser obtido.

Nos exemplos desta seção, os códigos da CID são apresentados à direita do atestado de morte. Esses códigos representam os códigos de causas múltiplas atribuídos a cada causa registrada. Esses códigos de causas múltiplas poderiam ser diferentes de um código atribuído quando o diagnóstico inicial foi informado sozinho no atestado (codificação direta). Nesses casos, o código para codificação direta é fornecido entre chaves "{" }" ao lado da expressão diagnóstica. A explicação de cada exemplo descreve que os códigos entre chaves serão modificados por outras informações no atestado (aplicação de codificação de causas múltiplas) e para codificar o código de causas múltiplas indicado à direita.

#### **Uso da ferramenta de codificação para neoplasias**

Ao usar a ferramenta de codificação da CID, busque o termo informado no atestado para descrever a neoplasia. Se tanto a histopatologia quanto a localização estão indicadas, insira ambas na ferramenta de codificação. Se a histopatologia é incompatível com a localização declarada da neoplasia (ou seja, a neoplasia não pode ser primária da localização declarada de acordo com livros e outras referências da literatura), então atribua um código para uma neoplasia de localização não especificada para a histopatologia indicada. Se a histopatologia não está indicada, codifique por localização e comportamento, se informados.

Não atribua **2D43 Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias)** quando neoplasias múltiplas são mencionadas. Codifique cada uma das neoplasias malignas com a ferramenta de codificação e selecione a causa básica aplicando as regras de seleção e modificação na forma normal.

#### **2.21.5.1 Comportamento: maligno, *in situ*, benigno, incerto ou desconhecido**

Para atribuir corretamente os códigos das causas múltiplas para uma neoplasia, deve-se primeiro determinar o comportamento (maligno, *in situ*, benigno, incerto ou desconhecido) para cada uma das neoplasias informadas no atestado de morte. Para neoplasias malignas, deve-se também determinar se serão codificadas como primárias ou secundárias. Para esse fim, aplique as instruções a seguir:

##### ***O próprio termo indica o tipo de comportamento***

Primeiro, use a ferramenta de codificação para atribuir um código aos termos usados para descrever as neoplasias. Uma histopatologia ou termo específico pode ser atribuído a um determinado grupo de comportamento.

Para neoplasias codificadas nas seguintes categorias, presuma que o comportamento é maligno, a menos que especificado de outra forma, e vá para a Seção **2.21.5.2 Neoplasias malignas: primárias ou secundárias?**:

- [2A00-2A0Z Neoplasias do cérebro ou sistema nervoso central](#)
- [2A20-2B3Z Neoplasias de tecidos hematopoiéticos ou linfóides](#)
- [2A02.3 Neoplasia benigna de nervos cranianos](#)

Observe que o comportamento fornecido pela ferramenta de codificação para um termo específico pode ser modificado por outras informações no atestado. Siga as instruções desta seção para decidir o comportamento correto na codificação de causas múltiplas.

#### *Outras informações no atestado podem indicar o comportamento*

Se o termo usado para descrever a neoplasia não indica um comportamento específico, procure outras informações no atestado que possam indicar o comportamento. Codifique como maligna uma neoplasia de comportamento não especificado, uma neoplasia descrita como "*in situ*", ou um crescimento que não está codificado no Capítulo 02 (por exemplo, certos pólipos), se alguma das condições abaixo se aplica:

- informada como a causa de disseminação secundária (termos como infiltração, metástases, secundárias ou similares) ou de caquexia (maligna), ou;
- informada imediatamente ao lado de uma menção de disseminação secundária, ou;
- todas as outras neoplasias informadas são especificadas como disseminação secundária, ou;
- não há menção de outra neoplasia na mesma parte do atestado, mas há outras indicações de malignidade informadas em qualquer parte do atestado (por exemplo, carcinose, caquexia maligna, transformação maligna), ou;
- informada como devido a neoplasia maligna.

Se uma neoplasia é codificada na categoria do Capítulo 02 para neoplasia benigna, mas é informada como a causa de metástases ou infiltração, verifique se há um código para uma variedade maligna na ferramenta de codificação e na lista tabular. Em caso afirmativo, codifique como maligna. Se não há um código para uma variedade maligna, tente inicialmente obter um esclarecimento do atestante. Se não há nenhuma informação adicional disponível, aceite a informação contida no atestado e codifique a neoplasia como benigna.

Se outras informações no atestado indicam que uma neoplasia é maligna, vá para a Seção [2.21.5.2 Neoplasias malignas: primárias ou secundárias?](#) para atribuir o código correto.

Se não há nenhuma outra informação no atestado que indica o comportamento, codifique como comportamento desconhecido.

### Exemplo 1

- |   |     |                         |        |
|---|-----|-------------------------|--------|
| 1 | (a) | Metástases hepáticas    | 2D80.0 |
|   | (b) | Tumor do cólon {2F90.0} | 2B90.Z |
|   | (c) |                         |        |
| 2 |     |                         |        |

Tumor do cólon é informado como a causa das metástases hepáticas, portanto, codifique como Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z).

### Exemplo 2

- |   |     |                         |        |
|---|-----|-------------------------|--------|
| 1 | (a) | Caquexia por câncer     | MG20.0 |
|   | (b) | Tumor do cólon {2F90.0} | 2B90.Z |
|   | (c) |                         |        |
| 2 |     |                         |        |

Tumor do cólon é informado como a causa de caquexia maligna, portanto, codifique como Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z).

### Exemplo 3

- |   |     |                                |              |
|---|-----|--------------------------------|--------------|
| 1 | (a) | Metástases no fígado ou pulmão | 2D80.0, 2D70 |
|   | (b) | Insuficiência respiratória     | CB41.2Z      |
|   | (c) | Tumor do cólon {2F90.0}        | 2B90.Z       |
| 2 |     |                                |              |

Tanto metástases quanto insuficiência respiratória podem ser devido a um tumor de cólon. De acordo com as instruções sobre como interpretar relações causais na Parte 1 (Passo SP3), isso significa que duas relações causais válidas são informadas nesse atestado: 1) metástases no fígado ou pulmão devido a tumor do cólon; e 2) insuficiência respiratória devido a tumor do cólon. Essas relações são válidas mesmo que metástases no fígado ou pulmão não possam ser devido a insuficiência respiratória. Tumor do cólon é informado como a causa da disseminação secundária, portanto, codifique como Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z).

### Exemplo 4

- |   |     |  |                   |
|---|-----|--|-------------------|
| 1 | (a) | Tumor do cólon {2F90.0} com metástases hepáticas | 2B90.Z,<br>2D80.0 |
|   | (b) |  |                   |
|   | (c) |  |                   |
| 2 |     |  |                   |

Tumor do cólon é informado na mesma linha e ao lado de metástases hepáticas, portanto, codifique como Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z).

### Exemplo 5

- |   |     |   |                              |
|---|-----|---|------------------------------|
| 1 | (a) | Tumor de mama, aterosclerose generalizada, câncer de cólon com metástases hepáticas | 2F95, BD40.Z, 2B90.Z, 2D80.0 |
|   | (b) |   |                              |
|   | (c) |   |                              |
| 2 |     |   |                              |

Tumor de mama é informado na mesma linha, mas não ao lado, da disseminação secundária. Não o considere maligno. Codifique como Neoplasias de comportamento desconhecido da mama (2F95).

### Exemplo 6

- |   |     |                                |              |
|---|-----|--------------------------------|--------------|
| 1 | (a) | Insuficiência respiratória     | CB41.2Z      |
|   | (b) | Tumor do cólon {2F90.0}        | 2B90.Z       |
|   | (c) |                                |              |
| 2 |     | Metástases no fígado ou pulmão | 2D80.0, 2D70 |

Todas as outras neoplasias são especificadas como disseminação secundária, portanto, codifique tumor do cólon como Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z).

### Exemplo 7

- |   |     |                         |        |
|---|-----|-------------------------|--------|
| 1 | (a) | Tumor do cólon {2F90.0} | 2B90.Z |
|   | (b) |                         |        |
|   | (c) |                         |        |
| 2 |     | Caquexia por câncer     | MG20.0 |

Não há menção de outra neoplasia, mas caquexia por câncer, outra indicação de malignidade, é informada na Parte 2, portanto, codifique tumor do cólon como Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z).

### Exemplo 8

- |   |     |                 |        |
|---|-----|-----------------|--------|
| 1 | (a) | Tumor da bexiga | 2F98   |
|   | (b) | Tumor de pulmão | 2F91.1 |
|   | (c) |                 |        |
| 2 |     |                 |        |

Não há informações no atestado que indiquem o comportamento, codifique tumor da bexiga como Neoplasias de comportamento desconhecido dos órgãos urinários (2F98) e tumor de pulmão como Neoplasias de comportamento desconhecido da traqueia, brônquio ou pulmão (2F91.1).

## 2.21.5.2 Neoplasias malignas: primárias ou secundárias?

Se uma neoplasia está codificada como maligna ou seu comportamento se presume maligno de acordo com a Seção 2.21.5.1 Comportamento: maligno, *in situ*, benigno, incerto ou desconhecido acima, decida em seguida se é primária ou secundária.

Às vezes, as neoplasias malignas são descritas como "metastáticas", o que pode se tratar de uma neoplasia maligna primária que sofreu metástase em outra localização ou de neoplasias malignas secundárias originadas em outro lugar. Para obter instruções sobre

como codificar neoplasias descritas como "metastáticas", consulte a Seção [2.21.5.6 Câncer "metastático"](#).

#### ***Localizações comuns de metástases***

Ao selecionar os códigos para as neoplasias malignas primárias e secundárias, consulte a seguinte lista de localizações comuns de metástases:

- cérebro
- diafragma
- fígado
- linfonodos
- localização mal definida
- mediastino
- medula espinhal
- meninges
- osso
- peritônio
- pleura
- pulmão
- retroperitônio

Veja adiante para mais instruções sobre como codificar neoplasias de localizações nessa lista.

#### ***Neoplasia maligna informada como primária***

Codifique uma neoplasia maligna especificada como primária se é especificada como "primária", "primária em", "originada em" ou termos similares.

#### ***Outra indicação de neoplasia maligna primária***

Codifique uma neoplasia maligna como primária, embora não descrita como primária pelo atestante, se:

- todas as outras neoplasias malignas no atestado são especificadas como secundárias ou como metástases. Isso se aplica se a localização não especificada como secundária ou como metástase está na lista de localizações comuns de metástases.
- está no grupo de códigos *2A20-2B3Z Neoplasias de tecidos hematopoiéticos ou linfoides*: Codifique todas as neoplasias malignas de tecidos hematopoiéticos ou linfoides como primárias, a menos que o atestante especifique-as como secundárias;
  - *nota*: Uma neoplasia primária de tecidos hematopoiéticos e linfoides pode ocorrer simultaneamente com outra neoplasia primária no mesmo grupo de códigos.
- a localização não está na lista de localizações comuns de metástases.

Se a localização está na lista de localizações comuns de metástases, codifique a neoplasia maligna como primária, se:

- a histopatologia indica que é primária da localização informada;
- é descrita como causada por um fator de risco conhecido para neoplasias malignas da localização declarada (Para determinar se a condição informada como causando a neoplasia é um fator de risco conhecido, verifique se está mencionada como um fator de risco da localização envolvida em livros ou outras fontes confiáveis);
- é a única neoplasia maligna mencionada no atestado de morte, e não é especificada como "metastática":
  - *exceção*: codifique neoplasia maligna de linfonodos como secundária, mesmo que seja a única neoplasia informada no atestado, a menos que seja especificada como primária;
  - *nota*: se a única neoplasia maligna informada no atestado é neoplasia maligna de fígado, e não está especificada como primária ou secundária, codifique-a como primária;
- é neoplasia maligna de pulmão, e todas as outras neoplasias malignas mencionadas no atestado estão na lista de localizações comuns de metástases;
  - *exceção*: codifique pulmão como secundário se outra neoplasia maligna é informada na mesma parte do atestado (Parte 1 ou Parte 2), e a outra neoplasia maligna está codificada como uma neoplasia maligna primária;
- é uma neoplasia maligna do pulmão especificada como broncogênica ou dos brônquios.

Codifique uma neoplasia de comportamento diferente de maligno como maligna primária se é informada como causando disseminação secundária ou metastática. Veja "**Outras informações no atestado podem indicar o comportamento**" acima.

- *exceção*: Se durações são declaradas, as neoplasias secundárias não devem ter uma duração mais longa do que a neoplasia maligna primária presumida;
- *exceção*: Se morfologias são declaradas, a secundária e a neoplasia maligna primária presumida devem ter a mesma histopatologia.

Não codifique uma neoplasia de comportamento diferente de maligno como maligna primária se é informada como a causa de outra neoplasia que não seria codificada como



maligna. Não assuma malignidade ou disseminação metastática. Codifique ambas as neoplasias de acordo com a ferramenta de codificação.

#### Exemplo 1

1	(a)	Metástase cerebral	2D50
	(b)	Tumor de pulmão	2C25.Z
	(c)		
	(d)		
2			

Tumor de pulmão causou metástase cerebral e, portanto, é codificado como maligno. A outra neoplasia maligna no atestado é descrita como metástase (2D50), portanto, codifique o tumor de pulmão como primário em 2C25.Z.

#### Exemplo 2

1	(a)	Câncer de pâncreas	2C10.Z
	(b)	Câncer de estômago	2B72.Z
	(c)		
	(d)		
2			

Pâncreas e estômago não estão na lista de localizações comuns de metástases, portanto, codifique ambos como primários em Neoplasia maligna do pâncreas, não especificada (2C10.Z) e Neoplasias malignas do estômago, não especificadas (2B72.Z).

#### Exemplo 3

1	(a)	Câncer do fígado e do pulmão {2C25.Z}	2C12.02 2D70
	(b)	Hepatite crônica	DB97.2
	(c)		
	(d)		
2			

Hepatite crônica aumenta o risco de câncer primário de fígado, portanto, codifique o câncer de fígado como primário em Carcinoma hepatocelular do fígado (2C12.02). Codifique câncer de pulmão como secundário em Metástase de neoplasia maligna no pulmão (2D70), porque a outra neoplasia maligna informada na mesma parte do atestado é codificada como primária.

#### Exemplo 4

1	(a)	Câncer de rim e câncer de pulmão {2C25.Z}	[2C90], 2D70
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique câncer de rim como primário (2C90.Z), uma vez que não está na lista de localizações comuns de metástases. Codifique câncer de pulmão como secundário em Metástase de neoplasia maligna no pulmão (2D70), uma vez que é informado na mesma parte do atestado do câncer de rim, que é considerado primário.

### Exemplo 5

- |   |     |   |         |
|---|-----|---|---------|
| 1 | (a) | Tumor de fígado {2F90.Y}                  | 2C12.02 |
|   | (b) |   |         |
|   | (c) |   |         |
|   | (d) |   |         |
| 2 |     | Tumor de pulmão, provavelmente secundário | 2D70    |

Codifique ambos os tumores malignos, uma vez que o atestante descreveu um dos dois como secundário, o que evidencia comportamento maligno. Codifique o tumor de fígado como primário, uma vez que a outra neoplasia maligna no atestado é descrita como secundária. A qualificação "provavelmente" é ignorada; veja a Seção 2.21.1 [Diagnóstico incerto](#).

### Exemplo 6

- |   |     |   |      |
|---|-----|---|------|
| 1 | (a) | Envolvimento metastático da parede torácica | 2E0Y |
|   | (b) | Carcinoma <i>in situ</i> da mama {2E65.Z}   | 2C6Z |
|   | (c) |   |      |
|   | (d) |   |      |
| 2 |     |   |      |

Codifique carcinoma *in situ* da mama como maligno porque é informado como a causa da disseminação secundária, e codifique como primário em Neoplasias malignas da mama, não especificadas (2C6Z) porque a outra neoplasia maligna é descrita como secundária.

### Exemplo 7

- |   |     |  |            |
|---|-----|--|------------|
| 1 | (a) | Neoplasia maligna secundária de pulmão e cérebro | 2D70, 2D50 |
|   | (b) | Pólipo de estômago {DA44.Z}                      | 2B72.Z     |
|   | (c) |  |            |
|   | (d) |  |            |
| 2 |     |  |            |

Codifique pólipo de estômago como maligno porque é informado como a causa da disseminação secundária, e codifique como primário em Neoplasias malignas do estômago, não especificadas (2B72.Z) porque todas as outras neoplasias malignas são descritas como secundárias.

### Exemplo 8

- |   |     |                            |         |
|---|-----|----------------------------|---------|
| 1 | (a) | Câncer do cérebro (glioma) | 2A00.0Z |
|   | (b) |                            |         |
|   | (c) |                            |         |
|   | (d) |                            |         |
| 2 |     | Câncer do rim              | 2C90.Z  |

Cérebro está na lista de localizações comuns de metástases, mas a histopatologia glioma indica que é primário no cérebro. Codifique o câncer do cérebro como primário em Gliomas do encéfalo, não especificados (2A00.0Z). Rim não está na lista de localizações comuns, portanto, codifique como primário em Neoplasias malignas do rim, exceto pelve renal, não especificadas (2C90.Z).

### Exemplo 9

- |   |     |                              |        |
|---|-----|------------------------------|--------|
| 1 | (a) | Câncer ósseo (osteossarcoma) | 2B51.Z |
|   | (b) | Câncer de cólon              | 2B90.Z |
|   | (c) |                              |        |
|   | (d) |                              |        |
| 2 |     |                              |        |

Osso está na lista de localizações comuns de metástases, mas a histopatologia osteossarcoma indica que é primário no osso. Codifique câncer ósseo como primário em Osteossarcoma do osso e cartilagem articular de localização não especificada (2B51.Z). Cólon não está na lista de localizações comuns, portanto, codifique como primário em Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z).

### Exemplo 10

- |   |     |                   |        |
|---|-----|-------------------|--------|
| 1 | (a) | Câncer do cérebro | 2A00.5 |
|   | (b) |                   |        |
|   | (c) |                   |        |
|   | (d) |                   |        |
| 2 |     |                   |        |

Cérebro está na lista de localizações comuns de metástases, mas é a única neoplasia maligna mencionada no atestado e não é descrita como metastática. Codifique câncer do cérebro como primário em Neoplasia primária do cérebro de tipo desconhecido ou não especificado (2A00.5).

### Exemplo 11

- |   |     |  |        |
|---|-----|--|--------|
| 1 | (a) | Câncer dos gânglios linfáticos cervicais | 2D60.0 |
|   | (b) |  |        |
|   | (c) |  |        |
|   | (d) |  |        |
| 2 |     |  |        |

Gânglios linfáticos estão na lista de localizações comuns de metástases, e câncer dos gânglios linfáticos cervicais é a única neoplasia maligna mencionada no atestado, mas não descrita como primária. Codifique câncer dos gânglios linfáticos cervicais como secundário em Metástase de neoplasia maligna em linfonodos de cabeça, face ou pescoço (2D60.0).

### Exemplo 12

- |   |     |                             |        |
|---|-----|-----------------------------|--------|
| 1 | (a) | Câncer primário da próstata | 2C82.Z |
|   | (b) |                             |        |
|   | (c) |                             |        |
|   | (d) |                             |        |
| 2 |     |                             |        |

O câncer é descrito como primário na próstata. Codifique em Neoplasias malignas da próstata, não especificadas (2C82.Z).

### Neoplasia maligna informada como secundária

Se o atestante descreve uma neoplasia como secundária, codifique como uma neoplasia maligna secundária em Metástases de neoplasias malignas (2D50-2E2Z). Use a ferramenta de codificação para encontrar o código apropriado.

### Outra indicação de neoplasia maligna secundária

Codifique como secundária uma neoplasia maligna não especificada como primária ou secundária se:

- a localização está na lista de localizações comuns de metástases:
  - *exceção*: se há apenas uma neoplasia maligna mencionada e não é especificada como "metastática", então codifique a neoplasia como primária. *nota*: isso não se aplica aos linfonodos, que são sempre codificados como secundários, mesmo que seja a única neoplasia informada no atestado, a menos que seja especificada como primária.
  - *exceção*: codifique pulmão como primário se todas as outras localizações na mesma parte do atestado (Parte 1 ou Parte 2) estão na lista de localizações comuns de metástases. Entretanto, codifique pulmão como secundário se uma das localizações comuns de metástases informadas na mesma parte do atestado é considerada primária, por sua histopatologia ou por ser descrita como causada por um fator de risco conhecido para neoplasias malignas dessa localização.
  - *exceção*: codifique uma neoplasia maligna na lista de localizações comuns de metástases como primária se todas as outras neoplasias malignas do atestado são especificadas como secundárias ou como metástases. Isso se aplica tanto se essas outras neoplasias malignas estão na lista de localizações comuns de metástases como se não.
  - *exceção*: codifique uma neoplasia maligna na lista de localizações comuns de metástases como primária se a histopatologia é declarada e é compatível com a localização. (Para determinar se uma histopatologia declarada é compatível com a localização, consulte livros ou outras fontes confiáveis).
- não se especifica se primário ou secundário, e o atestante declara que o câncer é primário em outra localização. Isso se aplica se a localização está na lista de localizações comuns de metástases ou não:
  - independentemente da localização, não codifique uma neoplasia como secundária se é de uma histopatologia diferente de outra neoplasia declarada como primária. Veja também a Seção "**2.21.5.3 Mais de uma neoplasia maligna primária**".
- não se especifica se maligno, *in situ* ou benigno, e se informa como devido a uma neoplasia maligna:
  - *exceção*: se durações são declaradas, não codifique a neoplasia não especificada como secundária se tem uma duração mais longa do que as

durações da neoplasia maligna informada como a causa da neoplasia não especificada.

- a histopatologia indica que a neoplasia não pode ser primária da localização declarada. Nesse caso, use tanto o código padrão para uma neoplasia primária da histopatologia envolvida quanto um código para uma neoplasia maligna secundária da localização declarada.

Se todas as localizações estão na lista de localizações comuns de metástases, codifique todas as localizações como secundárias. Recomenda-se adicionar um código para primário desconhecido. Codifique como [2D4Z Neoplasias malignas não especificadas de localizações mal definidas ou não especificadas] se nenhuma histopatologia é declarada. Se a histopatologia é declarada, codifique com o código "localização não especificada" para a histopatologia envolvida. - *exceção*: Se todas as localizações estão na lista de localizações comuns de metástases, mas nenhuma delas é pulmão, então codifique pulmão como primário.

Se o atestado declara que a localização primária era desconhecida, codifique todas as localizações de neoplasia mencionadas no atestado como secundárias. (Ver também a Seção [2.21.5.5 Localização primária desconhecida](#)).

Não use a ordem de entrada para determinar se uma neoplasia especificada como maligna é primária ou secundária. Codifique uma neoplasia maligna informada como devido a outra neoplasia maligna como secundária somente se está descrita como secundária, disseminação metastática ou similar, ou se está na lista de localizações comuns de metástases.

Não confunda "primário" com "primário em". Enquanto "primário em" identifica um de vários tumores malignos de histopatologia igual ou não especificada como o tumor primário, "primário" simplesmente significa que a neoplasia maligna não era secundária. Não significa necessariamente que todas as outras neoplasias malignas mencionadas no atestado seriam secundárias.

#### Exemplo 1

- |   |     |  |        |
|---|-----|--|--------|
| 1 | (a) | Carcinoma de glândulas suprarrenais {2D11.Z} | 2E07   |
|   | (b) |  |        |
|   | (c) |  |        |
|   | (d) |  |        |
| 2 |     | Neoplasia primária no rim                    | 2C90.Z |

A neoplasia maligna de glândulas suprarrenais é considerada secundária uma vez que o atestado declara que o câncer seria primário no rim. Codifique carcinoma adrenal como secundário em Metástase de neoplasia maligna na glândula adrenal (2E07) e neoplasia primária no rim como primária em Neoplasias malignas do rim, exceto pelve renal, não especificadas (2C90.Z).

### Exemplo 2

- |   |     |                                   |      |
|---|-----|-----------------------------------|------|
| 1 | (a) | Câncer da próstata {2C82.Z}       | 2E06 |
|   | (b) | Localização primária desconhecida |      |
|   | (c) |                                   |      |
|   | (d) |                                   |      |
| 2 |     |                                   |      |

A localização primária é descrita como desconhecida. Codifique como Neoplasias malignas não especificadas de localizações mal definidas ou não especificadas (2D4Z). Codifique câncer da próstata como secundário em Metástase de neoplasia maligna em órgãos genitais do homem (2E06), uma vez que a neoplasia maligna primária estava claramente em outra localização.

### Exemplo 3

- |   |     |                         |      |
|---|-----|-------------------------|------|
| 1 | (a) | Tumor cerebral {2A00.5} | 2D50 |
|   | (b) | Câncer de mama          | 2C6Z |
|   | (c) |                         |      |
|   | (d) |                         |      |
| 2 |     |                         |      |

Codifique tumor cerebral como maligno, pois é informado como devido a uma neoplasia maligna de mama. Também codifique como secundário em 2D50, uma vez que consta da lista de localizações comuns de metástases. Codifique câncer de mama como Neoplasias malignas da mama, não especificadas (2C6Z).

### Exemplo 4

- |   |     |                         |        |
|---|-----|-------------------------|--------|
| 1 | (a) | Tumor cerebral {2A00.5} | 2D50   |
|   | (b) | Câncer de pulmão        | 2C25.Z |
|   | (c) |                         |        |
|   | (d) |                         |        |
| 2 |     |                         |        |

Codifique tumor cerebral como maligno, pois é informado como devido a uma neoplasia maligna de pulmão. Também codifique como secundário em Metástase de neoplasia maligna no cérebro (2D50), uma vez que está na lista de localizações comuns de metástases e é informado junto com o câncer de pulmão. Codifique câncer de pulmão como primário em Neoplasias malignas de brônquio ou pulmão, não especificadas (2C25.Z), uma vez que a única outra neoplasia informada está na lista de localizações comuns de metástases.

### Exemplo 5

- |   |     |  |                 |
|---|-----|--|-----------------|
| 1 | (a) | Crescimento de câncer em fígado {2C12.02} e nódulos linfáticos | 2D80.0,<br>2D6Z |
|   | (b) |  |                 |
|   | (c) |  |                 |
|   | (d) |  |                 |
| 2 |     | Neoplasia maligna do estômago                                  | 2B72.Z          |

Codifique crescimento de câncer em fígado e nódulos linfáticos como secundário, em Metástase de neoplasia maligna no fígado (2D80.0) e em Neoplasia maligna metastática para linfonodo não especificado (2D6Z),

respectivamente, uma vez que ambos estão na lista de localizações comuns de metástases. Também codifique estômago como primário em Neoplasias malignas do estômago, não especificadas (2B72.Z).

#### Exemplo 6

- 1 (a) Câncer de pulmão, pleura {2C26.Z} e da parede torácica {2D4Z} 2C25.Z, 2D72, 2E0Y
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Codifique câncer de pulmão como primário em Neoplasias malignas de brônquio ou pulmão, não especificadas (2C25.Z), uma vez que as outras localizações mencionadas no atestado, pleura e parede torácica, estão na lista de localizações comuns de metástases. Codifique câncer de pleura e de parede torácica como secundário em 2D72 e em Metástase de neoplasia maligna em outras localizações especificadas (2E0Y), respectivamente.

#### Exemplo 7

- 1 (a) Mesotelioma de pleura e gânglios linfáticos 2C26.0, 2D60.Z
  - (b)
  - (c)
  - (d)
- 2

Pleura está na lista de localizações comuns de metástases, mas a histopatologia mesotelioma indica que é primária na pleura. Codifique como primário em Mesotelioma da pleura (2C26.0). Codifique neoplasia maligna de linfonodos como secundária em 2D60.Z, pois linfonodos estão na lista de localizações comuns de metástases.

#### Exemplo 8

- 1 (a) Câncer da bexiga 2C94.Z
  - (b) Câncer de rim 2C90.Z
  - (c)
  - (d)
- 2

Bexiga e rim não estão na lista de localizações comuns de metástases, e nenhum deles é descrito como primário, portanto, codifique ambos como primários em Neoplasias malignas da bexiga, não especificadas (2C94.Z) e 2C90.Z *Neoplasias malignas do rim, exceto pelve renal, não especificadas*.

### Exemplo 9

1	(a)	Osteossarcoma de sacro	2B51.2
	(b)	Câncer de células claras do rim	2C90.Y
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique ambas as neoplasias malignas como primárias. Osso está na lista de localizações comuns de metástases, mas a histopatologia osteossarcoma indica que é primária no sacro. Codifique como primária em Osteossarcoma de osso ou cartilagem articular da pelve (2B51.2). Além disso, tem uma histopatologia diferente do câncer de células claras do rim.

### Exemplo 10

1	(a)	Osteossarcoma de pulmão	2B51.Z, 2D70
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

A histopatologia (osteossarcoma) indica uma neoplasia primária do osso, e a localização informada (pulmão) é incompatível com a histopatologia. Codifique como primária em Osteossarcoma do osso e cartilagem articular de localização não especificada (2B51.Z), e adicione um código para Metástase de neoplasia maligna no pulmão (2D70).

#### 2.21.5.3 Mais de uma neoplasia maligna primária

Se mais de uma neoplasia maligna primária é informada no mesmo atestado, codifique cada neoplasia maligna primária como primária. As indicações de mais de uma neoplasia maligna primária são:

- diferentes histopatologias;
- uma histopatologia específica de uma localização informada com uma neoplasia maligna de outra localização que não está na lista de localizações comuns de metástases;
- as localizações não estão na lista de localizações comuns de metástases.

Se um termo histopatológico é mais específico e é um exemplo de um termo histopatológico mais geral que também é informado no atestado, considere que os dois se referem à mesma neoplasia.

Não considere "câncer" um termo histopatológico, mas como sinônimo de "neoplasia maligna". Ao contrário, "carcinoma" é um termo histopatológico que descreve um tumor maligno de origem epitelial.



### Exemplo 1

- |   |     |  |        |
|---|-----|--|--------|
| 1 | (a) | Carcinoma de células transicionais da bexiga | 2C94.2 |
|   | (b) |  |        |
|   | (c) |  |        |
|   | (d) |  |        |
| 2 |     | Osteossarcoma, primário no joelho            | 2B51.1 |

Bexiga, na linha (a), não está na lista de localizações comuns de metástases. A neoplasia maligna informada na Parte 2 é especificada como primária no joelho, mas como as duas neoplasias são de histopatologia diferente, codifique ambas como primárias em Carcinoma urotelial da bexiga (2C94.2) e em Osteossarcoma de osso ou cartilagem articular de membros (2B51.1), respectivamente.

### Exemplo 2

- |   |     |                |         |
|---|-----|----------------|---------|
| 1 | (a) | Hepatoma       | 2C12.02 |
|   | (b) | Câncer da mama | 2C6Z    |
|   | (c) |                |         |
|   | (d) |                |         |
| 2 |     |                |         |

Codifique hepatoma como primário em Carcinoma hepatocelular do fígado (2C12.02), uma vez que a histopatologia "hepatoma" indica uma neoplasia maligna primária do fígado. Codifique câncer de mama como primário em Neoplasias malignas da mama, não especificadas (2C6Z), uma vez que mama não está na lista de localizações comuns de metástases.

### Exemplo 3

- |   |     |                       |         |
|---|-----|-----------------------|---------|
| 1 | (a) | Glioblastoma cerebral | 2A00.00 |
|   | (b) | Câncer da mama        | 2C6Z    |
|   | (c) |                       |         |
|   | (d) |                       |         |
| 2 |     |                       |         |

Cérebro está na lista de localizações comuns de metástases, mas a histopatologia glioblastoma indica que é primário no sistema nervoso central, geralmente no cérebro. Codifique glioblastoma cerebral como primário em Glioblastoma cerebral (2A00.00). Também codifique câncer de mama como primário em Neoplasias malignas da mama, não especificadas (2C6Z), uma vez que mama não está na lista de localizações comuns de metástases.

#### 2.21.5.4 Localização não claramente indicada

Se uma neoplasia maligna é descrita como na "área" ou "região" de uma localização, ou se a localização tem os prefixos "peri", "para", "pré", "supra", "infra" ou expressões similares, primeiramente verifique se esse termo composto é encontrado na ferramenta de codificação.

Se o termo composto não está na ferramenta de codificação, então codifique na apropriada histopatologia da localização mal definida não especificada. Outras neoplasias malignas especificadas de localizações primárias mal definidas ou não especificadas (2D4Y) é usado para histopatologias especificadas, mas não classificáveis em outra parte.

Se nenhuma dessas opções se aplica, ou se a histopatologia não está declarada, codifique como [2D42](#) *Neoplasias malignas de localizações mal definidas*.

Quando a localização de uma neoplasia maligna primária não está especificada, não se deve fazer qualquer inferência da localização primária a partir da localização de outras condições informadas, como perfuração, obstrução ou hemorragia. Essas condições podem surgir em localizações não relacionadas com a neoplasia. Por exemplo, obstrução intestinal pode ser causada pela disseminação de uma neoplasia maligna de ovário.

#### Exemplo 1

- |   |     |                                       |                        |
|---|-----|---------------------------------------|------------------------|
| 1 | (a) | Leiomiossarcoma na região do pâncreas | <a href="#">2B58.Z</a> |
|   | (b) |                                       |                        |
|   | (c) |                                       |                        |
|   | (d) |                                       |                        |
| 2 |     |                                       |                        |

Codifique como Leiomiossarcoma, localização primária não especificada (2B58.Z).

#### Exemplo 2

- |   |     |                             |                        |
|---|-----|-----------------------------|------------------------|
| 1 | (a) | Carcinoma na área do pulmão | <a href="#">2C29.Z</a> |
|   | (b) |                             |                        |
|   | (c) |                             |                        |
|   | (d) |                             |                        |
| 2 |     |                             |                        |

Codifique como Neoplasias malignas de outras localizações ou localizações mal definidas no sistema respiratório ou órgãos intratorácicos, não especificadas (2C29.Z)

#### Exemplo 3

- |   |     |                          |                        |
|---|-----|--------------------------|------------------------|
| 1 | (a) | Obstrução dos intestinos | <a href="#">DB30.Z</a> |
|   | (b) | Carcinoma                | <a href="#">2D41</a>   |
|   | (c) |                          |                        |
|   | (d) |                          |                        |
| 2 |     |                          |                        |

Codifique carcinoma como [2D41](#) Carcinoma não especificado de localização não especificada (2D41)

### 2.21.5.5 Localização primária desconhecida

Se o atestado declara que a localização primária é desconhecida e não menciona uma possível localização primária, codifique na categoria de localização não especificada para o tipo histopatológico envolvido. Por exemplo, codifique adenocarcinoma como Adenocarcinoma de localização não especificada ([2D40](#)), e osteossarcoma como Osteossarcoma do osso e cartilagem articular de localização não especificada ([2B51.Z](#)).

Se o atestado menciona uma localização primária provável ou possível, desconsidere a expressão indicando dúvida e codifique como a localização informada. Veja também a Seção 2.21.1 Diagnóstico incerto.

Se o atestado menciona várias localizações primárias possíveis, selecione um código de acordo com as instruções da Seção 2.21.1.2 Uma única condição, mas localizações alternativas, acima.

#### Exemplo 1

1	(a)	Carcinoma de fígado secundário	2D80.0
	(b)	Localização primária desconhecida	2D41
	(c)		
	(d)		
2			

O atestado declara que a localização primária é desconhecida. Para a linha 1(b), codifique como Carcinoma não especificado de localização não especificada (2D41).

#### Exemplo 2

1	(a)	Metástases generalizadas	2E2Z
	(b)	Melanoma	2C30.Z
	(c)	Localização primária desconhecida	[2D4Y]
	(d)		
2			

O atestado declara que a localização primária é desconhecida. Codifique como Melanoma cutâneo, não especificado (2C30.Z).

#### Exemplo

3

1	(a)	Carcinoma de fígado secundário	2D80.0
	(b)	Localização primária desconhecida, possivelmente estômago	2B72.Z
	(c)		
	(d)		
2			

O atestado declara que a localização primária é desconhecida, mas também menciona estômago como possível localização primária. Ignore o termo "possivelmente" e codifique a linha 1(b) como Neoplasias malignas do estômago, não especificadas (2B72.Z).

## Exemplo

4

- |   |     |   |        |
|---|-----|---|--------|
| 1 | (a) | Carcinoma de fígado secundário  | 2D80.0 |
|   | (b) | Localização primária desconhecida, provavelmente estômago {2B72.Z} ou cólon{2B90.Z} | 2C11.Z |
|   | (c) |   |        |
|   | (d) |   |        |
- 2

O atestado declara que a localização primária é desconhecida, mas também menciona estômago ou cólon como possível localização primária. Codifique a linha 1(b) como Neoplasias malignas de outros órgãos digestivos mal definidos, não especificadas (2C11.Z).

### 2.21.5.6 Câncer "metastático"

Nota: A expressão "metastático" geralmente é um problema no idioma inglês. Os países que usam idiomas diferentes do inglês devem traduzir apenas o necessário desta seção.

Neoplasias qualificadas como "metastáticas" são sempre malignas. O adjetivo "metastático" pode ser usado de duas maneiras: geralmente, descreve um tumor primário que se espalhou = metastizou para outra localização ou órgão (p. ex., câncer de mama metastático), e, ocasionalmente, descreve o local ou localização secundária onde o tumor primário se espalhou = metastizou (p. ex., câncer metastático no fígado).

No Componente fundamental da CID-11, o adjetivo "metastático" seguido de uma localização/órgão (sem preposição) é sempre usado no sentido de uma neoplasia primária daquela particular localização/órgão que se espalhou para outra localização.

Para a codificação de mortalidade por causas múltiplas, siga sempre as instruções desta seção. Isso se aplica mesmo que a ferramenta de codificação indique um código da CID para uma neoplasia "metastática" ou doença "metastática" diferente do código que se obteria seguindo estas instruções. Por exemplo, a busca poderia levar a um código na seção de "metástases de neoplasias malignas", mas as instruções de codificação de causas múltiplas poderiam lhe dizer para codificar a neoplasia como primária. Se for o caso, siga as instruções e codifique a neoplasia como primária.

#### *Neoplasia maligna "metastática de" uma localização especificada*

Se uma neoplasia maligna é descrita como "metastática de" uma localização especificada, ou se uma relação "devido a" implica em uma disseminação a partir de uma localização especificada, codifique como primária dessa localização. Isso também se aplica a localizações na lista de localizações comuns de metástases. Veja Seção 2.21.5.2 para os blocos usados para neoplasias malignas primárias.

#### *Neoplasia maligna "metastática para" uma localização especificada*

Se uma neoplasia maligna é descrita como "metastática para" uma localização especificada, ou se uma relação "devido a" implica em uma disseminação para uma localização especificada, codifique como secundária dessa localização, esteja a localização na lista de

localizações comuns de metástases ou não. Use um código em [2D50-2E2Z](#) "Metástases de neoplasias malignas" para essa localização secundária. No entanto, se uma histopatologia é informada, codifique como a subcategoria "localização não especificada" desse tipo histopatológico.

#### ***Neoplasia maligna metastática da localização A para a localização B***

Uma neoplasia maligna descrita como metastática da localização A para a localização B deve ser interpretada como primária da localização A e secundária da localização B.

#### ***Neoplasia "metastática" de uma histopatologia específica***

Se o atestado informa uma neoplasia maligna especificada como "metastática" de um tipo histopatológico classificável em uma categoria de câncer que menciona uma histopatologia específica apenas, e a localização informada é consistente com o tipo histopatológico, então codifique como uma neoplasia maligna primária do tipo histopatológico especificado. Use a subcategoria de localização apropriada para o tipo histopatológico ou localização especificada.

Se o câncer "metastático" informado no atestado e a localização não são consistentes com o tipo histopatológico, codifique como neoplasia maligna secundária da localização especificada. Também adicione um código para uma neoplasia maligna primária de localização não especificada para o tipo histopatológico declarado.

Ao aplicar as instruções restantes sobre "metastático", não altere os códigos em [2A00-2A0Z](#) *Neoplasias do cérebro ou sistema nervoso central*, [2B50-2B5Z](#) *Neoplasias malignas mesenquimais*, [2C30-2C3Z](#) *Neoplasias malignas da pele*, [2C40-2C4Z](#) *Neoplasias malignas de nervos periféricos ou do sistema nervoso autônomo*, ou atribuídos de acordo com as instruções desta subseção Neoplasia "metastática" de uma histopatologia específica, para códigos das neoplasias malignas secundárias ([2D50-2E2Z](#)).

#### **Exemplo 1**

- |   |     |                                     |                        |
|---|-----|-------------------------------------|------------------------|
| 1 | (a) | Osteossarcoma de sacro, metastático | <a href="#">2B51.2</a> |
|   | (b) |                                     |                        |
|   | (c) |                                     |                        |
|   | (d) |                                     |                        |
| 2 |     |                                     |                        |

A localização "sacro" é consistente com um câncer primário de osso. Codifique como Osteossarcoma de osso ou cartilagem articular da pelve ([2B51.2](#)).

#### ***Neoplasia maligna "metastática" na lista de localizações comuns de metástases***

Se o atestado menciona uma única neoplasia maligna que está na lista de localizações comuns de metástases e é especificada como "metastática", codifique a neoplasia como secundária, mesmo que nenhuma outra neoplasia esteja mencionada no atestado. Adicione também um código para neoplasia maligna primária não especificada ([2D4Z](#)).

- *exceção*: Codifique uma neoplasia, mesmo que descrita como "metastática", de uma localização na lista de localizações comuns de metástases como primária se é informada como devido a uma condição que aumenta o risco de uma neoplasia maligna daquela localização ou tecido.
- *exceção*: Se a única neoplasia maligna mencionada no atestado é neoplasia "metastática" de pulmão, codifique Neoplasias malignas de brônquio ou pulmão, não especificadas (2C25.Z). Se outra neoplasia maligna é mencionada que não está na lista de localizações comuns de metástases, então codifique uma neoplasia maligna "metastática" de pulmão como Metástase de neoplasia maligna no pulmão (2D70). Isso se aplica estando ou não o pulmão mencionado na mesma parte do atestado que a outra neoplasia maligna.
- *exceção*: Para neoplasias "metastáticas" de uma histopatologia especificada e que se encontram na lista de localizações comuns de metástases, veja "**Neoplasia metastática de uma histopatologia específica**" acima.

Observe que uma neoplasia maligna de uma localização na lista de localizações comuns de metástases é codificada como primária se essa é a única localização mencionada e não está descrita como "metastática". Veja também "**Outra indicação de neoplasia maligna primária**" acima.

#### Exemplo 1

- |   |     |   |        |
|---|-----|---|--------|
| 1 | (a) | Câncer metastático de pulmão (adenocarcinoma) | 2C25.0 |
|   | (b) |   |        |
|   | (c) |   |        |
|   | (d) |   |        |
| 2 |     |   |        |

Adenocarcinoma pode ser primário no pulmão. Pulmão é a única localização mencionada ou implícita no atestado. Codifique como neoplasia maligna primária de pulmão em Adenocarcinoma de brônquio ou pulmão (2C25.0).

Se o atestado menciona várias neoplasias malignas que estão na lista de localizações comuns de metástases e uma ou mais delas estão especificadas como "metastáticas", então codifique todas como neoplasias malignas secundárias. Adicione também um código para neoplasia maligna primária não especificada [2D4Z](#).

- *exceção*: Codifique uma "neoplasia metastática de pulmão" como neoplasia maligna primária de pulmão Neoplasias malignas de brônquio ou pulmão, não especificadas (2C25.Z) se todas as outras localizações de neoplasias informadas no atestado de

morte estão na lista de localizações comuns de metástases, quer sejam descritas como "metastáticas" ou não.

- *exceção*: Para neoplasias "metastáticas" de uma histopatologia especificada que se encontram na lista de localizações comuns de metástases, veja a subseção "**Neoplasia maligna metastática de uma histopatologia específica**" acima.

#### *Neoplasia maligna "metastática" fora da lista de localizações comuns de metástases*

Se o atestado menciona uma única neoplasia maligna, e essa neoplasia não consta da lista de localizações comuns de metástases, mas é especificada como "metastática", então codifique como neoplasia maligna primária dessa localização em particular.

Se o atestado menciona várias neoplasias malignas que não estão na lista de localizações comuns de metástases e todas estão especificadas como "metastáticas", então codifique todas as neoplasias como primárias.

Se o atestado menciona várias neoplasias malignas, e nenhuma delas está na lista de localizações comuns de metástases e algumas, mas não todas, estão especificadas como "metastáticas", então codifique uma neoplasia não especificada como "metastática" como primária e uma neoplasia especificada como "metastática" como secundária.

Veja a Seção [2.21.5.2 Neoplasias malignas: primárias ou secundárias?](#) para os blocos usados para primárias ou secundárias.

#### *Neoplasias malignas "metastáticas", algumas na lista de localizações comuns de metástases e algumas fora*

Se o atestado menciona várias neoplasias malignas e algumas, mas não todas, estão na lista de localizações comuns de metástases e algumas, mas não todas, estão especificadas como "metastáticas", então codifique uma neoplasia na lista de localizações comuns de metástases como secundária (2D50-2E2Z). Além disso, codifique uma neoplasia que não está na lista de localizações comuns de metástases e está especificada como "metastática" como secundária, e uma neoplasia que não está na lista de localizações comuns de metástases e não especificada como "metastática" como primária (ver Seção [2.21.5.2](#) para os blocos usados para neoplasias malignas primárias).

- *exceção*: Codifique as neoplasias, mesmo que descritas como "metastáticas", como primárias quando informadas como devido a uma condição que aumenta o risco de uma neoplasia maligna dessa localização ou tecido, tanto se a localização está na lista de localizações comuns de metástases ou não.

### Exemplo 1

- |   |     |                             |          |
|---|-----|-----------------------------|----------|
| 1 | (a) | Câncer de fígado            | 2D80.0   |
|   | (b) | Câncer metastático de cólon | [2B90.Z] |
|   | (c) |                             |          |
|   | (d) |                             |          |
| 2 |     |                             |          |

Codifique como Metástase de neoplasia maligna no fígado (2D80.0) e Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z). Fígado está na lista de localizações comuns de metástases, mas cólon não está.

### Exemplo 2

- |   |     |                                       |        |
|---|-----|---------------------------------------|--------|
| 1 | (a) | Câncer metastático da vesícula biliar | 2C13.Z |
|   | (b) | Câncer metastático de cólon           | 2B90.Z |
|   | (c) |                                       |        |
|   | (d) |                                       |        |
| 2 |     |                                       |        |

Codifique tanto Neoplasias malignas da vesícula biliar, não especificadas (2C13.Z) como Neoplasias malignas do cólon, não especificadas (2B90.Z) como primárias. A ordem de entrada não afeta a codificação.

## 2.21.6 Sequelas

Uma sequela é uma condição crônica resultante de uma condição aguda e que começa durante essa condição aguda. A condição aguda já não está mais presente.

A classificação fornece determinadas categorias a serem usadas quando as condições são informadas como sequelas, efeitos tardios ou outras condições especificadas nesta seção (p. ex., *1G80-1G8Y* Sequelas de doenças infecciosas). Quando uma categoria específica não é fornecida para a condição descrita como sequela (p. ex., os efeitos tardios de lesões são codificados na categoria residual do capítulo, que também pode incluir condições agudas), use o código adicional *XT9C* Causa de um efeito tardio, se desejar, para identificar que a primeira condição foi informada como causa de uma sequela (p. ex., sequelas de lesão na cabeça: *NA0Z&XT9C* Lesões não especificadas na cabeça & Causa de um efeito tardio).

Nota: Ao decidir se uma condição é uma sequela ou um efeito tardio, a duração declarada de todas as condições subsequentes deve ser levada em consideração.



Exemplo 1	Duração
1	
(a) Pneumonia por aspiração	
(b) Disfagia	
(c) Acidente vascular cerebral	1 ano
(d)	
2	

Codifique acidente vascular cerebral como efeito tardio de AVC, pois causou algo com duração maior que o tempo necessário para que o AVC seja considerado efeito tardio.

#### 2.21.6.1 Condições a serem consideradas sequelas

Considere as seguintes categorias presentes um ano ou mais após o início da condição anterior como um efeito tardio:

- 1G84 Sequela de encefalite viral
- 1G85 Sequela de difteria
- 1G8Y Sequelas de outras doenças infecciosas especificadas
- 5B63 Excesso de andrógeno tumoral do raquitismo
- 8B25 Efeitos tardios de doença cerebrovascular
- Efeitos tardios de lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas
- Efeitos tardios de causas externas de morbidade ou mortalidade

#### 2.21.6.2 Sequelas de tuberculose

Codifique tuberculose (1B10.0 -1B10-1B1Z) como sequelas de tuberculose (1G80) se a condição é especificada como tal ou como interrompida, curada, tratada, inativa, antiga, ou quiescente, ou descrições similares, a menos que haja evidência de tuberculose ativa. Isso não inclui a tuberculose crônica, que deve ser codificada como doença infecciosa ativa.

#### 2.21.6.3 Sequelas de tracoma

Codifique tracoma (1C23) como sequelas de tracoma (1G81) se tracoma é especificado como curado ou inativo e algumas sequelas especificadas, tais como cegueira, entrópio cicatricial e cicatrizes conjuntivais, a menos que exista evidência de infecção ativa. Não inclui tracoma crônico, que deve ser codificado como doença infecciosa ativa.

#### 2.21.6.4 Sequelas de encefalite viral, difteria ou outras doenças infecciosas especificadas

Condição	Códigos de Ativo	Códigos de Sequelas
Encefalite viral	1C80, 1C83 – 1C8D	1G84
Difteria	1C17	1G85
Outra doença infecciosa especificada, exceto para febre reumática aguda, e HIV	1A00 - 1A9Z, 1B21 - 1B2Z, 1B50 - 1C16, 1C18 - 1C22, 1C2Y - 1C2Z, 1C82, 1C8E, 1C8F, 1C8Y, 1G80	1G8Y

Codifique a doença infecciosa acima com o código de sequela apropriado da condição infecciosa se a condição é especificada como tal ou como interrompida, curada, tratada, inativa, antiga ou quiescente. Sequelas também incluem condições presentes um ano ou mais após o início de condições classificáveis nas categorias de doenças infecciosas, a menos que haja evidência de doença ativa. Isso não inclui doenças infecciosas crônicas, que devem ser codificadas como doença infecciosa ativa.

#### 2.21.6.5 Sequelas de desnutrição e de algumas deficiências nutricionais especificadas

Condição	Códigos de Ativo	Códigos de Sequelas
Desnutrição proteico-calórica	5B50 - 5B54, 5B71	5B60
Deficiência de vitamina A	5B55	5B61
Deficiência de vitamina C	5B56	5B62
Raquitismo	5B57.0	5B63
Outras deficiências nutricionais especificadas	5B57.1 – 5B5K, 5B70, 5B7Y	5B6Y
Deficiências nutricionais não especificadas	5B7Z	5B6Z

Codifique a desnutrição acima ou certas deficiências nutricionais especificadas com o apropriado código da sequela de desnutrição ou certas deficiências nutricionais especificadas se a condição for declarada como uma sequela ou efeito tardio ou como a causa de condições presentes um ano ou mais após o início da condição. Isso não inclui a desnutrição ou deficiência nutricional crônica, que deve ser codificada para a desnutrição ou deficiência nutricional atual.

#### 2.21.6.6 Efeitos tardios do Capítulo 22 e do Capítulo 23

Codifique quaisquer lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas (Capítulo 22) ou causas externas de morbidade ou mortalidade (Capítulo 23) como efeitos tardios de lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas ou efeitos tardios de causas externas de morbidade ou mortalidade, incluem aqueles especificados como tais, ou como sequelas, e aqueles presentes um ano ou mais após a lesão aguda ou o evento de origem. Codifique como a condição ativa ou causa

externa de origem e use o código adicional [XT9C](#), se desejar, no agrupamento para manter a informação de que foi informada como um efeito tardio.

#### **2.21.6.7 Sequelas de hanseníase**

Codifique hanseníase (1B20) como sequelas de hanseníase se a hanseníase é declarada como uma seqüela ou efeito tardio da hanseníase, ou se é informada uma condição crônica ou uma condição com duração superior a um ano que seja informada devido à hanseníase.

#### **2.21.6.8 Sequelas de poliomielite**

Codifique poliomielite (1C81) como sequelas de poliomielite (1G83):

- se poliomielite é especificada como tal ou como história (de) ou antiga, ou a duração do início é superior a um ano

ou

- se é informada uma condição crônica ou uma condição com duração superior a um ano que seja informada devido à poliomielite.

#### **2.21.7 Consistência entre o sexo do paciente e diagnóstico**

A maioria das categorias da CID-11 se aplicam a todas as pessoas sem referência ao sexo. Porém, algumas doenças são mais prováveis de ocorrer em um sexo biológico. A lista dessas condições é fornecida no [3.14 Anexo C: Anexos para a Codificação de Mortalidade \(3.14.11 Lista de categorias limitadas a, ou mais prováveis de ocorrer em, pessoas do sexo feminino; 3.14.12 Lista de categorias limitadas a, ou mais prováveis de ocorrer em, pessoas do sexo masculino\)](#).

Ao abordar casos de inconsistência entre o sexo do paciente e o diagnóstico informado, é importante estar ciente das questões relacionadas à identidade de gênero. A legislação nacional pode regulamentar o reconhecimento da identidade de gênero ou redesignação de gênero (mudança de sexo), incluindo a proteção da privacidade. Se há obrigações especiais para respeitar a confidencialidade em relação aos casos de redesignação de gênero, estas devem ser levadas em conta nas decisões de codificação e na subsequente divulgação dos dados codificados.

A seguir se apresenta a recomendação geral para lidar com a situação em que há uma aparente inconsistência entre o sexo e o diagnóstico informado. No entanto, trata-se de uma diretriz geral que pode não ser sempre aplicável, pois os requisitos legais variam entre os países. Recomenda-se verificar manualmente todos os casos de inconsistências entre o sexo do paciente e o diagnóstico informado. Quando os dados são processados automaticamente de acordo com as diretrizes abaixo, esses casos devem ser sinalizados para verificação manual adicional.

Se houver alguma inconsistência entre o sexo do falecido e a causa da morte informada: - verifique as informações e certifique-se de que não ocorreu nenhum erro de registro. Mais informações podem ser obtidas com o atestante ou com os funcionários do registro. Se a

verificação mostra que o sexo ou o diagnóstico é um erro, corrija o que se acredita estar errado.

Se não se dispõe de mais informações e: - não é possível decidir se há um erro ou qual dos dois itens de dados (sexo e diagnóstico) está errado, mantenha o sexo registrado e codifique como **MH14** Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade. - *parece que se trata de um caso de redesignação de gênero ou situação semelhante, então mantenha o sexo registrado e codifique, se possível, com um código substituto que seja semelhante ao diagnóstico informado, mas não específico para nenhum dos sexos. Por exemplo, uma neoplasia de órgãos genitais específicos do sexo poderia ser codificada como **2D4Y** Outras neoplasias malignas especificadas de localizações primárias não especificadas. Se não existe um código substituto adequado, codifique como **MH14** Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade.*

\*Considere a possibilidade de acrescentar uma nota às estatísticas, especificando o número de casos recodificados devido a aparentes inconsistências entre sexo e causa, levando em consideração a confidencialidade exigida em cada país.

## 2.21.8 Instruções específicas sobre outras categorias da CID

### 2.21.8.1 Doenças cardíacas reumáticas agudas ou crônicas

As doenças cardíacas reumáticas são classificadas como Febre reumática aguda com envolvimento cardíaco (1B41) ou como condições crônicas no quinto caráter .0 de **BB60-BC0Z** Doenças das valvas cardíacas, ou **BC20** Doenças cardíacas reumáticas crônicas não classificadas em outra parte, *dependendo de o processo reumático descrito estar ativo ou inativo. Se não há declaração de que o processo reumático estava ativo ou inativo no momento da morte, codifique as seguintes condições cardíacas como ativas (1B41 Febre reumática aguda com envolvimento cardíaco):*

- uma condição cardíaca informada como devido a febre reumática, exceto parada cardíaca, insuficiência cardíaca aguda, endocardite bacteriana;
- uma condição cardíaca especificada como reumática e descrita como aguda ou subaguda;
- cardite, endocardite, doença do coração, miocardite ou pancardite, descritas como reumáticas ou informadas como devido a uma doença reumática, e a duração é inferior a um ano;
- cardite, endocardite, doença do coração, miocardite ou pancardite, descritas como reumáticas ou informadas como devido a uma doença reumática, e o falecido tem menos de 15 anos de idade.

### 2.21.8.2 Morte obstétrica de causa não especificada, Mortes obstétricas entre mais de 42 dias e menos de 1 ano após o parto, sequelas de causas obstétricas

O Modelo Internacional de Atestado Médico de Causa de Morte (ver Anexo para a Mortalidade 3.14) está estruturado para permitir a notificação das causas obstétricas, do tempo decorrido entre o evento obstétrico e a morte da pessoa e se a gravidez contribuiu para a morte. Use todas as informações disponíveis no atestado de morte. Quando as

informações fornecidas são ambíguas, recomenda-se verificar sempre que possível, embora os meios de verificação possam variar entre países, de acordo com diferentes sistemas jurídicos ou perfis de mortalidade materna. Informações adicionais podem ser obtidas por meio de resumos clínicos de instituições médicas, relatórios de autópsias verbais ou por certos processos de verificação que podem exigir não apenas consultas ao atestante, mas também o estabelecimento de um sistema de inquérito para analisar casos específicos.

Os seguintes conceitos relacionados à tabulação estatística da mortalidade materna são fornecidos na Seção 2.25.5 Padrões e requisitos de notificação relacionados à mortalidade materna:

- 2.25.5.1 Morte materna
- 2.25.5.2 Morte materna tardia
- 2.25.5.3 Morte materna global
- 2.25.5.4 Mortes obstétricas diretas e indiretas
- 2.25.5.5 Morte ocorrida durante a gravidez, parto e puerpério
- 2.25.5.6 Requisitos de registro de mortalidade materna
- 2.25.5.7 Notificação internacional de mortalidade materna
- 2.25.5.8 Numerador, denominador e razões de mortalidade materna publicadas

Sucintamente, as categorias de causa básica da morte para Mortalidade Materna estão resumidas no quadro abaixo:

	<b>JB00 -JB60, JB63.-, JB64.-, JB6Y, 1C14 Morte materna</b>	<b>JB61.- Morte materna tardia</b>	<b>JB62.- Sequelas de condições obstétricas</b>
A falecida estava grávida:	no momento da morte, e dentro de 42 dias antes da morte	mais de 42 dias, mas menos de um ano antes da morte	um ano ou mais antes da morte

Em um atestado de morte geralmente o intervalo de tempo é registrado na unidade de dia, onde 42 dias estão incluídos na morte materna e 43 dias estão incluídos na morte materna tardia. Em uma explicação matemática, isso significa que exatamente 42 dias estão incluídos na morte materna, enquanto, por exemplo, 42 dias e uma hora estão incluídos na morte materna tardia. Observe também que JB61.- e JB62.- incluem mortes por qualquer causa obstétrica. A causa obstétrica informada incluindo causa desconhecida (JB60) é pós-coordenada para JB61.- ou JB62.- para reter informações sobre a causa. Instruções de codificação são fornecidas para selecionar a CBM e capturar mais detalhes em um agrupamento.

### ***Instruções de codificação para mortalidade materna***

Para codificação da mortalidade materna, siga as instruções gerais de codificação.

Para atribuir o código de causa múltipla correto para um atestado com menção de gravidez, primeiro utilize a ferramenta de codificação para atribuir um código específico para cada condição informada. Categorias fora do Capítulo 18 também podem ser atribuídas. Quando

uma condição sugere que é uma condição obstétrica, usando certos modificadores como "obstétrico" ou "materno", pesquise se há uma correspondência direta com o diagnóstico informado. A ferramenta de codificação também auxilia a codificação fornecendo o ícone "J" ( ) para determinadas condições que possuem uma categoria compatível para condições maternas.

#### Exemplo 1

1	(a) Edema pulmonar	CB01
	(b) Insuficiência da valva mitral, gravidez	JB64.4/BB61.Z
	(c)	
	(d)	
2		

Insuficiência da valva mitral SOE é codificada como BB61.Z, entretanto, atribua JB64.4/BB61.Z, porque é descrita como "gravidez".

#### Exemplo 2

1	(a) Edema pulmonar	CB01
	(b) Insuficiência da valva mitral	BB61.Z
	(c)	
	(d)	
2	XX semanas completas de gestação	

Codifique insuficiência da valva mitral como **BB61.Z**. Gravidez é mencionada na Parte 2 e considera-se que a gravidez contribuiu para a morte. Aplique o Passo M4 e codifique a causa básica da morte como **JB64.4** Doenças do sistema circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério. Para maior especificidade, adicione também o código para **BB61.Z** Insuficiência da valva mitral, não especificada ao agrupamento (**JB64.4/BB61.Z**).

### ***Estrutura do Capítulo 18 e outras categorias relacionadas***

As seguintes categorias são usadas para mortes devido a um evento obstétrico ocorrido dentro de 42 dias após o término da gravidez:

- **JA00 - JB4Z, 1C14**: Causas obstétricas diretas
- **JB63.-, JB64.-**: Doenças maternas classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez
- **JB60** é usado quando uma mulher morre durante a gravidez, o parto ou o puerpério e a única informação fornecida é morte "materna" ou "obstétrica". Se causa

obstétrica da morte é especificada, não use JB60, mas codifique na categoria apropriada

- JB6Y é usado para outras condições obstétricas especificadas, não classificadas em outra parte

A categoria JB61.- é usada para morte de uma mulher devido a uma causa obstétrica, porém mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.

A categoria JB62.- é usada para morte de uma mulher devido a uma causa obstétrica de um ano ou mais após o término da gravidez.

JB6Z é usado quando a condição obstétrica não é especificada e o tempo decorrido entre o evento obstétrico e a morte é desconhecido. Observe que esse código não deve ser usado para a causa básica da morte (ver Seção 2.19.4 Instruções especiais sobre cirurgia e outros procedimentos médicos [Passo M4]).

### ***Determinar se a gravidez contribuiu para a morte***

Considere que a gravidez contribuiu para a morte quando a gravidez, o puerpério ou o parto é informado na Parte 1 ou na Parte 2; ou é informado em outra parte e a resposta à pergunta "A gravidez contribuiu para a morte?" é sim, desconhecido ou não foi declarado.

### ***Determinar o tempo decorrido***

O tempo decorrido entre o evento obstétrico e a morte é determinado pela duração informada para a causa obstétrica. Se a duração é desconhecida ou não especificada, use as informações do Quadro B do atestado de morte. Quando a duração é desconhecida ou não declarada, mas a gravidez contribuiu para a morte, presume-se que a morte ocorreu dentro de 42 dias após o evento obstétrico.

### **2.21.8.3 Mortes devido a algumas condições originadas no período perinatal**

O Capítulo 19 "Algumas condições originadas no período perinatal" inclui condições que têm sua origem no período perinatal, mesmo que a morte ou a morbidade ocorram mais tarde.

Para pessoas falecidas com menos de 28 dias de idade, assuma que uma condição informada se desenvolveu no período perinatal, a menos que a duração esteja informada e o início foi após a primeira semana completa de vida.

Use um código do Capítulo 19, se:

- a condição está incluída no Capítulo 19.
- a condição é especificada como congênita/perinatal/recém-nascido.
- a duração da condição indica que a condição se desenvolveu no período neonatal ou perinatal. Isso se aplica mesmo se a condição não é especificada no atestado como neonatal ou perinatal.

Algumas condições originadas no período perinatal são excluídas do Capítulo 19, tais como:

- Doenças infecciosas intestinais (1A00-1A40.Z)
- Sífilis congênita (1A60)
- Infecção gonocócica congênita (1A70-1A70-1A7Z)
- Tétano neonatal (1C15)
- Doença pelo HIV (1C60-1C62.Z)
- Doenças infecciosas (1A00-[1H0Z]), adquiridas após o nascimento
- Neoplasias (2A00-2F9Z)
- Anemia hemolítica hereditária (3A10)
- Hipogamaglobulinemia transitória da infância (4A01.03)
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5A00-5D46)
- Algumas doenças congênitas do sistema nervoso (8A00-8E7Z)
- Fibroelastose endocárdica (BC43.3)
- Obstrução intestinal ou íleo paralítico (DA93.0)
- Reações cutâneas mediadas por toxinas a infecções bacterianas distantes ou sistêmicas (EA50)
- Crosta láctea (EH40.00)
- Dermatite das fraldas (EH40.10)
- Anomalias do desenvolvimento (LA00-LD9Z)
- Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (NA00-NF2Z)

Para algumas condições diagnosticadas abaixo de uma determinada idade, assume-se que a condição era congênita. Veja a seguinte seção, "Anomalias do desenvolvimento".

*Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto*

As condições maternas que afetam o feto ou recém-nascido devem ser informadas na Parte 1 ou Parte 2 do atestado de morte e devem, sempre que possível, ser codificadas como KA00-KA0Z Feto ou recém-nascido afetado por fatores maternos ou por complicações da gravidez, do trabalho de parto ou do parto.

Quando uma condição materna especificada que afeta o feto ou o recém-nascido é inicialmente codificada fora do Capítulo 19 pela ferramenta de codificação, codifique como KA00-KA0Z. Use também um código adicional, se desejar, para identificar a condição materna específica informada.

Considere uma condição como materna se está especificada como tal, ou se o próprio termo indica que se trata de uma condição materna (p. ex., hemorragia obstétrica), ou informações adicionais no Quadro B: Outros dados médicos sugerem que a condição é materna.



### Exemplo 1

1	(a)	Prematuridade	KA21.4Z
	(b)	Incompetência cervical	KA01.0
	(c)		
	(d)		
2			

A condição materna, incompetência cervical, afetou o recém-nascido, causando prematuridade. O código fornecido pela ferramenta de codificação é [GA15.6](#), que está fora do Capítulo 19. No entanto, há uma nota de exclusão para feto ou recém-nascido afetado por incompetência do colo do útero. Assim, codifique como [KA01.0](#) Feto ou recém-nascido afetado por incompetência do colo do útero.

O quadro a seguir fornece códigos para algumas condições maternas e os códigos correspondentes para essas condições quando afetam o feto ou o recém-nascido. Observe que há condições não listadas, mas que ainda são codificadas como [KA00-KA0Z](#). Por exemplo, a quimioterapia materna ou o procedimento cirúrgico na mãe podem não receber um código, mas ainda assim podem ser classificados como [KA00.9](#) e [KA00.A](#), respectivamente.

## **Condições maternas**

*JA20-JA2Z Edema, proteinúria ou transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério, exceto JA22*

*JA22 Edema ou proteinúria gestacionais sem hipertensão*

*GB40-GC2Z Doenças do sistema urinário*

Capítulo 01 Algumas doenças infecciosas ou parasitárias

*DA0C Doença periodontal*

Capítulo 12 Doenças do sistema respiratório *LA70-LA7Z Anomalias de desenvolvimento estrutural do sistema respiratório*

*5B50-5C3Z Distúrbios nutricionais*

Capítulo 22 Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas

*JB64.0 Anemia complicando a gravidez, o parto ou o puerpério*

*GA15.6 Incompetência do colo do útero*

*JA01 Gravidez ectópica*

*JA40-JA4Z Hemorragia obstétrica*

*JA80 Assistência prestada à mãe relacionada à gestação múltipla*

*JA87 Assistência prestada à mãe relacionada à polidrâmnio*

## **Codifique como:**

*KA00.0 Feto ou recém-nascido afetado por transtornos hipertensivos*

*KA00.1 Feto ou recém-nascido afetado por edema gestacional ou proteinúria sem hipertensão*

*KA00.2 Feto ou recém-nascido afetado por doença renal ou do trato urinário materno*

*KA00.3 Feto ou recém-nascido afetado por doenças infecciosas maternas*

*KA00.4 Feto ou recém-nascido afetado por doença periodontal na mãe*

*KA00.5 Feto ou recém-nascido afetado por doenças respiratórias maternas*

*KA00.6 Feto ou recém-nascido afetado por transtornos nutricionais maternos*

*KA00.8 Feto ou recém-nascido afetado por trauma materno*

*KA00.B Feto ou recém-nascido afetado por anemia materna*

*KA01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez*

*KA01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez*

*KA01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez*

*KA01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez*

*KA01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez*

## Condições maternas

*JA88.0 Oligohidrânio*

*JA89 Assistência prestada à mãe por ruptura prematura das membranas*

*JA8A Assistência prestada à mãe relacionada à transtornos da placenta - JA8C Assistência prestada à mãe relacionada a descolamento prematuro da placenta*

*JB08 Trabalho de parto ou parto complicados por anormalidade do cordão umbilical*

*JA88 Assistência prestada à mãe relacionada a alguns transtornos especificados do líquido ou membrana amnióticos, exceto JA88.0*

*JB00-JB0Z Complicações do trabalho de parto ou parto*

## Codifique como:

*KA01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez*

*KA01 Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas da gravidez*

*KA02 Feto ou recém-nascido afetado por complicações da placenta*

*KA03 Feto ou recém-nascido afetado por complicações do cordão umbilical*

*KA04 Feto ou recém-nascido afetado por outras anormalidades das membranas*

*KA05 Feto ou recém-nascido afetado por certas complicações de trabalho de parto e parto*

### 2.21.8.4 Instruções especiais sobre mortes fetais

Algumas agências internacionais exigem dados sobre nascimentos vivos e mortes fetais, mas outras não incluem as mortes fetais em suas estatísticas de mortalidade. Portanto, se as mortes fetais são incluídas no registro nacional de mortalidade, devem ser fáceis de identificar, de modo que os dados incluam ou não as mortes fetais conforme solicitado pela agência à qual os dados serão entregues.

Se não está claro se o atestado de morte se refere a uma morte fetal ou a uma criança nascida viva, consulte o atestante, se possível. Se o atestante confirma que foi um caso de morte fetal, ou se outras evidências apontam para uma morte fetal, indique a morte como morte fetal nas estatísticas de mortalidade. Se nenhuma causa de morte é declarada, codifique como **KD3B.Z** Tempo não especificado de morte fetal, causa não especificada.

Se o atestante declara que a criança nasceu viva, mas não informa a causa da morte, codifique como **KD5Z** Condições originadas no período perinatal ou neonatal, não especificadas.

Consulte **2.25.4.2** para obter as definições de nascimento vivo e morte fetal.

### 2.21.8.5 Anomalias do desenvolvimento

As condições classificadas como Anomalias do desenvolvimento devem ser codificadas como congênitas se a duração da condição indica que existia desde o nascimento, mesmo se a condição não está especificada como congênita no atestado de morte. Isso se aplica a

todas as condições para as quais um código congênito específico está disponível, independentemente de o código estar ou não no Capítulo 20. Consulte a ferramenta de codificação para obter o código apropriado para a condição com o modificador "congênito".

Além disso, as seguintes condições devem ser codificadas como congênitas nas idades indicadas, desde que não haja indicação de que foram adquiridas após o nascimento:

- Menor de 1 ano de idade:
  - aneurisma
  - estenose aórtica
  - atresia
  - atrofia do cérebro
  - cisto de cérebro
  - deformidade
  - deslocamento de órgão
  - ectopia
  - hipoplasia de órgão
  - malformação
  - estenose pulmonar
  - doença valvar cardíaca
- Menos de 4 semanas de idade
  - doença cardíaca SOE
  - hidrocefalia SOE

#### **2.21.8.6 Lesões múltiplas da mesma região do corpo e Lesões envolvendo múltiplas regiões do corpo**

Na codificação de causas múltiplas, não use os códigos de lesões múltiplas da mesma região do corpo Lesões múltiplas de localizações específicas ([NA00-ND1Z](#)) ou os códigos em [ND30-ND37](#) *Lesões envolvendo múltiplas regiões do corpo*, se há informações específicas sobre as lesões envolvidas. Codifique cada lesão separadamente e use os códigos de lesões específicas na medida do possível. As informações sobre as lesões múltiplas são obtidas na sequência de códigos de causas múltiplas como um conjunto de códigos de lesões específicas.

#### **2.21.8.7 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos**

Há uma breve lista de complicações específicas não classificadas em outra parte no Capítulo 22 ([NE8Z](#)). Complicações precoces e condições decorrentes de dispositivos, implantes ou enxertos são codificadas aqui. Codifique complicações tardias e complicações de longa duração da função de órgãos na seção de pós-procedimentos no capítulo do sistema apropriado.

#### 2.21.8.8 Intenção das causas externas

##### *Intenção indeterminada*

O bloco para intenção indeterminada (PF40-PH8Z) abrange eventos em que as informações disponíveis são insuficientes para permitir que uma autoridade médica ou legal faça uma distinção entre causas não intencionais, lesão autoprovocada intencionalmente ou agressão ([PA00-PF2Z]). Os seguintes casos estão incluídos:

- Quando causas externas são informadas como de intenção que não pôde ser determinada
- Quando lesões autoprovocadas são informadas sem especificação da intenção

Observe que os envenenamentos autoprovocados informados sem especificação de intenção são considerados não intencionais e são codificados como *PB20-PB36 Exposição não intencional a ou efeitos nocivos de substâncias*.

Observe que o registro da intenção pode ser afetado pelas disposições legais de cada país ou região - a atribuição de códigos deve seguir essas disposições, quando apropriado.

#### 2.21.8.9 Codificação de eventos de lesão em transporte

Consulte a Seção 2.23.19 para obter descrições sobre eventos de lesão em transporte.

1. *Quando um evento de lesão em transporte terrestre não é especificado se foi um evento de lesão no trânsito ou não de trânsito:*
  - *Considere-o como um evento de lesão no trânsito, a menos que:*
    - 
    - a. um local que não seja uma rua ou rodovia pública é especificado
    - 
    - b. apenas veículos fora da estrada (*off-road*), pedestres ou animais foram envolvidos
  - Se esse evento atende a um dos itens a. ou b. acima, considere-o como um evento de lesão não de trânsito, a menos que seja declarado o contrário.
2. *Quando uma lesão não intencional envolvendo mais de um tipo de transporte é informada, use a seguinte ordem de precedência:*
  - aeronaves e naves espaciais
  - embarcações
  - outros meios de transporte
3. *Quando a descrição de um evento de lesão em transporte terrestre não especifica o papel da pessoa lesionada:*
  - *Considere a pessoa lesionada como um pedestre, se a pessoa lesionada é descrita como esmagada, arrastada, atingida, ferida, morta, derrubada ou atropelada por qualquer veículo.*
  - *Caso contrário, considere a pessoa lesionada como um ocupante ou condutor do veículo mencionado.*
4. *Quando se menciona mais de um veículo, não faça nenhuma suposição sobre qual veículo estava ocupado pela pessoa lesionada, a menos que os veículos sejam do mesmo tipo. Em vez disso, codifique as categorias apropriadas, levando em conta a ordem de precedência indicada na nota 2 acima.*

#### **2.21.8.10 Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde**

Esse capítulo não deve ser usado para comparações internacionais ou para codificação de mortalidade primária (ou seja, como a causa básica da morte). Os códigos do capítulo podem ser adicionados como códigos de causas múltiplas.

#### **2.21.8.11 Agentes infecciosos informados sozinhos em um atestado de morte**

Quando um agente infeccioso é informado sozinho em um atestado de morte e se um Termo de Índice não é encontrado para a infecção do agente infeccioso, consulte o Capítulo X e codifique na infecção de localização não especificada da entidade-mãe mais detalhada do agente infeccioso.

### Exemplo 1

- 1 (a) Adenovirus 1D90
- (b)
- (c)
- (d)
- 2

Adenovirus é um agente infeccioso classificado em XN000. Codifique como **1D90 Infecção por adenovirus de localização não especificada**.

### Exemplo 2

- 1 (a) *Staphylococcus aureus* 1C41&XN6BM
- (b)
- (c)
- (d)
- 2

*Staphylococcus aureus* é um agente infeccioso classificado em XN6BM. Não há um Termo de Índice para infecção por *Staphylococcus aureus*. Codifique como a infecção de sua entidade-mãe mais detalhada, *Staphylococcus*, **1C41 Infecção bacteriana de localização não especificada** e adicione **XN6BM** para identificar o agente infeccioso específico informado.

### Exemplo 3

- 1 (a) *Escherichia coli* 1C41&XN6P4
- (b)
- (c)
- (d)
- 2

*Escherichia coli* é um agente infeccioso classificado em XN6P4. Não há um Termo de Índice para infecção por "*Escherichia Coli*", nem para suas entidades-mãe **XN4WC** *Escherichia* e **XN5PZ** Bactérias Gram-negativas. Codifique como a infecção de sua entidade-mãe mais detalhada Bactérias em **1C41 Infecção bacteriana de localização não especificada** e adicione **XN6P4** para identificar o agente infeccioso específico informado.

## 2.22 Solução digital de ponta a ponta para mortalidade (formulários, ferramentas e módulos de treinamento)

### **Atestado Médico de Causa de Morte eletrônico (eAMCM)**

O atestado médico de causa de morte é a base para a coleta de informações sobre as causas da morte. O formulário foi criado para coletar todos os aspectos relevantes para a atribuição da causa da morte e é independente da revisão da CID. Além do modelo de formulário em papel na seção 3.14, as especificações técnicas para um formulário digital estão disponíveis. As especificações servem para padronizar a entrada de dados de acordo com o formulário padrão e incluem um dicionário de dados para nomes de campos e codificação de conteúdo que permite processar o conteúdo com a API para codificação, bem como com o software para seleção de uma única causa básica da morte.

### **Ferramentas digitais para a causa da morte**

O software de codificação para mortalidade consiste em programas que auxiliam a codificação, a seleção de uma única causa básica da morte e a avaliação da qualidade da codificação ou da qualidade dos dados em nível da população.

O software DORIS (*Digital Open Rule Integrated cause of death Selection*) da OMS auxilia na seleção da causa básica da morte. Pode ser usado online e offline. As regras de mortalidade da CID detalhadas na seção 2.21 foram convertidas em um formato digital para processamento por esse software. A OMS está visando à convergência dos diferentes esforços na programação desse software.

### **Análise de Mortalidade e Causas de Morte 3 (ANACoD-3)**

Software que realiza uma análise abrangente e sistemática dos dados de mortalidade e causa de morte. O ANACoD3 analisa dados em nível subnacional para informar sobre possíveis problemas de equidade em saúde ou padrões de surtos; também analisa dados em múltiplos períodos de tempo para análises de tendências e permite a análise de dados de causas de morte codificados nos formatos CID-10 e CID-11. Está disponível em vários idiomas. Para obter assistência em como usar a ferramenta, envie um e-mail para [mortality@who.int](mailto:mortality@who.int).

### **CodEdit**

Software que ajuda os produtores de estatísticas de causas de morte a reforçar sua capacidade de realizar verificações de plausibilidade de rotina em sua codificação de dados. Permite a análise de dados de causas de morte codificados nos formatos CID-10 e CID-11

### **Ferramenta interativa de autoaprendizagem da OMS**

A ferramenta de treinamento eletrônico da OMS foi projetada para autoaprendizagem e uso em sala de aula. A estrutura modular desse treinamento permite aos grupos de usuários a adaptação específica dos cursos em trajetórias individuais, se desejado. Há dois módulos da ferramenta de treinamento relacionados à mortalidade.



### **Módulo de autoaprendizagem da certificação de mortes**

Um módulo de treinamento que utiliza a versão do atestado de causa de morte para as pessoas que preenchem as causas de morte em um atestado de morte.

### **Módulo de recomendações para realizar uma inspeção externa de um falecido e como preencher um atestado de morte**

Um documento que fornece recomendações para realizar uma inspeção externa de um falecido e preencher o atestado médico de causa de morte (AMCM)\* usando o modelo internacional de atestado médico de causa de morte da OMS de 2016.

Outros softwares ou ferramentas podem ser acessados em <https://www.who.int/standards/classifications> ou <https://icd.who.int>

---

\* O atestado médico de causa de morte (AMCM) em inglês corresponde a: *medical certificate of cause of death* (MCCD). NT.

## 2.23 Principais usos da CID: morbidade

Os dados de morbidade são usados para relatórios estatísticos, principalmente em nível nacional ou local. Embora alguns desses relatórios estatísticos sejam conduzidos em um contexto de pesquisa acadêmica, geralmente são realizados em contextos aplicados para informar a tomada de decisão em sistemas de saúde e agências de saúde pública. Os dados codificados com a CID também formam a base para diferentes sistemas de *casemix*, como variedades de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG). Os dados de morbidade codificados também podem ser usados para informar uma variedade de diretrizes clínicas por meio do fornecimento de informações do Componente fundamental sobre a carga de doença. As regras aqui apresentadas destinam-se principalmente à elaboração de relatórios e análises internacionais, mas também são recomendadas como padrão para uso nacional.

### 2.23.1 Uso da CID nos cuidados clínicos

Os cuidados clínicos compreendem diferentes níveis de tratamento, todos os quais representam um nível de capacidade de diagnóstico superior à da atenção primária. A CID aborda esse nível de detalhe principalmente por meio da codificação multidimensional. A atenção secundária refere-se aos serviços de saúde prestados por médicos especialistas e outros profissionais de saúde que geralmente não têm o primeiro contato com os pacientes, por exemplo, cardiologistas, urologistas ou dermatologistas. Inclui cuidados semi-intensivos, tratamento necessário por um curto período de tempo para uma doença, lesão ou outra condição de saúde breve, mas grave, como em um departamento de emergência de um hospital. Também inclui assistência especializada durante o parto, cuidados intensivos e serviços de imagens médicas. A "atenção secundária" às vezes é usada como sinônimo de "atenção hospitalar". Entretanto, muitos provedores da atenção secundária não trabalham necessariamente em hospitais, como psiquiatras, psicólogos clínicos ou fisioterapeutas, e alguns serviços de atenção primária são prestados em hospitais. Dependendo da organização e das políticas do sistema nacional de saúde, pode ser necessário que os pacientes consultem um provedor da atenção primária para encaminhamento antes de poderem acessar a atenção secundária. A atenção terciária refere-se à atenção à saúde consultiva especializada, geralmente para pacientes internados e após encaminhamento de um profissional de saúde da atenção primária ou secundária, em um centro que conta com pessoal e instalações para investigação e tratamento médico avançado, como um hospital terciário de referência.

### 2.23.2 Uso da CID para fins epidemiológicos

Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde (incluindo doenças) e a aplicação desse estudo para o controle de doenças e outros problemas de saúde. Vários métodos podem ser usados para realizar investigações epidemiológicas – a vigilância e estudos descritivos são usados para estudar a distribuição e estudos analíticos são usados para estudar os determinantes. Os dados codificados com a CID, tanto de fontes de morbidade quanto de mortalidade, contribuem para a compreensão da saúde de uma população.

### 2.23.3 Uso da CID na qualidade e segurança do paciente

As informações de saúde codificadas são usadas para medir e informar sobre diversos aspectos da qualidade da atenção e da segurança do paciente (p. ex., informar sobre as taxas de mortalidade hospitalar ou de eventos adversos para diversas condições ou informar sobre os indicadores de segurança do paciente). Os usuários desse tipo de informação de saúde são os pagadores dos sistemas de saúde (p. ex., ministérios da saúde ou, em sistemas de saúde com financiamento privado, empresas de seguro de saúde) e outras partes interessadas, como conselhos de qualidade da saúde, administradores de hospitais, líderes/grupos clínicos ou organizações de defesa pública.

#### 2.23.3.1 O caso de uso da qualidade e segurança para a CID-11

O caso de uso da qualidade e segurança da CID baseia-se na disponibilidade de um grande número de ferramentas metodológicas que são originalmente baseadas na CID-10. Exemplos específicos incluem os índices de comorbidade de Charlson e Elixhauser, os indicadores de segurança do paciente da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ, na sigla em inglês), a Razão de Mortalidade Hospitalar Padronizada e vários outros indicadores de qualidade de dados administrativos. As recomendações da OMS sobre as regras de codificação para os episódios de saídas hospitalares melhoram a comparabilidade dos registros entre hospitais e jurisdições. Exemplos específicos de regras de codificação incluem: a) regras para especificar a condição principal, b) números de códigos por registro, c) mecanismos de agrupamento de códigos, e d) uso de um sistema de visualização do estado que distingue os diagnósticos desenvolvidos durante uma internação hospitalar daqueles presentes na admissão. Os relatórios sobre a qualidade e segurança do paciente geralmente se concentram não apenas nas informações de diagnóstico disponíveis na Classificação Internacional de Doenças, mas também nas informações sobre procedimentos, que atualmente são codificadas em vários sistemas de codificação de procedimentos específicos de cada país. A harmonização de conceitos ontológicos em sistemas internacionais de codificação de procedimentos será importante no futuro. Os códigos de complicações médicas e cirúrgicas da CID-11 disponíveis estão em consonância com o conhecimento atual no domínio da segurança e dos eventos adversos.

#### 2.23.3.2 Relatórios sobre indicadores de qualidade da atenção e segurança do paciente

Este caso de uso está relacionado com o uso de informações de saúde codificadas para medir e informar sobre diversos aspectos da qualidade da atenção e da segurança do paciente (p. ex., informar sobre as taxas de mortalidade hospitalar ou de eventos adversos para diversas condições, ou informar sobre os indicadores de segurança do paciente). O ator iniciador pode ser um conselho de qualidade da saúde, administradores de hospitais, líderes/grupos clínicos, um pagador do sistema de saúde (p. ex., ministérios da saúde ou, em sistemas de saúde com financiamento privado, empresas de seguro de saúde) ou uma organização de defesa pública "vigilante". Os atores participantes são administradores de hospitais, médicos, tomadores de decisão do sistema de saúde, representantes públicos, pacientes e seus familiares e, às vezes, até mesmo a mídia. Os requisitos para informar dados de qualidade e segurança são: - Disponibilidade de dados em nível de indivíduo sobre episódios de prestação de cuidados de saúde (p. ex., hospitalizações, consultas

médicas). - Identificadores que permitem a atribuição do episódio de prestação de cuidados de saúde a um provedor, grupo de provedores ou determinado estabelecimento de saúde/hospital. - Informações clínicas sobre diagnósticos presentes e procedimentos realizados durante um episódio de prestação de cuidados de saúde. - Informações clínicas sobre resultados relevantes, como mortalidade, tempo de permanência e eventos adversos específicos. - Conhecimento analítico entre os atores iniciadores para que seja dada atenção às considerações de validade dos dados, conhecimento dos "melhores" indicadores (p. ex., os indicadores de segurança do paciente mais válidos), metodologia de ajuste de risco etc.

Os resultados são relatórios que contêm informações sobre as dimensões da qualidade do sistema. Podem fornecer informações globais sobre o desempenho do sistema ou informações comparativas estratificadas por unidade de provedor (p. ex., relatórios em nível médico, hospitalar ou regional).

#### **2.23.3.3 Funcionalidade:**

Um curso de eventos ideal para esse uso incluiria: - O ator iniciador comunica às partes interessadas relevantes o desejo de realizar a medição da qualidade/segurança e produzir relatórios. - As solicitações são submetidas de forma adequada para garantir o acesso aos dados necessários para produzir o relatório planejado. - Expertise metodológica e clínica adequada é consultada para garantir que as melhores práticas metodológicas sejam incorporadas ao relatório planejado e que a validade de face e a aceitabilidade clínicas sejam consideradas. - Análises de dados e relatórios são realizados. - Ampla disseminação e tradução do conhecimento para as partes interessadas são promovidas. Um processo contínuo de melhoria da qualidade é conduzido em resposta aos relatórios (com a consideração de intervenções de melhoria da qualidade e a repetição da medição após a intervenção). - Exceções: Os relatórios de qualidade/segurança que não seguem a sequência de etapas descritas acima podem estar comprometidos. De fato, há muitos casos históricos de relatórios de qualidade/segurança falhos ou abaixo do ideal a partir de dados administrativos devido a etapas ignoradas (p. ex., 1. relatórios de qualidade sem indicadores válidos ou metodologias apropriadas para ajuste de risco, 2. relatórios de qualidade sem boa validade de face clínica, 3. relatórios de qualidade sem uma mentalidade de Melhoria Contínua da Qualidade – MCQ etc.). - Exemplos de casos de subutilização (que abordam as dimensões de qualidade de efetividade, eficiência, segurança e acesso): relatórios sobre mortalidade global por estabelecimento (p. ex., a Razão de Mortalidade Hospitalar Padronizada – RMHP); relatórios sobre mortalidade específica por condição; relatórios sobre indicadores de segurança do paciente; relatórios sobre tempo de permanência global ou específico por condição; relatórios sobre taxas de readmissão após a hospitalização; relatórios sobre custos da atenção globais ou específicos por condição (p. ex., custo por hospitalização); relatórios sobre tempos de espera; relatórios sobre variabilidade de utilização em pequenas áreas.

#### **2.23.3.4 Informações adicionais:**

Requisitos:

Veja a seção "Requisitos" mais acima. É preciso haver contínuo desenvolvimento e aprimoramento das metodologias para elaboração de relatório da qualidade (essencialmente, pesquisas contínuas em torno do desenvolvimento de novos indicadores de qualidade dos dados administrativos e novas metodologias para o ajuste de risco em relatórios de resultados/qualidade).

Pressupostos:

Um pressuposto básico na elaboração de relatórios de qualidade ou segurança do paciente a partir de dados administrativos é a uniformidade do formato dos dados e da validade dos dados entre as unidades de comparação (ou seja, entre provedores, hospitais ou jurisdições). A uniformidade no formato e na validade dos dados nem sempre está presente e tem sido um motivo comum de críticas aos relatórios de qualidade ou segurança do paciente derivados de dados administrativos. A esse respeito, a OMS está promovendo esforços contínuos para que as regras de codificação padronizadas ajudem a facilitar a elaboração de relatórios comparativos, reduzindo a variabilidade dos dados entre as unidades de comparação (p. ex., regras sobre fatores como a definição da "condição principal", o número de códigos possíveis por registro, e a implementação de códigos de tempo de diagnóstico). Veja também a descrição do caso de uso separado para a elaboração de relatórios comparativos internacionais.

Em países com sistemas de informação de saúde bem desenvolvidos, é bastante comum que episódios de atenção hospitalar sejam registrados com um número variável de códigos da CID que descrevem todas as condições/diagnósticos médicos que afetaram um episódio de atenção. Além disso, alguns sistemas permitem a distinção entre diagnósticos que estavam presentes no momento da admissão e diagnósticos *de novo* que surgiram durante a internação hospitalar. Nesses sistemas, o "resumo de alta" resultante pode ser usado para a elaboração de relatórios de morbidade abrangentes e rotineiros, nos quais os conceitos de qualidade e segurança são um componente central. Isso inclui: - eventos adversos que apresentam uma relação causal com a atenção médica - problemas no processo da atenção (p. ex., erro na administração de um medicamento), mas sem um evento adverso real - novos diagnósticos que surgem durante uma internação hospitalar em que a relação causal com a atenção médica é incerta.

Para registrar e analisar a ocorrência de tais eventos, é crucial que os sistemas de informação de saúde contem com relatórios de morbidade rotineiros, nos quais os conceitos de qualidade e segurança são um componente importante da codificação da morbidade.

### **2.23.3.5 Recomendações para o uso e interpretação dos dados codificados**

Essas recomendações se aplicam ao uso de registros nos quais os dados foram capturados e organizados conforme recomendado na seção anterior: - Selecione os registros que envolvam um evento de qualidade ou segurança do paciente: são todos os registros com qualquer código de danos a qualidade ou segurança do paciente. - Resuma os tipos de danos a qualidade ou segurança do paciente representados em um conjunto de registros: selecione registros com qualquer código de danos a qualidade ou segurança do paciente. - Resuma a distribuição dos códigos de danos a qualidade ou segurança do paciente

presentes no conjunto selecionado. - Resuma as causas de danos a qualidade ou segurança do paciente em um conjunto de registros. - Resuma os mecanismos de qualidade ou segurança do paciente em um conjunto de registros. - Resuma os danos a qualidade ou segurança do paciente em um conjunto de registros.

### 2.23.3.6 Uso da CID para fins de pesquisa

O caso de uso da morbidade para a CID-11 inclui uma série de situações em que o objetivo principal é trabalhar em um paradigma de pesquisa acadêmica para extrair informações dos dados codificados pela CID-11 a fim de estudar a carga de doenças, agrupamentos de doenças, distribuição geográfica de doenças e impactos na saúde associados a várias doenças. O paradigma de pesquisa é, certamente, mais relevante quando tem relevância translacional para a política do sistema de saúde ou para a política de saúde pública, caso em que o paradigma de pesquisa, designado como tal, torna-se indissociável das análises de morbidade aplicadas realizadas para fins de planejamento em saúde. Aqui é feita uma menção explícita ao uso amplamente difundido dos dados codificados da CID-11 em um paradigma de pesquisa, reconhecendo que esse é um importante fator para o desenvolvimento de um sistema de classificação clinicamente rico e detalhado, com características e regras de codificação inovadoras que aumentam o potencial da classificação como ferramenta de pesquisa.

### 2.23.3.7 Uso da CID na atenção primária

A atenção primária foi definida como atenção essencial em saúde, de linha de frente, com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, e tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter. De relevância para a atenção primária, a CID-11 inclui muitas entidades diagnósticas e mórbidas que são motivos comuns para a atenção no primeiro nível dos serviços de saúde, que incluem médicos de família, enfermeiros de saúde locais ou, em outros ambientes, também especialistas, como oftalmologistas.

A CID-11 tem uma versão simplificada para ambientes de atenção primária de recursos diagnósticos limitados. Para ambientes com muitos recursos diagnósticos, a lista tabular para as estatísticas de mortalidade e morbidade contém todos os elementos relevantes para a atenção primária e, portanto, pode ser usada em ambientes com muitos recursos para a atenção primária, bem como para a atenção secundária e terciária.

A nova versão da Classificação Internacional de Atenção Primária da WONCA (sigla em inglês para Organização Mundial de Colégios Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Médicos gerais/Médicos de Família) e a CID-11 compartilharão um subconjunto comum de categorias.

A CID-11 conta com uma versão simplificada configurada para ambientes de atenção primária de recursos limitados. Para ambientes com muitos recursos, a lista tabular para as estatísticas de mortalidade e morbidade contém os elementos relevantes para a atenção primária e, portanto, pode ser usada em ambientes com muitos recursos para a atenção primária, bem como para a atenção secundária e terciária.

### 2.23.3.8 Uso da CID em agrupamentos de *Casemix*

Nos sistemas de agrupamentos de *casemix*, como o sistema de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG), os dados baseados na CID são usados para reembolso e/ou alocação de recursos. Esses sistemas são usados nacionalmente de forma sistemática.

A atribuição de casos de pacientes a grupos baseia-se em um algoritmo que usa, além de informações de diagnósticos codificados, procedimentos codificados e uma série de outras variáveis. A base científica dos sistemas de *casemix* está fundamentada na economia da saúde e na teoria da medicina. Como os sistemas de *casemix* são uma parte essencial da administração nos países que os utilizam, uma transferência sem dificuldades para a nova revisão da CID nesses sistemas é essencial para a aprovação e implementação da nova revisão.

A CID-11 foi desenvolvida para acomodar os diferentes níveis de detalhes exigidos nos agrupamentos de *casemix* relacionados ao diagnóstico, em estreita colaboração com os encarregados dos diversos sistemas de *casemix*. O uso conjunto em um sistema de *casemix* específico está impulsionado pelos algoritmos de agrupamento pertinentes e, em parte, também pela legislação nacional.

Em questões de comparabilidade internacional da atividade hospitalar, recomenda-se que os países adotem a nova definição de diagnóstico principal da OMS e que as implementações da CID-11 nos países apliquem os novos códigos de extensão para os tipos de diagnósticos fornecidos pela CID-11.

Para tabulações internacionais, tendo em vista as diferenças nas definições de hospital, episódio e paciente internado, os diagnósticos resultantes são listados com o auxílio da Lista Internacional de Tabulação para Morbidade Hospitalar (consultar a seção 2.25).

## 2.23.4 O que se codifica: condições do paciente

### 2.23.4.1 Condição principal

A definição da condição principal está relacionada à descrição de um episódio de atenção hospitalar.

O profissional de saúde deve registrar e identificar como condição principal a única condição que é determinada como o motivo da admissão, definida ao final do episódio de atenção à saúde. Essa determinação é apoiada por avaliações e investigações que visam estabelecer o diagnóstico responsável pela admissão.

### 2.23.4.2 Condições múltiplas que contribuem para a necessidade de admissão

Quando um episódio de atenção à saúde inclui mais de uma condição contribuindo para a necessidade de admissão (p. ex., insuficiência cardíaca congestiva e pneumonia; hemorragia cerebral aguda e fratura de quadril; lesões múltiplas - concussão, fratura de costela, fratura do fêmur direito após um acidente com veículo a motor (AVM); ou influenza A e cetoacidose diabética de tipo 1), o profissional de saúde deve registrar e identificar a



condição principal como sendo a única condição considerada o motivo clinicamente mais significativo para a admissão.

#### **2.23.4.3 Outras condições**

Além da condição principal, o profissional de saúde também deve, sempre que possível, listar separadamente todas as outras condições ou problemas tratados durante o episódio de atenção à saúde. Outras condições (também conhecidas como diagnósticos adicionais) são definidas como aquelas condições que coexistem no momento da admissão ou se desenvolvem durante o episódio de atenção à saúde e afetam a gestão do paciente. Condições relacionadas a um episódio anterior e sem nenhuma influência sobre o episódio atual não devem ser registradas como outras condições. Recomenda-se, quando possível, realizar a codificação e a análise das múltiplas condições, para complementar os dados de rotina.

#### **2.23.5 Diretrizes para a documentação e a codificação da morbidade pelo profissional de saúde**

O profissional de saúde responsável pelo tratamento do paciente também é responsável por documentar as condições de saúde do paciente. Essas informações devem ser organizadas de forma sistemática por meio de métodos padronizados de registro. Um registro médico devidamente preenchido é essencial para uma boa gestão do paciente. Também é um pré-requisito essencial para a criação de um registro codificado válido dos diagnósticos do paciente, derivado de um processo de codificação a partir de informações escritas que descrevem uma condição do paciente. Quando se dispõe de um bom registro escrito das condições do paciente, a codificação satisfatória dessas informações com a CID e as classificações associadas produz uma fonte valiosa de dados epidemiológicos e outros dados estatísticos sobre morbidade e outros problemas de atenção à saúde.

O encarregado de transformar as informações sobre a condição declarada em códigos (o "codificador") pode ser o profissional de saúde ou um codificador clínico que não é responsável pelo tratamento do paciente, mas que está especialmente treinado no uso da classificação para atribuir o(s) código(s). No caso do codificar clínico, que é bastante comum entre os países-membros, este depende da adequação da documentação clínica relacionada às condições do paciente fornecida pelos profissionais de saúde no registro médico. Nunca é demais enfatizar a importância da documentação clínica pelos profissionais de saúde como ponto de partida para os dados de saúde codificados, o que deve ser destacado como uma questão de importância fundamental nos países e internacionalmente – com implicações para o ensino sobre informação de saúde e documentação clínica nos programas de formação de profissionais de saúde.

Para fins clínicos e de alocação de recursos, em muitos casos, a manifestação de uma doença (tipo e gravidade, p. ex., úlcera grau 3) pode ser mais relevante durante um episódio de tratamento específico do que a doença de base (p. ex., Diabetes mellitus). Para programas de prevenção em nível nacional, o conhecimento sobre a etiologia de base pode ser mais importante. As avaliações de qualidade e segurança exigirão a apresentação de detalhes adicionais relacionados à internação. Para uma abrangente análise e uso dos



dados de morbidade, é crucial dispor de um conjunto de dados com múltiplos campos que permitam a captura de códigos relacionados a todos os aspectos acima.

Os dados de morbidade são cada vez mais utilizados na formulação de políticas e programas de saúde, bem como em sua gestão, monitoramento e avaliação, em epidemiologia, na identificação de populações de risco, e em pesquisa clínica (incluindo estudos da ocorrência de doenças em diferentes grupos socioeconômicos).

No contexto dessas regras de codificação de morbidade, o termo profissional é usado em todas as regras de morbidade para se referir ao médico ou qualquer profissional de saúde qualificado que seja legalmente responsável por estabelecer o diagnóstico do paciente. Essas informações devem ser organizadas de forma sistemática por meio de métodos padronizados de registro. Um registro devidamente preenchido é essencial para uma boa gestão do paciente e é uma valiosa fonte de dados epidemiológicos e de outros dados estatísticos sobre morbidade e outros problemas de atenção à saúde.

O termo episódio é usado para todos os ambientes, inclusive admissões hospitalares. Sabe-se que a definição pode ser diferente em cada país, embora, na maioria das vezes, seja considerado um período de atenção hospitalar contínuo, que começa no primeiro dia de admissão de um paciente em um estabelecimento de saúde e termina no dia de sua saída desse estabelecimento por meio de alta, transferência ou morte. Alguns países consideram períodos de atenção sequenciais em diferentes enfermarias do mesmo hospital como episódios de atenção distintos.

O profissional de saúde responsável pelo tratamento do paciente também é responsável por documentar as condições de saúde do paciente durante um episódio de atenção à saúde. Uma boa documentação clínica é essencial para a continuidade e a qualidade da atenção ao paciente, para a comunicação entre os membros da equipe de tratamento, para a segurança do paciente e é o registro legal do episódio de atenção do paciente. Quando se dispõe de um bom registro escrito da(s) condição(ões) do paciente, a codificação satisfatória dessas informações usando a Classificação Internacional de Doenças (CID) e classificações associadas produz uma fonte valiosa de dados de morbidade para apoiar:

- Planejamento, gestão, monitoramento e avaliação da atenção à saúde
- Epidemiologia
- Identificação de populações de risco
- Pesquisa clínica
- Reembolso e financiamento da atenção à saúde.

O profissional de saúde responsável pelo tratamento do paciente deve selecionar e documentar a condição principal, bem como quaisquer outras condições, para cada episódio de atenção à saúde. Recomenda-se, sempre que possível, que todas as condições sejam documentadas para apoiar a codificação e a análise das múltiplas condições para complementar a coleta de dados e a elaboração de relatórios de rotina.

### **2.23.5.1 Diretrizes para a documentação que inclui o termo "Múltiplo" - Para informar uma única condição**

Em casos que envolvam, por exemplo, "fraturas múltiplas", "lesões múltiplas na cabeça" ou "doença valvular múltipla", é uma prática aceitável de documentação registrar os diagnósticos usando o termo "múltiplo" e, em seguida, listar separadamente as condições ou lesões específicas. Por exemplo, fraturas múltiplas da pelve: fratura do púbis, sacro e ílio.

### **2.23.5.2 Especificidade e detalhamento**

Cada enunciado diagnóstico deve ser o mais informativo possível para o codificador clínico classificar a condição com um código que melhor capture os detalhes específicos fornecidos no enunciado diagnóstico. Exemplos de tais enunciados diagnósticos incluem:

- carcinoma de células transicionais do trígono da bexiga
- apendicite aguda com peritonite localizada
- pericardite meningocócica
- hipertensão induzida pela gravidez
- diplopia devido a reação a anti-histamínico utilizado como prescrito
- osteoartrite do quadril devido a fratura antiga de quadril
- fratura do colo do fêmur após uma queda em casa
- queimadura de espessura total na palma da mão esquerda devido a acidente com churrasqueira
- punção não intencional do cólon sigmoide durante colonoscopia

### **2.23.5.3 Diagnósticos não confirmados**

Se nenhum diagnóstico definitivo tiver sido estabelecido ao final de um episódio de atenção à saúde, o profissional de saúde deve documentar as informações que permitam o maior grau de especificidade e conhecimento sobre o motivo da admissão que tiver sido estabelecido no final do episódio de atenção. Pode tratar-se de um sintoma, um achado anormal ou um problema. Em vez de qualificar um diagnóstico como "possível", ou "suspeito", quando um diagnóstico tiver sido considerado, mas não estabelecido, quando aplicável, registre o sintoma, o achado anormal ou o problema.

### **2.23.5.4 Documentação de uma condição descartada**

O profissional de saúde deve documentar como condição principal uma condição "descartada" quando o episódio de atenção envolve uma pessoa que apresenta alguns sintomas ou evidências de uma condição anormal que requer estudo, mas que, após exame e observação, não mostra necessidade de tratamento adicional, acompanhamento ou outros cuidados médicos.

O profissional de saúde não deve documentar uma condição descartada como condição principal se algum tratamento foi fornecido para um sintoma ou é necessário acompanhamento para determinar a causa do sinal ou sintoma. Nesse caso, o profissional

de saúde deve documentar o sinal ou sintoma apresentado que foi tratado como a condição principal.

### **Exemplo 1**

Admitido por suspeita de trombose venosa profunda da perna, que após investigação foi descartada e nenhum acompanhamento foi necessário.

Condição principal: Trombose venosa profunda descartada.

### **Exemplo 2**

Uma criança é encontrada brincando com um frasco vazio de acetaminofeno. A mãe não tem certeza se havia algum comprimido no frasco. A criança é levada ao hospital e, após investigação, é determinado que não ingeriu nenhum comprimido.

Condição principal: Ingestão não intencional de acetaminofeno (paracetamol) descartada.

### **Exemplo 3**

Um paciente tinha um antígeno prostático específico (PSA) elevado e se apresentou para fazer uma biópsia da próstata. A biópsia não revelou evidência de malignidade. Não foi planejado acompanhamento posterior para o paciente.

Condição principal: Malignidade da próstata descartada.

Veja a Seção [2.23.17 Codificação de uma condição "descartada"](#) para obter mais detalhes.

#### **2.23.5.5 Contato com os serviços de saúde por outras razões que não uma doença**

Episódios de atenção à saúde ou contato com os serviços de saúde não se restringem à identificação, tratamento ou investigação de uma doença ou lesão atual. Os episódios também podem ocorrer quando alguém que pode não estar adoecido no momento busca ou recebe atenção ou serviços limitados. Nesse caso, o profissional de saúde deve documentar os detalhes das circunstâncias relevantes como a "condição principal".

Exemplos:

- monitoramento das condições previamente tratadas
- imunização
- atendimento pré-natal, pós-parto e de contracepção
- vigilância de pessoas em risco por história pessoal ou familiar
- exames de rotina, ocupacionais ou por seguro de saúde
- aconselhamento relacionados com a saúde
- aconselhamento por problemas sociais
- consulta no interesse de um terceiro
- doadores de órgãos ou tecidos
- circunstâncias relacionadas a medicamentos, procedimentos ou dispositivos sem lesão ou dano ao paciente documentado

O Capítulo 24 "Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde" fornece uma ampla gama de categorias para classificar essas circunstâncias. A referência a esse capítulo dará uma indicação dos detalhes necessários para permitir a codificação para a categoria mais relevante.

#### 2.23.5.6 Condições por causas externas

Quando se registra uma condição como uma lesão, um envenenamento ou outro efeito de causas externas, é importante documentar completamente tanto a natureza da condição quanto as circunstâncias que lhe deram origem. Por exemplo:

- "fratura do colo do fêmur causada por queda devido a escorregão no pavimento"
- "contusão cerebral causada quando o paciente perdeu o controle do carro, que bateu em uma árvore"
- "envenenamento não intencional, paciente ingeriu desinfetante por engano, pensando tratar-se de refrigerante"
- "grave hipotermia, paciente caiu em seu jardim no tempo frio"

Veja também a Seção 2.23.20.2 [Causalidade no contexto da qualidade e segurança](#).

#### 2.23.5.7 Documentação das sequelas

Quando um episódio de atenção é para o tratamento ou a investigação de uma condição residual (sequela) de uma doença a qual já não está mais presente, o profissional de saúde deve documentar a condição residual (sequela) e sua origem, junto com uma indicação clara de que a doença original não está mais presente. Por exemplo:

- "desvio do septo nasal – fratura do nariz na infância"
- "contratura do tendão de Aquiles – efeito tardio da lesão de tendão"
- "infertilidade devido à oclusão das tubas uterinas por uma tuberculose antiga"

Quando múltiplas sequelas estão presentes e o tratamento ou a investigação não está direcionado predominantemente a nenhuma delas, pode-se aceitar termos como "sequelas de acidente cerebrovascular" ou "sequelas de fraturas múltiplas".

### 2.23.6 Diretrizes para o codificador para a seleção da "condição principal" e "outras condições" para fins de codificação

A condição principal e outras condições relevantes em um episódio de atenção à saúde devem ter sido identificadas e registradas pelo profissional de saúde responsável, e, portanto, a codificação será geralmente simples. A condição principal registrada deve ser aceita para a codificação e o relatório, a menos que seja evidente que o profissional de saúde não seguiu as orientações para o registro das informações do diagnóstico para a análise dos dados de morbidade. Sempre que possível, um registro com uma condição principal evidentemente inconsistente ou registrada de forma incorreta deve ser devolvido para o profissional de saúde para esclarecimentos.

Se não é possível esclarecer o registro potencialmente incorreto, uma das seguintes regras pode ser aplicada pelo codificador clínico para a resseleção da condição principal para fins de relatório. As regras devem ser usadas quando não está claro qual condição registrada deve ser selecionada como a condição principal para fins de relatório.

- MB1 Várias condições informadas como "condição principal"; ou
- MB2 A condição informada como "condição principal" é um sintoma de uma condição diagnosticada e tratada; ou
- MB3 Sinais e sintomas registrados como a "condição principal" com condições alternativas registradas como a causa

#### Regras para o codificador para a resseleção da condição principal

##### 2.23.6.1 MB1 - Várias condições informadas como "condição principal"

Se várias condições diferentes (que não podem ser classificadas em um único código-base) são registradas como a "condição principal", e outros detalhes no registro indicam uma delas como a "condição principal" (a única condição determinada como o motivo da admissão estabelecido ao final do episódio de atenção), selecione essa condição; de outra forma, selecione a primeira condição registrada.

Caso se pretenda informar também outros tipos de diagnóstico de alta, ou seja, a condição principal por consumo de recursos ou o motivo inicial do contato ou da admissão, então deve-se atribuir o código ou os códigos de extensão aplicáveis do Capítulo X "Códigos de extensão", para indicar os diferentes tipos de diagnóstico de alta que são informados.

#### Exemplo 1:

Um paciente foi admitido com queixas de febre, calafrios, cefaleia grave e rigidez no pescoço. Após a investigação, foi confirmado o diagnóstico de meningite estafilocócica. Enquanto estava no hospital, o paciente desenvolveu pneumonia.

Condição principal: Meningite estafilocócica. Pneumonia.

Duas condições foram registradas como a condição principal e não é possível consultar o profissional de saúde. Os detalhes do exemplo indicam que a meningite estafilocócica é a única condição que constitui o motivo da admissão estabelecido no final do episódio de

atenção. Portanto, o codificador deve codificar a meningite estafilocócica como a "condição principal". A pneumonia é codificada como "outra condição". Atende à definição de "outra condição", pois trata-se de um diagnóstico que surgiu durante o episódio de atenção.

### **Exemplo 2:**

Um paciente com histórico de DPOC foi admitido para uma biópsia da próstata. O paciente foi avaliado para DPOC. Foi realizada uma biópsia e o diagnóstico final dos resultados da patologia foi hipertrofia prostática benigna.

Condição principal: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Hipertrofia da próstata.

Duas condições foram registradas como a condição principal e não é possível consultar o profissional de saúde. Os detalhes do exemplo indicam que a hipertrofia prostática benigna é a condição que constitui o motivo da admissão estabelecido no final do episódio de atenção. Portanto, o codificador deve codificar a hipertrofia da próstata como a "condição principal". A DPOC é codificada como "outra condição", pois o médico a documentou como coexistente no momento da admissão e que afetava a gestão do paciente.

### **Exemplo 3:**

Uma paciente chega ao hospital com 35 semanas de gestação com ruptura prematura de membranas espontânea. Não está tendo contrações. O exame revela que o bebê está em apresentação pélvica; portanto, recomenda-se o parto por cesariana. A mãe dá à luz um bebê pré-termo saudável por cesariana.

Condição principal: Ruptura prematura de membranas. Apresentação pélvica.

Procedimento: Parto por cesariana

Duas condições foram registradas como a condição principal e não é possível consultar o profissional de saúde. Os detalhes do exemplo indicam que a ruptura prematura de membranas é a condição que constitui o motivo da admissão estabelecido no final do episódio de atenção. Portanto, o codificador deve codificar a ruptura prematura de membranas como a "condição principal" e a apresentação pélvica e o parto pré-termo como "outras condições".

### **Exemplo 4:**

Um paciente é admitido no hospital com pneumonia e insuficiência cardíaca congestiva.

Condição principal: Pneumonia e Insuficiência cardíaca congestiva.

Duas condições foram registradas como a condição principal e não é possível consultar o profissional de saúde. Não há outros detalhes no registro que indiquem que uma das condições é a condição principal. Portanto, nesse caso, o codificador deve codificar a condição registrada primeiro como a condição principal. A pneumonia é codificada como a "condição principal" e a insuficiência cardíaca congestiva é codificada como "outra condição".

### 2.23.6.2 MB2 - A condição informada como "condição principal" é um sintoma de condição diagnosticada e tratada

Se um sintoma ou sinal (geralmente classificado no Capítulo 21 Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte), ou um problema classificado no Capítulo 24 Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde, é registrado como a "condição principal", e este é evidentemente o sinal, sintoma ou problema de apresentação de uma condição diagnosticada e registrada em outro local, para a qual a atenção foi direcionada, resselecione essa condição diagnosticada como a "condição principal".

#### **Exemplo 1:**

A paciente chega ao hospital com queixa de hematúria. As investigações revelam um papiloma na parede posterior da bexiga como a causa da hematúria. O papiloma foi removido por diatermia.

Condição principal: Hematúria.

Outras condições: Papiloma da parede posterior da bexiga.

A hematúria (sintoma) está registrada como a condição principal; no entanto, foi determinada como sendo causada pelo papiloma da bexiga (condição diagnosticada e tratada). Portanto, o codificador deve resselecionar e codificar papiloma da parede posterior da bexiga como a "condição principal".

#### **Exemplo 2:**

O paciente chega ao hospital com dor abdominal. As investigações revelam apendicite aguda e o paciente é submetido a uma apendicectomia.

Condição principal: Dor abdominal.

Outras condições: Apendicite aguda.

O sintoma "dor abdominal" foi registrado como a condição principal; no entanto, foi determinado como sendo causado por apendicite. Portanto, o codificador deve resselecionar e codificar apendicite aguda como a "condição principal".

#### **Exemplo 3:**

Um paciente com DPOC conhecida é admitido no hospital com insuficiência respiratória aguda, que após investigação é considerada causada por uma exacerbação aguda da DPOC.

Condição principal: Insuficiência respiratória aguda.

Outra condição: Exacerbação aguda da DPOC.

O sintoma "insuficiência respiratória aguda" foi registrado como a condição principal; no entanto, foi determinado como sendo causado por exacerbação aguda da DPOC. Portanto, o codificador deve resselecionar e codificar DPOC como a "condição principal".

### 2.23.6.3 MB3 - Sinais e sintomas registrados como a "condição principal" com condições alternativas registradas como a causa

Quando um sintoma ou sinal é registrado como a "condição principal" com documentação de que pode ser devido a uma ou outra condição, selecione o sintoma como a "condição principal".

#### Exemplo 1:

Condição principal: Dor de cabeça devido à tensão ou à sinusite aguda.

O sintoma "dor de cabeça" é registrado como a condição principal com duas possíveis causas; portanto, o codificador deve codificar dor de cabeça como a "condição principal".

### 2.23.7 Codificação usando pós-coordenação em morbidade

Uma novidade importante na CID-11 é uma funcionalidade incorporada para a pós-coordenação de detalhes relacionados a conceitos diagnósticos. Veja a Seção 2.10.2 [Combinação de códigos-base e códigos de extensão, e como ordená-los em um complexo agrupamento de códigos](#), e a Seção 2.10.1 [Acréscimo de detalhes – pós-coordenação e codificação de agrupamento com múltiplos códigos-base e códigos de extensão](#).

A codificação pós-coordenada dos conceitos diagnósticos descritos pelo profissional de saúde é mostrada nos exemplos a seguir:

#### Exemplo 1

Paciente admitido no hospital para tratamento a laser de retinopatia diabética devido ao Diabetes mellitus tipo 2. Durante a admissão, a medicação do paciente para hipertensão arterial precisou ser ajustada em várias ocasiões antes da alta. Codifique como condição principal a retinopatia diabética, não especificada, pós-coordenada com o código-base Diabetes mellitus tipo 2 (9B71.0Z/5A11). Codifique a outra condição, hipertensão essencial (BA00.Z).

Para a codificação de morbidade, a ordem dos códigos no primeiro agrupamento no Exemplo 1 tem a retinopatia diabética ordenada em primeiro lugar, pois é a retinopatia diabética que atende à definição de condição principal, seguida pela condição causal Diabetes tipo 2. (Nota: A classificação orienta a codificar também o tipo de diabetes).

Quando uma relação causal estabelecida não está documentada ou não pode ser inferida, os dois códigos-base não podem fazer parte do mesmo agrupamento.

#### Exemplo 2

Paciente admitido para extração de catarata direita. O paciente também tem Diabetes mellitus tipo 2 e foi examinado pelo endocrinologista e pelo nutricionista para o plano de dieta e insulina de longo prazo. Codifique a condição principal como Catarata, não especificada, direita (9B10&XK9K). Codifique a outra condição como Diabetes mellitus tipo 2 (5A11).

O exemplo 2 demonstra a pós-coordenação em que uma relação causal entre a catarata e o Diabetes tipo 2 não foi documentada e não pode ser inferida. Portanto, os dois códigos-base para cada condição são informados separadamente. Aqui se aplicou a pós-coordenação para a lateralidade da catarata.



### 2.23.7.1 Regra para o codificador para o uso de códigos de extensão

#### *Acrescentar detalhes aos Códigos-base usando Códigos de extensão*

Os códigos de extensão tipo 2 (uma nova seção de códigos na CID-11) fornecem códigos distintos que servem como marcadores de modificação de conceitos para marcar como um diagnóstico deve ser usado e/ou interpretado. Exemplos desses modificadores de códigos de extensão incluem:

- Tipos de diagnóstico de alta (condição principal; condição principal por consumo de recursos; motivo inicial do contato ou da admissão)
- Certeza do diagnóstico (diagnóstico provisório; diagnóstico diferencial)
- Tempo de diagnóstico (presente na admissão; desenvolvido após a admissão; momento incerto de início em relação à admissão)

Para obter mais detalhes sobre o uso de todos os códigos de extensão disponíveis, veja a Seção [2.9 Códigos de extensão](#).

#### **Exemplo 1**

Um paciente é admitido no hospital com dor torácica e, após investigação, é diagnosticado com infarto do miocárdio e, em seguida, desenvolve um acidente vascular cerebral que leva a uma hospitalização de um mês. O infarto do miocárdio é codificado como a condição principal porque foi o motivo da admissão estabelecido no final da internação. O AVC é codificado separadamente e pode ser pós-coordenado com um marcador de código de extensão do tipo de diagnóstico, o qual indica que o diagnóstico de AVC surgiu após a admissão.

Esse sistema com marcadores de diagnóstico atende aos objetivos dos países que desejam uma regra de codificação do motivo da admissão e, ao mesmo tempo, atende aos objetivos dos países que desejam fazer inferências sobre as complicações da atenção e o consumo de recursos (que são relevantes para os sistemas de *casemix* e as avaliações de qualidade e segurança do paciente).

### 2.23.8 Codificação a partir da documentação do profissional de saúde sobre "relações causais"

Às vezes, as condições que têm uma relação causal são claramente documentadas pelo profissional de saúde usando termos como "devido a", "causado por" ou "decorrente de". Esses termos de conexão indicam que o profissional de saúde estabeleceu uma relação causal entre, por exemplo, condição A devido a condição B. No entanto, às vezes as condições são documentadas com termos de conexão que são ambíguos para o codificador, como "com", "após", "em" e "seguido de". Quando termos ambíguos são documentados e não está claro se o profissional de saúde se refere ou não a uma relação causal, o codificador clínico deve codificar cada condição separadamente e não vincular as condições em um agrupamento.

O agrupamento (pós-coordenação) é um novo recurso particularmente notável na CID-11 que permitiu a introdução de novos e poderosos mecanismos de codificação clínica para capturar informações clínicas em dimensões como:

- A codificação de qualidade e segurança para lesões e danos relacionados à atenção à saúde (ver o modelo de três partes descrito na Seção [2.23.20.1](#))
- A lesão e a causa externa da lesão
- O acréscimo de detalhes clínicos usando códigos de extensão
- A especificação do tipo de diagnóstico e do tempo de diagnóstico usando códigos de extensão
- A descrição abrangente dos efeitos tardios (sequelas) decorrentes de condições anteriores (ver a Seção [2.21.6](#))
- A descrição de diagnósticos em códigos-base inter-relacionados quando há uma clara relação causal entre eles

Para obter mais informações sobre a inferência causal no contexto da qualidade e segurança, consulte a Seção [2.23.20.2 Causalidade no contexto da qualidade e segurança](#).

### **2.23.9 Codificação de condições ou sintomas suspeitos, achados anormais e situações em que não há doenças**

Se o episódio de atenção à saúde foi para um paciente internado, o codificador deve ser cauteloso quanto a classificar a condição principal no Capítulo 21 Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte, e no Capítulo 24 Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde. Se um diagnóstico mais específico não tiver sido feito ao final da internação, ou se não havia realmente nenhuma doença ou lesão atual codificável, então as codificações nos capítulos acima são permitidas. As categorias podem ser utilizadas na forma usual para outros episódios de contato com serviços de saúde.

Se, após um episódio de atenção à saúde, a condição principal é registrada como "suspeita", "questionável" etc., e não há mais informações ou esclarecimentos, o diagnóstico suspeito deve ser codificado como se tivesse sido estabelecido.

#### **Exemplo 1**

Condição principal: Suspeita de colecistite aguda. Se não há mais informações disponíveis que indiquem que se chegou a um diagnóstico definitivo, codifique colecistite aguda, não especificada ([DC12.0Z](#)) como a "condição principal".

#### **Exemplo 2**

Condição principal: Epistaxe grave. Paciente permaneceu no hospital por um dia. Não há procedimentos ou investigações informados. Codifique como epistaxe ([MD20](#)). Embora epistaxe seja um sinal/sintoma, é aceitável, pois o paciente foi admitido evidentemente para lidar apenas com a emergência imediata.

### 2.23.10 Codificação usando categorias combinadas

A CID fornece certas categorias em que duas condições ou uma condição e um processo secundário associado podem ser representados por um único código (ou seja, um conceito pré-coordenado). Essas categorias combinadas devem ser usadas quando a informação apropriada é registrada.

#### Exemplo 1:

Condição principal: Doença renal crônica (DRC), estágio 4, secundária à doença renal hipertensiva. Outra condição: Hipertensão essencial. Codifique como Doença renal crônica, estágio 4 ([GB61.4](#)) e adicione a Doença renal hipertensiva ([BA02](#)) em um agrupamento. Agrupamento da condição principal: [GB61.4/BA02](#) Outra condição: [BA00](#) *Hipertensão essencial*.

#### Exemplo 2:

Condição principal: Glaucoma secundário à inflamação ocular. Codifique como [9C61.24](#) *Glaucoma devido à inflamação ocular*. Esse é um código pré-coordenado na CID-11.

#### Exemplo 3:

Condição principal: Catarata diabética. Diabetes mellitus tipo 1. Outras condições: Hipertensão. Codifique Catarata diabética ([9B10.21](#)) e "codifique também" o tipo de diabetes mellitus ([5A10](#)). Pós-coordene o código-base para catarata diabética e o código-base para Diabetes mellitus tipo 1. Agrupamento da condição principal: [9B10.21/5A10](#). A hipertensão não está associada à catarata ou diabetes, portanto, não faz parte do agrupamento. É codificada como "outra condição".

#### Exemplo 4:

Condição principal: Artrite reumatoide. Outras condições: Hipertensão, Diabetes mellitus tipo 2, Catarata. Codifique Artrite reumatoide com sorologia não especificada ([FA20.Z](#)) como a "condição principal". Codifique as outras condições [hipertensão ([BA00.Z](#)), diabetes mellitus tipo 2 ([5A11](#)), catarata ([9B10.Z](#))] separadamente. Se códigos de extensão opcionais são adicionados a alguma das condições, então um ou mais agrupamentos serão criados conforme o caso, pois os códigos de extensão não podem ser informados sozinhos. Observe que, neste exemplo, a vinculação (por meio de agrupamento) de catarata com diabetes não deve ser feita, pois a catarata não foi documentada como catarata diabética. Nesse caso, não há nenhuma combinação que indique que o agrupamento deva ser usado.

Condição principal: [FA20.Z](#) Outra condição: [BA00.Z](#) Outra condição: [5A11](#) Outra condição: [9B10.Z](#)

### 2.23.11 Codificação usando causas externas de morbidade

No caso de lesões e outras condições por causas externas, tanto a natureza das condições como as circunstâncias da causa externa devem ser codificadas. O código preferencial da "condição principal" deve descrever a natureza da condição, quase sempre codificada no Capítulos 22 Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas. O código do Capítulo 23 Causas externas de morbidade ou mortalidade que indica a causa externa é atribuído como um código adicional e pós-coordenado com a natureza da condição, pois pode ser considerado como um modificador. Veja também a Seção [2.23.20.1](#).

#### Exemplo 1:

Condição principal: Fratura do colo do fêmur causada por queda. Outras condições: Contusões do cotovelo e do braço. O profissional de saúde identificou a fratura como a condição principal e, como não há outras informações que façam o codificador questionar a condição principal registrada, o codificador deve codificar fratura do colo do fêmur não especificada (NC72.2Z) como a "condição principal". O código de causa externa para queda não intencional de altura não especificada (PA6Z) é usado como um código adicional vinculado ao código de fratura por meio de pós-coordenação. A contusão do cotovelo (NC30.1) e do braço (NC10.1) são codificadas como outro agrupamento de condições, e o código de causa externa para queda não intencional (PA6Z) é vinculado ao código de contusão por meio de pós-coordenação.

Agrupamento da condição principal: NC72.2Z/PA6Z. Agrupamento de outras condições: NC30/NC30.1/NC10.1.

### Exemplo 2:

Condição principal: Fratura de quadril por queda. Outra condição: Hipotermia grave resultante de exposição ao tempo frio. Codifique NC72.2Z *Fratura do colo do fêmur não especificada* como "condição principal" e pós-coordene o código de causa externa para PA6Z *Queda não intencional de altura não especificada*. Codifique como "outra condição" hipotermia (NF02) e pós-coordene o código de causa externa para PB16 *Exposição não intencional ao frio excessivo*. Agrupamento da condição principal: NC72.2Z/PA6Z. Agrupamento de outras condições: NF02/PB16.

### Exemplo 3:

Condição principal: Diplopia devido a reação a anti-histamínico utilizado como prescrito. Codifique como diplopia 9D46 e pós-coordene o código de causa externa para PL00 *Drogas, medicamentos ou substâncias biológicas associadas às lesões ou danos no uso terapêutico* e PL13.2 *Lesão ou dano relacionado às drogas no contexto de administração ou dosagem correta, como modo de lesão ou dano*. Um código de extensão opcional pode ser adicionado para identificar que o medicamento específico era um anti-histamínico XM4J58.

Agrupamento da condição principal: 9D46/PL00&XM4J58/PL13.2.

## 2.23.12 Codificação de condições agudas e crônicas registradas como condição principal

Quando a condição principal é registrada como sendo aguda (ou subaguda) e crônica, e a CID fornece categorias ou subcategorias separadas para cada, mas não para a combinação, o código para a condição aguda deve ser registrado como a condição principal (a condição determinada como o motivo da admissão estabelecido ao final do episódio de atenção). Quando um código de combinação apropriado é fornecido tanto para a condição aguda quanto para a crônica, atribua o código da combinação como a condição principal.

### Exemplo 1:

Condição principal: Agudização na colecistite crônica. Codifique DC12.00 *Agudização na colecistite crônica* como a "condição principal". Esse é um exemplo de código de combinação para a condição aguda e crônica na CID-11.

### Exemplo 2:

Condição principal: Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica. Codifique CA22.0 *Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda, não especificada* como a "condição principal", uma vez que a CID fornece um único código pré-coordenado apropriado para a combinação.

### 2.23.13 Codificação de lesões ou danos decorrentes de cuidados cirúrgicos ou médicos

Consulte a Seção 2.23.20.1 Visão geral do conjunto de códigos da CID-11 para a qualidade e segurança do paciente.

### 2.23.14 Codificação de eventos adversos e circunstâncias na atenção à saúde que não causam lesões ou danos reais

Consulte a Seção 2.23.20.1 Visão geral do conjunto de códigos da CID-11 para a qualidade e segurança do paciente.

### 2.23.15 Codificação de condições crônicas após um procedimento

A maioria dos capítulos dos aparelhos orgânicos também pode conter categorias para condições permanentes (crônicas) que ocorrem quer como consequência de técnicas e procedimentos específicos quer como um resultado da remoção de um órgão, por exemplo, síndrome do linfedema pós-mastectomia, hipotireoidismo pós-irradiação. Condições imediatas ou agudas que ocorrem como consequência de um procedimento podem exigir a codificação com o modelo de qualidade e segurança de três partes. Veja também 2.23.20.1 Visão geral do conjunto de códigos da CID-11 para a qualidade e segurança do paciente. As categorias de condições pós-procedimento não têm códigos residuais (ou seja, outros e não especificados). Isso é intencional para evitar que os usuários inadvertidamente classifiquem nessas categorias condições que, de fato, deveriam ser classificadas em outra parte.

### 2.23.16 Codificação de "História de" e "História familiar de"

O Capítulo 24 "Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde" inclui uma série de códigos que descrevem tanto a história pessoal de diversas condições como a história familiar de diversas condições. A classificação desse conceito documentado pode ser codificada de duas maneiras.

Opção 1: Atribua o código-base aplicável do Capítulo 24 "história de" (ou "história familiar de") por si só.

Opção 2: Atribua o código-base aplicável do Capítulo 24 agrupado com um código de outro capítulo para adicionar especificidade quanto ao que era a "doença" anterior. A ordem dos códigos-base no agrupamento é sempre o código-base "história de" em primeiro lugar, seguido por quaisquer outros códigos que possam ser adicionados para fornecer detalhes.

#### Exemplo 1:

Um paciente tem histórico de câncer de cólon sigmoide que foi ressecado de forma curativa. Codifique: [QC40.0](#) História pessoal de neoplasia maligna de órgãos digestivos/[2B90.3Z](#) Neoplasia maligna do cólon sigmoide, não especificada.

No exemplo 1, é aceitável codificar apenas [QC40.0](#), pois o código simplesmente captura a noção de que o paciente tem uma história pessoal de câncer dos órgãos digestivos. No

entanto, o conceito clínico documentado (história de câncer de cólon sigmoide) é totalmente descrito por meio do uso do mecanismo de agrupamento e da vinculação de códigos-base [QC40.0/2B90.3Z](#).

### **Exemplo 2:**

Um paciente tem uma história familiar de degeneração macular. Codifique: [QC66](#) História familiar de transtornos do olho ou da orelha/[9B78.3Z](#) Degeneração de mácula ou polo posterior, não especificada.

### **2.23.17 Codificação de uma condição "descartada"**

Em muitos contatos com os serviços de saúde os pacientes são avaliados com suspeita de condições, para então determinar, após investigações, que o paciente não tem a condição em questão. Na documentação médica, esses cenários geralmente usam o termo "descartado". É essencial que os sistemas de informação de saúde tenham a capacidade de informar sobre esses contatos.

A CID-11 inclui uma série de códigos que podem ser usados para descrever contatos em que uma condição suspeita foi "descartada". Estes aparecem no Capítulo 24 como entidades-filha de [QA02](#) *Observação e avaliação médica por doenças e condições suspeitas, descartadas*. Alguns desses códigos especificam a condição suspeita em questão:

- Observação por suspeita de neoplasia maligna, descartada
- Observação por suspeita de tuberculose, descartada
- Observação por suspeita de alergia ou hipersensibilidade, descartada

Em muitos outros cenários comuns, não há código para uma condição suspeita especificada e, no caso, é usado [QA02.Y](#) *Observação ou avaliação médica por outras doenças ou condições suspeitas, descartadas*. Nesses casos, a pós-coordenação pode ser usada para especificar a condição suspeita que foi descartada. A classificação do conceito documentado "descartado" pode ser codificada de duas maneiras. Opção 1: Atribua o código aplicável de [QA02](#) *Observação e avaliação médica por doenças e condições suspeitas, descartadas*, por si só. Opção 2: Atribua o código aplicável de [QA02](#) *Observação e avaliação médica por doenças e condições suspeitas, descartadas*, agrupado com um código de outro capítulo para adicionar especificidade quanto ao que era a doença suspeita que foi descartada. A ordem dos códigos-base no agrupamento é sempre o código-base [QA02](#) em primeiro lugar.

### **Exemplo 1**

Admitido por suspeita de trombose venosa profunda da perna, que após investigação foi descartada e nenhum acompanhamento foi necessário. Condição principal: Trombose venosa profunda descartada. Codifique o agrupamento da condição principal: [QA02.Y/BD71.4](#).

Explicação: [QA02.Y](#) indica que uma outra condição especificada foi descartada e a pós-coordenação permite a especificação de qual era a condição suspeita (trombose de veia profunda da perna).

### **Exemplo 2**

Uma criança é encontrada brincando com um frasco vazio de acetaminofeno. A mãe não tem certeza se havia algum comprimido no frasco. A criança é levada ao hospital e, após investigação, é determinado que ela não ingeriu nenhum comprimido. Condição principal: Ingestão não intencional de acetaminofeno descartada. Codifique: [QA02.5](#) *Observação por suspeita de efeito tóxico de substância ingerida, descartado*. Explicação: Neste exemplo, [QA02.5](#) especifica a condição que foi descartada.

### 2.23.18 Codificação de condições documentadas como sequelas (efeitos tardios)

As "sequelas" incluem os efeitos residuais de doenças ou transtornos, lesões ou envenenamentos especificados como tais, ou como efeito tardio de uma condição interrompida, curada, tratada, inativa, antiga ou quiescente, a menos que haja evidência de doença ativa. As condições documentadas como sequela (efeito tardio) geralmente serão classificadas usando a pós-coordenação, dependendo do caso.

O agrupamento deve conter:

- Primeiro, um código-base que identifica a manifestação específica (ou seja, a natureza do efeito), e
- Segundo, um código-base que designa o "efeito tardio de" (um código dos capítulos dos aparelhos orgânicos ou um código do Capítulo 24 Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde)
- Terceiro, se necessário, um código-base que representa a condição anterior que causa as sequelas

Nota: A codificação das sequelas de uma lesão com todos os detalhes exigirá quatro códigos no agrupamento, sendo o quarto código o de causa externa.

#### Exemplo 1:

Contratura articular presente como um efeito tardio de uma queimadura anterior. Codifique o agrupamento: [FA34.3](#) *Contratura articular* [QC50](#) *Efeito tardio de problema de saúde prévio, não classificado em outra parte* [NE11](#) *Queimadura de região do corpo não especificada*/[PB1Z](#) *Exposição não intencional a mecanismos térmicos não especificados*.

#### Exemplo 2:

Hemiplegia presente como um efeito tardio de acidente vascular cerebral isquêmico antigo. Codifique o agrupamento: [MB53.Z](#) *Hemiplegia, não especificada*/[8B25.0](#) *Efeitos tardios de acidente vascular cerebral isquêmico*. Nota: No Exemplo 2, o conceito de efeito tardio e causa básica já está pré-coordenado no código-base [8B25.0](#).

### 2.23.19 Padrões e instruções de codificação para eventos de lesão

A definição da OMS para "lesão" é: "exposição aguda a agentes físicos, tais como energia mecânica, calor, eletricidade, agentes químicos e radiação ionizante, interagindo com o corpo em quantidades ou taxas que excedam os limites de tolerância humana. Em alguns casos (por exemplo, afogamento e geladura), as lesões resultam de súbita ausência de agentes essenciais como oxigênio ou calor". Lesões podem ser categorizadas em vários tipos. Entretanto, para a maioria dos propósitos de análise e identificação de oportunidades



de intervenção, é especialmente útil categorizar as lesões se são ou não deliberadamente infligidas e por quem. Comumente são utilizadas as seguintes categorias:

- não intencionais (ou seja, acidentais)
- intencionais (ou seja, deliberadas)
- interpessoais (p. ex., agressões e homicídios)
- autoprovocadas (p. ex., abuso de drogas e álcool, automutilação, suicídio)
- intervenção legal (p. ex., a ação da polícia ou outro agente da lei)
- guerra, insurreição civil e distúrbios (p. ex., demonstrações e tumultos)
- intencionalidade indeterminada

Com relação à compilação de eventos que causam lesões, um conjunto de definições se aplica. Veja a seção "Descrições relacionadas a eventos de lesão em transporte" a seguir.

#### **2.23.19.1 Descrições relacionadas a eventos de lesão em transporte**

- (a) "Evento de lesão em transporte" é toda lesão não intencional que envolve um dispositivo destinado, ou sendo usado no momento, principalmente para o transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.
  - (b) Via pública (via de trânsito) ou rua é a largura total entre os limites de propriedade (ou outros limites). Inclui o espaço de terreno público aberto usado para a circulação de pessoas ou bens de um lugar para outro. Pista é a parte da via pública destinada, melhorada e habitualmente usada para o trânsito de veículos.
  - (c) Evento de lesão no trânsito é toda lesão não intencional ocorrida na via pública [ou seja, que se origine em, termine em, ou envolva um veículo parcialmente situado na via pública]. Presume-se que uma lesão não intencional envolvendo um veículo ocorreu na via pública a menos que outro local seja especificado, exceto no caso das lesões não intencionais envolvendo somente veículos a motor não de trânsito, que são classificadas como lesões não intencionais não causadas por trânsito, salvo menção em contrário.
  - (d) Evento de lesão não de trânsito é toda lesão não intencional que ocorre em sua totalidade em qualquer lugar que não seja uma via pública.
  - (e) Pedestre é toda pessoa traumatizada não intencionalmente envolvida que, no momento do evento, não estava viajando no interior ou sobre um veículo a motor, trem ferroviário, bonde ou ônibus, ou veículo de tração animal ou outro veículo, ou sobre bicicleta a pedal ou sobre animal.
- Os pedestres incluem pessoas:
    - trocando um pneu de veículo
    - consertando o motor de um veículo
    - usuárias de um meio de deslocamento tais como:



- cadeira de rodas (motorizada)
  - carrinho de bebê
  - carrinho de passeio
  - esquis
  - patinete (*scooter*)
  - patins de gelo
  - patins de rodas
  - *skate*
  - trenó
- (f) Motorista é um ocupante de um veículo de transporte que está operando ou pretendendo operá-lo.
- (g) Passageiro é todo ocupante de um veículo que não o motorista.
- Exclui: pessoa viajando no exterior de um veículo – veja definição (h)
- (h) Pessoa "viajando em" um veículo de transporte inclui toda pessoa que está sendo transportada por um veículo, mas que não está ocupando o espaço reservado normalmente para o motorista ou passageiros, ou o espaço destinado para o transporte de bens.
- "Viajando em" inclui:
    - carroceria
    - degraus
    - estribo
    - para-choque [para-lama]
    - pendurado no exterior
    - teto (bagageiro)
- (i) Veículo a pedal é todo veículo de transporte terrestre movido somente por meio de pedais.
- Inclui: bicicleta, triciclo. Exclui: bicicleta motorizada - veja definição (k)
- (j) Ciclista é toda pessoa que viaja sobre um veículo a pedal ou em um *sidecar* ou reboque acoplado a esse veículo.
- (k) Motocicleta é um veículo a motor de duas rodas com um ou dois assentos e, às vezes, uma terceira roda para manter um *sidecar*. O *sidecar* é considerado parte da motocicleta.
- Inclui:
    - ciclomotor *scooter* motocicleta:

- SOE
  - combinação
  - com *sidecar*
  - bicicleta motorizada
  - ciclo motorizado com velocidade limitada
- Exclui: triciclo motorizado - veja definição (m)
- (l) Motociclista é toda pessoa que viaja sobre uma motocicleta ou em um *sidecar* ou reboque acoplado a esse veículo.
- (m) Veículo a motor de três rodas é um triciclo motorizado destinado essencialmente ao uso no trânsito.
- Inclui:
    - triciclo movido a motor
    - riquixá motorizado
    - carro motorizado de três rodas
  - Exclui:
    - motocicleta com *sidecar* - veja definição (k)
    - veículo especial todo-terreno - veja definição (x)
- (n) Um carro (automóvel) é um veículo de transporte leve com quatro ou mais rodas projetado principalmente para transportar até 10 pessoas. Um *trailer* ou caravana sendo rebocado por um carro é considerado parte do carro.

Inclui: micro-ônibus

- (o) Veículo ou veículo a motor pode referir-se a vários veículos de transporte. O uso local dos termos deve ser estabelecido para determinar o código apropriado. Se os termos são usados de forma ambígua, use o código para "não especificado". Um *trailer* ou caravana sendo rebocado por um veículo é considerado parte do veículo.
- (p) Veículo leve de mercadorias (caminhonete ou *van*) é um veículo a motor com quatro ou mais rodas projetado principalmente para transportar bens em estradas, com peso inferior ao limite local para a classificação como veículo pesado de mercadorias (geralmente menos de 3.500 kg), e que não exige uma carteira de motorista especial para dirigi-lo. Um *trailer* ou caravana sendo rebocado por um veículo leve de mercadorias é considerado parte do veículo.
- (q) Veículo pesado de mercadorias é um veículo a motor projetado principalmente para transportar bens em estradas, que corresponde aos critérios locais para a classificação como veículo pesado de mercadorias em termos de peso do meio-fio (geralmente acima de 3.500 kg), e que exige uma carteira de motorista especial para dirigi-lo.

- (r) Ônibus é um veículo a motor projetado ou adaptado principalmente para transportar mais de 10 pessoas e que exige uma carteira de motorista especial para dirigi-lo.
- (s) Trem ou veículo ferroviário é todo dispositivo, com ou sem vagões acoplados a ele, projetado para o tráfego em uma ferrovia.
- Inclui:
    - interurbano:
      - carro elétrico
      - bonde (operado principalmente em via que lhe seja própria e exclusiva, não franqueada a outra espécie de trânsito)
      - trem ferroviário, de qualquer potência [diesel] [elétrico] [vapor]
      - funicular
      - outro veículo subterrâneo ou elevado de monotrilha ou de dois trilhos projetado para circular em uma via férrea
  - Exclui:
    - carros elétricos interurbanos (bondes) especificados para operar em um direito de passagem que faz parte de uma rua ou via pública - veja a definição (t)
- (t) Bonde é um veículo projetado e usado principalmente para o transporte de pessoas dentro de um município, circulando sobre trilhos, geralmente sujeito às regras normais de trânsito, e operado principalmente em um direito de passagem que faz parte de uma via pública. Um *trailer* sendo rebocado por um bonde é considerado parte do bonde.
- Inclui:
    - carro elétrico ou bonde interurbano, quando especificado para operar em uma rua ou via pública
    - trólebus (carro)
    - trâmuei (carro)
- (u) Um veículo especial utilizado principalmente em áreas industriais é um veículo a motor destinado principalmente para uso dentro de edificações ou áreas de estabelecimentos industriais ou comerciais.
- Inclui:
    - movido a bateria:

- veículo de passageiros de aeroporto
  - veículo de carga (bagagem) (correio)
  - carro de mina de carvão
  - empilhadeira ou empilhador
  - veículo de transporte de madeira (*logging car*)
  - caminhão autopropelido, industrial
  - veículo de carga (bagagem) (motorizado)
  - bonde, caminhão ou cuba (motorizado) em mina ou pedreira
- (v) Um veículo especial utilizado principalmente na agricultura é um veículo a motor projetado especificamente para uso agrícola (horticultura), por exemplo, para trabalhar a terra, para a colheita e para o transporte de materiais em fazendas.
- Inclui:
    - colheitadeira
    - maquinário agrícola autopropelido
    - trator (e reboque)
- (w) Um veículo especial de construção é um veículo a motor projetado especificamente para uso na construção (e demolição) de estradas, edifícios e outras estruturas.
- Inclui:
    - retroescavadeira
    - escavadeira
    - caminhão basculante
    - niveladora
    - pá mecânica
    - rolo compactador
- (x) Um veículo especial para qualquer terreno é um veículo a motor com um design especial que permite transitar em terrenos acidentados ou macios, ou sobre a neve. Exemplos do design especial são a construção elevada, rodas e pneus especiais, lagartas (esteiras) e suporte sobre uma almofada de ar.
- Inclui: - aerodeslizador (*hovercraft*) em terra ou pântano - moto de neve (*snowmobile*)
  - Exclui: aerodeslizador em águas abertas - veja definição (y)
- (y) Embarcação é todo meio de transporte, sobre a água, de pessoas ou de mercadorias.
- Inclui: aerodeslizador SOE

(z) Aeronave é todo dispositivo para o transporte de passageiros ou mercadorias no ar.

### **2.23.19.2 Instruções de classificação e codificação para lesões não intencionais causadas pelo transporte**

Os eventos de lesão em transporte são contabilizados para as estatísticas oficiais quando não são intencionais.

1. Se um evento não é especificado como sendo um evento de lesão no trânsito ou não de trânsito, as seguintes definições devem ser usadas:
  - a) A classificação como um evento de lesão no trânsito ocorre quando o evento é classificável nas categorias de trânsito.
  - b) A classificação como um evento de lesão não de trânsito ocorre quando o evento é classificável nas categorias não de trânsito.

Para essas categorias, a vítima é um pedestre ou um ocupante de um veículo destinado principalmente para uso não de trânsito.

2. Quando lesões não intencionais envolvendo mais de um tipo de transporte são informadas, deve-se usar a seguinte ordem de precedência:
  - aeronaves e naves espaciais
  - embarcações
  - outros meios de transporte
3. Quando as descrições de eventos de lesões em transporte não especificam a vítima como sendo um ocupante do veículo e a vítima é descrita como esmagada, arrastada, atingida, ferida, morta, derrubada, atropelada por qualquer veículo, incluindo:

- animal sendo montado
- bicicleta
- bonde
- caminhão
- caminhonete
- carro
- motocicleta
- ônibus
- retroescavadeira
- trator
- trem
- triciclo motorizado
- trólebus
- *van*
- veículo de tração animal
- veículo recreativo

Classifique a vítima como um pedestre.

4. Quando as descrições de eventos de lesões em transporte não indicam o papel da vítima, classifique a vítima como um ocupante ou condutor do veículo se há menção a veículos tais como:

- avião
- barco
- bicicleta
- bonde
- caminhão
- caminhonete
- carro
- embarcação
- motocicleta
- nave espacial
- ônibus
- retroescavadeira
- trator
- trem
- triciclo motorizado
- *van*
- veículo recreativo
- acidente
- colisão
- impacto
- naufrágio
- SOE

Classifique a vítima como um ocupante ou condutor do veículo mencionado. Caso haja a menção de mais de um veículo, não faça nenhuma suposição sobre qual veículo estava ocupado pela vítima, a menos que os veículos sejam do mesmo tipo. Em vez disso, codifique as categorias apropriadas, levando em conta a ordem de precedência indicada na nota 2 acima.

5. Quando um evento de lesão em transporte, tais como:

- veículo (motorizado) (não motorizado): - perde o controle (devido a):
- condutor haver adormecido
- desatenção do condutor
- estouro, rebentamento ou ruptura de pneumático
- falha de uma peça mecânica resultou em uma colisão subsequente
- velocidade excessiva

Classifique a lesão não intencional como uma colisão. Se resultou em uma lesão não intencional distinta de uma colisão, classifique-a como uma lesão sem colisão de acordo com o tipo de veículo envolvido.

6. Quando uma lesão não intencional envolvendo um veículo em movimento, tais como:
- envenenamento não intencional por gás de exaustão gerado por ruptura de qualquer parte ou explosão de qualquer parte de
  - queda, salto ou ser empurrado involuntariamente de
  - início de incêndio em
  - atingido por objeto lançado dentro ou sobre
  - traumatismo por ter sido arremessado contra alguma parte de, ou objeto em
  - traumatismo por parte em movimento
  - objeto caindo dentro ou sobre um veículo em movimento
  - resultou em uma colisão subsequente

Classificar como uma colisão.

Se resultou em um acidente distinto de uma colisão, classifique-o como uma lesão sem colisão de acordo com o tipo de veículo envolvido.

Lesão não intencional devido a transporte terrestre descrita como:

- colisão (devido a perda de controle) (em via pública) de um veículo com:
  - árvore
  - defensas (*guard-rail*) ou cercas limitantes
  - desmoronamento ou deslizamento de terra (imóvel)
  - divisor [separador] entre pistas
  - ilha de segurança
  - objeto lançado na frente do veículo a motor
  - parede de corte feita para a estrada
  - pedra caída
  - pilar (ponte) (viaduto)
  - poste de sinalização
  - sinal ou marca de trânsito (provisório)
  - outro objeto, fixo, móvel ou em movimento
- capotamento (sem colisão)
- colisão com animal (rebanho) (solto) (não vigiado)
- colisão com veículo de tração animal ou animal sendo montado estão incluídos.

### 2.23.20 Modelo conceitual para a qualidade e segurança do paciente

A exposição a eventos de atenção à saúde tem por vezes consequências não intencionais e indesejadas. A atenção à saúde, as pessoas a quem a atenção é prestada e as complicações que podem surgir no curso da atenção são muito diversificadas e complexas. Representá-las de forma abrangente em um sistema de informação é um desafio e, atualmente, está além dos limites da praticidade para os sistemas de informação administrativa de rotina dos tipos que visam fazer uso da CID. O modelo conceitual tem três componentes:



1. **Dano** ao paciente: Qual foi a principal consequência para a saúde do paciente?
2. **Causa** ou fonte do dano: O que causou o dano?
3. **Modo** ou mecanismo: De que forma? Como a fonte do dano realmente produziu o dano?

### 2.23.20.1 Visão geral do conjunto de códigos da CID-11 para a qualidade e segurança do paciente

Uma característica chave do conjunto de códigos de qualidade e segurança do paciente na CID-11 é que um agrupamento de códigos é necessário para representar um caso. O uso do termo "agrupamento" é uma inovação na CID-11, assim como o alcance e a formalização do requisito da pós-coordenação. O caso de uso da qualidade e segurança da CID baseia-se na disponibilidade de um grande número de ferramentas metodológicas que são originalmente baseadas na CID-10. Exemplos específicos incluem os índices de comorbidade de Charlson e Elixhauser, os indicadores de segurança do paciente da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ), a Razão de Mortalidade Hospitalar Padronizada e vários outros indicadores de qualidade de dados administrativos. As recomendações da OMS sobre as regras de codificação para os episódios de saídas hospitalares visam melhorar a comparabilidade dos registros entre hospitais e jurisdições. Exemplos específicos de regras de codificação incluem:

- regras para especificar a condição principal,
- números de códigos por registro,
- mecanismos de agrupamento de códigos e
- uso de um sistema de visualização do estado que distingue os diagnósticos desenvolvidos durante uma internação hospitalar daqueles presentes na admissão.

Os relatórios sobre a qualidade e segurança do paciente geralmente se concentram não apenas nas informações de diagnóstico disponíveis na Classificação Internacional de Doenças, mas também nas informações sobre procedimentos, que atualmente são codificadas em vários sistemas de codificação de procedimentos específicos de cada país. A harmonização de conceitos ontológicos em sistemas internacionais de codificação de procedimentos será importante no futuro. Os códigos de complicações médicas e cirúrgicas da CID-11 disponíveis estão em consonância com o conhecimento atual no domínio da segurança e dos eventos adversos.

O modelo de Qualidade e Segurança consiste de três partes. O primeiro componente, **Dano** de qualidade e segurança do paciente, geralmente é representado por um código de diagnóstico padrão da CID-11, de (praticamente) qualquer capítulo da classificação. Algumas formas de dano que podem resultar de eventos de qualidade e segurança não estão adequadamente representadas por um código de diagnóstico padrão da CID-11. Um conjunto especial de categorias para representar essas formas de dano é fornecido no capítulo de lesões da CID-11 (Capítulo 22 "Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas"), sob a categoria intitulada "Lesão ou dano decorrente de cuidados cirúrgicos ou médicos, não classificados em outra parte". As causas de qualidade e segurança do paciente (fontes de dano) se dividem em quatro tipos de causas no nível superior que capturam eventos causados por:

1. substâncias (drogas e medicamentos etc.),
2. procedimentos,
3. dispositivos, e
4. uma combinação de outros tipos de causas.

Os códigos completos das causas externas de qualidade e segurança se encontram no Capítulo 23 "Causas externas de morbidade ou mortalidade", na categoria intitulada "Causas de lesões ou danos relacionados à atenção à saúde".

O **Modo** ou **Mecanismo** de qualidade e segurança ("Modo" é o termo usado nos códigos de causas externas da CID-11) é a segunda parte do modelo, e refere-se à principal maneira pela qual a causa de qualidade e segurança leva ao **Dano** que é representado no terceiro conceito, Dano de Qualidade e segurança. Os **Modos** de Qualidade e segurança são específicos para os tipos de **Causa** de Qualidade e segurança. Alguns exemplos são:

**Quadro 1:** *Exemplos de modo ou mecanismo de qualidade e segurança correspondente*

<b>Causa ou Fonte do Dano</b>	<b>Modo ou mecanismo</b>
Substância	Overdose, subdosagem, substância incorreta, ou danos decorrentes apesar de administração e dosagem corretas
Procedimento	Perfuração não intencional de um órgão durante um procedimento
Dispositivo	Deslocamento, mau funcionamento
Outra causa	Sangue incompatível; paciente caiu durante a transferência da mesa da sala de cirurgia

### **Exemplos para o modelo de codificação de qualidade e segurança da CID-11**

O modelo de codificação de qualidade e segurança da CID-11 é demonstrado pelos exemplos do quadro a seguir.

**Quadro 2:** *Demonstração do modelo de qualidade e segurança usando exemplos*

<b>Exemplo</b>	<b>Critério</b>	<b>Detalhe</b>
<b>1</b>	<b>Caso</b>	Uma mulher foi admitida no hospital para estabilizar seu diabetes. Foi-lhe prescrito erroneamente três vezes a dose habitual de um medicamento antidiabético. A dose anormalmente alta foi administrada e a paciente teve um episódio de hipoglicemia.
	Dano	Hipoglicemia no contexto do diabetes mellitus ( <a href="#">5A21</a> )
	Causa	Drogas, medicamentos ou substâncias biológicas associadas às lesões ou danos no uso terapêutico ( <a href="#">PL00</a> ); Medicação (use código adicional, se desejar) - Antidiabético ( <a href="#">XM8S35</a> )
	Modo	Overdose de substância como modo de lesão ou dano ( <a href="#">PL13.0</a> )
	Agrupamento	<a href="#">5A21/PL00&amp;XM8S35/PL13.0</a>
<b>2</b>	<b>Caso</b>	O paciente deu entrada no hospital com alucinações devido a profilaxia da malária com mefloquina prescrita e tomada na dose correta.
	Dano	Alucinações visuais ( <a href="#">MB27.27</a> )
	Causa	Drogas, medicamentos ou substâncias biológicas associadas às lesões ou danos no uso terapêutico ( <a href="#">PL00</a> ); Medicação (use código adicional, se desejar) - Mefloquina ( <a href="#">XM50J2</a> )
	Modo	Lesão ou dano relacionado às drogas no contexto de administração ou dosagem correta, como modo de lesão ou dano ( <a href="#">PL13.2</a> )
	Agrupamento	<a href="#">MB27.27/PL00&amp;XM50J2/PL13.2</a>
<b>3</b>	<b>Caso</b>	Um homem visita um médico da atenção primária para a remoção de uma protuberância na pele, principalmente para excluir a possibilidade de malignidade. A lesão é removida e a ferida é suturada. Posteriormente, fica-se sabendo que o médico tinha hepatite C e o paciente agora contraiu essa doença.
	Dano	Hepatite C aguda ( <a href="#">1E50.2</a> )
	Causa	Procedimento de biópsia, não classificado em outra parte, associado à lesão ou dano durante uso terapêutico ( <a href="#">PK81.5</a> )
	Modo	Falha das precauções de esterilização como modo de lesão ou dano ( <a href="#">PL11.4</a> )
	Agrupamento	<a href="#">1E50.2/PK81.5/PL11.4</a>
<b>4</b>	<b>Caso</b>	Uma mulher idosa é admitida devido a uma fratura do colo do fêmur. A fixação cirúrgica é realizada. O local da operação sangra muito no dia seguinte à cirurgia, exigindo o retorno ao centro cirúrgico.
	Dano	Hemorragia não classificada em outra parte ( <a href="#">MG27</a> )

<b>Exemplo</b>	<b>Critério</b>	<b>Detalhe</b>
	Causa	Procedimento musculoesquelético associado à lesão ou dano, abordagem aberta ( <a href="#">PK80.80</a> ) (Os procedimentos cirúrgicos ortopédicos estão incluídos aqui)
	Modo	Modo de lesão ou dano não especificado associado a um procedimento cirúrgico ou outro procedimento médico ( <a href="#">PL11.Z</a> ) (Nota: Selecione <a href="#">PL11.Z</a> porque a documentação do caso não menciona nenhum modo ou mecanismo específico pelo qual a hemorragia ocorreu)
	Agrupamento	<a href="#">MG27/PK80.80/PL11.Z</a>
<b>5</b>	<b>Caso</b>	Um homem de 63 anos fez uma substituição do joelho esquerdo há menos de um ano, devido à artrite. O dispositivo implantado se soltou, resultando em dor e redução da função.
	Dano	Dor articular ( <a href="#">ME82</a> ); Localização anatômica específica (use código adicional, se desejar) - Articulação do joelho ( <a href="#">XA8RL1</a> ); Lateralidade (use código adicional, se desejar) - Esquerdo ( <a href="#">XK8G</a> )
	Causa	Dispositivos ortopédicos associados às lesões ou danos, próteses ou outros implantes, materiais ou dispositivos acessórios ( <a href="#">PK99.2</a> )
	Modo	Deslocamento, conexão incorreta ou desacoplamento como modo de lesão ou dano ( <a href="#">PL12.4</a> )
	Agrupamento	<a href="#">ME82&amp;XA8RL1&amp;XK8G/PK99.2/PL12.4</a>
<b>6</b>	<b>Caso</b>	Um homem tem câncer de intestino. Uma cirurgia abdominal foi realizada há vários dias para ressecar a parte afetada do cólon e unir novamente a parte preservada do cólon. Ocorreu drenagem da anastomose e foi necessária revisão cirúrgica.
	Dano	Drenagem pós-cirúrgica ( <a href="#">NE81.3</a> ) (drenagem de anastomose é um termo de índice)
	Causa	Procedimento gastrointestinal, abdominal ou da parede abdominal associado à lesão ou dano durante uso terapêutico <a href="#">PK80.3</a>
	Modo	Modo de lesão ou dano não especificado associado a um procedimento cirúrgico ou outro procedimento médico ( <a href="#">PL11.Z</a> ). (Nota: Selecione <a href="#">PL11.Z</a> porque a documentação do caso não menciona nenhum modo ou mecanismo específico pelo qual a drenagem de anastomose ocorreu)
	Agrupamento	<a href="#">NE81.3/PK80.3/PL11.Z</a>
<b>7</b>	<b>Caso</b>	Infecção do trato urinário refratária devido a cateter de demora crônica.

<b>Exemplo</b>	<b>Critério</b>	<b>Detalhe</b>
	Dano	Infecção do trato urinário, localização e agente não especificados ( <a href="#">GC08.Z</a> )
	Causa	Dispositivos de gastroenterologia ou urologia associados às lesões ou danos, cateter urinário ( <a href="#">PK93.10</a> )
	Modo	Outro modo especificado de lesão ou dano associado a um dispositivo cirúrgico ou outro dispositivo médico, implante ou enxerto ( <a href="#">PL12.Y</a> ) (Nota: Selecione <a href="#">PL12.Y</a> porque nenhum dos tipos de modo mais específicos parece provocar uma infecção do dispositivo)
	Agrupamento	<a href="#">GC08.Z/PK93.10/PL12.Y</a>
<b>8</b>	<b>Caso</b>	Um paciente idoso caiu do leito em um hospital e sofreu uma fratura do quadril esquerdo. A documentação descreve que o enfermeiro se esqueceu de elevar as grades de proteção no leito, o que levou à queda do paciente.
	Dano	Fratura do colo do fêmur não especificada ( <a href="#">NC72.2Z</a> ; Lateralidade (use código adicional, se desejar) - Esquerdo ( <a href="#">XK8G</a> ))
	Causa	Outras causas de lesões ou danos relacionados aos cuidados em saúde ( <a href="#">PL10</a> )
	Modo	Queda durante a prestação de cuidado em saúde ( <a href="#">PL14.E</a> )
	Agrupamento	<a href="#">NC72.2Z&amp;XK8G/PL10/PL14.E</a>
<b>9</b>	<b>Caso</b>	O paciente recebeu uma infusão de glóbulos vermelhos e desenvolveu rigores graves que diminuiram após uma hora. Descobriu-se que havia uma incompatibilidade sanguínea (não era incompatibilidade ABO ou Rh).
	Dano	Outras reações ao soro ( <a href="#">NE80.3</a> )
	Causa	Outras causas de lesões ou danos relacionados aos cuidados em saúde ( <a href="#">PL10</a> )
	Modo	Sangue incompatível usado em transfusão ( <a href="#">PL14.3</a> )
	Agrupamento	<a href="#">NE80.3/PL10/PL14.3</a>
<b>10</b>	<b>Caso</b>	Pneumotórax do lado direito causado por ventilação mecânica em um ambiente de terapia intensiva.
	Dano	Pneumotórax, não especificado ( <a href="#">CB21.Z</a> ); Lateralidade (use código adicional, se desejar) - Direito ( <a href="#">XK9K</a> )
	Causa	Ventilação associada às lesões ou danos durante uso terapêutico ( <a href="#">PK81.0</a> )
	Modo	Modo de lesão ou dano não especificado associado a um procedimento cirúrgico ou outro procedimento médico ( <a href="#">PL11.Z</a> )

<b>Exemplo</b>	<b>Critério</b>	<b>Detalhe</b>
<b>11</b>	Agrupamento	<a href="#">CB21.Z&amp;XK9K/PK81.0/PL11.Z</a>
	<b>Caso</b>	Paciente com neutropenia devido à terapia crônica com clozapina.
	Dano	Neutropenia adquirida ( <a href="#">4B00.01</a> )
	Causa	Drogas, medicamentos ou substâncias biológicas associadas às lesões ou danos no uso terapêutico (PL00); Medicação (use código adicional, se desejar) - Clozapina ( <a href="#">XM8UG6</a> )
	Modo	Lesão ou dano relacionado às drogas no contexto de administração ou dosagem correta, como modo de lesão ou dano (PL13.2)
Agrupamento	<a href="#">4B00.01/PL00&amp;XM86W0/PL13.2</a>	

Observe que, em cada um desses exemplos, um modo/mecanismo de dano é codificado junto com o código de causa de dano para todos os casos. Isso acontece, mesmo quando um modo de dano não é evidente. Nas últimas situações, deve ser selecionado um código para "modo ou mecanismo de lesão não especificado", para qualquer dano relacionado à substância, dano relacionado ao procedimento ou dano relacionado ao dispositivo. Para as "outras causas relacionadas aos cuidados em saúde", o dano deve ser codificado (de qualquer lugar na classificação) seguido pelo código [PL10 Outras causas de lesões ou danos relacionados aos cuidados em saúde](#), seguido pelo código apropriado da categoria [PL14 Modo de lesão ou dano associado às outras causas relacionadas aos cuidados de saúde](#) (quando há várias opções de modo).

### **Considerações sobre a distinção entre envenenamento e overdose de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas no contexto clínico**

É importante fazer uma distinção entre uma overdose no contexto do atendimento clínico e um envenenamento que não esteja em um contexto clínico. Overdose seria codificada usando os códigos da seção "Causas de lesões ou danos relacionados à atenção à saúde" do Capítulo 23, enquanto os envenenamentos seriam codificados nas seções "Causas não intencionais" ou "Lesão autoprovocada intencionalmente" do Capítulo 23.

Os cenários a seguir ajudarão a ilustrar a distinção:

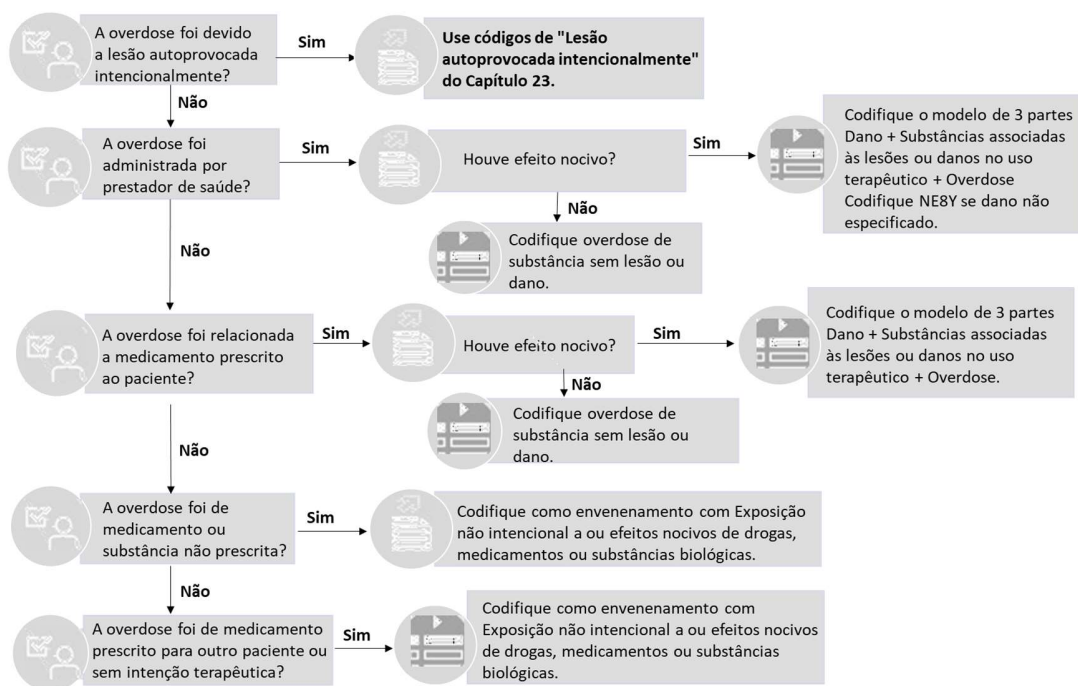
1. Um paciente adulto internado recebe uma overdose de um medicamento prescrito, porque uma dose excessiva é inadvertidamente injetada por um enfermeiro.
2. Um adulto toma inadvertidamente uma overdose de seu próprio medicamento prescrito, porque o médico escreveu a receita incorretamente.
3. Um adulto toma inadvertidamente uma overdose de seu próprio medicamento prescrito, porque recebeu instruções incorretas do farmacêutico.
4. Um adulto toma inadvertidamente uma overdose de seu próprio medicamento prescrito, porque não entendeu as instruções no frasco de comprimidos nem as instruções verbais dadas a ele pelo farmacêutico e pelo médico.
5. Um adulto toma inadvertidamente uma overdose de seu próprio medicamento prescrito, e não está claro na documentação ou na investigação do caso o motivo do erro cometido.
6. Um adulto toma uma overdose de seu próprio medicamento prescrito com intencionalidade indeterminada.
7. Um adulto toma intencionalmente uma overdose de seu próprio medicamento prescrito com a intenção de se automutilar.
8. Uma criança ingere vários comprimidos do frasco prescrito para a mãe e fica sonolenta.

O cenário 1 é claramente uma overdose decorrente de um erro em um contexto de atenção à saúde, enquanto o cenário 8 é claramente um envenenamento de uma criança que não está em um contexto terapêutico.

O cenário 7 também deve ser codificado como um episódio de envenenamento, porque os comprimidos não foram tomados com intenção terapêutica, mas com intenção de automutilação (o conceito de "lesão autoprovocada intencionalmente" se sobrepõe a outras considerações).

Os cenários 2 e 3 são overdoses decorrentes de problemas em um contexto de atenção à saúde (e são codificados usando os códigos "Causas de lesões ou danos relacionados à atenção à saúde"). Em ambos os cenários, o contexto é o do tratamento medicamentoso e das ações dos prestadores de cuidados de saúde.

Os cenários 4, 5 e 6 são menos simples, embora sejam bastante comuns na atenção ao paciente. O contexto do uso da medicação continua sendo claramente o do tratamento de uma condição, e o fato de a medicação ter sido prescrita aos pacientes faz com que seja um contexto de uso terapêutico (desde que não haja menção de lesão autoprovocada intencionalmente). Devido ao contexto terapêutico, esses cenários devem ser codificados usando os códigos "Causas de lesões ou danos relacionados à atenção à saúde", em vez de códigos de envenenamento.



### Fluxograma para overdose

**Figura 1:** Fluxograma para codificar envenenamento versus overdose.

### Instruções sobre quando se aplica e quando não se aplica o modelo de qualidade e segurança de três partes

As seções e os exemplos anteriores descrevem cenários em que um aspecto da atenção (um medicamento, procedimento, dispositivo ou outro aspecto da atenção) foi relacionado de forma causal a uma condição que um paciente desenvolveu. Em muitos casos, entretanto, as condições surgem no ambiente de atenção à saúde sem documentação explícita que sugira uma relação causal com um aspecto da atenção. Exemplos específicos incluem:

- embolia pulmonar que surge dois dias após um procedimento cirúrgico
- fibrilação atrial após cirurgia
- pressão arterial baixa um dia após a administração de um medicamento
- pneumonia que se desenvolve no quarto dia de internação hospitalar
- infecção do trato urinário que surge no hospital sem menção aos cateteres

Em cada um desses exemplos, o modelo de três partes para qualidade e segurança NÃO se aplicaria se não há documentação explícita afirmando uma relação causal com outro aspecto da atenção, seja um medicamento, procedimento, dispositivo ou outro aspecto da atenção. É importante ressaltar que a mera menção a um procedimento cirúrgico ou à administração de um medicamento nos exemplos anteriores NÃO significa que esses fatores tenham desempenhado um papel causal, pois os enunciados clínicos se limitam a declarar o tempo do diagnóstico, com palavras descritivas como "após", "seguido de",



"desenvolvendo no dia XX". Nesses casos, a codificação correta das condições seria codificar a condição a partir de qualquer capítulo da CID-11, juntamente com um código de extensão para o tempo de diagnóstico (em particular, os códigos de extensão para diagnósticos desenvolvidos durante uma internação hospitalar, mais ou menos os códigos de extensão opcionais para o tempo intraoperatório ou pós-operatório de um diagnóstico).

Os exemplos acima seriam codificados da seguinte forma:

- **BB00.0** Tromboembolismo pulmonar agudo &**XY69** Desenvolvido após a admissão &**XY7V** Pós-operatório
- **BC81.3** Fibrilação atrial &**XT5R** Aguda &**XY69** Desenvolvida após a admissão &**XY7V** Pós-operatória
- **BA2Z** Hipotensão não especificada &**XY69** Desenvolvida após a admissão
- **CA40.Z** Pneumonia, organismo não especificado &**XY69** Desenvolvida após a admissão
- **GC08.Z** Infecção do trato urinário, localização e agente não especificados &**XY69** Desenvolvida após a admissão

#### **2.23.20.2 Causalidade no contexto da qualidade e segurança**

Há nuances de linguagem na documentação que indicarão se há uma relação causal entre uma causa e um dano.

#### **Termos de conexão que implicam uma relação causal**

Uma relação causal é fortemente sugerida pelos seguintes termos:

<b>Termos</b>	<b>Notas adicionais</b>
como (uma) complicação de, complicado por, complicando, complicação(ões) de	-
como causa de, causa de, causou, causado por, causando	-
como resultado de, resultou em, resultando em, com resultante, com resultado	-
em decorrência de	-
devido a	-
a partir de	-
induzido, induzido por	-
levando a, levou a	-
relacionado a,	-
precipitado por	-
produzindo	-
secundário a	-
provavelmente relacionado a	Decisão de codificação. No entanto, o clínico está fazendo uma inferência causal com esse termo
possivelmente secundário a, provavelmente secundário a	Decisão de codificação. No entanto, o clínico está fazendo uma inferência causal com esse termo
pode ser a razão de	Decisão de codificação. No entanto, o clínico está fazendo uma inferência causal com esse termo

### **Termos de conexão em que a relação causal não está clara**

Ocasionalmente, pode haver termos de conexão que sugerem a causalidade, mas sem afirmação explícita de uma relação causal. Alguns exemplos são mostrados abaixo. Nessas circunstâncias, os codificadores precisam verificar com o clínico que está documentando, ou procurar um texto suplementar ou informações auxiliares que impliquem causalidade.

#### **Termos**

Associado a

Acompanhado por

Incidental a

### **Termos de conexão que NÃO implicam uma relação causal**

Na documentação clínica, os termos são frequentemente usados para descrever uma associação temporal. Os vários termos listados no quadro anterior (de "termos de conexão que implicam uma relação causal") são termos de conexão que de fato sugerem uma associação causal que, normalmente, também é uma associação temporal. Por outro lado, há uma série de termos que descrevem apenas associações temporais. Exemplos de tais termos estão listados a seguir:

### **Termos**

após, depois de

também

e

durante

com

desenvolvido em ou durante

consistente com

seguido de, seguindo

incorrido após/durante/em/quando

ocorreu após/durante/em/quando/enquanto

pós-operatório, no pós-operatório, ocorreu no pós-operatório

Se termos de conexão desse tipo aparecem na documentação clínica sem nenhum dos conectores causais discutidos anteriormente, evite usar o modelo de qualidade e segurança de três partes.

Termos como "pós-operatório", "pós-cirúrgico", "pós-procedimento" etc., constituem uma situação especial porque historicamente foram considerados, em alguns sistemas de codificação, como indicativos de uma relação causal. Entretanto, conforme observado nos exemplos específicos acima, condições como infecção do trato urinário, pneumonia e fibrilação atrial podem se desenvolver temporariamente após a cirurgia, sem necessariamente serem causadas pela cirurgia. É por esse motivo que as diretrizes apresentadas aqui instruem os codificadores a procurar conexões causais explícitas. (É importante ressaltar que as condições pós-operatórias, como pneumonia, infecção do trato urinário e fibrilação atrial, ainda podem ser codificadas com códigos de extensão informativos que especifiquem o tempo de diagnóstico - ou seja, "desenvolvido durante a internação hospitalar" e/ou "pós-operatório" - e permitam a derivação de eventos adversos em indicadores na análise de dados).

### **Outras situações específicas em que o contexto clínico implica uma relação causal**

Há algumas situações clínicas em que pode não haver termos de conexão que apontem explicitamente para a causalidade, mas em que as circunstâncias clínicas apontam claramente para a causalidade. Alguns exemplos são apresentados a seguir:

### **Situações específicas**

dispositivo com defeito

dispositivo infectado

parafusos soltos

sangramento pós-procedimento

infecção de ferida pós-operatória

deiscência

hematoma da ferida

Em cada um desses casos, está claro que a situação não teria ocorrido na ausência de um procedimento ou de um problema no dispositivo. Dessa forma, o modelo de qualidade e segurança de três partes deve ser aplicado.

Por outro lado, condições como pneumonia pós-operatória, embolia pulmonar pós-operatória ou fibrilação atrial pós-operatória são diferentes das situações específicas listadas no quadro anterior. Isso se deve a que problemas como pneumonia, embolia pulmonar ou fibrilação atrial podem ser desencadeados por fatores não relacionados ao procedimento cirúrgico (ou seja, diferente de uma "ferida" que, sem dúvida, é causada pela cirurgia).

#### **2.23.20.3 Condições crônicas após um procedimento**

Há muitas condições clínicas crônicas que ocorrem quer como consequência de técnicas e procedimentos específicos quer como um resultado da remoção de um órgão, por exemplo, síndrome do linfedema pós-mastectomia, hipotireoidismo pós-irradiação. Em muitos casos, os códigos para essas condições crônicas pós-procedimento estão na CID-11 em vários capítulos dos aparelhos orgânicos.

Exemplos:

- **BE10** Síndrome pós-cardiotomia
- **5D40.Z** Hipotireoidismo pós-procedimento não especificado
- **GC72** Estreitamento de uretra pós-procedimento
- **GC70** Aderências pós-operatórias da vagina

Esses são, por sua própria natureza, códigos pré-coordenados que capturam tanto uma condição clínica quanto a noção de que é causada por um procedimento. É possível usar esses códigos sozinhos sem nenhum agrupamento. Entretanto, os codificadores podem usar o modelo de três partes com esses códigos para adicionar especificidade. O modelo permite adicionar mais especificidade sobre o tipo específico de procedimento cirúrgico que causou a condição, bem como o modo pelo qual o procedimento causou a condição.

**Exemplo 1:** Estenose da uretra devido a radiação prévia para tratamento de câncer de próstata.

Codifique como **GC72** Estreitamento de uretra pós-procedimento. Mais detalhes podem ser acrescentados ao código **GC72** com a adição de: **PK81.C** *Radioterapia associada às lesões ou danos durante uso terapêutico* e **PL11.Y** *Outro modo de lesão ou dano especificado associado a um procedimento cirúrgico ou outro procedimento médico* Agrupamento: **GC72/PK81.C/PL11.Y**

Observe, no entanto, que por vezes haverá casos em que é totalmente desnecessário usar o modelo de três partes porque o código para a condição crônica pós-procedimento já contém todos os detalhes clínicos. Por exemplo:

- **9D21** *Fragmentos de cristalino no olho subsequente a cirurgia de catarata* (para isso, seria muito redundante codificar "procedimento oftalmológico" e um modo correspondente, considerando todos os detalhes que estão inerentemente incorporados nesse único código).
- **EL61** *Riodermatite crônica após radioterapia* (novamente, é redundante codificar "radioterapia" como o procedimento que causa o dano e "modo não especificado" para esse caso).

Em relação a esses dois exemplos, reiteramos que a recomendação principal é que o modelo de três partes seja usado sempre que possível. Os codificadores devem simplesmente julgar caso a caso quando é evidente que o código de procedimento e o código de modo adicionados são redundantes.

#### **2.23.20.4 Eventos adversos e circunstâncias na atenção à saúde que não causam lesões ou danos reais**

No contexto da atenção à saúde, há casos em que coisas acontecem aos pacientes e surgem problemas, mas não há nenhuma consequência adversa real para o paciente como uma condição registrada. Exemplos específicos incluem:

- Uma queda no ambiente de atenção à saúde sem fratura ou outra lesão
- Um medicamento incorreto administrado sem causar danos ao paciente
- Um medicamento administrado a um paciente errado sem causar danos ao paciente
- Um atraso na administração do medicamento sem efeito negativo na evolução clínica
- Falha documentada das precauções de esterilização em um procedimento cirúrgico sem infecção subsequente
- Dispositivo ortopédico deslocado sem sintomas ou problemas
- Picada de agulha inadvertida sem lesão ou outro dano documentado

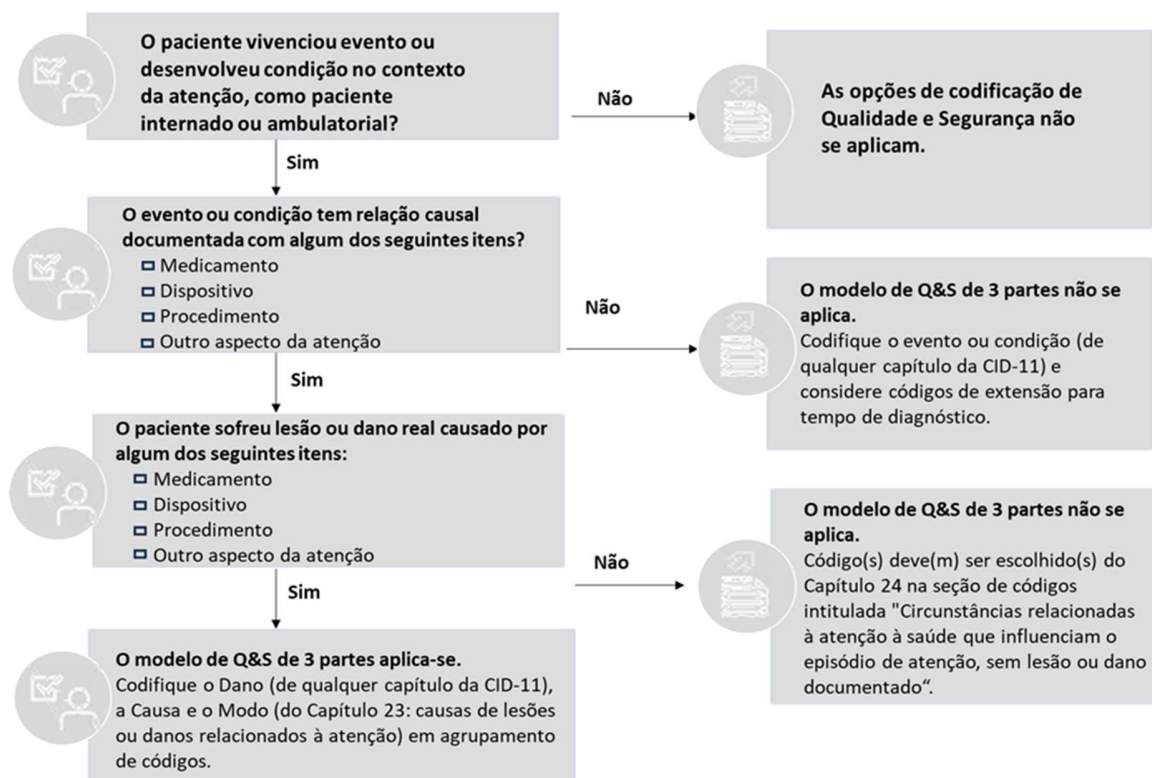
Nessas circunstâncias, os códigos devem ser escolhidos do Capítulo 24 Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde, na seção de códigos intitulada "Circunstâncias relacionadas à atenção à saúde que influenciam o episódio de atenção, sem lesão ou dano documentado". Esses códigos estão organizados com base nas quatro categorias de danos relacionados à atenção à saúde que são apresentados no Capítulo 23 Causas externas de morbidade ou mortalidade (medicamentos, dispositivos, procedimentos e outras causas relacionadas à atenção à saúde), mas com a importante

distinção de que as circunstâncias descritas por meio da codificação NÃO causaram um dano real ao paciente.

Os exemplos acima seriam codificados da seguinte forma:

- QA8E Queda durante a atenção à saúde sem lesão ou dano
- QA72 Substância incorreta sem lesão ou dano
- QA8D Paciente que recebeu um teste diagnóstico ou tratamento destinado a outro paciente, sem lesão ou dano
- QA8B Retardo do tratamento, sem lesão ou dano
- QA52 Falha dos cuidados de esterilização sem lesão ou dano
- QA62 Deslocamento, má conexão ou desconexão de um dispositivo médico ou cirúrgico sem lesão ou dano
- QA8F Picada de agulha sem lesão ou dano

**Figura 1:** Algoritmo resumido para a codificação de eventos e condições que surgem no contexto da atenção à saúde



### Algoritmo da Q&S (Qualidade e Segurança)

#### 2.23.20.5 Recomendações para a captura e organização de dados

Os sistemas de informação devem ser capazes de capturar os três componentes e marcar os três códigos como pertencentes ao mesmo agrupamento (ver também as instruções para pós-coordenação e codificação de agrupamento).

## 2.23.21 Notas específicas dos Capítulos

A seguir são fornecidas orientações para os codificadores com relação a capítulos específicos em que podem surgir problemas no momento da seleção dos códigos preferenciais para a "condição principal". As diretrizes e regras gerais detalhadas anteriormente aplicam-se a todos os capítulos, a menos que uma nota específica para o capítulo indique o contrário.

### 2.23.21.1 Capítulo 1: Doenças infecciosas e parasitárias

#### *Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]*

Um paciente com sistema imune comprometido devido à doença pelo HIV pode ocasionalmente necessitar de tratamento durante o mesmo episódio de atenção para mais de uma doença, por exemplo, infecções por micobactérias e citomegalovírus. Somente as subcategorias para a doença pelo HIV associada à tuberculose e à malária estão pré-coordenadas nesse bloco para a doença pelo HIV. Quando outra doença especificada causada pelo HIV é documentada pelo profissional de saúde, pós-coordene a doença causada pelo HIV com a subcategoria apropriada para a doença pelo HIV, conforme registrado pelo profissional de saúde.

#### **Exemplo 1:**

O paciente tem a doença pelo HIV e é admitido para tratamento de sarcoma de Kaposi do palato mole.

Condição principal: Sarcoma de Kaposi devido a doença pelo HIV.

Sarcoma de Kaposi é documentado como uma doença causada pelo HIV. Portanto, o código-base para sarcoma de Kaposi é pós-coordenado com o código-base aplicável para HIV.

Condição principal: [2B57.Y](#) Sarcoma de Kaposi de outras localizações primárias especificadas & [XA8HL5](#) Palato mole/[1C62.3](#) Doença pelo HIV em estágio clínico 4 sem menção de tuberculose ou malária.

#### **Exemplo 2:**

O paciente tem a doença pelo HIV e é admitido para tratamento de toxoplasmose.

Condição principal: Toxoplasmose devido ao HIV.

Condição principal: [1F57.Z](#) Toxoplasmose, não especificada/[1C62.3](#) Doença pelo HIV em estágio clínico 4 sem menção de tuberculose ou malária.

#### *Sepse com ou sem choque séptico*

O conceito de sepsse passou por grandes mudanças nas últimas décadas e a descrição atual estabelecida e amplamente aceita internacionalmente em 2016 é que a sepsse é uma disfunção orgânica com risco de vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção.

A sepsse não é considerada uma doença em si, mas uma reação a uma doença infecciosa que pode ser de etiologia bacteriana, viral, fúngica ou por protozoários. O choque séptico é definido como um subconjunto da sepsse no qual as anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas são profundas o suficiente para aumentar substancialmente a mortalidade.

Um agrupamento que envolve um caso de sepse documentado deve incluir:

- Primeiro, um código-base que representa a infecção causadora (especificada ou não especificada) e, conforme o caso, um código de extensão opcional para o agente infeccioso se for conhecido.
- Segundo, um código-base para sepse com ou sem choque séptico, dependendo da documentação

Nota: Se a infecção causadora está documentada como generalizada ou uma infecção específica não está documentada, atribua um código-base para o maior nível de especificidade documentado em relação à infecção.

### Exemplo 1:

Paciente admitido para tratamento de pneumonia pneumocócica causando sepse.

Condição principal: Pneumonia pneumocócica causando sepse.

Codifique primeiro a infecção causadora [CA40.07](#) *Pneumonia devido a Streptococcus pneumoniae* e pós-coordene com o código-base para [1G40](#) *Sepse sem choque séptico*.

Agrupamento da condição principal: [CA40.07/1G40](#).

### Exemplo 2:

Paciente admitido para tratamento de influenza A H1N1 grave causando sepse.

Codifique primeiro a infecção causadora [1E30](#) *Influenza devido ao vírus da gripe sazonal identificado* com o código de extensão opcional para [XN297](#) *Vírus Influenza A H1N1*, e pós-coordene com o código-base para [1G40](#) *Sepse sem choque séptico*.

Agrupamento da condição principal: [1E30 &XN297/1G40](#).

### Exemplo 3:

Paciente admitido para tratamento de sepse devido a E. coli.

Condição principal: Sepse devido a E. coli.

Codifique primeiro a infecção causadora. Neste exemplo, uma infecção específica não está documentada.

Portanto, é atribuído um código para [1C41](#) *Infecção bacteriana de localização não especificada*, com o código de extensão opcional para [XN6P4](#) *Escherichia coli*, e pós-coordenado com o código-base para [1G40](#) *Sepse sem choque séptico*.

Agrupamento da condição principal: [1C41&XN6P4/1G40](#).

### Exemplo 4:

O paciente apresentou choque séptico e morreu pouco depois da admissão.

Condição principal: Choque séptico, infecção desconhecida.

Codifique primeiro a infecção causadora. Neste exemplo, uma infecção específica é desconhecida. Portanto, é atribuído um código para [\[1HOZ](#) *Infecção não especificada*], e pós-coordenado com o código para [1G41](#) *Sepse com choque séptico*.

Agrupamento da condição principal: [\[1HOZ\] /1G41](#).



### 2.23.21.2 Capítulo 2: Neoplasias

Ao codificar neoplasias, consulte as instruções referentes à atribuição de códigos no nível das categorias individuais e ao uso de descrições morfológicas ou de localizações adicionais dos códigos de extensão. Uma neoplasia, seja primária ou metastática, desde que seja o objeto da atenção durante um episódio de atenção relevante, deve ser registrada.

Quando a "condição principal" registrada pelo profissional de saúde é uma neoplasia primária e a "outra condição" é uma neoplasia secundária (metástase), codifique cada neoplasia separadamente. Não pós-coordene o código-base para a neoplasia primária com o código-base para a neoplasia secundária.

Quando a condição principal registrada pelo profissional de saúde é uma neoplasia secundária (metástase) e a neoplasia primária já não está presente (tendo sido removida durante um episódio de atenção anterior ou quando a documentação indica uma história pessoal dessa neoplasia), codifique a neoplasia secundária (metástase) como a condição principal e codifique separadamente como outra condição o código-base para "história pessoal de". Não pós-coordene o código-base para a neoplasia secundária com o código-base para "história pessoal de". (Ver exemplos abaixo). Consulte também a Seção [2.23.16 Codificação de "História de" e "História familiar de"](#) para obter mais orientações de codificação.

Quando a condição principal registrada pelo profissional de saúde é "Exame de seguimento" (uma circunstância codificável de acordo com o Capítulo 24 "Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde") e a "outra condição" registrada é uma "história pessoal de", codifique o código aplicável "exame de seguimento" como a condição principal e codifique separadamente o código-base para "história pessoal de" como a outra condição. Não pós-coordene o código-base "exame de seguimento" com o código-base para "história pessoal de". Consulte a Seção [2.23.16 Codificação de "História de" e "História familiar de"](#) para obter orientações de codificação.

#### **Exemplo 1:**

Uma paciente é admitida para investigação de um nódulo na mama. A investigação conclui que há uma malignidade na mama esquerda. Mastectomia é realizada e a histopatologia mostra uma disseminação para os linfonodos regionais (axila esquerda). A quimioterapia é planejada.

Condição principal: Carcinoma da mama.

Outras condições: Metástases em linfonodos regionais.

Procedimento: Mastectomia.

Codifique a condição principal como neoplasia maligna da mama com o código de extensão opcional "esquerda" ([2C6Z&XK8G](#)). Codifique a neoplasia maligna secundária em linfonodos axilares com o código de extensão opcional "esquerda" como outra condição ([2D60.3&XK8G](#)).

#### **Exemplo 2:**

Uma paciente com histórico de carcinoma da mama ressecado há dois anos é admitida para uma broncoscopia com biópsia. A investigação revelou um carcinoma secundário no pulmão.

Condição principal: Carcinoma secundário no pulmão.

Outras condições: Carcinoma da mama ressecado há dois anos.

Procedimento: Broncoscopia com biópsia.

Codifique a condição principal como *[2D70 Metástase de neoplasia maligna no pulmão]*. Codifique **QC40.3 História pessoal de neoplasia maligna de mama** como outra condição e pós-coordene o código-base **2C6Z Neoplasias malignas da mama, não especificadas** para especificar que a história pessoal está relacionada ao câncer de mama primário maligno. Consulte a Seção **2.23.16 Codificação de "História de" e "História familiar de"**. Condição principal: **2D70**. Outra condição: Opção 1: **QC40.3**; Opção 2: **QC40.3/2C6Z**.

### Exemplo 3:

O paciente é admitido para reavaliação do câncer da bexiga por cistoscopia. O paciente tem um histórico de câncer de bexiga anteriormente removido. Nenhuma evidência de recorrência foi observada.

Condição principal: Exame de seguimento por cistoscopia.

Outras condições: Histórico de câncer da bexiga.

Procedimento: Cistoscopia.

Codifique a condição principal como *[QA06 Exame de seguimento após tratamento por neoplasia maligna]*. Opção 1: Codifique *[QC40.5 História pessoal de neoplasia maligna de trato urinário]*. Opção 2: Codifique *[QC40.5 História pessoal de neoplasia maligna de trato urinário]* como outra condição e pós-coordene o código-base *[2C94.Z Neoplasias malignas da bexiga, não especificadas]* para especificar que a história pessoal está relacionada ao câncer da bexiga. Consulte a Seção **2.23.16 Codificação de "História de" e "História familiar de"**. Condição principal: **QA06**. Outra condição: Opção 1: **QC40.5**; Opção 2: **QC40.5/2C94.Z**.

## Neoplasias malignas de localizações primárias múltiplas independentes

O código-base para Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias) deve ser usado como a condição principal quando o profissional de saúde registra como a condição principal duas ou mais neoplasias malignas primárias independentes, não sendo nenhuma predominante. Em seguida, opcionalmente, códigos adicionais para identificar as neoplasias individuais podem ser atribuídos como outras condições para identificar as neoplasias malignas primárias individuais registradas pelo profissional de saúde. Códigos de extensão podem ser adicionados a cada código-base das neoplasias malignas primárias para identificar detalhes adicionais da histopatologia e da localização.

### Exemplo 1:

A documentação indica que o paciente tem carcinomatose do peritônio de uma neoplasia primária desconhecida.

Condição principal: Carcinomatose do peritônio.

Codifique a condição principal como **2D91 Metástase de neoplasia maligna no peritônio**. Codifique como outra condição *[2D4Z Neoplasias malignas não especificadas de localizações mal definidas ou não especificadas]*. Condição principal: **2D91**. Outra condição: **2D4Z**.

### Exemplo 2:

Condição principal: Mieloma múltiplo.

Outras condições: Adenocarcinoma primário da próstata.

Codifique a condição principal como *[2A83.1 Mieloma múltiplo]*. Codifique como outra condição *[2C82.0 Adenocarcinoma de próstata]*. Condição principal: **2A83.1**. Outra condição: **2C82.0**.

## Neoplasias malignas não especificadas de localizações não especificadas

Esse código deve ser utilizado apenas quando o profissional de saúde registrou claramente a neoplasia como de localização primária desconhecida ou como neoplasia maligna não especificada, supostamente primária.

## Metástases de neoplasia maligna, localização não especificada

Esse código deve ser usado como a condição principal apenas quando a malignidade está descrita como "metástases disseminadas" ou "carcinoma metastático" (ou outros termos similares descritos na lista de inclusão do código), mas as localizações específicas não estão documentadas.

### 2.23.21.3 Capítulo 03: Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue

Algumas condições classificáveis nesse capítulo podem resultar de medicamentos ou outras causas externas. Os códigos do Capítulo 23 "Causas externas de morbidade ou mortalidade" podem ser usados como códigos adicionais opcionais.

#### Exemplo 1:

Paciente em tratamento prolongado com o medicamento trimetoprima é admitido e tratado para anemia por deficiência de folato induzida por trimetoprima. Condição principal: Anemia por deficiência de folato induzida por trimetoprima. Codifique a condição principal como [3A02.4 Anemia por deficiência de folato induzida por drogas] e pós-coordene com o código de causa externa [PL00 Drogas, medicamentos ou substâncias biológicas associadas às lesões ou danos no uso terapêutico] e o código de causa externa [PL13.2 Lesão ou dano relacionado às drogas no contexto de administração ou dosagem correta, como modo de lesão ou dano]. O código de extensão [XM7NY9 Trimetoprima] pode ser adicionado opcionalmente para identificar o medicamento. Agrupamento da condição principal: 3A02.4 /PL00&XM7NY9 /PL13.2.

### 2.23.21.4 Capítulo 05: Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas

Algumas condições classificáveis nesse capítulo podem resultar de medicamentos ou outras causas externas. Os códigos do Capítulo 23 "Causas externas de morbidade ou mortalidade" podem ser usados como códigos adicionais opcionais.

#### *Diabetes mellitus*

Quando o profissional de saúde tiver documentado uma condição como sendo devido a diabetes mellitus, pós-coordene a condição e os códigos-base para diabetes mellitus. Se mais de uma condição é documentada como sendo devido a diabetes mellitus, cada conceito clínico distinto (cada condição causada por diabetes) é codificado por si só e pós-coordenado com o código-base para diabetes mellitus, mesmo que isso signifique repetir o código de diabetes em cada agrupamento. (Ver Exemplo 2 abaixo).

#### Exemplo 1:

Condição principal: Insuficiência renal crônica devido a diabetes mellitus tipo 2. Insuficiência renal crônica está documentada como sendo devido a diabetes mellitus. Portanto, codifique como GB61.Z Doença renal crônica, estágio não especificado e pós-coordene com o código-base 5A11 Diabetes mellitus tipo 2. Agrupamento da condição principal: GB61.Z/5A11

## Exemplo 2:

Condição principal: Diabetes tipo 1 com nefropatia diabética Outra condição: Catarata diabética Codifique a condição principal como [5A10 Diabetes mellitus tipo 1](#) pós-coordenada com o código-base [GB61.Z Doença renal crônica, estágio não especificado](#). Codifique como outra condição [9B10.21 Catarata diabética](#) pós-coordenada com o código-base [5A10 Diabetes mellitus tipo 1](#).

Agrupamento da condição principal: [5A10/GB61.Z](#) Agrupamento de outras condições: [9B10.21/5A10](#).

## Síndrome carcinoide

Esse código não deve ser utilizado como o código preferencial para a condição principal se uma neoplasia carcinoide é registrada, a menos que o episódio de atenção tenha sido dirigido predominantemente para a própria síndrome endócrina.

### 2.23.21.5 Capítulo 06: Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento

#### *Demência*

Sempre codifique a etiologia de base, se documentada.

### 2.23.21.6 Capítulo 08: Doenças do sistema nervoso

Certas condições classificáveis nesse capítulo podem resultar dos efeitos de drogas ou outras causas externas. Os códigos do Capítulo 23 "Causas externas de morbidade ou mortalidade" podem ser usados como códigos adicionais opcionais.

#### *Efeitos tardios de doença cerebrovascular*

Esses códigos não devem ser usados como preferenciais para a "condição principal" se a natureza da condição residual está registrada. Consulte a Seção [2.23.18 Codificação de condições documentadas como sequelas \(efeitos tardios\)](#).

#### *Sintomas paralíticos*

Esses códigos não devem ser usados como preferenciais para a condição principal se a causa atual está registrada, a menos que o episódio de atenção tenha sido direcionado especificamente para paralisia.

## Exemplo 1:

O paciente é admitido com hemiplegia do lado esquerdo e, após a investigação, é determinado que se deve a um acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Condição principal: Acidente vascular cerebral isquêmico agudo com hemiplegia. Codifique a condição principal como [8B11.5 Acidente vascular cerebral devido a causa desconhecida](#) e pós-coordene o código-base [MB53.Z Hemiplegia, não especificada](#). Um código de extensão opcional para especificar [XK8G Esquerdo](#) pode ser adicionado. Agrupamento da condição principal: [8B11.5/MB53.Z&XK8G](#).

## Exemplo 2:

O paciente foi admitido para treinamento de reabilitação por paralisia da perna esquerda resultante de infarto cerebral há três anos. Condição principal: Paralisia da perna esquerda. Codifique a condição principal como [MB55.Z Monoplegia da extremidade inferior, não especificada](#) e um código de extensão opcional para especificar [XK8G Esquerdo](#) pode ser adicionado. Pós-coordene o código-base [8B25.0 Efeitos tardios de acidente vascular cerebral isquêmico](#). Agrupamento da condição principal: [MB55.Z&XK8G/8B25.0](#).

### 2.23.21.7 Capítulo 09: Doenças do sistema visual

#### *Deficiência visual incluindo cegueira*

Esses códigos não devem ser usados como preferenciais para a condição principal se a causa está registrada, a menos que o episódio de atenção tenha sido direcionado especificamente para a cegueira.

### 2.23.21.8 Capítulo 10: Doenças da orelha ou do processo mastoideo

#### *Deficiência auditiva adquirida*

Esses códigos não devem ser usados sozinhos se a causa está registrada, a menos que o episódio de atenção tenha sido direcionado especificamente para a perda auditiva.

### 2.23.21.9 Capítulo 11: Doenças do aparelho circulatório

#### *Hipertensão secundária*

Esse código não deve ser usado como o código preferencial para a condição principal se a causa está registrada. Ao codificar a causa, a hipertensão secundária é usada como um código adicional (em um agrupamento) para indicar que essa manifestação foi relevante no contexto do tratamento.

### 2.23.21.10 Capítulo 15: Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo

Muitas condições musculoesqueléticas são tratadas sem o conhecimento da doença de base. Nesses casos, apenas a condição musculoesquelética é codificada.

### 2.23.21.11 Capítulo 18: Gravidez, parto ou puerpério

#### *JA05 Complicações consequentes a aborto, gravidez ectópica ou molar*

Esses códigos não devem ser usados como preferenciais para a condição principal, exceto quando um novo episódio de atenção é feito exclusivamente para o tratamento de uma complicação, por exemplo, uma complicação atual de um aborto anterior. Esses códigos podem ser usados como um código adicional opcional com os códigos de "Gravidez que termina em aborto" para identificar as complicações associadas e dar maiores detalhes sobre a complicação.

#### **Exemplo 1:**

Condição principal: Gravidez tubária rota causando choque.

Outras condições: -

Especialidade: Ginecologia.

Codifique a condição principal como *JA01.1 Gravidez tubária* e, como o choque está documentado como uma complicação da gravidez tubária, pós-coordene *JA05.3 Choque consequente a aborto, gravidez ectópica ou molar*.

Agrupamento da condição principal: *JA01.1/JA05.3*.

#### **Exemplo 2:**

A paciente é diagnosticada com endometrite após aborto espontâneo que foi diagnosticado e tratado em um episódio de atenção anterior.

Condição principal: Endometrite após aborto espontâneo.

Especialidade: Ginecologia.

Este exemplo representa um novo episódio de atenção exclusivamente para o tratamento de uma complicação atual de um aborto espontâneo prévio. Portanto, codifique a condição principal como [JA05.0](#) *Infecção do trato genital ou pélvica consequente a aborto, gravidez ectópica ou molar*. Nenhum outro código é necessário uma vez que o aborto ocorreu durante um episódio de atenção prévio.

Condição principal: [JA05.0](#).

### *Parto*

A utilização desses códigos para descrever a "condição principal" deve ser limitada aos casos em que a única informação registrada é um enunciado de parto ou o método do parto. Esses códigos podem ser usados como códigos adicionais para indicar um método ou tipo de parto quando nenhuma outra classificação de procedimentos está sendo utilizada para esse fim.

### **Exemplo 3:**

A paciente é admitida em trabalho de parto e dá à luz um recém-nascido saudável sem complicações.

Condição principal: Parto normal.

Outras condições: -

Procedimento: Parto vaginal espontâneo.

Codifique [JB20.Z](#) *Parto único espontâneo, não especificado* como a "condição principal" e pós-coordene com [QA46.0](#) *Nascimento único, nativo*.

Agrupamento da condição principal: [JB20.Z/QA46.0](#)

### **Exemplo 4:**

Uma paciente com histórico de cesariana prévia é admitida em trabalho de parto. Uma tentativa de trabalho de parto não é bem-sucedida para o parto vaginal devido à parada da fase ativa e é realizada uma cesariana de repetição não planejada.

Condição principal: Falha de tentativa de trabalho de parto, não especificada.

Outras condições: Inércia uterina secundária.

Procedimento: Cesariana.

Codifique [JB0D.8](#) *Falha de tentativa de trabalho de parto, não especificada* como a "condição principal" e pós-coordene [JB02.1](#) *Inércia uterina secundária* porque o profissional de saúde documentou a causa da falha de tentativa de trabalho de parto. Codifique [JB22.Z](#) como outra condição para indicar o método do parto.

Agrupamento da condição principal: [JB0D.8/JB02.1](#).

Outra condição: [JB22.Z](#).

### **Exemplo 5:**

Uma paciente, que se sabe ter uma gravidez de gêmeos, é admitida em trabalho de parto e dá à luz dois recém-nascidos saudáveis.

Condição principal: Parto múltiplo, todos espontâneos.

Outras condições: Gêmeos, ambos nascidos vivos.

Procedimento: Parto espontâneo.

Codifique [JB24.0 Parto múltiplo, todos espontâneos/QA46.2](#).

Agrupamento da condição principal: [JB24.0/QA46.2](#).

### **Exemplo 6:**

A paciente é admitida em trabalho de parto com 38 semanas de gestação. No exame, não foi possível detectar a frequência cardíaca do feto.

Condição principal: Assistência prestada à mãe por morte fetal.

Outras condições: -

Procedimento: Parto espontâneo.

Codifique como [JA86.3 Assistência prestada à mãe por morte intrauterina](#) e pós-coordene com [XT6G Duração da gestação superior a 36 semanas completas]. Codifique como outra condição [JB20.Z Parto único espontâneo, não especificado](#) para indicar o método do parto.

Condição principal: [JA86.3 & XT6G](#)

Outra condição: [JB20.Z](#).

*Certas doenças maternas classificáveis em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto ou o puerpério*

Essas subcategorias fornecidas devem ser usadas como códigos de "condição principal" preferencialmente para categorias fora do Capítulo 18 "Gravidez, parto ou puerpério", quando as condições tiverem sido informadas pelo profissional de saúde porque complicaram a gravidez, ou foram agravadas pela gravidez ou foram o motivo dos cuidados obstétricos. Os códigos pertinentes de outros capítulos podem ser utilizados como códigos adicionais opcionais para permitir a especificação da condição. A pós-coordenação se aplica quando o código adicional para especificar a condição é codificado.

### **Exemplo 7:**

A paciente é admitida com 28 semanas de gestação com toxoplasmose.

Condição principal: Toxoplasmose.

Outras condições: Gravidez.

Codifique [JB63.6Z Doenças por protozoários complicando a gravidez, o parto ou o puerpério, não especificadas](#) como a condição principal e, opcionalmente, codifique [1F57.Z Toxoplasmose, não especificada](#) para identificar a doença por protozoários específica que está complicando a gravidez. Quando o código adicional para identificar a complicação específica é codificado, a pós-coordenação se aplica, pois [1F57.Z](#) está adicionando mais detalhes/especificidade ao código-base [JB63.6Z](#).

Agrupamento da condição principal: [JB63.6Z/1F57.Z](#).

## **2.23.21.12 Capítulo 21: Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte**

As categorias desse capítulo não devem ser usadas como códigos de "condição principal", a menos que o sintoma, sinal ou achado clínico tenha sido claramente a condição principal tratada ou investigada durante o episódio de atenção. Os códigos desse capítulo não devem

ser atribuídos quando um diagnóstico explicativo é determinado durante o episódio de atenção.

### 2.23.21.13 Capítulo 22: Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas

Quando múltiplas lesões são registradas e nenhuma está indicada como a "condição principal", codifique uma das categorias previstas para os enunciados de múltiplas lesões de:

- mesmo tipo para a mesma região do corpo;
- diferentes tipos para a mesma região do corpo; e
- mesmo tipo para diferentes regiões do corpo

e pós-coordene os códigos-base que descrevem cada lesão individual.

Observe as seguintes exceções:

- para lesões internas registradas com lesões superficiais e/ou ferimentos abertos, codifique as lesões internas como a "condição principal";
- para fraturas dos ossos do crânio e da face com lesão intracraniana associada, codifique a lesão intracraniana como a "condição principal";
- para hemorragia intracraniana registrada com outras lesões na cabeça apenas, codifique a hemorragia intracraniana como a "condição principal"; e
- para fraturas informadas com ferimentos abertos na mesma localização, codifique a fratura como a "condição principal".

Quando são utilizadas as categorias de lesões múltiplas, os códigos para cada lesão individual informada podem ser usados como códigos adicionais opcionais no mesmo agrupamento.

#### Exemplo 1:

Paciente sofreu lesões na bexiga e na uretra após uma agressão. Condição principal: Lesão da bexiga e da uretra. Outras condições: - Codifique como a condição principal [NB92.8 Lesão de múltiplos órgãos pélvicos](#) e pós-coordene os códigos-base para [NB92.2Z Lesão da bexiga, não especificada](#) e [NB92.3Z Lesão da uretra, não especificada](#), pois esses códigos estão adicionando mais detalhes/especificidade a [NB92.8](#). Agrupamento da condição principal: [NB92.8/NB92.2Z/NB92.3Z](#).

#### Exemplo 2:

Paciente, que conduzia uma motocicleta, perdeu o controle na via pública e caiu. As investigações revelaram um ferimento intracraniano aberto com hemorragia cerebelar. Condição principal: Ferimento intracraniano aberto com hemorragia cerebelar. Outras condições: - Codifique a condição principal como [NA07.82 Hemorragia traumática no cerebelo](#). Codifique a outra condição [NA07.Y Outra lesão intracraniana especificada](#).

### 2.23.21.14 Capítulo 23: Causas externas de morbidade ou mortalidade

Esses códigos não devem ser usados como os códigos de "condição principal". São previstos como códigos adicionais para identificar a causa externa de condições classificadas no



Capítulo 22, e também podem ser usados como códigos adicionais opcionais com condições classificadas em qualquer outro capítulo, mas que tenham uma causa externa.

#### **2.23.21.15 Capítulo 24: Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde**

Há alguns episódios de atenção à saúde que não estão relacionados ao tratamento ou à investigação de doenças ou lesões atuais (p. ex., monitoramento de condições previamente tratadas, visitas de imunização, aconselhamento relacionado com a saúde). Em tais circunstâncias, um código para a condição principal pode ser potencialmente encontrado no Capítulo 24 "Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde".

#### **2.23.22 Condições da Medicina Tradicional - Módulo 1 (MT1)**

A Medicina Tradicional (MT) é parte integrante dos serviços de saúde prestados em muitos países. A padronização internacional com a inclusão de condições da Medicina Tradicional na CID permite medir, contar, comparar, formular perguntas e monitorar seu uso ao longo do tempo. O capítulo suplementar da CID-11 sobre os transtornos e padrões da Medicina Tradicional (MT1) foi concebido para ser usado em conjunto com os conceitos da Medicina Ocidental dos capítulos 1 a 25 da CID.

Assim como em outros capítulos da CID, o capítulo MT1 é uma ferramenta para classificar, diagnosticar, contar, comunicar e comparar as condições da MT, e também auxiliará a pesquisa e a avaliação destinadas a avaliar a segurança e a eficácia da MT. Esse capítulo não julga ou endossa a prática da MT ou a eficácia de qualquer intervenção da MT.

#### **2.23.23 Uso na Medicina Tradicional**

##### **Informação em nível regional, nacional e internacional:**

- Contabilizar episódios de atenção para transtornos e/ou padrões da Medicina Tradicional da mesma forma que para doenças da Medicina Ocidental para fins de relatório de dados de morbidade
- Contabilizar episódios de atenção por parte de profissionais da Medicina Tradicional que podem usar uma combinação de terminologia da Medicina Ocidental e da Medicina Tradicional
- Descrever e quantificar a utilização dos serviços da Medicina Tradicional e os motivos de contato
- Monitorar o uso de recursos para serviços da Medicina Tradicional
- Padronizar as descrições de transtornos e padrões entre clínicos, profissionais e codificadores da MT

##### **Pesquisa:**

- Facilitar a pesquisa baseada em evidências sobre a segurança e a eficácia das intervenções da Medicina Tradicional
- Permitir a pesquisa clínica dentro da estrutura da Medicina Tradicional e integrar a Medicina Ocidental e a Medicina Tradicional
- Compreender as inter-relações entre as doenças da Medicina Ocidental e os transtornos e padrões da Medicina Tradicional
- Estudar os padrões e resultados de tratamento para transtornos e padrões específicos usando a CID-11 em conjunto com classificações de procedimentos específicos de cada país e o componente da MT da Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI)

#### **Reembolso de *casemix* e seguro:**

- Há precedentes na China, Japão e Coreia do uso de classificações existentes da Medicina Tradicional (com ou sem conceitos da Medicina Ocidental) para reembolsos aos hospitais e reivindicações de seguro, e para medidas de custos clínicos.
- A incorporação da Medicina Tradicional como um capítulo da CID-11 permite um escopo muito maior para a descrição das condições dos pacientes (doenças, transtornos [MT1] e padrões [MT1] nos capítulos da Medicina Ocidental e da MT1), bem como complicações e comorbidades.

#### **Qualidade e segurança da atenção:**

- A padronização do uso de códigos que refletem a qualidade e a segurança da atenção entre as doenças da Medicina Ocidental e os transtornos da MT1 permitirá que os profissionais da MT interpretem os dados da CID-11 sobre qualidade, segurança e eficácia da atenção.

#### **Educação:**

- Capacitar os profissionais da MT com relação à padronização do diagnóstico
- Capacitar os clínicos e codificadores da MT na aplicação e interpretação dos dados da CID-11

#### **Padronização da terminologia para uso em registros de saúde eletrônicos:**

- Permitir o registro e a extração de dados de forma mais consistente e eficiente
- Permitir a codificação assistida por computador dos transtornos e padrões da MT1

### **2.23.24 Instruções de codificação para condições da Medicina Tradicional - Módulo 1 (MT1)**

Os códigos do capítulo da Medicina Tradicional podem ser usados em todos os âmbitos (internação hospitalar ou atenção ambulatorial no hospital ou na comunidade), mas não devem ser usados para informar a causa da morte. Ao codificar na atenção primária, os transtornos e padrões podem não estar totalmente desenvolvidos, portanto, pode ser mais

viável identificar o motivo do contato em vez da condição principal e das condições associadas.

Princípios gerais:

- Consulte todas as partes do registro do paciente, incluindo resumo de alta, histórico, exame físico, investigações, dados laboratoriais, tratamentos e diagnósticos finais.
- A codificação deve referir-se aos motivos do tratamento durante esse episódio e não é necessário que descreva todo o histórico de vida do paciente, a menos que uma condição passada afete a atenção atual.
- Seja o mais específico e explícito possível, usando códigos para representar a etiologia, a patologia e as manifestações da condição da MT.
- Use códigos dos capítulos pertinentes da CID para corresponder aos transtornos clínicos anotados no registro do paciente.
- Codifique as condições da MT comprometidas (ou seja, aquelas que não estão bem definidas ou não são aparentes).

A inclusão do capítulo suplementar sobre condições da Medicina Tradicional na CID-11 tem como objetivo promover a integração da MT no sistema de saúde. Portanto, recomenda-se que, sempre que possível, os códigos da MT1 sejam usados em conjunto com os de outros capítulos da CID-11 (Capítulo 01-25) para permitir a comparação do diagnóstico da Medicina Ocidental (MO) com o diagnóstico da Medicina Tradicional.

O esquema de codificação genérico e as opções de codificação alternativas a seguir podem ser usados:

1. Leia o resumo do paciente e o registro médico.
2. Selecione o(s) diagnóstico(s) da MO, o(s) transtorno(s) (MT1) e/ou o(s) padrão(ões) (MT1) da MT1 a ser(em) codificado(s).

<b>Opções</b>	<b>Exemplos</b>	<b>Exemplos de codificação da CID-11</b>
a. Diagnóstico de MO sozinho	Asma	<a href="#">CA23.32</a>
b. Diagnóstico de MO com padrão MT1	Asma	<a href="#">CA23.32</a>
	Padrão de acumulação do catarro turvo no pulmão (MT1)	<a href="#">SF86</a>
c. Diagnóstico de MO com transtorno MT1	Asma	<a href="#">CA23.32</a>
	Transtorno de respiração ruidosa (MT1)	<a href="#">SF81</a>

Pode-se escolher mais de um transtorno (MT1) e mais de um padrão (MT1) do capítulo da MT.

3. Consulte a Ferramenta de Codificação eletrônica ou os Índices Alfabéticos correspondentes para as entradas da MO e da MT1.
4. Vá para a lista tabular para obter o código correspondente. Faça anotações sobre as notas de inclusão e exclusão e as descrições textuais.
5. Atribua o código apropriado e siga as diretrizes específicas para esse código.

A aplicação do esquema de codificação genérico listado acima e das opções de codificação alternativas para um determinado quadro clínico deve levar em conta o contexto regulatório, a prática de codificação e os requisitos específicos do país. Convenções de codificação adicionais podem ser desenvolvidas em resposta às necessidades de informação específicas de cada país (p. ex., codificação da condição principal, uso de códigos de extensão, codificação de neoplasias e lesões, condições crônicas e complicadas, queixas subclínicas ou constitucionais, causa externa de lesão e reação adversa).

## 2.24 Recomendações estatísticas gerais

### 2.24.1 Qualidade dos dados

Para garantir uma alta qualidade, é necessário implementar processos para monitorar a qualidade dos dados codificados. Isso é chamado de Garantia de Qualidade. Nas páginas a seguir, encontram-se algumas sugestões relacionadas à aplicação da Garantia de Qualidade para as estatísticas de mortalidade e morbidade. Como princípio básico, os responsáveis pela coleta e análise dos dados devem estar envolvidos no desenvolvimento dos protocolos para o processamento e a codificação dos dados, assim como na determinação dos outros itens dos dados a serem cruzados entre si. A coleta de dados de qualidade requer um fluxo de trabalho claramente desenhado (desde o registro até a codificação e análise) e um treinamento adequado de todas as partes envolvidas. Em particular, todos os participantes precisam entender o processo e sua parte nele. As etapas básicas do fluxo de trabalho incluem:

1. Documentação – É aqui que as informações começam. A identificação de uma condição e, então, sua documentação em um atestado de morte, em um registro médico ou em outro formulário médico devem ser realizadas de forma completa e precisa, usando as melhores evidências possíveis. Por esse motivo, essa parte do fluxo de trabalho geralmente deve ser realizada por um médico bem capacitado.
2. Registro – As informações documentadas devem ser registradas no formato especificado pelas agências responsáveis. Pode haver diferenças na estrutura, prazos e obrigações de registro exigidos, segundo o país e/ou as circunstâncias da coleta de dados.
3. Verificação – Quando se registra informações pouco claras, enunciados incompletos ou incoerentes, deve-se utilizar um ciclo de feedback e retorno de consultas aos atestantes e documentadores.
4. Agrupamento e análise – Ambos servem para agregar dados da forma determinada pelos diversos casos de uso. As regras e as restrições devem ser claramente compreendidas e comunicadas quando a análise é realizada e os resultados são registrados e usados.

### 2.24.2 Especificidade versus códigos mal definidos

As informações registradas devem ser codificadas com o maior nível de detalhe possível. Em alguns casos, os detalhes disponíveis são escassos, documentados de forma incompleta ou são registrados apenas detalhes triviais. Embora a CID forneça categorias para esses casos, essas informações inespecíficas não permitem a compreensão dos padrões epidemiológicos e/ou a utilização dos sistemas de saúde, nem apoiam a prevenção de doenças.

### 2.24.3 Problemas com populações pequenas

O tamanho de uma população é um dos fatores que deve ser considerado quando o estado de saúde de uma população é avaliado por meio de dados de mortalidade ou morbidade.

Em países com população pequena, os números anuais de eventos em muitas categorias serão muito pequenos e poderão flutuar de ano para ano, especialmente quando desagregados por idade e sexo recomendados. Esses problemas podem ser mitigados por meio de uma ou mais das seguintes medidas:

- uso ou apresentação de amplos agrupamentos de rubricas da CID, tais como capítulos
- agregação de dados por um período de tempo mais longo, por exemplo, tomar os dados dos dois anos precedentes juntos com os do ano corrente e produzir um número de "média móvel"
- uso do mais amplo dos agrupamentos de idade

As recomendações que se aplicam a populações nacionais pequenas também valem, em geral, para o registro de dados relacionados a segmentos subnacionais de populações mais amplas. As investigações de assuntos relacionados à saúde em subgrupos populacionais devem levar em consideração o efeito do tamanho de cada um dos subgrupos no tipo de análise usado. Essa necessidade é geralmente reconhecida quando se lida com inquéritos amostrais, mas frequentemente se esquece disso quando a investigação diz respeito aos problemas de saúde de grupos especiais em uma população nacional.

#### **2.24.4 "Caselas vazias" e caselas com baixas frequências**

Independentemente da lista de causas em uso, é possível que nenhum caso de uma ou mais causas listadas ocorra em certas caselas de uma tabela estatística. Quando há muitas linhas vazias em uma tabela, vale a pena considerar a omissão de tais linhas de uma tabela publicada. Quando somente um caso ocasional de uma doença ocorre em um país, a linha pode ser regularmente omitida da tabela estatística publicada e uma nota de rodapé acrescentada para indicar que não havia casos no período de tempo registrado, ou, quando ocorrem casos esporádicos, em que casela o caso teria aparecido. Para caselas com frequências muito baixas, especialmente aquelas que se relacionam com doenças que não se espera que ocorram, é importante estabelecer que os casos existiam e não resultaram de um erro de codificação ou de processamento. Isso deve ser levado a efeito como parte do controle geral de qualidade dos dados.

#### **2.24.5 Precauções necessárias quando as listas de tabulação incluem subtotais**

Nem sempre pode ser aparente para aqueles que processam os dados que alguns itens nas listas de tabulação são, de fato, subtotais ou categorias informadas anteriormente. Esses itens podem incluir títulos de agrupamentos e títulos de categorias de quatro caracteres ou os itens para títulos dos capítulos (nas versões condensadas das listas de tabulação de mortalidade). Essas entradas devem ser ignoradas quando os totais são calculados, caso contrário, os casos podem ser contados mais de uma vez.

#### **2.24.6 Aspectos éticos**

A confidencialidade refere-se à obrigação de não divulgar informações (dados) a terceiros quando essas informações tiverem sido originalmente entregues de forma confidencial.

Esse dever foi codificado no Juramento de Hipócrates no século IV a.C. e segue sendo um dos princípios fundamentais da ética médica. Todas as informações que possam permitir a identificação de uma pessoa específica devem ser visualizadas apenas por pessoas autorizadas a fazê-lo. A autorização significa que uma pessoa tem permissão legal para acessar as informações. Por exemplo, equipe médica, legistas não médicos e codificadores são pessoas que podem estar autorizadas a ver informações sensíveis.

Em geral, a única maneira de as informações confidenciais se tornarem acessíveis ao público é por meio de legislação, estatutos e regulamentos. Ocasionalmente, informações confidenciais podem se tornar domínio público após um determinado período de tempo. Por exemplo, em algumas regiões do mundo, a passagem do tempo pode fazer com que os atestados de morte se tornem assunto de domínio público e, portanto, a exigência de que permaneçam confidenciais não se aplica mais.

O fornecedor autorizado de informações confidenciais deve verificar se a pessoa solicitante é um usuário autorizado e determinar seu nível de autorização. O fornecedor deve ter conhecimento do nível de informações que se pode disponibilizar para o usuário autorizado e tomar as medidas adequadas para se precaver contra a divulgação não autorizada. O usuário autorizado não deve tentar obter acesso a informações que não está autorizado a obter. Além disso, o usuário também deve se precaver contra o acesso não autorizado às informações que lhe foram fornecidas. Isso significa que os usuários devem proteger as informações confidenciais e quaisquer registros dessas informações de forma a impedir o acesso não autorizado. As informações devem ser usadas somente para fins apropriados e devem ser devolvidas conforme previsto. As estruturas legais nacionais, os regulamentos estaduais e locais e as diretrizes institucionais preveem regras e informações específicas sobre como manter a confidencialidade.

#### **2.24.7 Prevenção de possíveis danos**

Uma quebra de confidencialidade pode resultar em danos diretos e graves. Por exemplo, a divulgação de informações sensíveis pode potencialmente levar ao estigma e à discriminação contra um indivíduo. Em contrapartida, um dano maior pode resultar do fato de manter a confidencialidade do que de não o fazer. Algumas circunstâncias podem requerer um julgamento que implica equilibrar os danos ou a divulgação e os interesses do paciente, da pessoa falecida e de outras partes relevantes. Uma pessoa pode sofrer "danos" físicos, sociais ou psicológicos como resultado de uma quebra de confidencialidade. Um diagnóstico confidencial que é violado faz com que o paciente perca a fé ou a confiança no médico, e o paciente pode então sofrer abuso de outra pessoa ou sofrer o estigma associado a determinadas condições. Em outras circunstâncias, a não divulgação das informações confidenciais de uma pessoa pode fazer com que outro indivíduo ou uma comunidade corra o risco de desenvolver uma condição prejudicial ou de ser exposto a uma situação prejudicial.

Trata-se de um conceito difícil e que deve ser abordado de forma ponderada. Conforme mencionado anteriormente, há ocasiões em que é justificável fornecer a outras informações confidenciais, como ao relatar a incidência de doenças transmissíveis. Nesses casos, a comunicação de informações confidenciais geralmente é permitida. Esse é um exemplo de

quando a não divulgação de uma doença poderia causar danos significativos a outras pessoas.

Se for necessário divulgar informações, é preferível entrar em contato com a pessoa correspondente e comunicá-la sobre a necessidade de fazê-lo. Em alguns casos, isso pode não ser possível ou apropriado, e os usuários devem ser orientados por diretrizes legais e institucionais. Os danos que podem ser causados pela divulgação de determinadas informações devem ser considerados. Algumas informações que podem ser particularmente sensíveis incluem testes de doenças e transtornos genéticos, incidência de doenças transmissíveis e resultados de testes de HIV. Às vezes, há solicitações especiais de confidencialidade que podem requerer níveis mais altos de garantias de confidencialidade. Essas solicitações especiais não podem substituir os requisitos legais de divulgação, mas devem ser respeitadas sempre que possível.

#### **2.24.8 Segurança da privacidade - Confidencialidade**

A privacidade refere-se à proteção do controle de um indivíduo sobre quais informações e decisões pessoais podem ou não ser compartilhadas com outros. Por exemplo, quando um médico examina ou conversa com um paciente, isso geralmente é feito em uma área não pública para que as informações fornecidas ao médico pelo paciente não possam ser ouvidas por mais ninguém. Também permite que o médico forneça ao paciente seu diagnóstico em particular. Os dados são compartilhados com o consentimento do paciente ou quando exigido por lei ou legislação. A segurança da privacidade e a confidencialidade dos dados de saúde (e de outros tipos) são geralmente previstas em leis e regulamentos nacionais.



## 2.25 Recomendações em relação às tabelas estatísticas para comparação internacional

As recomendações a seguir visam padronizar a apresentação de dados codificados para permitir comparações nacionais e internacionais entre diferentes países ou regiões.

### 2.25.1 Listas especiais de tabulação recomendadas

Há maneiras padronizadas de listar causas codificadas de acordo com a CID, e há recomendações formais que dizem respeito às listas de tabulação que permitem comparações nacionais e internacionais. A estrutura hierárquica da CID permite considerável flexibilidade para outras possíveis tabulações. Para a mortalidade, a CID inclui listas especiais de tabulação que se destinam às circunstâncias em que a lista de quatro caracteres é muito detalhada, e que foram concebidas para que a comparação internacional de doenças e grupos de doenças significantes não seja comprometida por diferentes agrupamentos usados em diferentes países.

Deve-se observar que as listas especiais de tabulação estão projetadas para a agregação e a apresentação de dados codificados. Não são para fins de codificação.

As listas especiais de tabulação são:

- Lista 1 Lista de tabulação de mortalidade
- Lista 2 Lista de tabulação de morbidade
- Lista 3 Lista Internacional de Tabulação para Morbidade Hospitalar (LITMH)
- Lista 4 Lista condensada de doenças infecciosas por agente
- Lista 5 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)
- Lista 6 Lista de autópsia verbal da OMS

A lista de mortalidade se baseia nos códigos atribuídos para a causa básica da morte.

A lista de morbidade não inclui códigos de condições da medicina tradicional.

### Uso de prefixos para identificar as listas especiais de tabulação

O uso dos prefixos numéricos evita confusão entre as listas especiais de tabulação, pois os códigos de quatro caracteres da CID têm uma letra na segunda posição. Quando uma lista adaptada é usada para propósitos nacionais ou subnacionais, deve-se usar um prefixo alternativo de identificação.

### A lista especial de tabulação para mortalidade

A lista de tabulação de mortalidade fornece itens para cada capítulo da CID e, dentro de muitos capítulos, também identifica os itens com itens residuais intitulados "Restante de ...", que completam a cobertura do respectivo capítulo. A lista abrange toda a gama de códigos de quatro caracteres da CID aplicáveis à mortalidade, necessários para fins de relatório e publicação.

### Listas preparadas em nível local para mortalidade

A lista de tabulação de mortalidade fornece para muitos países informação suficiente acerca das mais importantes doenças e causas externas de morte. As listas preparadas em nível local também facilitam a comparação no decorrer do tempo e a observação de alterações nas frequências relativas de, por exemplo, doenças infecciosas e doenças degenerativas, à medida que os programas de saúde têm efeito. Permitem comparações entre áreas subnacionais e subgrupos de população. Além disso, tornam possíveis relevantes comparações internacionais de causas de morte.

Listas semelhantes às listas especiais de tabulação também podem ser preparadas para uso local. As rubricas da CID em tais listas podem ser selecionadas e agrupadas de qualquer maneira. Listas especiais podem ser necessárias, por exemplo, para monitorar o progresso, em termos de mortalidade e também morbidade, de muitos programas locais de saúde. Ao adaptar as listas especiais de tabulação para as necessidades nacionais, ou quando uma lista de tabulação se destina a um projeto novo ou especial, é conveniente realizar um teste contando o número de casos para cada categoria de quatro caracteres. Desse modo, é possível determinar quais condições são apropriadas para um agrupamento amplo e onde subcategorias são necessárias.

Quando se constrói uma lista local, a chave para as categorias condensadas deve conter os mesmos códigos de quatro (ou cinco) caracteres da classificação nuclear.

### **A lista especial de tabulação para morbidade**

A lista especial de tabulação de morbidade foi planejada para servir de base para listas nacionais e para comparação dentro e entre países. As listas nacionais podem ser construídas condensando ou expandindo a classificação nuclear da forma que for apropriada. A lista é apropriada para dados sobre a atenção hospitalar e, com uma adaptação adequada (principalmente por meio da agregação de alguns itens e expansão de itens relativos ao Capítulo 21 "Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte" e ao Capítulo 24 "Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde"), para informações advindas de outras fontes, tais como a atenção ambulatorial e os inquéritos.

Quando se constrói uma lista local, a chave para as categorias condensadas deve conter os códigos de quatro (ou cinco) caracteres da classificação nuclear. A lista foi elaborada para comparações internacionais de estatísticas de morbidade hospitalar. Essa lista concisa permite a comparação da atividade hospitalar, independentemente dos sistemas de saúde. As condições foram selecionadas de forma que sempre possam ser tratadas em uma internação de pelo menos 24 horas. Se, após o exame das frequências das rubricas de quatro caracteres da CID, há a necessidade de expandir a lista, alguns dos itens dentro das categorias da CID podem ser subdivididos de acordo com a classificação nuclear ou mesmo até o nível de cinco caracteres. Se a lista recomendada é muito detalhada ou há a necessidade de uma lista mais curta, deve-se fazer uma seleção de acordo com as preocupações de saúde nacional ou local. Dependendo do "perfil epidemiológico" do país, as categorias podem ser combinadas para encurtar a lista.

## 2.25.2 Notificação internacional de morbidade

A notificação internacional de morbidade e a comparação de dados entre diferentes países requerem definições acordadas internacionalmente de:

- pacientes internados, recodificação de pacientes-dia, pacientes ambulatoriais
- hospital
- episódio de tratamento
- motivo do contato usado em vez de diagnóstico

Veja a Seção 1.4 para mais informações.

### 2.25.2.1 Conjunto mínimo de dados e marcação para pós-coordenação

Um conjunto mínimo de dados adequado para a comparação internacional incluiria idade, sexo, diagnóstico principal (motivo da admissão após a avaliação no final da internação) e o setor de saúde (hospital, profissional de saúde, outro), sendo idealmente acompanhado pelas definições vigentes para as variáveis mencionadas anteriormente, e a intervenção principal. Em um conjunto de dados ampliado, o ideal é que os diagnósticos e intervenções adicionais sejam relatados em campos de dados separados. A marcação para a notificação internacional de códigos pós-coordenados em agrupamentos seguirá as especificações abaixo:

- uma barra inclinada "/" separa 2 códigos-base
- um símbolo "&" vincula os códigos-base com os códigos de extensão
- um agrupamento pode consistir em um único código ou uma condição com detalhes adicionais em um agrupamento
- código-base & código de extensão & código de extensão

Dois condições não relacionadas terão dois agrupamentos:

- código-base - código-base

Dois agrupamentos com múltiplos códigos:

- código-base & código de extensão/código-base & código de extensão & código de extensão

Exemplo 1:

Diabetes mellitus / Retinopatia diabética

Exemplo 2:

Fraturas múltiplas do antebraço / fratura da diáfise do cúbito [ulna] & fratura composta / fratura da diáfise do rádio & fratura composta / código de causa externa

### 2.25.3 Apresentação de tabelas estatísticas

O grau de detalhe na classificação cruzada por causa, sexo, idade e área geográfica dependerá tanto do propósito quanto da amplitude dos relatórios estatísticos e dos limites práticos de sua tabulação. Os seguintes padrões, que são delineados para promover a comparabilidade internacional, apresentam modos padronizados de expressar várias características. Quando uma classificação diferente é usada em tabelas publicadas (p. ex., nos grupos etários), deve ser redutível a um dos agrupamentos recomendados.

- (a) A análise pela Classificação Internacional de Doenças deve, quando apropriado, estar de acordo com:
  - a lista detalhada de categorias de quatro caracteres, com ou sem subcategorias de cinco caracteres;
  - a lista especial de tabulação para mortalidade;
  - a lista especial de tabulação para morbidade.
- (b) Classificação por idade para propósitos gerais:
  - menores de 1 ano, de 1 a 4 anos, grupos quinquenais de 5 a 84 anos, 85 anos e mais, 95 anos e mais;
  - menores de 1 ano, 1-4 anos, 5-14 anos, 15-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos, 65-74 anos, 75 anos e mais;
  - menores de 1 ano, 1-14 anos, 15-44 anos, 45-64 anos, 65 anos e mais.
- (c) Classificação por área deve, quando apropriado, estar de acordo com:
  - cada divisão civil principal;
  - cada cidade ou agregado urbano de população de 1 milhão ou mais, ou a cidade maior com população de ao menos 100 mil;
  - um agregado nacional de áreas urbanas de população de 100 mil ou mais;
  - um agregado nacional de áreas urbanas de população de menos de 100 mil;
  - um agregado nacional de áreas rurais.

**Nota 1.** As estatísticas que se referem a (c) devem incluir as definições usadas para determinar urbano e rural.

**Nota 2.** Em países em que o atestado médico da causa de morte é incompleto ou limitado a certas áreas, os números para mortes que não tiverem sido atestadas pelo médico devem ser publicados separadamente.

#### 2.25.3.1 Tabulação de causas de morte

As estatísticas de causas de morte para uma área definida devem estar de acordo com a recomendação "Tabelas estatísticas" (a)(1) acima, ou, se não é possível, com a recomendação "Tabelas estatísticas" (a)(2).

As mortes devem ser preferivelmente classificadas por sexo e grupo etário como na recomendação "Tabelas estatísticas" (b)(3).

As estatísticas de causas de morte para áreas na recomendação "Tabelas estatísticas" (c) devem estar de acordo com a recomendação "Tabelas estatísticas" (a)(2), ou, se não é possível, com a recomendação "Tabelas estatísticas" (a)(3). Devem preferivelmente ser tabuladas por sexo e grupo etário como na recomendação "Tabelas estatísticas" (b)(2).

### 2.25.3.2 Mortalidade por lesões

Tradicionalmente, a mortalidade por lesões faz distinção entre as lesões causadas por:

- Violência interpessoal e abuso sexual
- Violência coletiva, incluindo guerras, insurreições civis e tumultos
- Incidentes de trânsito
- Incidentes em casa, no trabalho e durante a prática de esportes e outras atividades recreativas

No contexto da mortalidade, a OMS recomenda que sejam mantidos os códigos para a lesão principal e para as causas externas. Nos locais em que isso não seja viável, o código de causa externa deve ser mantido. Para mortes relacionadas a lesões, na CID-11 o código de causa externa é o único código de causa básica da morte e incorpora a intenção, o mecanismo e o objeto do falecido em um único código. O local de ocorrência e a atividade são codificados separadamente.

### 2.25.4 Padrões e requisitos de notificação relacionados à mortalidade em períodos perinatal e neonatal

#### 2.25.4.1 Termos usados na mortalidade perinatal ou neonatal

**O período perinatal** começa em 22 semanas completas de gestação e termina com sete dias completos após o nascimento, ou seja, inclui os dias 0 a 6 após o nascimento.

**O período neonatal** começa no nascimento e termina com 28 dias completos após o nascimento, ou seja, inclui os dias 0 a 27 após o nascimento.

**A idade gestacional** é a duração da gestação estimada com base na melhor estimativa obstétrica da gestação, que geralmente é expressa em semanas completas com dias adicionais, ou em dias completos.

**A melhor estimativa obstétrica da gestação** é baseada na estimativa final da gestação pelo profissional que acompanhou a gestação, calculada a partir do tempo decorrido desde o primeiro dia de gestação. O primeiro dia de gestação é geralmente determinado por:

- 1) o primeiro dia da última menstruação (DUM) 1 se confirmado pelos resultados da ultrassonografia precoce;
- 2) por ultrassonografia precoce, quando a DUM e os resultados da ultrassonografia precoce diferem;
- 3) pela DUM e/ou pela estimativa clínica pós-natal da idade gestacional, quando não há ultrassonografia precoce disponível.

Em casos de reprodução assistida, quando a data de transferência dos embriões é conhecida, uma compensação de 14 dias deve ser adicionada para o cálculo da idade gestacional.

A idade gestacional é contada por dias corridos, em que o dia zero (dia 0) é usado para se referir ao primeiro dia de gestação e o dia 1 para o segundo dia corrido. O primeiro dia de gestação, ou seja, o dia 0, corresponde à idade gestacional "zero semanas completas" com zero dias adicionais (idade gestacional 0+0 semanas completas), e 6 dias depois seria a idade gestacional 0+6 semanas completas.

O número de semanas completas é calculado como o número de dias desde o primeiro dia de gestação dividido por 7, apresentado como um número inteiro mais um resto. Por exemplo, o dia 8 depois da gestação corresponde a 1+1 semanas completas, e o dia 252 corresponde a 36+0 semanas completas, e 6 dias depois (258 dias) seria 36+6.

**Peso ao nascer** é a primeira medida de peso do feto ou recém-nascido obtida após o nascimento. Para nascidos vivos, o peso ao nascer deve ser medido preferivelmente durante a primeira hora de vida antes que ocorra significativa perda de peso pós-natal.

**A idade cronológica** usada para registrar mortes no período neonatal é contada da seguinte forma: Dia 0 é usado para se referir às primeiras 24 horas após o nascimento. Dia 1 é o restante do segundo dia corrido (data da morte=data de nascimento+1), mas fora das primeiras 24 horas. Dia 2 é o terceiro dia corrido (data da morte=data de nascimento+2).

Quando não é possível capturar informações sobre as horas no momento da morte, o dia 0 deve ser considerado o dia do nascimento (a data de nascimento é igual à data da morte) e, subsequentemente: Dia da morte = Data da morte - data de nascimento.

#### 2.25.4.2 Definições da mortalidade perinatal e neonatal

*Morte fetal, aborto espontâneo, natimorto, nascido vivo, morte neonatal*

A morte no período perinatal ou neonatal deve ser contada com base no momento do parto (ou seja, uma expulsão ou extração completa do corpo de uma mulher), embora possa ser diagnosticada mais cedo no útero. A remoção de um embrião ou feto pode ocorrer de forma espontânea, assistida ou por cesariana (ou seja, inclui a interrupção deliberada de uma gravidez em curso por meios médicos ou cirúrgicos com a intenção de resultar em um nascimento vivo), enquanto deve ser claramente diferenciada do aborto induzido.

- **Morte fetal** é a morte de um feto antes da sua expulsão ou extração completa do corpo de uma mulher, independentemente da duração da gestação.
- **Aborto espontâneo** (ou **aborto natural**) é uma perda espontânea da gravidez (ou seja, do embrião ou do feto) antes de 22 semanas completas de gestação.
- **Natimorto** é a morte de um feto, antes da expulsão ou da extração completa do corpo de uma mulher, com 22 ou mais semanas completas de gestação.
- **Nascido vivo** é a expulsão ou extração completa do corpo de uma mulher de um feto, independentemente da duração da gravidez, que, após tal separação, apresenta sinais de vida.
- **Morte neonatal** é uma morte após o nascimento vivo que ocorre durante o período neonatal.

A morte de um embrião ou feto pode ser diagnosticada no útero pela ausência de sons cardíacos, confirmada por técnicas de imagem quando disponíveis, ou após a expulsão ou extração completa do corpo de uma mulher pela ausência de sinais de vida. Os sinais de vida no nascimento incluem a respiração, batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical e movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. A atividade reflexa fugaz observada apenas no primeiro minuto após o nascimento não justifica a classificação como um sinal de vida.

Notas para notificação nacional e internacional (ver também [2.25.4.5](#)):

- As definições e os critérios de notificação referentes ao limite inferior para mortes fetais ou abortos espontâneos podem diferir em função das distintas legislações nacionais (geralmente, o período embrionário de gestação reconhecido clinicamente tem duração até a 12<sup>a</sup> semana completa, mas outro limite legal nacional poderia ser estabelecido para fetos de, por exemplo, 11 ou 13 semanas). Qualquer limite inferior deve ser especificado nas estatísticas produzidas.
- Recomenda-se a produção de estatísticas para todas as mortes fetais e todas as mortes após nascidos vivos, embora os critérios de notificação possam diferir em função das distintas legislações nacionais.
- Para a notificação internacional, recomenda-se notificar os natimortos de 28 ou mais semanas completas de gestação (natimortos tardios) e todas as mortes após nascidos vivos. Recomenda-se que os países com capacidade para notificar natimortos de 22 ou mais semanas completas de gestação (natimortos precoces) o façam.
- Quando informações sobre a idade gestacional não estão disponíveis para aborto espontâneo ou natimorto, use como critério o peso ao nascer inferior a 500 gramas.

#### *Interrupção artificial da gravidez*

- **A interrupção artificial da gravidez** é a expulsão ou extração completa do corpo de uma mulher de um embrião ou feto (independentemente da duração da

gravidez), após uma interrupção deliberada de uma gravidez em curso por meios médicos ou cirúrgicos, que não tem a intenção de resultar em um nascimento vivo.

A interrupção artificial de uma gravidez em curso é regulamentada por lei e pode ser referida como aborto legal, aborto induzido, redução fetal ou outras terminologias. Desde que atenda à definição de interrupção artificial da gravidez, deve ser considerada separadamente do aborto espontâneo ou do natimorto e claramente diferenciada nas estatísticas.

Embora sinais transitórios de vida possam ser evidentes após alguns casos de interrupção artificial da gravidez nas últimas semanas de gestação, tais casos nunca devem ser codificados como aborto espontâneo ou nascidos vivos.

#### **2.25.4.3 Outras terminologias usadas no registro e na apresentação da mortalidade perinatal ou neonatal**

*Morte fetal (ou seja, independentemente da idade gestacional; o limite inferior, se houver, deve ser indicado)*

- **Morte fetal antes do parto** é a morte fetal antes do início do trabalho de parto. Se o estado vital do feto no início do trabalho de parto é desconhecido, considere que foi pré-parto se há presença de sinais de maceração no momento do parto.
- **Morte fetal intraparto** é uma morte fetal durante o trabalho de parto. Se o estado vital do feto no início do trabalho de parto é desconhecido, considere que foi



intraparto se há aparência de pele fresca ou na ausência de sinais de maceração no momento do parto.

#### *Natimortos (ou seja, 22 ou mais semanas completas)*

- **Natimorto precoce** é o natimorto de 22 a 27 semanas completas de gestação.
- **Natimorto tardio** é o natimorto com 28 ou mais semanas completas de gestação.
- **Natimorto antes do parto** é o natimorto após a morte fetal antes do parto (ou seja, antes do início do trabalho de parto).
- **Natimorto intraparto** é o natimorto após a morte fetal intraparto (ou seja, durante o trabalho de parto).
- **Natimorto macerado** é o natimorto com presença de sinais de maceração no momento do parto.
- **Natimorto recente** é o natimorto com aparência de pele fresca e ausência de sinais de maceração no momento do parto.

#### *Período de gestação*

- **Pré-termo** é menos de 37 semanas completas (menos de 259 dias) de gestação.
- **Termo** é de 37 semanas completas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) de gestação.
- **Pós-termo** é 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais) de gestação.

#### *Peso ao nascer*

- **Extremo baixo peso ao nascer** é um peso ao nascer inferior a 1.000 g (até 999 g, inclusive).
- **Muito baixo peso ao nascer** é um peso ao nascer inferior a 1.500 g (até 1.499 g, inclusive).
- **Baixo peso ao nascer** é um peso ao nascer inferior a 2.500 g (até 2.499 g, inclusive).
- **Alto peso ao nascer** é um peso ao nascer igual ou superior a 4.000 g e inferior a 4.500 g (até 4.499 g, inclusive).
- **Excepcionalmente grande peso ao nascer** é um peso ao nascer de 4.500 g ou mais.

#### *Morte neonatal*

- **Uma morte neonatal precoce** é uma morte durante os primeiros 7 dias completos após o nascimento vivo (dias 0 a 6).
- **Uma morte neonatal** é uma morte durante os primeiros 28 dias completos após o nascimento vivo (dias 0 a 27).

#### *Total de nascimentos*

- **Total de nascimentos** é o total de natimortos e nascidos vivos. Se o limite inferior de natimorto é estabelecido de forma diferente de 22 semanas, por exemplo, 28 semanas para notificação internacional, isso deve ser claramente indicado.

#### **2.25.4.4 Certificação de natimortos e nascidos vivos no período neonatal**

A confiabilidade das estimativas de mortalidade relacionadas a crianças depende da precisão e da integridade do registro e da notificação de nascimentos e mortes. Um atestado de morte deve ser emitido para todas as mortes fetais, independentemente de sua ocorrência ser espontânea ou deliberada, e para todas as mortes neonatais após nascidos vivos.

A subnotificação e a classificação incorreta são comuns, especialmente no caso de natimortos e mortes neonatais precoces. Os países devem organizar os procedimentos de registro e notificação de tal modo que os eventos e os critérios para sua inclusão nas estatísticas possam ser facilmente identificados.

Os dados de mortes fetais que atendem aos requisitos para o registro de natimortos devem ser incluídos nas estatísticas de mortalidade, mas devem ser claramente diferenciados das mortes neonatais após nascidos vivos. Siga as instruções em 2.25.4.5 para obter detalhes, quando não está claro se o atestado se refere a um natimorto ou a uma morte neonatal após um nascimento vivo.

A interrupção artificial da gravidez também deve ser incluída nas estatísticas de mortalidade, mas deve ser claramente diferenciada do aborto espontâneo ou de natimortos.

#### *O modelo internacional de atestado médico de causa de morte e informações adicionais*

Com a atualização do Modelo internacional de atestado médico de causa de morte em 2016, apenas um atestado é usado para todos os casos, incluindo natimortos (ver 2.15). É preciso ter cuidado para preencher corretamente a seção específica para mortes perinatais no atestado. O atestado de morte perinatal anteriormente recomendado deve ser substituído pelo modelo na Seção 2.15, e as mortes perinatais devem ser codificadas de acordo com as instruções gerais de codificação de mortalidade.

Embora não sejam exigidas para a codificação da CID-11, informações adicionais mencionadas em 2.15 podem ser úteis para o monitoramento das mortes perinatais e infantis de um país ou região.

#### *Nível de detalhes para registro*

A idade gestacional e o peso ao nascer devem ser registrados para todos os nascidos vivos e natimortos com o grau de precisão com que são medidos.

A idade gestacional deve ser registrada com o número de semanas completas, no mínimo, e, quando possível, também deve ser incluída uma variável adicional que capture o número de dias.

Embora as tabulações estatísticas incluam agrupamentos de 500 g para o peso ao nascer, os pesos não devem ser registrados nesses agrupamentos. O peso real deve ser registrado com o grau de precisão com que é medido.

A idade cronológica no momento da morte durante as primeiras 24 horas de vida (dia 0) deve ser registrada em unidades de minutos completos ou de horas completas de vida. Para

o segundo (dia 1), terceiro (dia 2) e até 27 dias completos de vida, a idade à morte deve ser registrada em dias. Recomenda-se que esses dados sejam coletados como parte de um conjunto mínimo de dados perinatais.

#### **2.25.4.5 Critérios de notificação para morte fetal, natimorto e nascido vivo**

No mínimo, todos os natimortos e mortes após nascidos vivos com 22 ou mais semanas completas de gestação ( $\geq 154$  dias) devem ser incluídos nas estatísticas, embora os requisitos legais para o registro possam variar em função das distintas legislações nacionais.

Quando não há informação disponível sobre a idade gestacional, os critérios correspondentes para o peso ao nascer (500 g ou mais) devem ser usados.

Quando a idade gestacional e o peso ao nascer não são conhecidos, por exemplo, quando apenas o comprimento cabeça-calcanhar ou a idade gestacional estimada com base no exame físico está disponível, ou quando não há nenhuma dessas informações, o evento deve ser incluído nas estatísticas de mortalidade do período perinatal ao invés de excluído.

Quando as mortes fetais e/ou mortes neonatais com  $<22$  semanas completas de gestação (ou  $<500$  g) são incluídas nas estatísticas perinatais, devem ser apresentadas separadamente dos natimortos e/ou mortes neonatais com 22 ou mais semanas completas de gestação, e deve ser indicado o limite inferior para inclusão nas estatísticas perinatais no contexto, por exemplo, "20 semanas completas de gestação" ou "sem limite inferior de idade gestacional".

Observe que os critérios de notificação acima não se aplicam à interrupção artificial da gravidez, que é definida independentemente da duração da gravidez e deve ser apresentada separadamente da morte fetal, do natimorto ou do nascido vivo.

#### *Critérios para a notificação internacional*

Em estatísticas para comparação internacional, a inclusão de mortes fetais e nascidos vivos com idades gestacionais extremamente baixas compromete a validade das comparações e não é recomendada. Portanto, os critérios para a notificação internacional de natimortos e/ou mortes neonatais são definidos em 28 semanas completas ou mais, enquanto os países são incentivados a fornecer também, sempre que possível, dados de 22 semanas completas ou mais.

### **Quadro 1**

<b>Idade gestacional (semanas completas)</b>	<b>Peso ao nascer (gramas)</b>	<b>Recomendações para o registro de dados</b>
<22 (gestação muito inicial)	<500	Necessário apenas para estatísticas nacionais de mortalidade neonatal. Quando usado para abortos espontâneos, deve ser registrado separadamente das estatísticas perinatais e deve ser indicado o limite inferior de idade gestacional para a coleta de dados
22-27 (gestação inicial)	500 ou mais	Para estatísticas nacionais, e para estatísticas internacionais de países com capacidade para informar sobre mortes na gestação inicial (natimortos e mortalidade neonatal)
28 ou mais (gestação tardia)	1.000 ou mais	Para estatísticas internacionais (natimortos e mortalidade neonatal)
Idade gestacional desconhecida	Peso ao nascer desconhecido	Inclua nas estatísticas somente quando há uma alta probabilidade de que o natimorto ou a morte neonatal tenha ocorrido segundo os critérios definidos, por exemplo, 28 ou mais semanas para estatísticas internacionais

#### 2.25.4.6 Apresentação estatística da mortalidade perinatal, neonatal, infantil ou em menores de cinco anos

Para estatísticas de mortalidade perinatal, a análise de causas múltiplas em escala ampla de todas as condições registradas será de grande valia.

Os países devem fornecer as taxas listadas abaixo para comparações internacionais:

- **Taxa de natimortos tardios** = (natimortos  $\geq$  28 semanas de gestação/total de nascimentos [natimortos  $\geq$  28 semanas de gestação e nascidos vivos]) x 1.000
- **Taxa de mortalidade neonatal precoce** = (mortes neonatais precoces [dia 0-6]  $\geq$  28 semanas de gestação/nascidos vivos  $\geq$  28 semanas de gestação) x 1.000
- **Taxa de mortalidade perinatal** = (natimortos  $\geq$  28 semanas de gestação e mortes neonatais precoces [dia 0-6]  $\geq$  28 semanas de gestação) /total de nascimentos [natimortos  $\geq$  28 semanas de gestação e nascidos vivos]) x 1.000

*Agrupamentos de idade gestacional para estatísticas de morte fetal com menos de 22 semanas, natimortos e mortalidade neonatal*

<22 semanas completas (<154 dias) N.B. (nota bem) quando a categoria de menos de 22 semanas é usada, o limite inferior incluído deve ser especificado

22 - 27 semanas completas (154 - <196 dias)

28 - 31 semanas completas (196 - 223 dias)

32 - 36 semanas completas (224 - 258 dias)

37 - 41 semanas completas (259 - 293 dias)

42 semanas completas e mais (294 dias e mais)

#### *Agrupamentos de peso ao nascer para estatísticas de morte fetal com menos de 22 semanas, natimortos e mortalidade neonatal*

Por intervalos de peso de 500 gramas, ou seja, 1.000-1.499 gramas etc.

499 gramas ou menos, 500 - 999 gramas, 1.000 - 1.499 gramas, 1.500 - 1.999 gramas, 2.000 - 2.499 gramas, 2.500 - 2.999 gramas, 3.000 - 3.499 gramas, 3.500 - 3.999 gramas, 4.000 - 4.499 gramas, 4.500 - 4.999 gramas, 5.000 gramas ou mais

#### *Agrupamentos por idade cronológica nas estatísticas de mortalidade neonatal*

- *Agrupamentos preferenciais:*  
Por dias individuais para a primeira semana de vida (menos de 24 horas [dia 0], 1, 2, 3, 4, 5, 6 dias), 7-13 dias, 14-20 dias, 21-27 dias
- *Alternativas se os agrupamentos preferenciais não estão disponíveis:*  
Menos de 24 hora, 1-6 dias, 7-27 dias,  
Menos de 7 dias, 7-27 dias
- *Agrupamentos adicionais de idade cronológica para mortes neonatais do dia 0:*  
Menos de 1 hora, 1-11 horas, 12-23 horas

#### **2.25.4.7 Mortalidade em menores de cinco anos**

A mortalidade em menores de 5 anos (taxa de mortalidade em menores de 5 anos – a probabilidade de morrer entre o nascimento e exatamente 5 anos de idade, expressa por 1.000 nascidos vivos) é um indicador importante do nível de saúde infantil, de qualidade de vida, de infraestrutura de saúde e do desenvolvimento geral dos países. Também é o indicador ODS.

#### **2.25.4.8 Mortalidade infantil**

A mortalidade infantil (taxa de mortalidade infantil – a probabilidade de morrer entre o nascimento e exatamente 1 ano de idade, expressa por 1.000 nascidos vivos) é um indicador de qualidade de vida e de infraestrutura de saúde.

#### **2.25.5 Padrões e requisitos de notificação relacionados à mortalidade materna**

A mortalidade materna faz parte da avaliação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que servem para monitorar o impacto do trabalho conjunto da comunidade internacional nesse âmbito.

### 2.25.5.1 Morte materna

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais.

### 2.25.5.2 Morte materna tardia

Morte materna tardia é definida como: a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas, mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.

### 2.25.5.3 Morte materna global

Um agrupamento que combina morte materna e morte materna tardia.

### 2.25.5.4 Mortes obstétricas diretas e indiretas

As mortes maternas, as mortes maternas tardias e as mortes maternas globais são subdivididas em dois grupos:

- Mortes obstétricas diretas: aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, e devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devido a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.
- Mortes obstétricas indiretas: aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

### 2.25.5.5 Morte ocorrida durante a gravidez, parto e puerpério

Morte que ocorre durante a gravidez, parto e puerpério é definida como: a morte de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte (morte obstétrica direta e indireta e não obstétrica).

### 2.25.5.6 Requisitos de registro de mortalidade materna

Com vistas a melhorar a qualidade dos dados de mortalidade materna e fornecer métodos alternativos de coleta de dados sobre mortes durante a gravidez ou relacionadas à gravidez, assim como encorajar o registro de mortes por causas obstétricas ocorrendo mais do que 42 dias após o término da gravidez, a Quadragésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde, em 1990, adotou a recomendação de que os países considerem a inclusão de questões que digam respeito à gravidez atual e à gravidez dentro do ano que precedeu a morte nos atestados de morte.

A classificação também permite o registro de mortes que ocorrem um ano ou mais após o término da gravidez (JB62 Morte por sequelas de causas obstétricas diretas).

#### 2.25.5.7 Notificação internacional de mortalidade materna

Para o propósito da notificação internacional de mortalidade materna, apenas as mortes maternas que ocorrem antes do fim do período de referência de 42 dias devem ser incluídas no cálculo das várias razões e taxas, embora o registro de mortes tardias seja útil para propósitos analíticos nacionais.

#### 2.25.5.8 Numerador, denominador e razões de mortalidade materna publicadas

As razões de mortalidade materna publicadas devem sempre especificar o numerador, que pode ser dado como o número de mortes obstétricas diretas registradas, ou o número de mortes obstétricas registradas (diretas mais indiretas). Observe que casos não codificados no Capítulo 18 também devem ser incluídos no numerador. Estes incluem as categorias apresentadas na "Nota de Exclusão" no início do Capítulo 18, desde que tenham sido agravadas pela gravidez ou, inversamente, agravado a gravidez.

O denominador usado para calcular a mortalidade materna deve ser especificado como o número de nascidos vivos ou o número total de nascimentos (nascidos vivos mais mortes fetais). Quando ambos os denominadores estão disponíveis, deve-se fazer um cálculo para cada um.

Os resultados devem ser expressos como uma razão do numerador em relação ao denominador, multiplicada por k (em que k pode ser 1.000, 10.000 ou 100.000, conforme preferência e indicação do país). As razões e as taxas de mortalidade materna podem, portanto, ser expressas como se segue:

1. Razão de mortalidade materna:  $(\text{Mortes maternas} / \text{Nascidos vivos ou total de nascimentos}) \times k$
2. Razão de mortalidade obstétrica direta:  $(\text{Mortes obstétricas diretas apenas} / \text{Nascidos vivos ou total de nascimentos}) \times k$
3. Razão para mortalidade ocorrida durante a gravidez, parto e puerpério:  $(\text{Mortes ocorridas durante a gravidez, parto e puerpério} / \text{Nascidos vivos}) \times k$

## **3 Parte 3 - Novidades na CID-11**



### 3.1 Novas convenções e terminologia da CID-11

**Quadro 1:** *Principais mudanças da CID-10 para a CID-11, incluindo a fundamentação*

## **CID-10**

### **Esquema de codificação**

Os capítulos são numerados em números romanos.

Categorias de três caracteres, cada uma das quais pode ser dividida em até dez subcategorias de quatro caracteres.

Código alfanumérico com uma letra na primeira posição e um número na segunda, terceira e quarta posições. O quarto caráter segue um ponto decimal.

O primeiro caráter de um código é uma letra e não está relacionado com o número do capítulo. A letra pode ter sido a mesma para dois capítulos curtos (p. ex., Capítulo VII [H00-H5] e Capítulo VIII [H60-H95]), ou duas letras podem ter sido usadas para um capítulo longo (p. ex., Capítulo XIX [S00-T98]).

Categoria residual identificada pelo caráter numérico .8 e categoria não especificada identificada pelo caráter numérico .9.

O conceito de agrupamento de código não existe na CID-10.

### **Terminologia**

## **CID-11**

Os capítulos são numerados em algarismos arábicos.

O código-base (categoria) tem quatro caracteres e há dois níveis de subcategorias.

Código alfanumérico com uma letra na segunda posição e um número na posição do terceiro caráter para diferenciar dos códigos da CID-10. A inclusão de um número forçado na posição do terceiro caráter evita a grafia de "palavras indesejáveis". Uma letra na posição do segundo caráter permite a distinção clara entre um código da CID-11 e um da CID-10. Os códigos alfanuméricos abrangem o intervalo de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Os códigos que começam com "X" indicam um código de extensão (ver Capítulo Códigos de extensão). As letras "O" e "I" foram omitidas para evitar confusão com os números "0" e "1".

O primeiro caráter do código sempre se refere ao capítulo. Um primeiro caráter de 1 a 9 é usado para os capítulos 01 a 09, e para os capítulos 10 a 26 o primeiro caráter é uma letra. O intervalo de códigos de um mesmo capítulo sempre tem o mesmo caráter na primeira posição. Por exemplo, 1A00 é um código do capítulo 01, e BA00 é um código do capítulo 11.

A letra terminal "Y" está reservada para a categoria residual "outra especificada" e a letra terminal "Z" está reservada para a categoria residual "não especificada".

A CID-11 admite a pós-coordenação e a vinculação de códigos dentro de um agrupamento de códigos.

**CID-10**

Uma série de expressões é usada para descrever uma relação causal entre as condições em um título de código.

Uma série de expressões que indicam a simultaneidade de duas condições em um título de código (p. ex., "em" ou "com").

**CID-11**

O termo preferido é "devido a" para categorias em que duas condições são mencionadas e existe uma sequência causal. Outros termos, como "causado por" ou "atribuído a", podem ser sinônimos permitidos. A expressão "secundário a" é equivalente e também pode ser incluída como sinônimo.

O termo preferido é "Associado a" para categorias em que duas condições são mencionadas e não há uma sequência causal implícita.

**Sistema Cruz-Asterisco e subclassificações adicionais**

<b>Sistema cruz-asterisco</b>	<b>CID-10</b>	<b>CID-11</b>
	A CID-10 (e a CID-9) usava o sistema cruz-asterisco para descrever a condição etiológica para a tabulação primária (código cruz) e a manifestação clínica, a localização relevante e/ou outros aspectos (código asterisco). Além disso, havia conjuntos de códigos usados para acrescentar mais detalhes (p. ex. B95-B97) ou listas de subclassificações para acrescentar detalhes anatômicos às categorias.	Os equivalentes na CID-11 dos códigos asterisco (ou seja, os códigos para manifestações) e outros códigos que serviram para acrescentar detalhes podem ser encontrados no Capítulo 21 "Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte", no Capítulo X "Códigos de extensão" ou no capítulo de um aparelho orgânico conforme apropriado. Os códigos de extensão incluem grupos de capítulos de anatomia, agentes, histopatologia e outros aspectos que podem ser usados para adicionar detalhes a um código.
<b>Uso de múltiplos códigos para uma condição/subclassificações adicionais</b>	Mais de uma categoria pode ser usada para especificar mais detalhes para outra categoria. Por exemplo, agentes infecciosos (B95-B97) ou os códigos asterisco.	Pós-coordenação - O uso de múltiplos códigos (ou seja, códigos-base e/ou códigos de extensão) em conjunto para descrever completamente um conceito clínico documentado.
<b>Instrução "Codifique também"</b>	As notas "Use um código adicional, se desejar, para identificar" estavam presentes para sugerir uma codificação opcional.	As instruções "Codifique também" informam sobre informações adicionais que devem ser codificadas em conjunto com determinadas categorias porque essas informações adicionais são relevantes para a tabulação primária.

O sistema cruz e asterisco foi removido na CID-11, mas a funcionalidade de codificar a etiologia e a manifestação permanece. Vários códigos asterisco que eram usados

anteriormente para identificar as manifestações de doenças agora estão listados no Capítulo 21 "Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte". Uma parte dos códigos asterisco anteriores também está no capítulo do aparelho orgânico correspondente. Os códigos asterisco que eram repetições do código cruz foram removidos. As listas para codificação de detalhes anatômicos opcionais foram agrupadas em uma seção no Capítulo X "Códigos de extensão".

### **Outras diferenças gerais**

#### **CID-11**

Descrição da categoria	Todas as categorias da CID-11 têm uma descrição curta e uma longa. A descrição curta descreve o significado da categoria em 100 palavras ou menos e aparece na versão impressa da classificação. A descrição longa não tem restrição de tamanho e inclui informações detalhadas que aparecem no modelo de conteúdo.
Modelo de conteúdo	Todas as categorias da CID-11 incluem informações separadas sobre anatomia, etiologia e outros aspectos que podem ser acessadas para fins de busca ou ao navegar na lista tabular da CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (MMS).

Continuam existindo as listas especiais de tabulação da CID-10, mas há duas adicionais, a Lista de Mortalidade Inicial (SMoL) e a lista para autópsia verbal. Tabulações especiais adicionais podem ser derivadas da nova técnica de múltiplas entidades-mãe, por exemplo, todas as doenças de notificação compulsória da OMS, listando todas as condições que são atribuídas à seção correspondente do capítulo de doenças infecciosas.

Para morbidade, a definição de diagnóstico principal foi alterada para ser "o motivo da admissão, após a avaliação no final da internação". Essa definição é menos propensa a interpretações, e os países que mudaram da definição "o maior consumo de recursos" para o "motivo da admissão no final da internação" usando a CID-10, notaram apenas pequenas mudanças em suas estatísticas de atividade.

#### **3.1.1 Descrição Curta**

A descrição é uma caracterização curta (máximo de 100 palavras) da entidade que expressa aspectos que são sempre verdadeiros sobre uma doença ou condição e necessários para entender o escopo da rubrica. As descrições não contêm elementos destinados ao uso no nível 3 (epidemiologia comum) ou elementos que possam ser verdadeiros para o nível 4 (critérios clínicos). As descrições eram anteriormente denominadas "definições curtas".

#### **3.1.2 Informações adicionais**

Trata-se de um campo de texto que não é obrigatório, mas que pode conter qualquer informação adicional sobre as doenças ou condições incluídas na entidade, ou sobre suas características. Esse campo de texto fornece mais contexto para a entidade. Por exemplo, as circunstâncias epidemiológicas mais comuns, agentes etiológicos supostos ou altamente prováveis, ou outras informações que podem nem sempre ser verdadeiras, mas podem ser

comuns, típicas ou esperadas. As informações adicionais eram formalmente denominadas "definição longa".

### **3.1.3 Estrutura do código**

Os códigos da CID-11 são alfanuméricos e abrangem o intervalo de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Os códigos que começam com "X" indicam um código de extensão (ver Códigos de extensão). A inclusão de um número forçado na posição do terceiro carácter evita a grafia de "palavras indesejáveis". Uma letra na posição do segundo carácter permite a distinção clara entre um código da CID-11 e um da CID-10. Para obter mais informações, consulte a seção [1.2.4.1 Estrutura dos códigos](#).

## 3.2 Estrutura dos Capítulos da CID-11

A linearização de referência internacional é a CID-11 MMS – CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (MMS). É utilizada para codificar e notificar doenças ou causas de morte para comparação internacional. Sua denominação destaca seus dois principais casos de uso. Essa linearização central está dividida em 28 capítulos, dos quais 25 se referem a condições de saúde similares às versões anteriores da CID, enquanto outro capítulo serve para identificar causas externas de morbidade e mortalidade, e outro inclui conceitos da Medicina Tradicional. Por último, há duas seções adicionais de uso opcional, uma para os códigos de extensão a fim de acrescentar mais detalhes para diferentes dimensões de uma doença, como a anatomia, para marcar uma condição como presente na admissão ou que uma doença tenha sido relevante na história familiar (ver a Seção [Códigos de extensão]), e a outra para a avaliação de funcionalidade a fim de fornecer um conjunto de códigos para a avaliação e a pontuação na CID usando domínios de funcionalidade da CIF de alto poder explicativo (ver a Seção [3.2.27 Seção V – Seção suplementar para avaliação de funcionalidade](#)).

A CID-11 tem cinco novos capítulos. Nesse sentido, a numeração dos capítulos foi alterada. Os novos capítulos são:

- Capítulo 03 "Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue" e Capítulo 04 "Doenças do sistema imune". As condições que afetam o sistema imune e as condições que afetam o sangue encontram-se agora em dois capítulos separados.
- Capítulo 07 "Transtornos de sono-vigília". Os transtornos de sono-vigília foram reagrupados nesse novo capítulo.
- Capítulo 17 "Condições relacionadas à saúde sexual". As condições sexuais foram agrupadas nesse novo capítulo.
- Capítulo 26 "Capítulo suplementar - Condições da Medicina Tradicional - Módulo 1". Foi adicionado um capítulo para a Medicina Tradicional.

A seguir, é apresentada uma visão geral dos princípios organizativos e da estrutura de classificação (hierarquia) de cada um dos 26 capítulos. A estrutura revisada e os novos conjuntos de funcionalidades da CID-11 foram o resultado da incorporação de atualizações científicas e da maior relevância das classificações para a informatização.

### 3.2.1 Capítulo 01 – Algumas doenças infecciosas ou parasitárias

Estrutura do Capítulo 01

#### 3.2.1.1 Capítulo 01 – Estrutura do Capítulo 01

O capítulo lista primeiro os agrupamentos de doenças infecciosas por síndromes clínicas, em seguida, agrupam outras infecções por modo de transmissão e, então, lista as infecções restantes por seu agente. Algumas condições de grande interesse para a saúde pública estão listadas no mesmo nível. As variantes das condições do capítulo que ocasionalmente podem apresentar-se como infecções localizadas são codificadas principalmente neste capítulo. As infecções que são primariamente localizadas, e nas quais o agente geralmente é desconhecido, ou não relevante, ou há uma etiologia mista, encontram-se nos capítulos dos

aparelhos orgânicos. Os agentes infecciosos frequentes podem ser listados como categorias individuais de entidades-filha sob a infecção localizada. Em alguns casos, as infecções podem estar igualmente localizadas no capítulo de doenças infecciosas e no capítulo de um aparelho orgânico. Nesses casos, foi escolhida a decisão que gera menos mudanças (legado da CID-10). Alguns agrupamentos têm também por objetivo poder codificar informações imprecisas relatadas com frequência, como é o caso da meningite e encefalite e das infecções respiratórias.

Uma lista especial de tabulação agrupa as infecções por agentes e destina-se apenas para tabulação e notificação.

### **3.2.1.2 Capítulo 01 – Fundamentação para o Capítulo 01**

O propósito da estrutura do Capítulo 01 é minimizar o impacto nas estatísticas longitudinais de infecções importantes, para permitir a notificação das principais infecções que têm um sintoma principal comum (p. ex., diarreia) sem mencionar um agente específico. A influenza, embora afete visivelmente o trato respiratório, afeta múltiplas partes do corpo e também é um importante problema de saúde pública. Por esse motivo, foi transferida para o capítulo de doenças infecciosas. As doenças priônicas podem ser transmissíveis, genéticas ou surgir espontaneamente. São doenças raras que afetam apenas o sistema nervoso. Muitas são hereditárias. A presença de um gene específico é um pré-requisito para o desenvolvimento de uma doença priônica. Em vista desses fatos, decidiu-se manter as doenças priônicas agrupadas e transferir todo o grupo para o capítulo de neurologia.

### **3.2.1.3 Resistência Antimicrobiana**

As partes da CID relacionadas à Resistência Antimicrobiana (RAM) foram criadas para apoiar o Sistema Global de Vigilância da Resistência Antimicrobiana. Os patógenos prioritários são identificados em combinações com substâncias antimicrobianas atualmente relevantes. A seção sobre a RAM foi elaborada para permitir a pós-coordenação de outras combinações de substâncias e agentes em um agrupamento. A seção encontra-se no Capítulo 21 "Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte", de modo que a doença ou o agente subjacente é sempre codificado em conjunto com a categoria de RAM. A CID e o sistema de vigilância concentram-se em específicas combinações de patógenos e substâncias marcadoras. No entanto, o desenho da CID permite a codificação do padrão completo de suscetibilidade a antibióticos, se desejado. Para a tabulação, os códigos de RAM devem ser informados em combinação com a doença infecciosa. Quando apenas uma condição pode ser informada, a doença infecciosa deve ser mantida. No entanto, em nível nacional, o conjunto de doenças infecciosas e o número de casos de RAM entre os casos de infecção devem ser tabulados.

## **3.2.2 Capítulos 02 – Neoplasias**

### **3.2.2.1 Capítulo 02 – Estrutura do Capítulo 02**

A hierarquia geral do Capítulo 02 consiste no seguinte:



- 1º nível - Comportamento
- 2º nível - Localizações ou sistemas amplos
- 3º nível - Localização específica
- 4º nível - Tipo morfológico (histológico)

Há três grupos que representam uma exceção à hierarquia acima. Esses grupos são:

1. Neoplasias do cérebro e sistema nervoso central
  - 1º nível - Localizações amplas
  - 2º nível - Comportamento - tipo morfológico (histológico)
2. Neoplasias de tecidos hematopoiéticos e linfoides
  - 1º nível - Tipo morfológico (histológico) amplo
  - 2º nível - Tipo morfológico (histológico) específico
3. Neoplasias malignas mesenquimais
  - 1º nível - Tipo morfológico (histológico) específico
  - 2º nível - Localização

### 3.2.2.2 Capítulo 02 – Fundamentação para o Capítulo 02

Os avanços na oncologia demonstraram claramente que uma categorização baseada unicamente na localização de tumores malignos e benignos fornece informações limitadas para a prevenção, o tratamento e o prognóstico de pessoas afetadas por um tumor. A CID-10 incluiu um número limitado de categorias baseadas na histopatologia (p. ex., algumas neoplasias linfoides, melanoma).

Na CID-11, as principais localizações tumorais têm primeiro subdivisões de histopatologia. Os grupos escolhidos foram baseados em uma análise de relatório internacional de mortalidade e morbidade, registros de câncer e relatórios clínicos. As seções reformuladas foram revisadas para ver se faltavam detalhes em relação aos casos de uso da CID.

Manter os principais eixos anatômicos intactos permite a retrocompatibilidade. No entanto, a estrutura foi ajustada em alguns pontos para corresponder às subdivisões anatômicas da classificação TNM (Tumor, Nódulo e Metástase) (<https://www.uicc.org/resources/tnm>).

Para tumores do sistema nervoso central, a distinção histológica e de comportamento entre benigno e maligno é uma zona cinzenta. Dessa forma, foi decidido retirar todos os tumores do sistema nervoso central da estrutura básica do comportamento e agrupá-los.

O campo dos marcadores genéticos está mudando rapidamente. Enquanto para alguns tumores esses marcadores são usados há muitos anos, para outros, esse não é o caso. Dessa forma, com exceção dos tumores hematológicos, os marcadores genéticos não foram incluídos e não foram usados para a classificação. No entanto, estão incluídos no Capítulo X "Códigos de extensão" e podem ser adicionados como pós-coordenação ao código

correspondente do capítulo de neoplasias para descrever completamente a entidade tumoral pertinente.

### **3.2.3 Capítulo 03 – Doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue**

#### **3.2.3.1 Capítulo 03 – Estrutura do Capítulo 03**

Este novo capítulo (anteriormente parte do Capítulo III na CID-10) tem três seções principais:

- Anemias ou outros transtornos eritrocitários
- Defeitos da coagulação, púrpura ou outras condições hemorrágicas ou relacionadas
- Doenças do baço

As neoplasias de tecidos hematopoiéticos e linfóides encontram-se primariamente no Capítulo 02 "Neoplasias", enquanto os Sintomas, sinais ou achados clínicos do sangue ou dos órgãos formadores do sangue ou do sistema imune encontram-se primariamente no Capítulo 21.

#### **As duas primeiras seções principais compreendem a seguinte hierarquia:**

- 1º nível - Anemias e distúrbios de coagulação
- 2º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno
- 3º nível - Congênita versus adquirida
- 4º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

#### **A terceira seção principal compreende a seguinte hierarquia:**

- 1º nível - Doenças do baço
- 2º nível - Congênita versus adquirida
- 3º nível - Tipo específico de doença/transtorno

#### **3.2.3.2 Capítulo 03 – Fundamentação para o Capítulo 03**

Para o Capítulo 03, houve uma reorganização do capítulo dentro de uma visão clínica das doenças do sangue, uma visão etiológica das doenças do sangue e das doenças do baço. As anemias agora estão todas sob um mesmo grupo, com um grupo separado para "Defeitos da coagulação, púrpura ou outras condições hemorrágicas ou relacionadas".

### **3.2.4 Capítulo 04 – Doenças do sistema imune**

#### **3.2.4.1 Capítulo 04 – Estrutura do Capítulo 04**

Este novo capítulo (anteriormente parte do Capítulo III na CID-10) tem as seguintes seções:

Imunodeficiências

Transtornos sistêmicos não específicos de órgãos

- 1º nível - Ser os principais agrupamentos acima
- 2º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno

3º nível - Tipo específico de doença/transtorno  
4º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

1º nível - Transtornos autoinflamatórios  
2º nível - Síndrome específica

1º nível - Condições alérgicas ou de hipersensibilidade  
2º nível - Categoria ampla para aparelhos orgânicos

1º nível - Algumas doenças envolvendo o sistema imune  
2º nível - Tipo específico de doença/transtorno  
3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

Doenças do timo

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno

### **3.2.4.2 Capítulo 04 – Fundamentação para o Capítulo 04**

Para o Capítulo 04, há novas seções para os transtornos do sistema imune que diferem da seção anteriormente localizada no Capítulo III da CID-10. Para o sistema imune, são classificadas principalmente por síndrome clínica e, em uma visão alternativa, as condições do sistema imune são mostradas por linha celular. Uma seção para Condições alérgicas ou de hipersensibilidade foi incluída neste capítulo. De modo geral, foram acrescentados mais detalhes ao capítulo.

### **3.2.5 Capítulo 05 – Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas**

#### **3.2.5.1 Capítulo 05 – Estrutura do Capítulo 05**

O Capítulo 05 tem quatro seções principais:

1. Doenças endócrinas
  - 2º nível - Glândula específica ou sistema hormonal
  - 3º nível - Doença/transtorno específico
2. Transtornos nutricionais
  - 2º nível - Categorias amplas de doenças/transtorno
  - 3º nível - Doença/transtorno específico
3. Distúrbios metabólicos
  - 2º nível - Categorias amplas de doenças/transtorno
  - 3º nível - Doença/transtorno específico
4. Transtornos endócrinos ou metabólicos pós-procedimento

## 2º nível - Doença/transtorno específico

As neoplasias do sistema endócrino encontram-se primariamente no Capítulo 02 "Neoplasias" e os Sintomas, sinais ou achados clínicos das doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas encontram-se primariamente no Capítulo 21.

### 3.2.5.2 Capítulo 05 – Fundamentação para o Capítulo 05

Há uma maior padronização internacional da terminologia das doenças endócrinas que está sendo utilizada para descrever a natureza complexa das condições endócrinas. A intenção é incluir todas as disfunções que levam a um transtorno endócrino específico.

Diabetes mellitus e hiperglicemia intermediária foram ampliados para refletir a terminologia internacional atual. As complicações frequentemente associadas ao diabetes continuaram a ser incluídas na classificação no capítulo do aparelho orgânico apropriado, de acordo com as várias modificações clínicas. As notas "Codifique também" e "Use código adicional" foram incluídas para vincular os tipos de diabetes e as várias complicações, a fim de permitir a adição de códigos para uma maior especificidade.

As fontes de mudança para essa seção basearam-se na atual Classificação de Diabetes Mellitus e Hiperglicemia Intermediária da OMS de 2011 e no Departamento de Doenças Crônicas, Promoção da Saúde, OMS.

O Departamento de Nutrição para a Saúde e o Desenvolvimento da OMS propôs mudanças na seção sobre Transtornos Nutricionais com a orientação do Grupo Consultivo de Especialistas da OMS para a Orientação Nutricional (NUGAG, na sigla em inglês) para atualizações dessa seção da classificação. Os distúrbios metabólicos agora têm base etiológica e foram classificados em três áreas distintas: "Erros inatos do metabolismo", "Distúrbios de absorção e transporte de metabólitos" e "Distúrbios do equilíbrio de fluidos, eletrólitos e ácido-base", seguindo a orientação clínica recebida das relevantes sociedades internacionais para as doenças metabólicas.

### 3.2.6 Capítulo 06 – Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento

#### 3.2.6.1 Capítulo 06 – Estrutura do Capítulo 06

A hierarquia do Capítulo 06 consiste em:

1º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

#### 3.2.6.2 Capítulo 06 – Fundamentação para o Capítulo 06

A estrutura linear geral do capítulo Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento proposto para a CID-11 tem sido um tema de discussões substanciais e abrangentes por parte do Grupo Consultivo Temático para Saúde Mental, bem como de amplas interações com a Associação Americana de Psiquiatria em relação à

recém-publicada Quinta Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (1), desde a nomeação inicial do Grupo Consultivo em 2007.

A arquitetura adequada de uma classificação diagnóstica de transtornos mentais e comportamentais é uma questão que recebeu considerável atenção durante a revisão (p. ex., 2-4). Um dos princípios norteadores da CID-11 é que deve refletir as evidências científicas atuais sobre as relações entre os transtornos (5) em vez de conceitos antiquados, como "neurose", que têm um construto e uma validade preditiva pouco satisfatórios. Além disso, um objetivo importante do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS para a revisão atual é melhorar a utilidade clínica dessa parte da CID-11 (6, 7). Como a CID-11 utiliza uma estrutura de codificação diferente, que não se baseia em um sistema de numeração decimal, de modo que um número maior de blocos ou agrupamentos pode ser acomodado dentro do capítulo, surgiu uma oportunidade importante de alinhar a classificação com a pesquisa e a prática clínica atuais em termos de como os agrupamentos de transtornos são representados.

Três correntes de trabalho fornecem a fundamentação e as evidências para a estrutura linear dos Transtornos Mentais e Comportamentais na CID-11.

### **Revisões de evidências pelos Grupos de Trabalho para Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento da CID-11**

A primeira corrente de trabalho está relacionada ao resultado das revisões de evidências pelos 14 Grupos de Trabalho reportando ao Grupo Consultivo, cada um dos quais realizou várias reuniões presenciais durante um período de pelo menos dois anos. Os Grupos de Trabalho foram solicitados a analisar as evidências científicas disponíveis e outras informações sobre a aplicação clínica de classificações em vários ambientes em todo o mundo, e a fornecer evidências e uma fundamentação para seus agrupamentos, bem como o conteúdo e a disposição das categorias dentro deles. Esse trabalho resultou em manuscritos descrevendo a fundamentação da maioria dos agrupamentos de transtornos, que foram publicados ou submetidos a periódicos revisados por pares (p. ex., 8-15). O espaço não permite detalhar aqui a fundamentação e a base de evidências para cada mudança estrutural, mas essas informações, no que se refere a qualquer decisão específica, podem ser fornecidas mediante solicitação com base no material gerado pelos Grupos de Trabalho.

### **Estudos de Campo Formativos sobre a Utilidade Clínica da Estrutura Linear**

A segunda corrente de trabalho relevante para a estrutura linear dos Transtornos Mentais e Comportamentais concentrou-se na utilidade clínica e está representada por dois estudos de campo formativos realizados pela OMS e o Grupo de Coordenação de Estudos de Campo reportando ao Grupo Consultivo (16, 17). O propósito desses estudos era examinar as conceitualizações dos profissionais de saúde mental em todo o mundo sobre as relações entre os transtornos mentais para informar as decisões sobre a estrutura da classificação. Do ponto de vista da utilidade clínica, especialmente em termos de melhoria da interface entre as informações de saúde e a prática clínica, as características mais importantes e desejáveis da organização de uma classificação são: (a) auxilia os médicos no momento do contato com os pacientes a identificar da forma mais rápida, fácil e intuitiva possível as

categorias que descrevem com mais precisão os pacientes; e (b) as categorias de diagnóstico assim obtidas fornecem informações clinicamente úteis sobre o tratamento e conduta. Uma classificação de transtornos mentais que seja difícil e complicada de implementar na prática clínica e que não forneça informações de valor imediato para o médico não tem esperança de ser implementada com precisão no nível do contato em ambientes reais de atenção à saúde. Nesse caso, a prática clínica não será orientada pela padronização e operacionalização de conceitos e categorias que são inerentes à classificação, e oportunidades importantes de melhoria da prática e avaliação de resultados serão perdidas. Por sua vez, um sistema de diagnóstico que se caracteriza pela baixa utilidade clínica no nível do contato não pode gerar dados baseados nesses contatos que venham a ser uma base válida para programas e políticas de saúde, ou para estatísticas de saúde global. A fundamentação desses dois estudos era que se as maneiras pelas quais os médicos conceituavam a organização dos transtornos mentais como encontrado em sua prática clínica diária fossem (a) consistentes em todos os países, idiomas e disciplinas, e (b) distintas da organização da CID-10, então, essas informações poderiam ser usadas para criar uma classificação de transtornos mentais que correspondia mais estreitamente à organização cognitiva de categorias por parte dos médicos e, portanto, seria mais intuitiva e eficiente para uso em ambientes reais de atenção à saúde.

O primeiro estudo de campo formativo (17) foi um estudo baseado na Internet, administrado em inglês e espanhol, do qual participaram 1.371 psiquiatras e psicólogos de 64 países. O segundo estudo de campo formativo (16) envolveu a administração presencial de uma tarefa padronizada de classificação e formação de hierarquia para 517 profissionais de saúde mental em oito países e cinco idiomas. Ambos os estudos constataram que o mapa conceitual dos médicos sobre os transtornos mentais era racional e altamente estável na profissão, idioma e nível de renda do país. Além disso, ambos os estudos constataram que a estrutura proposta para os transtornos mentais e comportamentais na CID-11 era mais consistente com os modelos conceituais dos médicos do que a estrutura da CID-10 ou do DSM-IV. O segundo estudo também demonstrou claramente que os médicos preferiam uma estrutura "mais plana" com um número maior de agrupamentos em comparação com uma estrutura mais hierárquica com menos agrupamentos como encontrada na CID-10.

### **Harmonização com o DSM-5**

A terceira corrente de trabalho está relacionada aos esforços para harmonizar a estrutura do capítulo da CID-11 sobre Transtornos Mentais e Comportamentais com a estrutura do DSM-5, sempre que possível. De modo geral, o alto grau de semelhança entre a estrutura geral do DSM-5 (1) e a estrutura linear proposta para os Transtornos Mentais e Comportamentais da CID-11 representa um grande sucesso do esforço de harmonização entre a CID e o DSM. As diferenças relativamente menores estão relacionadas principalmente a:

1. propostas para combinar as classificações dos aspectos "orgânicos" e "não orgânicos" de condições tais como os transtornos do sono e disfunções sexuais na CID-11 em capítulos separados de forma mais consistente com as evidências e a

prática clínica atuais, o que não era uma opção para o DSM-5 por ser, por definição, uma classificação de transtornos mentais; e

2. diferenças nas convenções relacionadas às categorias residuais e aos transtornos mentais associados a outra doença subjacente na CID-11 em relação às decisões sobre a organização dessas categorias no DSM-5. Informações adicionais sobre a fundamentação para as poucas diferenças substanciais remanescentes na estrutura geral entre as duas classificações estão disponíveis mediante solicitação. Deve-se enfatizar que a semelhança resultante na organização entre os dois sistemas é o produto de vários anos de negociações complexas. Como o DSM-5 já foi publicado, é quase certo que outras mudanças na estrutura da CID-11 levariam a CID-11 na direção de uma menor similaridade e harmonização com o DSM-5.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T. Jr., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for

- DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*, 39, 1993–2000.
3. Jablensky, A. (2009). A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2099–2103.
  4. Wittchen, H.-U., Beesdo, K., & Gloster, A. T. (2009). A new meta-structure of mental disorders: A helpful step into the future or a harmful step back to the past? *Psychological Medicine*, 39, 2083–2089.
  5. Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179.
  6. Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457–464.
  7. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86–92.
  8. Al-Adawi, S., Baks, B., Bryant-Waugh, R., Claudino, A.M., Hay, P., Monteleone, P., et al. (2013). Revision of ICD- status update on feeding and eating disorders. *Advances in Eating Disorders*, 1, 10-20.
  9. Creed, F., & Gureje, O. (2012). Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*, 24, 556-567.
  10. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24, 568-577.
  11. Gaebel, W. (2012). The status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 895-898.
  12. Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., et al. (2013). Diagnosis off classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198-206.
  13. Maj M., & Reed, G.M. (Eds.) (2012). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry*, 11(Suppl. 1).
  14. Poznyak, V., Reed, G.M., & Clark, N. (2011). Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-5. *Addiction*, 106, 868-870.
  15. Rutter, M.C. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 647-660.
  16. Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., et al. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1191-1212.
  17. Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., et al. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11:



Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24, 578-590.

### **3.2.7 Capítulo 07 – Transtornos de sono-vigília**

#### **3.2.7.1 Capítulo 07 – Estrutura do Capítulo 07**

O Capítulo 07 é um novo capítulo da CID-11. Contém os Transtornos de sono-vigília que anteriormente estavam localizados nos capítulos do sistema respiratório, de neurologia ou saúde mental. Ao combinar esses transtornos em um único capítulo, é possível incluir mais detalhes para muitos dos transtornos relacionados ao sono. A hierarquia consiste em:

1º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

#### **3.2.7.2 Capítulo 07 – Fundamentação para o Capítulo 07**

Como os Transtornos de sono-vigília pertencem a uma área de sobreposição entre saúde mental, transtornos neurológicos e condições pulmonares, foi tomada a decisão de reuni-los em um único capítulo.

### **3.2.8 Capítulo 08 – Doenças do sistema nervoso**

#### **3.2.8.1 Capítulo 08 – Estrutura do Capítulo 08**

1º nível - Combinação de doenças, transtornos e localizações e combinações de ambos.

2º nível - Combinação de subcategorias de tipo específico de doença ou transtorno e, às vezes, localização.

#### **3.2.8.2 Capítulo 08 – Fundamentação para o Capítulo 08**

A CID-11 apresenta uma importante reformulação na organização dos blocos que compõem o capítulo de neurologia. O restritivo sistema de codificação decimal da CID-10, com sua capacidade de conter apenas 11 blocos de transtornos por capítulo, resultou em blocos contendo entidades neurológicas diversas que não se encaixavam logicamente, tal como o bloco de transtornos episódicos e paroxísticos, contendo transtornos de cefaleia, epilepsia, ataques isquêmicos transitórios e transtornos do sono. A CID-11 agora posiciona os transtornos de cefaleia, epilepsia e transtornos cerebrovasculares em nível de bloco, e os transtornos do sono em nível de capítulo (Capítulo 07).

Não apenas a estrutura do capítulo de neurologia foi alterada, mas a abordagem da classificação também integra a prática clínica atual e os avanços na compreensão das doenças neurológicas. Desde que a CID-10 foi publicada, houve um enorme progresso nos campos da genética, da biologia molecular e das tecnologias médicas. Um aumento no número de códigos é inevitável quando se considera o recente ganho de conhecimento em neurologia, portanto, o objetivo é encontrar um equilíbrio entre a abrangência, a utilidade clínica e a manutenção de uma abordagem de saúde pública. Os grupos de trabalho abordaram essa questão considerando os transtornos mais comuns a serem incluídos no

capítulo, com variações etiológicas menos comuns desses transtornos sendo submetidas a uma técnica de "dupla codificação". Uma mudança importante que ilustra o avanço do conhecimento é a adição de um bloco intitulado "Transtornos paraneoplásicos e autoimunes do sistema nervoso". Esse bloco contém as doenças neurológicas imunomediadas, um campo em que o conhecimento explodiu nos últimos anos. Um segundo exemplo de como a nova versão reflete o avanço da biologia molecular é a concessão do status de bloco às Doenças priônicas apesar de sua raridade. Anteriormente, eram apresentadas como parte do bloco de infecções do sistema nervoso central, mas o interesse de pesquisa após o grande problema de saúde pública na Europa na década de 1990 levou à descoberta de novas variantes de doenças priônicas.

Desde a década de 1990, o mundo vem registrando um grande aumento na população idosa. Os transtornos neurocognitivos foram declarados como um grande problema de saúde pública e as pesquisas sobre sua etiologia e neurofarmacologia cresceram muito. O bloco da CID-11 sobre Transtornos neurocognitivos reflete o melhor entendimento nessa área.

Uma última mudança particularmente notável pode ser encontrada no bloco "Outros transtornos do sistema nervoso". Esse bloco é empregado para capturar o "transbordamento" de outros blocos de neurologia e os transtornos que são considerados não classificáveis em outra parte. Na CID-10, devido ao sistema de codificação decimal mencionado anteriormente, esse bloco era uma coleção incongruente de doenças. Agora, o tamanho desse bloco foi reduzido significativamente devido à nova e racionalizada estrutura do capítulo de neurologia, que inclui novos blocos de transtornos anteriormente contidos na seção "outros transtornos do sistema nervoso" da CID-10. Isso inclui "transtornos da consciência", "transtornos da pressão ou fluxo do líquido cefalorraquidiano", "transtornos do sistema nervoso autônomo", "transtornos nutricionais e tóxicos do sistema nervoso" e "transtornos de medula espinal excluindo trauma". Espera-se que sua promoção ao status de bloco tenha um efeito positivo nas práticas de codificação.

Uma questão complicada enfrentada pela Consultoria Temática de Neurologia tem sido a necessidade de relacionar os transtornos que têm uma apresentação ou fenótipo neurológico às suas raízes etiológicas dentro de outros capítulos ou blocos dentro do capítulo de neurologia. Um dos inúmeros exemplos desse tipo de relação seria os distúrbios mitocondriais da junção neuromuscular. Devem ser relacionados tanto no capítulo de neurologia quanto no capítulo de Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas.

### **3.2.9 Capítulo 09 – Doenças do sistema visual**

#### **3.2.9.1 Capítulo 09 – Estrutura do Capítulo 09**

A hierarquia geral do Capítulo 09 consiste no seguinte:

- 1º nível - Categoria ampla de anatomia
- 2º nível - Categoria de anatomia específica
- 3º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno
- 4º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

## **3.2.10 Capítulo 10 – Doenças da orelha ou do processo mastoide**

### **3.2.10.1 Capítulo 10 – Estrutura do Capítulo 10**

A hierarquia geral do Capítulo 10 consiste no seguinte:

- 1º nível - Categoria ampla de anatomia
- 2º nível - Tipo específico de doença/transtorno
- 3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

## **3.2.11 Capítulo 11 – Doenças do sistema circulatório**

### **3.2.11.1 Capítulo 11 – Estrutura do Capítulo 11**

Há duas hierarquias principais no Capítulo 11.

- 1º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno
- 2º nível - Tipo específico de doença/transtorno
- 3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

OU

- 1º nível - Categoria ampla de anatomia
- 2º nível - Tipo de anatomia específica
- 3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

### **3.2.11.2 Capítulo 11 – Fundamentação para o Capítulo 11**

Houve mudanças em larga escala na prática clínica das doenças cardiovasculares e em sua gestão desde que a CID-10 foi publicada há mais de 20 anos. As alterações introduzidas para a CID-11 neste capítulo refletem essas mudanças e a mudança nos perfis de doenças e o aumento da sobrevivência após os procedimentos. Como consequência, houve uma grande expansão do número de entidades mórbidas na CID-11, com novas hierarquias de classificação e nomenclatura atualizada. Por exemplo, a incidência da doença da valva cardíaca não é mais dominada pela febre reumática nas sociedades desenvolvidas, embora continue sendo importante nos países em desenvolvimento e, conseqüentemente, houve uma mudança nos paradigmas de diagnóstico para o tipo de valva, depois para a patologia da valva seguida da etiologia.

Muitos itens anteriormente classificados na CID-10 como "Outras formas de doença do coração" (I30-I52) tornaram-se problemas clínicos importantes na cardiologia atual, justificando a criação de novas categorias distintas de nível superior. Dois exemplos são:

- Doenças do miocárdio, incluindo subseções extensas sobre Miocardite e Cardiomiopatia.
- Arritmia cardíaca, incluindo uma nova subseção ampla sobre "Arritmia cardíaca associada a transtorno genético" e "Disfunção do eletrodo do marcapasso ou cardioversor desfibrilador implantável", ambas são áreas cada vez mais importantes da prática clínica. As alterações nessa seção tiveram grande contribuição e endosso da Sociedade de Eletrofisiologia Pediátrica e Congênita e da Sociedade Internacional

para Nomenclatura em Cardiologia Pediátrica e Cardiopatias Congênitas (ISNPCHD, na sigla em inglês).

A mudança no processo de revisão da CID para que seja orientada para a clínica significou que as áreas gerenciadas principalmente por não cardiologistas fossem realocadas para capítulos mais adequados. Assim, as doenças cerebrovasculares foram reclassificadas para o Capítulo 08, "Doenças do sistema nervoso", e as varizes esofagianas foram realocadas para Doenças do sistema digestivo (Capítulo 13).

Uma nova subseção sobre a Hipertensão Pulmonar na seção Doença cardíaca pulmonar e doenças da circulação pulmonar baseia-se no documento resultante Classificação Clínica Atualizada da Hipertensão Pulmonar, após o 5º Simpósio Mundial realizado em Nice, França, em 2013.

A seção Transtornos pós-procedimentos foi significativamente ampliada, refletindo o aumento da sobrevida após procedimentos cardiovasculares nas últimas duas décadas, com o reconhecimento de um número crescente de pacientes com morbidades pós-procedimentos e complicações específicas da doença.

A seção Anomalia congênita do coração e grandes vasos e anomalias adquiridas relacionadas classificadas no Capítulo 20 "Anomalias do desenvolvimento" foi baseada no Código Internacional de Cardiopatias Congênitas e Pediátricas (IPCCC, na sigla em inglês), criado na última década pela Sociedade Internacional para Nomenclatura em Cardiologia Pediátrica e Cardiopatias Congênitas (ISNPCHD, <http://www.ipccc.net>). Como consequência, as 73 entidades da CID-10 de cardiopatia congênita em Q20-Q29 foram expandidas para 316 diagnósticos, como uma síntese precisa da heterogeneidade das malformações cardíacas observadas na prática clínica. Também foi feita referência à Classificação anatômica e clínica dos defeitos cardíacos congênitos (ACC-CHD, na sigla em inglês) com os correspondentes códigos IPCCC e da CID-10.

### **3.2.12 Capítulo 12 – Doenças do sistema respiratório**

#### **3.2.12.1 Capítulo 12 – Estrutura do Capítulo 12**

Há duas hierarquias principais no Capítulo 12:

- 1º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno
- 2º nível - Tipo específico de doença/transtorno com alguma anatomia incluída
- 3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

OU

- 1º nível - Categoria ampla de anatomia
- 2º nível - Tipo específico de doença/transtorno
- 3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

#### **3.2.12.2 Capítulo 12 – Fundamentação para o Capítulo 12**

As alterações no Capítulo 12 foram feitas principalmente para fornecer a terminologia clínica atual e a classificação das condições que afetam primariamente o sistema

respiratório, e foram baseadas na contribuição de sociedades internacionais e partes interessadas. As doenças pulmonares infecciosas foram transferidas para o Capítulo 01 para refletir melhor a natureza infecciosa dessas condições. As neoplasias do sistema respiratório estão no Capítulo 02 "Neoplasias", e as Doenças respiratórias do desenvolvimento encontram-se agora no Capítulo 20 "Anomalias do desenvolvimento".

O agrupamento "Transtornos do trato respiratório superior" contém as doenças do trato respiratório superior, exceto as condições que foram transferidas para o capítulo de Doenças infecciosas.

As Doenças do trato respiratório inferior foram retiradas das Doenças respiratórias inferiores crônicas da CID-10, mas a Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) passou a ser uma categoria independente com base em um conceito internacional.

A fibrose cística foi transferida para Algumas doenças do trato respiratório inferior e passou a ter uma entidade-mãe secundária em distúrbios metabólicos no capítulo de Doenças endócrinas porque: "As condições clínicas representativas da fibrose cística são a infecção respiratória intratável, a insuficiência respiratória terminal, a insuficiência pancreática exócrina e as lesões dos órgãos digestivos como o íleo meconial. A fibrose cística é uma doença devido a uma anormalidade do canal iônico Cl que é CFTR (regulador da condutância transmembrana da fibrose cística, na sigla em inglês), e os sintomas respiratórios são reconhecidos em quase todos os casos de pacientes. A causa da morte é principalmente a anormalidade respiratória, e essa doença é o objetivo do transplante pulmonar". Essa descrição da fibrose cística encontra-se em publicações representativas ("Doenças das vias aéreas" no livro "Diagnóstico das Doenças do Tórax de Fraser e Pare").

- "DOENÇAS OBSTRUTIVAS" no livro "Murray e Nadel Tratado de Medicina Respiratória"
- "DOENÇAS PULMONARES OBSTRUTIVAS" no livro "Doenças e distúrbios pulmonares de Fishman"
- "DOENÇAS DAS VIAS AÉREAS" no livro "Diagnóstico das Doenças do Tórax de Fraser e Pare"; "DOENÇAS PULMONARES" no livro "The Washington Manual. Manual de Terapêutica Clínica. 34ª ed."

A seção referente a Doenças pulmonares por inalação, ocupacionais e ambientais foi baseada em contribuições da Divisão de Saúde Ocupacional da OMS.

A seção Algumas doenças respiratórias especificadas que afetam principalmente o interstício pulmonar foi retirada de Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício. A Pneumonite intersticial idiopática passou a ser uma categoria independente com base em um conceito internacional, e a categoria das Doenças intersticiais primárias do pulmão específicas da infância foi criada de forma independente com base na proposta do Grupo Consultivo Temático (GCT) Pediátrico.

A seção de Algumas doenças do sistema respiratório e a seção de Condições respiratórias pós-procedimentos foram retiradas de Outras doenças do sistema respiratório da CID-10, exceto os Transtornos do mediastino e do diafragma, que foram transferidos para a seção de Transtornos pleurais, do diafragma e do mediastino.

### 3.2.13 Capítulo 13 – Doenças do sistema digestivo

#### 3.2.13.1 Capítulo 13 – Estrutura do Capítulo 13

A hierarquia geral do Capítulo 13 consiste no seguinte:

- 1º nível - Anatomia detalhada
- 2º nível - Tipo específico de doença/transtorno
- 3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

#### 3.2.13.2 Capítulo 13 – Fundamentação para o Capítulo 13

A CID-11 foi aprimorada em sua estrutura e conteúdo para incluir doenças e transtornos do complexo orofacial. Há vários outros tecidos que, como componentes essenciais do complexo orofacial, têm uma função importante, e sua deterioração terá um impacto direto no estado de saúde bucal. É importante reconhecer que a saúde bucal é mais do que ter dentes saudáveis; ter saúde bucal é estar livre de condições de dor orofacial crônica, câncer oral e faríngeo, lesões dos tecidos moles orais, doença periodontal (gengiva), cárie dentária e perda de dentes e perda da superfície dos dentes, defeitos congênitos como fenda labial e palatina e muitas outras doenças e transtornos que afetam os tecidos orais, dentais e craniofaciais (complexo orofacial), bem como associações com saúde e doença sistêmicas. Isso ressalta a importância de fornecer um sistema coerente para codificar e classificar dados sobre doenças e transtornos do complexo orofacial, de modo que o profissional de saúde bucal possa registrar e coletar dados de cada paciente em suas clínicas, independentemente de essas instalações fazerem parte de grandes hospitais ou de pequenas clínicas. Prevê-se que a capacidade de registrar e interpretar esses dados permitirá que os profissionais de saúde contribuam para a melhoria da saúde bucal como um componente essencial da saúde geral e estimulará o uso da CID-11 pela equipe de saúde bucal.

Foram introduzidas alterações importantes neste capítulo com a adição de grupos anatômicos muito detalhados à hierarquia do trato digestivo, de acordo com a ordem rostro-caudal, com exceção das categorias para hérnia, transtornos gastrointestinais funcionais e doenças inflamatórias intestinais.

Os transtornos gastrointestinais funcionais são descritos de forma independente porque sua fisiopatologia é considerada do ponto de vista do "eixo intestino-cérebro", e não apenas do seu impacto no trato gastrointestinal. As doenças inflamatórias intestinais também são descritas de forma independente, principalmente porque a doença de Crohn envolve vários órgãos. Em cada grupo anatômico (grupo de órgãos), as classificações baseadas na etiologia são usadas para subclassificar os transtornos. Em particular, os transtornos gastrointestinais são organizados nas seguintes categorias:

- A. Alterações anatômicas ou morfológicas adquiridas
- B. Transtornos motores
- C. Inflamação, inclusive úlcera

D. Transtornos vasculares

E. Pólipos não neoplásicos

Além disso, há duas outras categorias listadas, embora o Capítulo 13 não seja o local primário para esses transtornos.

F. Anomalias de desenvolvimento estrutural (localizadas no Capítulo 20 Anomalias do desenvolvimento)

G. Neoplasias (localizadas no Capítulo 02 Neoplasias)

Doenças digestivas importantes ou comuns foram atribuídas à sua própria categoria, por exemplo, doença do refluxo gastroesofágico, epitélio metaplásico colunar, má absorção intestinal e enteropatia perdedora de proteínas, colite ulcerativa, doença hepática gordurosa não alcoólica e doença diverticular. Os pólipos agora são classificados de forma independente, e não na seção "outras doenças" da localização anatômica.

As doenças digestivas comuns que se estendem por vários órgãos são classificadas principalmente na categoria de doença do órgão rostral. Por exemplo, "Gastroenterite" é classificada em "Gastrite", e "Úlcera gastroduodenal" é classificada em "Úlcera gástrica". O item "Úlcera péptica, localização não especificada" não deve ser usado devido aos avanços da tecnologia médica. Deve ser classificada na categoria "úlcera esofágica, úlcera gástrica, úlcera duodenal ou úlcera anastomótica", dependendo da localização da doença.

Os transtornos vasculares dos órgãos gastrointestinais foram atribuídos à sua própria categoria. Varizes esofagianas, varizes gástricas e hemorroidas agora são classificadas no Capítulo 13. Em "Doenças do fígado", há novas categorias independentes, incluindo Doença hepática metabólica e de transporte, Doenças hepáticas autoimunes, Doença hepática gordurosa não alcoólica e Transtornos vasculares do fígado.

Para a classificação de Doença hepática crônica com cirrose, é usado "Cirrose hepática", um item em "Fibrose e cirrose hepática". Por exemplo, "Hepatite B crônica" e "Cirrose hepática", "Hepatite C crônica" e "Cirrose hepática", "Hepatite autoimune" e "Cirrose hepática", "Colangiopatia biliar primária" e "Cirrose hepática" etc. Há novas seções independentes para "Doenças da vesícula biliar e do ducto biliar" e "Doenças do pâncreas". Dentro dessas novas seções, existem novas categorias independentes, incluindo Anomalias de desenvolvimento estrutural, Anomalias congênitas, Alterações anatômicas adquiridas, Colangite, Doenças císticas do pâncreas, Pancreatite crônica e Pancreatite autoimune.

### **3.2.14 Capítulo 14 – Doenças da pele**

#### **3.2.14.1 Capítulo 14 – Estrutura do Capítulo 14**

A hierarquia geral do Capítulo 14 consiste no seguinte:

1º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno com alguma localização anatômica

ica

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

### **3.2.14.2 Capítulo 14 – Fundamentação para o Capítulo 14**

Foram introduzidas alterações importantes neste capítulo, acrescentando detalhes provenientes da fusão das terminologias dermatológicas americana, britânica e alemã.

## **3.2.15 Capítulo 15 – Doenças do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo**

### **3.2.15.1 Capítulo 15 – Estrutura do Capítulo 15**

A hierarquia geral do Capítulo 15 consiste no seguinte:

1º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno com alguma localização anatômica

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

### **3.2.15.2 Capítulo 15 – Fundamentação para o Capítulo 15**

Os Critérios de Diagnóstico para a Artrite Reumatoide do Colégio Americano de Reumatologia e Liga Europeia contra o Reumatismo (ACR/EULAR, nas siglas em inglês) (em desenvolvimento) foram usados para informar a hierarquia de códigos e os atributos do modelo de conteúdo para a Artrite reumatoide. A literatura atual informou a mudança do título de "doenças sistêmicas do tecido conjuntivo" para "transtornos autoimunes sistêmicos não específicos de um órgão". As alterações na vasculite foram baseadas na classificação da Conferência Internacional de Consenso de Chapel Hill sobre a Nomenclatura da Vasculite Sistêmica.

A categoria "Dermatopolimiosite" foi alterada para "Miopatias inflamatórias idiopáticas" com uma mudança de eixos e introdução de maior granularidade.

As revisões da classificação da espondiloartrite refletem a opinião atual de especialistas com comentários do Dr. Robert Landewé, com uma separação entre axial e periférica. Juntos, os critérios de espondiloartrite axial e periférica abrangem todo o espectro do que antes era chamado de espondiloartrite (indiferenciada) e espondilite (anquilosante). Há um rearranjo da espondilodiscite infecciosa, com um eixo secundário para os principais tipos de processo infeccioso, ou seja, bacteriano, fúngico etc., e códigos suplementares a serem usados para a infecção específica.

A nova categoria de Síndromes autoinflamatórias baseia-se no trabalho da Sociedade Internacional de Doenças Autoinflamatórias Sistêmicas (ISSAID, na sigla em inglês).



## 3.2.16 Capítulo 16 – Doenças do sistema geniturinário

### 3.2.16.1 Capítulo 16 – Estrutura do Capítulo 16

O Capítulo 16 tem seções específicas para Doenças do sistema geniturinário feminino, Doenças do sistema geniturinário masculino, Transtornos da mama, Doenças do sistema urinário e Transtornos pós-procedimento do sistema geniturinário.

A hierarquia geral do Capítulo 16 consiste no seguinte:

1º nível - Categoria ampla de aparelho orgânico

2º nível - Tipo amplo de doença/transtorno (com alguma anatomia)

3º nível - Tipo específico de doença/transtorno (com alguma anatomia)

### 3.2.16.2 Capítulo 16 – Fundamentação para o Capítulo 16

As alterações introduzidas no Capítulo 16 têm como objetivo aumentar a utilidade clínica da classificação, fornecendo uma estrutura hierárquica mais fácil de usar, maior comparabilidade internacional e padronização das condições geniturinárias. Isso é feito com a inclusão dos termos e definições cientificamente mais precisos e acordados internacionalmente, fornecidos por várias partes interessadas internacionais, incluindo o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP) da OMS, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a Fundação Nacional do Rim dos Estados Unidos e a organização KDIGO – *Kidney Disease: Improving Global Outcomes\** (Doença Renal: Melhorando os Resultados Globais).

A hierarquia do capítulo é subdividida em Doenças do sistema genital feminino, Doenças do sistema genital masculino e Doenças do sistema urinário. Essa arquitetura do sistema genital feminino e do sistema genital masculino foi projetada para melhorar a experiência do usuário final. A hierarquia do sistema genital feminino é dividida em transtornos não inflamatórios e inflamatórios e, em seguida, dividida por agrupamento anatômico na ordem de exame ginecológico (e obstétrico) (da genitália externa para a interna), quando aplicável. (Vulva, vagina, colo do útero, útero, trompa de Falópio, ovário, cavidade pélvica).

Esses agrupamentos têm subdivisões adicionais para anormalidades congênitas e adquiridas, conforme apropriado.

Para refletir o entendimento científico atual sobre determinadas condições geniturinárias, foram incluídos detalhes adicionais nas seguintes áreas:

Amenorreia

Disfunção ovariana

---

\* Nome da organização conforme seu website <https://kdigo.org/> - *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO). Na versão original em inglês da CID-11, a organização foi apresentada como: "*Kidney Disease International Global Outcomes*." NT.

Dor pélvica em mulher

Endometriose

Adenomiose

Infertilidade feminina

Infertilidade masculina

Perda gestacional inicial

Resultados da gravidez

A seção Insuficiência renal da classificação foi revisada para refletir as definições atuais baseadas em evidências da doença renal aguda versus doença renal crônica e as novas definições e o novo sistema de estadiamento da insuficiência renal aguda segundo a "*Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*".

### **3.2.17 Capítulo 17 – Condições relacionadas à saúde sexual**

#### **3.2.17.1 Capítulo 17 – Estrutura do Capítulo 17**

Novo capítulo da CID-11 dividido em seções principais para:

Disfunções sexuais

Transtornos dolorosos associados à relação sexual

Incongruência de gênero

1º nível - Categoria ampla de condição

2º nível - Tipo específico de condição

3º nível - Doença/transtorno específico

#### **3.2.17.2 Capítulo 17 – Fundamentação para o Capítulo 17**

O capítulo foi formulado para agrupar condições relacionadas à saúde sexual. Isso também permite a categorização das condições relacionadas à identidade de gênero sem estigmatização, ao mesmo tempo em que mantém o reconhecimento dessas entidades como condições reais, de modo que as intervenções de saúde relacionadas possam ser acomodadas no sistema de saúde.

### **3.2.18 Capítulo 18 – Gravidez, parto ou puerpério**

#### **3.2.18.1 Capítulo 18 – Estrutura do Capítulo 18**

A hierarquia geral do Capítulo 18 consiste no seguinte:

1º nível - Categoria ampla relacionada com as fases da gravidez, parto ou puerpério

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

### **3.2.18.2 Capítulo 18 – Fundamentação para o Capítulo 18**

As alterações introduzidas neste capítulo têm o objetivo de aumentar a utilidade clínica da classificação, fornecendo uma estrutura hierárquica mais fácil de usar. O aumento da comparabilidade internacional e da padronização das condições relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério mediante a inclusão dos termos e definições cientificamente mais precisos e acordados internacionalmente, fornecidos por várias partes interessadas internacionais, como o departamento de SRP da OMS e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), também foi um aspecto muito importante das modificações. Foi dada atenção especial à integração correta dos conceitos e definições do Comitê Internacional para Monitoramento de Tecnologias de Reprodução Assistida (ICMART, na sigla em inglês).

As alterações refletem o entendimento atual de algumas condições relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Foram incluídas especificações adicionais para Perda gestacional inicial.

### **3.2.19 Capítulo 19 – Algumas condições originadas no período perinatal**

#### **3.2.19.1 Capítulo 19 – Estrutura do Capítulo 19**

A hierarquia geral do Capítulo 19 consiste no seguinte:

1º nível - Categoria ampla de tipo de doença/transtorno e alguma anatomia

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

### **3.2.20 Capítulo 20 – Anomalias do desenvolvimento**

#### **3.2.20.1 Capítulo 20 – Estrutura do Capítulo 20**

O Capítulo 20 passou por uma importante reestruturação e agora tem quatro seções principais:

Anomalias de desenvolvimento estrutural que afetam principalmente um aparelho orgânico

1º nível - Categoria ampla de anatomia

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

Múltiplas anomalias ou síndromes de desenvolvimento

1º nível - Categoria ampla de anatomia

2º nível - Tipo específico de doença/transtorno

3º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

Anomalias cromossômicas, excluindo mutações genéticas

1º nível - Tipo específico de doença/transtorno

2º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

Condições com transtornos do desenvolvimento intelectual como uma característica clínica relevante

1º nível - Condições não sindrômicas versus sindrômicas

2º nível - Maior especificidade do tipo de doença/transtorno

### 3.2.20.2 Capítulo 20 – Fundamentação para o Capítulo 20

A classificação da CID-10 das anomalias do desenvolvimento é abordada no Capítulo XVII: Q00-Q99 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

É um capítulo muito heterogêneo, que inclui malformações, síndromes genéticas (com ou sem malformações) e anomalias cromossômicas. Isso leva à confusão entre a origem genética de uma doença e uma malformação. Portanto, todas as síndromes genéticas sem anomalias de desenvolvimento estrutural são excluídas deste capítulo e realocadas em capítulos apropriados da CID-11, de acordo com o(s) aparelho(s) orgânico(s) afetado(s).

#### **O novo capítulo 20 tem três divisões principais:**

- Anomalias de desenvolvimento estrutural/malformações
- Múltiplas anomalias e síndromes de desenvolvimento
- Anomalias cromossômicas e defeitos genéticos

A primeira divisão "Anomalias de desenvolvimento estrutural/malformações" inclui condições isoladas que afetam apenas um aparelho orgânico. Está organizada em seções correspondentes aos aparelhos orgânicos, que também são classificadas nos outros capítulos pertinentes da CID-11.

A segunda divisão "Múltiplas anomalias e síndromes de desenvolvimento" inclui condições que afetam várias localizações dentro de um aparelho orgânico ou vários aparelhos orgânicos simultaneamente. As síndromes que se pode dizer que afetam predominantemente um aparelho orgânico são atribuídas a seções correspondentes dentro dessa divisão. As síndromes que afetam vários aparelhos orgânicos, sem que um deles seja claramente predominante, são reunidas em uma seção específica no final da divisão. Há também uma seção para as Síndromes de displasia devido a erros inatos do metabolismo, todas classificadas principalmente no capítulo de doenças metabólicas.

A terceira divisão "Anomalias cromossômicas e defeitos genéticos" afasta-se da abordagem clínica geralmente seguida na CID e classifica as anomalias de desenvolvimento definidas genética ou citogeneticamente, já que não há uma distinção clara entre genética e citogenética. Começamos a incluir deleções e duplicações específicas que correspondem a um fenótipo claro, sabendo que muitas outras serão descritas nos próximos anos. Futuramente serão adicionadas sempre que necessário, durante as revisões pós-publicação da CID-11.

Um problema especial é como lidar com doenças historicamente definidas clinicamente, mas que incluem uma anomalia cromossômica/genética como etiologia. Em alguns casos, há várias etiologias para a entidade clínica, e nem todas são anomalias cromossômicas: por exemplo, a síndrome de Silver-Russell pode ser causada por uma duplicação 11p15, uma duplicação 7p11.2p13, mas também por dissomia uniparental materna do cromossomo 7 ou 11 e defeitos de *imprinting* de 11p15. Em outros casos, há uma correspondência impressionante entre a entidade clínica e uma etiologia citogenética: por exemplo, a síndrome de Williams-Beuren corresponde à deleção 7q11.23.

A poli-hierarquia é usada de forma restrita no âmbito deste capítulo: uma vez que uma doença é atribuída a uma seção, geralmente não é classificada secundariamente em outra parte do capítulo. Caso contrário, a estrutura se tornaria muito complexa. Por outro lado, todas as entidades deste capítulo devem ser classificadas em outros capítulos da CID-11, quando apropriado.

### **3.2.21 Capítulo 21 – Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte**

#### **3.2.21.1 Capítulo 21 – Estrutura do Capítulo 21**

O Capítulo 21 está dividido em seções principais com base nos aparelhos orgânicos. Cada uma dessas seções tem as seguintes categorias, conforme apropriado:

- Sintomas e sinais
- Achados clínicos

Uma seção adicional encontra-se no final deste capítulo para Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade.

#### **3.2.21.2 Capítulo 21 – Fundamentação para o Capítulo 21**

Os diferentes capítulos da CID-10 incluíam várias categorias de manifestações clínicas, algumas delas como códigos asterisco. Para simplificar a estrutura, melhorar o uso da pós-coordenação e também remover as condições "mal definidas" dos capítulos de órgãos, vários códigos asterisco anteriores, detalhes adicionais para diversas condições e as mencionadas condições mal definidas foram transferidos para este capítulo. Todos seguem a organização principal por anatomia, e os agrupamentos anatômicos têm uma entidade-mãe secundária para o capítulo do órgão correspondente, o que melhora a orientação do usuário.

### **3.2.22 Capítulo 22 – Lesões, envenenamentos ou algumas outras consequências de causas externas**

#### **3.2.22.1 Capítulo 22 – Estrutura do Capítulo 22**

A hierarquia geral do Capítulo 22 consiste no seguinte:

- 1º nível - Categoria ampla de anatomia (p.ex., cabeça; quadril e coxa)
- 2º nível - Categoria ampla de tipo de lesão (p.ex., fratura; ferimento aberto )
- 3º nível - Maior especificação

OU

- 1º nível - Categoria ampla de causa de lesão
- 2º nível - Tipo específico de lesão
- 3º nível - Maior especificidade do tipo de lesão

### 3.2.22.2 Capítulo 22 – Fundamentação para o Capítulo 22

Os princípios da revisão foram:

- Manter uma boa retrocompatibilidade com a CID-10, especialmente minimizando as alterações no antigo nível de três caracteres. A mudança no antigo nível de quatro caracteres é mais extensa, mas também foi feita com esse princípio em mente.
- Levar em consideração as extensões deste capítulo nas modificações clínicas da CID-10, pois:
  - São evidências de extensões necessárias para atender a propósitos clínicos em situações identificadas.
  - É preferível minimizar as incompatibilidades com essas classificações.
- Levar em consideração outras classificações além da CID que são amplamente utilizadas na clínica para as condições no escopo deste capítulo.
- Levar em consideração as recomendações, solicitadas e oferecidas.
  - Maior atenção às distinções pertinentes às opções de tratamento e aos resultados, incluindo a incapacidade.

Isso inclui permitir a identificação de aspectos clínicos e prognósticos importantes de fraturas (principalmente quando se estendem para uma articulação) e lesões de órgãos/vasos (grau). Algumas condições são muito mais importantes quando são bilaterais e, nesses casos, o lado foi proposto como entidades pré-coordenadas (p. ex., lesão dos olhos). A modificação clínica da CID-10 dos Estados Unidos (ICD-10-CM) foi particularmente valiosa nesse sentido, pois seu capítulo sobre lesões faz muitas distinções, além da CID-10, que seguem ou são consistentes com classificações clínicas confiáveis e amplamente usadas, relevantes para o tratamento das lesões e seu resultado.

Tem-se dado mais atenção às condições de lesões específicas da infância (p. ex., fraturas em galho verde e epifisárias) e às condições de lesão que são indicativas de possível lesão intencional (p. ex., fraturas de costelas posteriores, fraturas em "alça de balde" e de "canto").

O trabalho foi realizado com o entendimento de que este capítulo não é usado primariamente para codificar a Causa Básica de Morte.

O caso de uso de morbidade é particularmente importante para este capítulo.

### **3.2.23 Capítulo 23 – Causas externas de morbidade ou mortalidade**

#### **3.2.23.1 Capítulo 23 – Estrutura do Capítulo 23**

A hierarquia geral do Capítulo 23 consiste nas seguintes seções:

1º nível - Intenção da causa externa (não intencional, autoprovocada intencionalmente, agressão, intenção indeterminada e intenção pendente)

2º nível - Categoria ampla do mecanismo da causa externa

3º nível - Mecanismo mais específico e objetos/substâncias envolvidos na causa da lesão

4º nível - Caracterização adicional da causa externa

Outras seções incluem Exposição a forças extremas, Maus-tratos, Intervenção legal, Conflito armado e Causas de danos relacionados aos cuidados com a saúde.

#### **3.2.23.2 Capítulo 23 – Fundamentação para o Capítulo 23**

O principal objetivo das alterações foi fornecer uma estrutura de codificação mais uniforme e, ao mesmo tempo, manter alta compatibilidade com a CID-10. As alterações nas categorias de lesões no trânsito visam simplificar a seleção de códigos, enquanto a seção sobre Operações de guerra e conflitos armados foi revisada para capturar as situações mais atuais de conflitos armados. Outro aprimoramento foi a produção de uma lista única e hierárquica de substâncias nocivas para servir aos capítulos de Lesões e Causas Externas.

Todos os mecanismos/objetos codificáveis para todos os fins:

- Estrutura de códigos mais uniforme
- Dimensão "Intenção" revisada (N.B. Intenção pendente; Lesão autoprovocada intencionalmente [LAI]: suicida/não suicida)
- São mantidos os códigos de transporte, mas expandidos os tipos de veículos
- Códigos de Local de Ocorrência expandidos
- Dimensão Atividade expandida e revisada (N.B. relação com o trabalho)
- Revisão das Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos
- Códigos de Guerra/Legais expandidos
- Disposição aprimorada para síndromes de maus-tratos
- Introdução de dimensões adicionais (opcional)
- Revisão do índice, regras e diretrizes de Causas Externas
- Provisão para Mortalidade, Morbidade, Ambientes com Poucos Recursos, Pesquisa

Houve progresso em todos esses pontos, embora limitado em alguns aspectos, em particular para o caso de uso da mortalidade (devido às restrições rigorosas no espaço dos códigos, combinadas com a falta de provisão para pós-coordenação/codificação de agrupamento). No final destas notas é incluída uma seção sobre as limitações.

As notas aqui fornecidas se concentram em vários desses pontos; será fornecido material adicional sobre outros aspectos mediante solicitação. Aqui também são apresentados comentários sobre as duas principais questões que envolvem o capítulo de Causas Externas e o capítulo de Lesões (ambos também envolvem o Capítulo X "Códigos de extensão"): substâncias; complicações da atenção (Segurança e Qualidade).

## **Transporte**

Quatro dimensões estão implícitas no intervalo V01-V89 da CID-10: o meio de transporte da pessoa traumatizada (p. ex., motocicleta), se o evento lesivo ocorreu no trânsito (em caso afirmativo, a lesão resultante é uma lesão de trânsito), a função da pessoa traumatizada (p. ex., passageiro) e qual outro tipo de veículo estava envolvido, se houver (contraparte). Todas as quatro dimensões são necessárias para uma estrutura revisada que seja conceitualmente equivalente ao módulo de "acidentes de transporte" da CID-10 em nível de quatro caracteres.

Todas as quatro dimensões foram pré-coordenadas no módulo de lesão de transporte não intencional. Isso produz uma estrutura com alta retrocompatibilidade com a CID-10 no nível de quatro caracteres. Preserva todas as categorias dos meios de transporte de nível superior (algumas agora divididas) e as quatro dimensões conceituais (meio; e para os meios de transporte terrestre: se no trânsito, função do usuário de transporte e contraparte).

Reconhecendo as limitações de espaço dos códigos, e o fato de que a maioria dos casos de lesão de transporte não é intencional, a pré-coordenação dos casos de transporte nos outros principais blocos de intenção (lesão autoprovocada intencionalmente, agressão, intenção indeterminada e intenção pendente) é limitada à intenção por meio de transporte. Entretanto, as outras dimensões estão disponíveis para uso opcional.

O bloco de transporte revisado inclui alterações realizadas para resolver problemas identificados na seção de transporte da CID-10.

- Divide vários meios de transporte para permitir a identificação de tipos importantes e emergentes que não podem ser identificados na CID-10.
- Termos e definições refinados e revisados (para maior clareza, para preencher lacunas no conjunto fornecido na CID-10 e para melhorar a comparabilidade com os termos usados internacionalmente para segurança no trânsito).
- Várias outras revisões (p. ex., de tipos de embarcações na seção de transporte aquático). Observe que a ordem de coordenação foi alterada em relação ao equivalente na CID-10, passando de: meio, contraparte, depois função do usuário e status do trânsito combinados, para: meio, status do trânsito, função do usuário, contraparte.

O principal motivo dessa mudança foi simplificar a seleção das categorias de "acidente de trânsito", que são frequentemente exigidas ao notificar lesão de trânsito.

## **Guerra e conflito armado**



Uma classificação revisada é fornecida para inclusão como expansão da categoria de intenção Conflito armado (Operações de guerra na CID-10). A classificação segue em grande medida a expansão do Y36 na modificação clínica da CID-10 dos Estados Unidos (ICD-10-CM). Segue as categorias de quatro caracteres da CID-10 e fornece subdivisões, que seguem as notas de inclusão dadas na CID-10. Além disso, são fornecidas subcategorias para distinguir se a pessoa traumatizada era militar ou civil.

A rubrica foi alterada com o acréscimo de "...e conflito armado" a "Operações de guerra", e o termo de inclusão foi alterado de acordo. "Guerra" e "insurreição civil" (que também faziam parte do termo de inclusão) não foram definidas na CID-10. O uso de um termo mais amplo do que "guerra" é considerado desejável porque a guerra, no sentido de conflitos armados formalmente declarados entre estados-nações (ou entidades subnacionais), tornou-se incomum. Os conflitos armados de diversos tipos e intensidades, embora tendam a se tornar menos comuns, continuam sendo muito mais numerosos do que as guerras. A restrição do uso dessa categoria a guerras declaradas e/ou a conflitos armados que atendam a um critério de intensidade comumente usado (1.000 ou mais mortes relacionadas a batalhas em um ano civil = guerra) foi considerada indevidamente restritiva. A alternativa proposta aqui é incluir também lesões devido a conflitos armados "menores", definidos como aqueles que resultam em 25 a < 1.000 mortes relacionadas a batalhas em um ano civil. A aplicação da definição é auxiliada pela existência de uma base de dados de acesso público que lista os conflitos que a satisfazem.

### **Problemas de cruzamento**

Essas são questões que afetam tanto o capítulo de lesões como o de causas externas e outras partes da CID.

### **Efeitos tóxicos de substâncias**

Os efeitos tóxicos de substâncias nocivas aparecem na CID-10 em vários pontos, nos capítulos de lesões e causas externas e em outros capítulos. As listas de códigos nesses pontos diferem em especificidade e não são totalmente consistentes. Um objetivo do desenho da CID-11 é produzir uma lista única e hierárquica de substâncias nocivas para servir a todas as finalidades requeridas para os capítulos de Lesões e Causas Externas. As vantagens disso são: uma fonte ou fontes externas podem definir com base em exemplos as inclusões da lista da CID-11; e se a fonte ou as fontes externas são ativamente atualizadas, isso permitirá uma forma de que a cobertura de substâncias da CID-11 permaneça atualizada.

O termo "Efeitos nocivos" é usado para todos os tipos de danos resultantes de efeitos químicos nocivos de substâncias de todos os tipos. É reconhecido que outros termos, como "efeito tóxico", "envenenamento", "corrosão química" e "intoxicação", às vezes são usados no contexto de determinadas substâncias. Esses termos serão incluídos como sinônimos e termos subordinados quando de uso comum. Várias fontes foram consultadas, incluindo a dimensão de Objetos e Substâncias da Classificação Internacional de Causas Externas das Lesões (ICECI, na sigla em inglês); a Classificação anatômica, terapêutica e química (ATC, na sigla em inglês); grupos consultivos sobre medicamentos e venenos (do TAG-IEG – *Topic Advisory Group-Injury Expert Group* – Grupo Consultivo Temático-Grupo de Experts em

Lesões); o Grupo Consultivo Temático (GCT) de Qualidade e Segurança; a Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED, na sigla em inglês); o IPCS INTOX ( Programa Internacional de Segurança Química da OMS).

### **A lista tem dois níveis hierárquicos principais.**

O primeiro nível, com 16 categorias, está conceitualmente relacionado à lista de códigos que está presente na CID-10 em X40-X49 (Envenenamento acidental por e exposição a substâncias nocivas) e os pontos equivalentes nos blocos de códigos de Lesão autoprovocada intencionalmente e Intenção indeterminada. A lista resulta da aplicação destes princípios:

- Deve ter apenas algumas categorias. Isso é necessário para a praticidade, especialmente no contexto da codificação da causa de morte e porque a estrutura de blocos do capítulo de causas externas faz com que cada categoria adicional acrescente várias linhas.
- As categorias devem se referir a substâncias ou classes de substâncias que são causas importantes de mortalidade ou morbidade.
- O maior número possível de categorias deve ser suficientemente específico e significativo como grupos de notificação. (Em comparação, várias categorias nos blocos da CID-10, como X40-X49, são tão amplas que se tornam difíceis de interpretar).
- Os vários contextos principais de exposição foram levados em conta ao especificar as categorias (ou seja, uso recreativo/na rua; uso clínico; lesão autoprovocada; exposições industriais e outras).

As 16 categorias, isoladas ou combinadas com outras, permitem a comparabilidade retroativa com oito das dez categorias da CID-10 X40-X49 (e os grupos equivalentes nos blocos de Lesão autoprovocada intencionalmente [LAI] e Intenção indeterminada). As únicas exceções são dois grupos residuais: "...outros gases e vapores" e "...de outros produtos químicos e substâncias nocivas e dos não especificados". O segundo nível fornece categorias (n=381) com aproximadamente o mesmo número e especificidade de substâncias que são fornecidas nos capítulos de lesões e causas externas da CID-10. Inclui todas as categorias de substâncias especificadas no componente "Causa de dano" da classificação do GCT de Qualidade e Segurança.

Algumas categorias foram adicionadas: para permitir inovações farmacológicas e mudanças no uso de drogas (p. ex., canabinoides sintéticos); para refletir os acréscimos à CID-10 feitos em suas modificações clínicas (p. ex., mais especificidade em relação aos anticoagulantes); para permitir uma identificação mais específica de medicamentos mais destacados (p. ex., paracetamol); para incluir outras drogas recreativas de uso generalizado (p. ex., Catinona, principal agente ativo em Khat); e por recomendação de outros GCT (p. ex., tipos de substância adicionados pelo GCT de Segurança e Qualidade). Prevemos que mais categorias serão adicionadas em atualizações futuras, para refletir as mudanças na disponibilidade e no uso de drogas.

Uma lista mais abrangente de substâncias (um superconjunto da lista hierárquica), com sinônimos para muitas das entradas, será fornecida no Capítulo X "Códigos de extensão". Essa lista compartilha a mesma estrutura hierárquica que os códigos pré-coordenados. Também leva em conta a Classificação Suplementar de Alérgenos de Contato da CID-11 preparada pelo GCT de Dermatologia. As entradas na lista de substâncias dos códigos de extensão serão especificadas em termos equivalentes em SNOMED-CT (termos clínicos).

### **Complicações da atenção (Qualidade e Segurança)**

Esta seção descreve brevemente o modelo de codificação de complicações da atenção desenvolvido pelo Grupo Consultivo Temático (CGT) de Qualidade e Segurança.

O modelo tem três partes, cada uma das quais deve ser codificada. Os códigos pós-coordenados de todas as partes devem ser designados como pertencentes a um agrupamento. Os três conceitos são:

1. A lesão ou o dano resultante;
2. A causa do dano; e
3. O "Modo/Mecanismo" do dano. Classificações e conjuntos de códigos foram desenvolvidos para (2) e (3) pelo GCT de Qualidade e Segurança. As categorias foram inseridas no capítulo Causas Externas. O dano resultante (1) deve ser codificado utilizando o código da doença ou lesão mais apropriado de qualquer parte da CID-11.

Em princípio, o construto se encaixaria bem na CID-11 da seguinte forma:

1. Lesão ou dano resultante. Código selecionado de qualquer parte da CID-11.
2. A causa ou "Modo" do dano: Código selecionado do bloco correspondente no capítulo Causas Externas
3. "Modo/Mecanismo" do dano

As regras de sanção levam os codificadores ao subconjunto de códigos de "Modo" que são relevantes, dada a "Causa" selecionada (p. ex., se a "Causa" for um medicamento, então os "Modos" relevantes são categorias como overdose e subdosagem).

### **3.2.24 Capítulo 24 – Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com serviços de saúde**

Esse capítulo não deve ser usado para comparações internacionais ou para codificação de mortalidade primária.

#### **3.2.24.1 Capítulo 24 – Estrutura do Capítulo 24**

Este capítulo tem duas seções principais: - Motivos de contato com o serviço de saúde - Fatores que influenciam o estado de saúde

A hierarquia geral do Capítulo 24 consiste nos seguintes eixos:

- 1º nível - Categoria ampla de um determinado estado ou serviço de saúde  
2º nível - Condição específica

### 3.2.24.2 Capítulo 24 – Fundamentação para o Capítulo 24

Inicialmente, o Grupo Consultivo Temático de Funcionalidade para a CID-11 (GCTf) foi encarregado de revisar o capítulo sobre fatores. Deveria avaliar a necessidade de cada um dos 801 códigos e propor uma estrutura hierárquica revisada para o conteúdo essencial que permaneceria. Esse conteúdo deveria ser clinicamente relevante e fácil de usar, além de permitir o espaço necessário para expansão usando os códigos de extensão, conforme necessário. O GCTf organizou uma revisão que identificou os principais "tipos" de códigos como "de diagnóstico", "de intervenção", "de fatores contextuais" e "outros/discutíveis". Essa revisão foi combinada com a estrutura geral da seção de classificação da Classificação Internacional de Atenção Primária, 2ª edição (CIAP2) sobre "problemas sociais" e foi projetada uma nova organização que combinava a hierarquia da CIAP2 com os códigos da CID-11. Para a CID-11 MMS, foi realizado então um exercício de seleção sobre a nova estrutura para diminuir a granularidade considerada desnecessária.

### 3.2.25 Capítulo 25 – Códigos para propósitos especiais

#### 3.2.25.1 Capítulo 25 – Estrutura do Capítulo 25

Este capítulo consiste em dois blocos:

- Atribuição provisória internacional de novas doenças de etiologia incerta, contendo os códigos internacionais de emergência;
- Atribuição provisória nacional de novas doenças de etiologia incerta, contendo códigos para uso por cada país.

### 3.2.26 Capítulo 26 – Capítulo suplementar - Condições da Medicina Tradicional - Módulo 1

O capítulo "Medicina Tradicional Módulo 1" (MT1) é um novo capítulo suplementar para uso opcional na CID, e como tal é denominado de "capítulo MT1". A justificativa para sua inclusão na CID-11 é permitir que os contatos e serviços de saúde da Medicina Tradicional sejam contados e contabilizados nacional e internacionalmente. O Módulo deste capítulo, em sua forma atual, refere-se a transtornos e padrões originados na antiga Medicina Chinesa e desenvolvidos ao longo da história para incorporar a ciência e a tecnologia contemporâneas. Esses transtornos e padrões são comumente usados na China, Japão, Coreia, Estados Unidos, Austrália, Europa e em outros lugares do mundo. As rubricas de classificação representam um conjunto unificado de transtornos e padrões harmonizados da Medicina Tradicional a partir das classificações nacionais da China, Japão e Coreia. É possível que futuros Módulos venham a ser desenvolvidos para outras formas de práticas da Medicina Tradicional.

#### **Escopo:**

Este capítulo foi elaborado atualmente para registro e notificação de morbidade. Não deve ser usado para codificação e notificação de mortalidade.

### **Conteúdo e estrutura:**

O conteúdo e a estrutura do Capítulo MT1 representam uma linguagem comum desenvolvida em conjunto por meio da cooperação internacional de médicos, pesquisadores, acadêmicos e especialistas em classificação da Medicina Tradicional para permitir a comparabilidade internacional da prática e a notificação da morbidade na Medicina Tradicional. A padronização dessa classificação MT1 permitirá que a documentação clínica em diferentes países incorpore os mesmos conceitos e possibilitará que codificadores e usuários extraiam dados de morbidade comparáveis dessa documentação. Os codificadores também devem ser orientados por regras que reflitam o processo de tomada de decisão do diagnóstico clínico. No entanto, as regras são relativamente flexíveis para permitir adaptações nacionais e que as perguntas de pesquisa sobre as relações entre doenças, transtornos e padrões sejam enquadradas de vários ângulos diferentes.

Os termos em inglês não representam necessariamente a tradução mais comum dos termos da MT em chinês, coreano ou japonês. Nos casos em que a mais adequada tradução da MT ao inglês resultou no mesmo termo usado na Medicina Ocidental, foi necessário indicar uma diferença entre o conceito da Medicina Ocidental (MO) e o conceito da MT quando o mesmo termo tinha definições diferentes na MT e na MO. Essa diferença na definição é indicada pelo uso de (MT1) para transtornos e padrões em todo o capítulo da MT.

### **Terminologia:**

O Capítulo Suplementar Condições da Medicina Tradicional, Módulo 1, usa os termos transtorno e padrão para descrever conceitos. Isso é diferente das descrições de conceitos nos capítulos da Medicina Ocidental, que se referem a doenças (quadros clínicos) e síndromes (apresentações clínicas). O capítulo MT1 é dividido em seções separadas para transtorno e padrão para enfatizar a independência desses conceitos.

### **Definições**

**Um transtorno** na Medicina Tradicional – transtorno (MT1) – refere-se a um conjunto de disfunções em qualquer aparelho orgânico que é avaliado a partir de sinais, sintomas ou achados associados. Cada transtorno (MT1) pode ser definido por sua sintomatologia, explicação etiológica com base na Medicina Tradicional, curso e resultado, resposta ao tratamento ou vinculação a fatores ambientais em interação. Um transtorno (MT1) é um quadro clínico relativamente estável que reflete a patologia local e as manifestações específicas relacionadas, que são comuns na anatomia e na função dos indivíduos afetados.

**Um padrão** na Medicina Tradicional – padrão (MT1) – refere-se à manifestação da condição de saúde do paciente em um determinado momento, incluindo todos os achados que podem incluir:

- *Sintomatologia*: padrão de sinais específicos e inespecíficos, sintomas ou achados únicos pelos métodos de diagnóstico da Medicina Tradicional, incluindo a medição

do pulso, o exame da língua, o exame abdominal e outros métodos que refletem a resposta sistêmica do paciente em uma condição disfuncional.

- *Constituição*: as características de um indivíduo, incluindo características estruturais e funcionais, temperamento, capacidade de adaptação a mudanças ambientais ou suscetibilidade a várias condições de saúde.

Um padrão (MT1) é um quadro clínico relativamente temporário, que reflete a resposta sistêmica do paciente e um padrão combinado de manifestações específicas e inespecíficas que geralmente têm uma relação multifatorial com a patologia local e as características constitucionais do paciente. Um padrão pode mostrar diferenças individuais, mesmo nos indivíduos afetados pela mesma patologia, que podem ser analisadas mais detalhadamente pelo marco teórico da Medicina Tradicional.

O transtorno e o padrão da Medicina Tradicional são nomeados de acordo com as estruturas do corpo, as explicações causais, as propriedades e a gravidade que apresentam para a investigação clínica e o diagnóstico. O padrão MT1 pode denotar um padrão individualmente diferente (MT1) de respostas sistêmicas à doença da MO ou ao transtorno MT1. O padrão é um conceito exclusivo da MT1 e pode ser diferente do transtorno MT1 nos seguintes aspectos:

#### **Quadro 1: Características dos Transtornos e Padrões da Medicina Tradicional**

<b>Característica distintiva</b>	<b>Transtorno na Medicina Tradicional</b>	<b>Padrão na Medicina Tradicional</b>
Constante/ Temporário	Um <b>quadro clínico que é relativamente constante</b> durante toda a duração do transtorno	Um <b>quadro clínico que é relativamente temporário</b>
Patologia constante/ Resposta temporária	Geralmente fornece informações que refletem a <b>patologia constante</b>	Geralmente fornece informações que refletem a <b>manifestação global temporária ou a resposta do paciente</b>
Específico/Não específico	Um conceito que resume os <b>achados específicos</b> do processo patológico sob investigação	A combinação das manifestações que engloba <b>sintomas/sinais específicos e achados não específicos</b>
Linear/ Multifatorial	<b>Pode ser aplicado por um período de tempo.</b> A codificação de um transtorno pode ser baseada no processo patológico principal, que pode mostrar uma relação causal com as principais manifestações do paciente	Um padrão também pode ser aplicado por um período de tempo específico. Entretanto, o <b>código de um padrão baseia-se no quadro completo resumido</b> que pode ser observado no paciente a partir das perspectivas das teorias da Medicina Tradicional. Um padrão é reconhecido a partir da análise dos achados sistêmicos no corpo e na mente do paciente que refletem os processos patológicos, as respostas aos processos patológicos, outros achados concomitantes e traços constitucionais inatos ou adquiridos do paciente
Generalização/ Individualidade	Usado para descrever as <b>características gerais consideradas relativamente comuns</b> à população que sofre de um transtorno específico	Usado para descrever as <b>características individuais consideradas relativamente específicas do paciente</b> naquele momento
Geral/teórico	Geralmente descrito com <b>termos gerais de anatomia e fisiologia</b> , juntamente com termos de sinais e sintomas	Geralmente descrito com <b>termos das teorias da Medicina Tradicional</b> que são usados para resumir o mecanismo subjacente no paciente, como o equilíbrio yin e yang, frio e calor, meridiano, ou constituição

### 3.2.27 Seção V – Seção suplementar para avaliação de funcionalidade

Esta seção é nova. A lista de 47 entidades nesta seção destina-se à avaliação e pontuação no contexto da CID. Utiliza os domínios de funcionalidade da CIF de alto poder explicativo (Anexo 9 da CIF). As categorias devem ser usadas como um conjunto. O conjunto foi definido de forma que as pontuações resumidas gerais e específicas por domínios possam ser calculadas usando a Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS 2.0 (WHODAS 2.0) ou o Modelo para Inquéritos de Deficiência / Incapacidade da OMS (MDS).

### **3.2.28 Capítulo X – Códigos de extensão**

Este capítulo é novo. Os códigos de extensão estão previstos para fornecer a base para a pós-coordenação dos códigos da CID-11, sendo o repositório de todos os códigos em uma linearização que não se qualificam para uso como códigos-base.

As diferentes listas fornecem códigos adicionais para o uso clínico, bem como para a pesquisa de lesões, segurança de dispositivos, segurança de medicamentos, segurança do paciente e registro de câncer.

Esses códigos são de uso opcional e serão utilizados mais provavelmente em morbidade do que em mortalidade.



### 3.3 Múltiplas entidades-mãe

Uma entidade pode ser classificada corretamente em dois lugares diferentes, por exemplo, por localização ou por etiologia. Para uma doença como o câncer esofágico, isso significaria que poderia ser classificado em câncer (neoplasias malignas) ou em condições do sistema digestivo. Da mesma forma, as condições isquêmicas cerebrais poderiam ser classificadas no sistema vascular – onde o problema surge - ou no sistema nervoso – onde a isquemia impacta e se manifesta com sintomas.

Indicações de múltiplas entidades-mãe:

- Nota "Exclusões" ou " Codificado em outra parte"
- Exibição de múltiplas entidades-mãe na visualização do Componente fundamental
- Exibição de múltiplas entidades-mãe em uma lista tabular. Exemplo para o câncer esofágico: a entidade-mãe primária neoplasia maligna aparecerá em preto e o sistema digestivo para o câncer esofágico em cinza

No Componente fundamental, as notas de "exclusões" para esses exemplos mencionarão possíveis entidades-mãe (múltiplas entidades-mãe). Entretanto, para a tabulação de resultados estatísticos de qualquer lista tabular, pode haver apenas uma entidade-mãe para a tabulação primária. Quando há essas múltiplas entidades-mãe, na visualização do Componente fundamental, ambas as entidades-mãe serão exibidas da mesma forma. No entanto, em uma lista tabular, o local da entidade-mãe primária mostrará a entidade e suas entidades-mãe em preto, e a possível entidade-mãe secundária em cinza.

Toda vez que uma entidade apresenta uma entidade-mãe em outra parte, continuará a exibir o código da entidade-mãe primária. A entidade-mãe primária denomina-se às vezes de "Entidade-mãe da lista tabular".

### 3.4 O Modelo de conteúdo

O Modelo de conteúdo é um marco estruturado que define cada entidade encontrada na CID de forma padronizada. O propósito do Modelo de conteúdo é apresentar o conhecimento que fornece a base para a descrição de cada entidade da CID de forma sistemática para permitir a informatização. A CID-11 mantém todo o seu conteúdo no Componente fundamental. Aqui, cada entidade é especificada por uma descrição, propriedades em formato legível por máquina que têm valores, e uma ou mais relações mãe-filha. Links adicionais fornecem informações para pós-coordenação. Todas essas informações multidimensionais são então combinadas para formar uma lista com categorias mutuamente exclusivas - as listas tabulares. O Componente fundamental inclui informações sobre onde e como uma determinada entidade é representada em uma lista tabular. Uma entidade pode se tornar um agrupamento, uma categoria ou simplesmente um termo que está, por exemplo, listado no índice.

Cada entidade da CID pode ser vista a partir de diferentes dimensões. O Modelo de conteúdo representa cada uma dessas dimensões como uma "propriedade".

Os principais componentes das descrições da doença são incluídos como propriedades diferentes dentro do Modelo de conteúdo. As principais propriedades do Modelo de conteúdo são:

1. Título do Conceito da CID
2. Hierarquia, Tipo e Uso
  - Entidade-mãe
  - Tipo
  - Uso
3. Definição(ões) textual(is)
  - Descrição (curta)
  - Definição (longa)
4. Termos
  - Termos do índice
    - Termos de inclusão Sinônimos
  - Termos de exclusão
5. Descrições clínicas
  - Aparelho(s) orgânico(s)
  - Parte(s) do corpo (local[is] anatômico[s])
  - Propriedades da manifestação
    - Sinais e Sintomas
    - Achados
  - Propriedades causais
  - Tipo de etiologia
    - Infecção (agentes)
    - Lesão (mecanismos)
  - Fatores de risco
  - Características genômicas
  - Propriedades temporais
  - Propriedades da gravidade
  - Propriedades funcionais
  - Propriedades da condição específica
  - Propriedades do tratamento
  - Critérios de diagnóstico

Para cada entidade da CID, várias propriedades podem ser fornecidas se necessário para chegar ao resultado de codificação correto. Um codificador pode utilizar as propriedades para entender melhor uma condição e como codificá-la, e as propriedades permitem que o codificador determine onde uma condição é colocada. Somente as propriedades que são absolutamente necessárias foram definidas para evitar a necessidade de atualizações frequentes. As adições de valores de propriedade em nível internacional são gerenciadas por meio do ciclo de atualização regular sempre que problemas de codificação indicam a necessidade de fazê-lo. A seguir é apresentado um exemplo das propriedades básicas:

**Entidade da CID: Carcinoma ductal invasivo da mama**

<b>Propriedades</b>	<b>Valor</b>
Anatomia	Mama
Morfologia	Carcinoma ductal invasivo

A gama completa de valores diferentes para cada propriedade dada está predefinida utilizando terminologias e ontologias padrão. Essa gama de valores denomina-se um "Conjunto de valores".

As descrições das entidades da CID-11 informam os analistas e tradutores sobre o significado de uma entidade e suas características descritivas. Há dois tipos diferentes de descrições: uma descrição curta (máximo de 100 palavras) que está disponível no Modelo de conteúdo e na lista tabular, e uma descrição detalhada com detalhes abrangentes no nível requerido para cada entidade. A descrição detalhada é designada como "informações adicionais" e aparece apenas nas versões eletrônicas online. Os codificadores são advertidos a não usar as descrições para codificação. Os codificadores devem atribuir códigos com base no(s) diagnóstico(s) documentado(s) por um médico. No entanto, as informações dos descritores que são incluídas para as entidades individuais da CID-11 fornecem aos usuários da CID uma visão clara do significado pretendido e do escopo das rubricas ou termos na lista tabular e no Componente fundamental. Os descritores orientam tradutores, codificadores e usuários de dados codificados. O objetivo é melhorar a comparabilidade, a consistência e a interpretação das informações codificadas para todos, em qualquer lugar. Há quatro níveis de informações dos descritores no Modelo de conteúdo da CID-11:

- **Termo totalmente especificado** - Trata-se de um título inequívoco que não pressupõe contexto. Por exemplo, "doença sistêmica com sintomas diarreicos gastrointestinais predominantes atribuíveis ao *Vibrio cholerae*", em vez de "cólera" ou "outros" (em que o significado de outros teria ficado claro pelo contexto hierárquico).
- **Descrição curta** - A descrição curta é uma caracterização (com no máximo 100 palavras) da entidade que expressa pontos que são sempre verdadeiros sobre uma doença ou condição e necessários para entender o escopo da rubrica. As descrições não contêm necessariamente elementos destinados ao uso em epidemiologia comum ou elementos que sejam critérios clínicos.
- **Informações adicionais** - Trata-se de um campo de texto que não é obrigatório, mas que pode conter informações adicionais sobre as doenças ou condições incluídas na entidade, ou sobre suas características. Esse campo de texto fornece mais contexto para a entidade. Por exemplo, as circunstâncias epidemiológicas mais comuns, agentes etiológicos supostos ou altamente prováveis, ou outras informações que podem nem sempre ser verdadeiras, mas podem ser comuns, típicas ou esperadas.
- **Critérios clínicos ou diagnósticos** - Destina-se a conter um ou mais cenários de critérios clínicos e características que seriam suficientes para diagnosticar a(s) condição(ões) ou síndrome(s) da classe ou conceito em questão.

Esses cenários conterão múltiplas variações, ou lógica incorporada para acomodar "x de n" variações, que são necessárias ou úteis para realizar o diagnóstico. Por exemplo, um infarto do miocárdio (IM) em ambientes com muitos recursos diagnósticos normalmente incluiria um padrão longitudinal de enzimas cardíacas, alterações específicas no eletrocardiograma e sintomas estereotipados. No entanto, apenas dois desses três itens precisam estar presentes, pois há casos de "IM silenciosos" (sem sintomas) e variações semelhantes.

Espera-se que esses cenários sejam divididos de acordo com as capacidades tecnológicas. Por exemplo, o diagnóstico de um infarto do miocárdio em ambientes com muitos recursos diagnósticos provavelmente envolveria tecnologia e critérios diferentes dos utilizados em ambientes com poucos recursos. Os critérios de diagnóstico da CID baseiam-se em várias diretrizes da OMS que identificaram regras de diagnóstico. As extensões da CID, como linearizações de especialidades, podem usar essas regras de diagnóstico.

A arquitetura da CID-11 e a futura evolução desse componente de informação poderiam, eventualmente, servir a algoritmos de decisão com base nesses critérios. A atribuição de diagnósticos e condições poderia ser proposta automaticamente a partir de dados provenientes de registros médicos eletrônicos.

Os critérios de diagnóstico descrevem a metodologia de diagnóstico que determina como os provedores de saúde diagnosticam os casos que são classificados em uma entidade. Contêm as informações básicas de diagnóstico necessárias e suficientes para descrever uma categoria, e permitem a representação digital dos algoritmos de diagnóstico utilizando terminologia padronizada e outros elementos, conforme apropriado. Pode haver diferentes conjuntos de critérios de diagnóstico para diferentes contextos. Os critérios de diagnóstico se basearão no conteúdo de outros atributos.

### 3.5 Entidades da CID independentes do idioma

As entidades da CID-11 são independentes do idioma. Todas as entidades têm um identificador único ou um identificador uniforme de recursos (URI) e ocupam um lugar específico em uma hierarquia de grupos, categorias e termos mais restritos. A manutenção da CID-11 em nível internacional é feita no idioma inglês, mas o Modelo de conteúdo da CID-11 é independente do idioma e permite a vinculação de qualquer idioma desejado aos elementos de seu Componente fundamental. Dessa forma, uma base de tradução internacional facilita as traduções e a navegação multilíngue. O URI permanece válido independentemente do fato de uma entidade da CID ainda ser válida ou ter sido retirada. A estrutura hierárquica de grupos, categorias, subcategorias e inclusões (entidades-mãe, entidades-filha e termos mais restritos) serve também como uma espinha dorsal independente do idioma para as traduções da CID. Essa estrutura é essencial na construção de um índice em um idioma local. Auxilia (em conjunto com a plataforma de tradução da CID) a identificar os pontos que precisam ser traduzidos para que seja possível abordar as categorias da CID com os termos relatados no idioma local.

### 3.6 Inovação na codificação da mortalidade na CID-11

As instruções de codificação de mortalidade da CID amadureceram com o tempo e basicamente foram mantidas para a CID-11, enquanto o texto foi formatado com uma redação mais simples para melhorar o entendimento comum e a implementação padronizada. Alterações importantes na classificação foram incorporadas às instruções de codificação de mortalidade.

Os novos conceitos ou terminologia da CID-11, por exemplo, a pós-coordenação ou codificação de agrupamento, as instruções "codifique também" e "use código adicional, se desejar", funcionarão para capturar mais informações relatadas no atestado de morte. Na codificação de mortalidade da CID-10, a codificação de causas múltiplas, várias regras de modificação no Passo M4, ou certos marcadores utilizados em sistemas de codificação automatizados foram usados para capturar detalhes relatados no atestado de morte e para facilitar a seleção precisa da causa básica. Nesse sentido, considera-se que a função de pós-coordenação etc. foi incorporada à prática de codificação de mortalidade da CID-10, enquanto na CID-11 os conceitos são mais evidentes e várias novas instruções foram adicionadas para informar sobre como aplicar esses novos conceitos (ver a Parte 2 deste Guia de Referência).

O quadro a seguir, utilizado no Passo M1 para codificar complicações do diabetes mellitus, é fornecido para uso opcional. Essa lista não é uma lista completa das possíveis complicações do diabetes mellitus, e não deve ser atualizada, mas mantida para usuários interessados na consistência entre a codificação da CID-10 e da CID-11.

<b>Causa básica temporária da morte (CBT) Complicação diabética na CID-11</b>	Se desejado, a pós-coordenação pode ser utilizada para especificar uma complicação do diabetes mellitus
(cetoacidose)	com menção de: <i>5C73 Acidose</i> <i>5C50.G Trimetilaminúria</i> <i>MA18.Y Outros achados anormais especificados de exames bioquímicos do sangue</i>
(complicações renais)	<i>GB40-GB4Z Doenças glomerulares</i> <i>GB61 Insuficiência renal crônica</i> <i>GB6Z Insuficiência renal, não especificada</i> <i>MF54.0 Rim contraído liso</i> <i>GB90.4Z Transtornos da função tubular renal, não especificados</i>
(complicações oftálmicas)	<i>9A96.Z Uveíte anterior, não especificada</i> <i>9B10.Z Catarata, não especificada</i> <i>9B65.2 Inflamação coriorretiniana</i> <i>9B78.1 Retinopatias de fundo e alterações vasculares da retina</i> <i>9B78.2 Outra retinopatia proliferativa</i> <i>9B7Z Transtornos da retina não especificados</i>
(complicações neurológicas)	<i>8C12 Algumas mononeuropatias especificadas</i> <i>8C1Z Mononeuropatia de localização não especificada</i> <i>8C0Z Polineuropatia não especificada</i> <i>8C4Y Outros transtornos especificados de nervos, raízes e plexos nervosos</i> <i>8C7Y Outros transtornos primários especificados dos músculos</i> <i>8D8Z Transtornos do sistema nervoso autônomo, não especificados</i>
(complicações da circulação periférica)	<i>BD40.0 Aterosclerose de membro inferior</i>  <i>BD4Z Doença arterial obstrutiva crônica não especificada</i> <i>EE80.1 Necrobiose lipoídica</i> <i>MC85 Gangrena</i>
(outras complicações especificadas)	<i>ME60.2 Úlcera cutânea de natureza incerta, especificada como membro inferior</i>



<b>Causa básica temporária da morte (CBT) Complicação diabética na CID-11</b>	Se desejado, a pós-coordenação pode ser utilizada para especificar uma complicação do diabetes mellitus
	<i>FA2Z Artropatias inflamatórias, não especificadas</i>
	<i>MG30.5Z Dor neuropática crônica, não especificada</i>
	quando informado como a causa de:
(coma)	<i>MB20.1 Coma</i>
(complicações oftálmicas)	<i>9C81.Z Paresia de nervo ocular, não especificada</i>
	<i>9D90 Deficiência visual incluindo cegueira</i>
(complicações neurológicas)	<i>8E7Y Outras doenças do sistema nervoso especificadas</i>
	<i>DA7Z Doenças do estômago ou duodeno, não especificadas</i>
(complicações da circulação periférica)	
(outras complicações especificadas)	<i>1A40 Gastroenterite ou colite sem especificação de agente infeccioso</i>
	<i>1G40-1G41 Sepses</i>
	<i>1C41 Infecção bacteriana de localização não especificada</i>
	<i>1F28 Dermatofitose</i>
	<i>1F2D Dermatomicose superficial por fungo não dermatófito</i>
	<i>1F23 Candidíase</i>
	<i>3B20 Coagulação intravascular disseminada</i>
	<i>5A41 Glicemia baixa sem associação com diabetes</i>
	<i>5C80.00 Hipercolesterolemia primária</i>
	<i>5C80.1 Hipertrigliceridemia</i>
	<i>5C80.2 Hiperlipidemia mista</i>
	<i>5C80.Z Hiperlipoproteinemia não especificada</i>
	<i>5C76 Hiperpotassemia</i>
	<i>5D2Z Distúrbios metabólicos não especificados</i>
	<i>8A42.Y Outra encefalomielite aguda disseminada especificada</i>
	<i>8A42.Z Encefalomielite aguda disseminada não especificada</i>
	<i>BA00.Z Hipertensão essencial não especificada</i>
	<i>BA01 Doença cardíaca hipertensiva</i>

**Causa básica temporária da morte (CBT) Complicação diabética na CID-11**

Se desejado, a pós-coordenação pode ser utilizada para especificar uma complicação do diabetes mellitus

*BA40-BA6Z Doenças isquêmicas do coração*

*BB40-BB4Z Endocardite aguda ou subaguda*

*BC0Z Doenças das valvas cardíacas, não especificado*

*BC43.0Z Cardiomiopatia dilatada não especificada*

*BC43.Z Cardiomiopatia não especificada*

*BC81.3 Fibrilação atrial*

*BC81.20 Taquicardia de macroreentrada dependente do istmo cavotricuspídeo*

*BC81.2Z Taquicardia atrial macrorreentrante, não especificada*

*BC60 Despolarização atrial prematura*

*BC61 Despolarização juncional prematura*

*BC70 Despolarização ventricular prematura*

*BC71.1 Fibrilação ventricular*

*BC80.20 Síndrome do nó sinusal*

*BC9Y Outra arritmia cardíaca especificada*

*BC9Z Arritmia cardíaca não especificada*

*BD10-BD1Z Insuficiência cardíaca*

*BE2Z Doença do sistema circulatório, não especificada*

*8B00 Hemorragia intracerebral*

*8B02 Hemorragia subdural não traumática*

*8B03 Hemorragia epidural não traumática*

*8B0Z Hemorragia intracraniana não especificada*

*8B11 Acidente cerebral isquêmico*

*8B20 Acidente vascular cerebral não conhecido se isquêmico ou hemorrágico*

*8B22.Y Outra doença cerebrovascular especificada*

*8B2Z Doenças cerebrovasculares não especificadas*

*8B25.1 Efeitos tardios de hemorragia intracerebral*

*8B25.3 Efeitos tardios de hemorragia intracraniana não traumática*

*8B25.0 Efeitos tardios de acidente vascular cerebral isquêmico*

**Causa básica temporária da morte (CBT) Complicação diabética na CID-11**

Se desejado, a pós-coordenação pode ser utilizada para especificar uma complicação do diabetes mellitus

*8B25.4 Efeitos tardios de acidente vascular cerebral desconhecido se isquêmico ou hemorrágico*

*8B25 Efeitos tardios de doença cerebrovascular*

*8D40.1 Neuropatia devido à deficiência nutricional*

*8D40.2 Miopatia devido à deficiência nutricional*

*8D40.Y Outros transtornos neurológicos especificados por deficiência de nutrientes*

*8D40.Z Transtornos neurológicos por deficiência de nutrientes, não especificados*

*BD30.20 Oclusão arterial tromboembólica aguda de membro inferior*

*BD30.0 Oclusão arterial aguda de membro superior*

*BD30.2 Oclusão arterial aguda de membro inferior*

*BD70 Tromboflebite superficial*

*BD72 Tromboembolismo venoso*

*CA40.1 Pneumonia viral*

*CA40 Pneumonia*

*DA60-DA63.Z Úlcera do estômago ou duodeno*

*ME24.Y Outras manifestações clínicas especificadas do sistema digestivo*

*1B70.3 Linfangite bacteriana ascendente*

*1B70.Y Celulite bacteriana ou linfangite devido a outra bactéria especificada*

*1B70.Z Celulite bacteriana ou linfangite devido a bactéria não especificada*

*EB21 Pioderma gangrenoso*

*EA3Z Alguns transtornos de pele atribuíveis a infecção viral*

*EA89 Dermatite eczematosa generalizada de tipo não especificado*

*EH90 Úlcera por pressão*

*FA26.2 Condrocalcinose*

*1B71 Fasciíte necrotizante*

*GC08.Z Infecção do trato urinário, localização e agente não especificados*

### 3.7 Inovação na codificação da morbidade na CID-11

#### **"Presente na admissão"**

A inclusão dos novos Códigos de extensão na CID-11 fornece a capacidade para codificar informações que qualificam os códigos-base vinculados. Entre as novas características de qualificação encontra-se a característica de exibição de status, particularmente importante, que permite distinguir os diagnósticos presentes na admissão dos diagnósticos desenvolvidos após o início da internação hospitalar.

### 3.8 Seção sobre a Funcionalidade

Uma seção opcional de funcionalidade foi incorporada à CID-11 para permitir a classificação e a medição do impacto das condições de saúde em termos de funcionalidade. Para mais informações, consulte a seção [1.1.6.2](#).

Em geral, o vínculo entre a CID-11 e a CIF pode facilitar os seguintes casos de uso:

- avaliação na prática médica geral (p.ex., avaliação da aptidão para o trabalho)
- avaliação para benefícios sociais (p.ex., pensão por invalidez)
- fins de pagamento ou reembolso
- avaliações de necessidades (p.ex., para reabilitação, assistência ocupacional, cuidados de longo prazo)
- avaliação de resultados das intervenções

Sempre que for desejado e necessário um relatório de *funcionalidade* completo, a CIF deve ser usada.

### 3.9 Características gerais da CID-11

A principal inovação estrutural da CID-11 é que se baseia em um Componente fundamental do qual pode ser derivada a lista tabular. A lista tabular de referência internacional é a classificação para as estatísticas de morbidade e mortalidade. Devido ao acréscimo de um Componente fundamental, e ao design eletrônico da CID-11, foi necessário introduzir uma nova terminologia que não havia sido utilizada nas versões anteriores da CID. (Ver a Seção 2.13 para mais informações.)

Para mais detalhes sobre a terminologia da CID-11, consulte a Seção [1.1.6.1 Uso integrado com Terminologias](#).

### 3.10 Condições da Medicina Tradicional - Módulo 1 (MT1)

Uma grande porcentagem da população mundial usa alguma forma de Medicina Tradicional. No entanto, dados padronizados e informações sobre o estado de saúde desses usuários continuam praticamente ausentes das coletas de dados de saúde nacionais e internacionais. O uso de terapias de Medicina Complementar e Alternativa (MCA) tornou-se um grande setor e espera-se que cresça. Como resultado dessa lacuna de informações sobre a MT e o tamanho do setor, foram investidos recursos na criação de uma ferramenta de classificação para permitir a coleta e a análise de dados.

O capítulo suplementar da CID-11 sobre os transtornos e padrões da Medicina Tradicional foi concebido para ser integrado à codificação de casos em conjunto com os conceitos da Medicina Ocidental dos capítulos 1 a 25 da CID.

Assim como em outros capítulos da CID, o capítulo MT1 é uma ferramenta para classificar, diagnosticar, contar, comunicar e comparar as condições da MT, e também auxiliará a pesquisa e a avaliação destinadas a avaliar a segurança e a eficácia da MT. Esse capítulo não julga a prática da MT ou a eficácia de qualquer intervenção da MT.

Esse capítulo não deve ser usado na codificação de mortalidade.

### 3.11 Preparativos para a Décima Primeira Revisão

Em 2003, estava claro para a OMS e os Centros Colaboradores que uma nova revisão da CID não poderia ser adiada por muito tempo. O quanto a atualização da CID poderia abarcar os desenvolvimentos emergentes foi limitado pela estrutura da CID-10, e algumas questões precisaram de desenvolvimento e discussão mais amplas com grupos de experts. Em uma reunião especial dos Centros Colaboradores em Helsinque, em 2004, discutiu-se sobre a necessidade de uma revisão e as questões a serem abordadas como parte do processo de revisão. A reunião da Família de Classificações da OMS (FCI-OMS) de 2004 adotou posteriormente um plano de trabalho para o processo de revisão, que foi progressivamente desenvolvido nas reuniões seguintes.

Em 2007, a OMS lançou formalmente o processo de revisão. A supervisão foi feita por meio de um Grupo Diretor de Revisão com ampla base. O trabalho técnico foi realizado por uma série de Grupos Consultivos Técnicos, com grupos transversais que examinaram questões de mortalidade, morbidade e qualidade e segurança. Pela primeira vez, foi incluído um capítulo sobre a descrição de doenças e padrões de doenças do ponto de vista da Medicina Tradicional.

Foi desenvolvido um Modelo de conteúdo que inclui uma série de componentes para cada entidade da CID, proporcionando uma rica base para a CID. Outras classificações e terminologias são vinculadas ou incluídas quando possível para garantir que a CID esteja alinhada a elas, e os elementos usados em outros membros da FCI-OMS foram alinhados sempre que possível. A classificação estatística mais tradicional para mortalidade e morbidade é obtida a partir do Componente fundamental da CID-11 como uma Lista Tabular. Os códigos de extensão são usados para limitar o volume do conteúdo, mas ainda permitem a classificação detalhada das entidades mórbidas. Os capítulos e seções suplementares permitem capturar, de forma opcional, informações sobre diagnósticos da Medicina Tradicional e a funcionalidade. Com base nas experiências com a CID-9 e a CID-10, foi desenhado um mecanismo de atualização que permite melhorias na orientação ao usuário e atualizações científicas sem comprometer o uso estatístico da classificação.

A revisão da CID-11 foi realizada em várias fases. Em primeiro lugar, foi compilada uma lista de problemas conhecidos pelo uso da CID-10 e que não puderam ser resolvidos em sua estrutura de classificação, e foram formuladas possíveis soluções.

Em segundo lugar, foram recebidas contribuições de muitos grupos científicos das principais áreas temáticas, com foco nas perspectivas clínicas.

Finalmente, foi realizada uma edição centralizada, com o objetivo de ajustar os desequilíbrios no conteúdo gerado por múltiplos grupos de experts que operavam de forma independente na fase anterior da revisão, e para garantir que a estrutura geral fosse consistente e praticável para os usuários das estatísticas de mortalidade e morbidade. A versão final também recebeu contribuições de testes de campo, comentários dos Estados-Membros e envio e processamento contínuos de propostas.



## 3.12 Anexo A: Atualização e Manutenção da CID-11

Este Anexo descreve o processo de revisão, os ciclos de publicação e o fluxo de trabalho das propostas para a atualização da CID-11.

Anualmente, são publicadas novas versões oficiais da classificação da CID-11 para uso internacional em mortalidade e morbidade (isso é conhecido como o "navegador azul"). Por outro lado, o Componente fundamental da CID-11 é atualizado continuamente. A atualização é realizada em diferentes níveis com diferentes frequências correspondentes. A CID-11 é publicada em versões "estáveis" a cada cinco anos para uso internacional (contém atualizações que afetam a estrutura de quatro e cinco caracteres), a menos que necessidades urgentes de saúde pública requeiram algo mais. As versões são complementadas com identificadores de versão que são usados para relatórios em conjunto com os códigos. Quadros de transição e materiais que mostram as diferenças são fornecidos com cada versão.

As atualizações em um nível mais detalhado do que quatro e cinco caracteres podem ser publicadas anualmente. Pequenas correções de erros que sirvam para esclarecer o significado, a indexação ou erros podem ser comunicadas anualmente. Os acréscimos ao índice podem ser feitos de forma contínua.

As regras de mortalidade e morbidade serão atualizadas em ciclos de longo prazo, a cada 10 anos.

Todos os países que implementaram a CID-11 são incentivados a adotar as atualizações para garantir a maior padronização possível dos resultados de codificação. Se um país, por qualquer motivo, não pode implementar um determinado ano de atualizações, deverá pelo menos garantir que os dados informados estejam de acordo com a versão mais recente da CID-11.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas na CID e em suas diferentes versões e edições. Entretanto, a CID está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso da CID recai sobre o usuário. Em nenhuma hipótese a OMS será responsável por danos decorrentes de seu uso.

O editor das informações codificadas pela CID é responsável por garantir o uso adequado da CID e apresentar claramente a metodologia de coleta de dados e os mecanismos que foram utilizados para modificar os dados originais a fim de indicar a comparabilidade dos resultados apresentados. Para os dados de mortalidade, não é permitido nenhum desvio da metodologia indicada na CID.

Para obter informações sobre estrutura e taxonomia, consulte a seção [1.2](#).

### 3.12.1 Histórico

A atualização da CID-11 garante que a CID atenda às necessidades dos usuários em termos de conteúdo e terminologia.

A atualização e as decisões seguem os princípios estabelecidos em [1.2.1 Taxonomia](#).

As atualizações incluem alterações nos capítulos 1 a 24 da CID, o capítulo suplementar para as condições da Medicina Tradicional (incluindo o desenvolvimento de módulos adicionais), a seção suplementar para avaliação de funcionalidade, os códigos de extensão, visualizações especiais e as listas especiais de tabulação, os elementos do Componente fundamental da CID, bem como alterações no Guia de Referência.

Todas as propostas são inseridas em uma plataforma de manutenção online, para verificação da integridade, discussão e edição. A plataforma fornece a infraestrutura para encaminhar as propostas aos revisores e experts, e para fornecer comentários aos autores originais. A plataforma de manutenção também mostra o resultado final da proposta que foi inserida na plataforma de autoria e passa a fazer parte da CID. Qualquer usuário individual da classificação pode enviar uma proposta de atualização da CID. Essas atualizações podem se referir a uma ou mais entidades da CID. Podem abordar a posição das entidades em uma lista tabular, no Componente fundamental e em qualquer elemento do Modelo de conteúdo. A plataforma de manutenção da CID-11 (conhecida como "navegador laranja") é usada para propostas e comentários. Qualquer contribuição para a CID-11 e seus componentes requer a referência adequada das fontes, informações detalhadas das evidências científicas e permissão do proprietário de qualquer material protegido por direitos autorais (quando aplicável).

As propostas serão analisadas por especialistas científicos e especialistas em classificação. A decisão sobre o resultado de uma determinada proposta será baseada nas recomendações desses especialistas.

Um fluxo de trabalho entre um grupo de referência de mortalidade (MRG, na sigla em inglês) e um grupo de referência de morbidade (MbRG, na sigla em inglês), um comitê consultivo médico e científico (MSAC, na sigla em inglês) e o comitê consultivo de classificação e estatística (CSAC, na sigla em inglês) de supervisão geral garantirá que todos os aspectos relativos a uma proposta sejam considerados. As revisões da síntese por especialistas em classificação garantem a adequação das alterações propostas aos diversos casos de uso da CID.

O processo se baseia no consenso dos membros do CSAC sobre uma alteração proposta. Todas as rodadas de edição serão realizadas por meio de plataformas eletrônicas. Quando não é possível chegar a um consenso, a proposta pode ser adiada para ciclos de edição subsequentes aguardando a arbitragem da OMS, ou ser resolvida em uma reunião presencial de especialistas em classificação e conteúdo. Em todos os outros casos, uma recomendação consensual é enviada à OMS para decisão final.

Todas as propostas de alteração devem ser enviadas por meio do mecanismo de propostas para garantir uma análise clara e transparente do conteúdo proposto. Os diferentes tipos de propostas podem passar por um fluxo de trabalho a fim de garantir a consistência, a integridade estrutural e a precisão científica da classificação. Os diferentes fluxos de trabalho garantem o uso adequado dos recursos disponíveis da Rede da Família de Classificações Internacionais da OMS (FCI-OMS) e da OMS. Todas as alterações são informadas. Podem ser necessárias várias etapas para a verificação das atualizações.

### 3.12.2 Ciclo de atualização

A atualização é realizada em diferentes níveis e com diferentes frequências. Isso manterá a estabilidade para a mortalidade e permitirá atualizações mais rápidas para o uso da morbidade.

- As atualizações que afetam os relatórios internacionais (a estrutura de quatro e cinco caracteres dos códigos-base) serão publicadas a cada cinco anos.
- As atualizações em um nível mais detalhado podem ser publicadas em caráter anual e, dependendo das necessidades de modificações clínicas, também duas vezes ao ano.
- Os acréscimos ao índice podem ser feitos de forma contínua.
- As regras de mortalidade e morbidade serão atualizadas em um ciclo de 10 anos.
- Outras atualizações do Guia de Referência podem ser publicadas em caráter anual.

#### 3.12.2.1 Tipos de propostas para manutenção da CID-11-MMS

Depois de analisar os tipos de propostas e critérios estabelecidos da CID-10 e os utilizados até o momento durante a Revisão da CID-11, levando em conta as necessidades da CID-11, são propostos os seguintes tipos de propostas para a CID-11 (ver o Quadro abaixo para o impacto nas Estatísticas de Morbidade e Mortalidade – MMS).

- **Adicionar nova entidade:**
  - adicionar uma entidade "abaixo da linha de seleção" (tornando-se uma entrada de índice na MMS)
  - adicionar uma entidade "acima da linha de seleção" (tornando-se uma categoria na MMS)
- **Excluir entidade:**
  - aplicável a uma entidade abaixo da linha de seleção (removendo um termo de índice da MMS)
  - aplicável a uma entidade acima da linha de seleção (removendo uma categoria da MMS)
- **Mudança de Status de Codificação:**
  - transferir uma entidade do índice para a MMS (p. ex., atribuindo-lhe um código individual) ou uma entidade da MMS para o índice (p. ex., eliminando o código individual e direcionando-o para outra parte)
- **Melhoria do conteúdo**, incluindo os seguintes subtipos:
  - Alteração do Termo Preferido (título) (Alterações em um código que afetem o significado desse código não são permitidas e não serão aceitas. Se um conceito está ultrapassado e deve ser atualizado, ou se um novo conceito é

necessário, deverão ser usados os tipos de proposta pertinentes de excluir entidade ou adicionar nova entidade, ou ambos).

- Adição / Remoção de um sinônimo
- Adição / Remoção de uma exclusão
- Mudança de Descrição (Definição)
- Alteração de Informações Adicionais (Definição Longa)
- Correção ortográfica ou gramatical (em qualquer campo)
- Adição / Remoção de uma combinação de pós-coordenação de códigos-base obrigatoria
- Adição / Remoção do conteúdo da rubrica da entidade (não permite a alteração do significado)
- **Mudança estrutural**, incluindo os seguintes subtipos:
  - Alterar um link da entidade-mãe primária
  - Alterar um link da entidade-mãe secundária
- **Alteração do Guia de Referência** aplicável a qualquer texto do Guia de Referência da CID-11, incluindo regras de codificação e configurações predefinidas etc. Os subtipos incluem:
  - Correção ortográfica ou gramatical
  - Esclarecimento de uma regra
  - Alteração de uma regra (que afeta a integridade dos dados), incluindo a alteração de uma dica de codificação
- Propostas de esclarecimento que não exigem alteração na classificação
- Correção de inconsistência entre volumes

Preferencialmente, cada proposta especificará se está relacionada ao Componente fundamental ou a uma classificação, inclusive se é para uma modificação clínica nacional ou linearização de especialidade. As caixas de seleção nas propostas permitirão indicar o escopo.

Nem todos os autores estarão familiarizados com essas distinções. A configuração predefinida pode presumir que a proposta está relacionada à CID-11 MMS, a menos que especificado de outra forma. Em todo caso, o CSAC precisará determinar se a proposta, uma vez aceita, estará "acima ou abaixo da linha de seleção" na CID-11 MMS.

Nem todas as propostas exigirão o mesmo nível de escrutínio, pois cada uma pode ser considerada no contexto de seu impacto sobre a classificação estatística e a conveniência de uma classificação cientificamente precisa e atualizada. Quando necessário, será estabelecida uma "trilha rápida" para analisar as atualizações urgentemente necessárias, como para as modificações clínicas nacionais. Existem critérios e um fluxo de trabalho específico para cada "trilha" usada para as propostas.

**Quadro 1:** Visão geral dos tipos de proposta de manutenção da CID-11 e seu possível impacto nos dados coletados pela MMS. A lista *não* implica uma hierarquia de priorização. "X" significa "aplica-se".

<b>Tipo de Proposta</b>	<b>Maior</b>	<b>Menor</b>	<b>Nenhum</b>
<b>Adicionar nova entidade</b>	X	X	
<b>Excluir entidade (+)</b>	X		
<b>Mudança de Status de Codificação</b>	X	X	
<b>Melhoria do conteúdo</b>			
Alteração do Termo Preferido (título)	X	X	X
Adição/Remoção de um sinônimo		X	
Adição/Remoção de uma exclusão		X	
Mudança de Descrição	X	X	X
Alteração de Informações Adicionais (Descrição Longa - fora da OMS)			X
Correção de erro tipográfico (em qualquer campo)			X
Adição/Remoção de combinação de pós-coordenação de códigos-base obrigatória	X		
Adição/Remoção do conteúdo da rubrica da entidade – sem alteração do significado			X
<b>Mudança estrutural</b>			
Alterar uma entidade-mãe primária	X		
Alterar uma entidade-mãe secundária			X
<b>Alteração do Guia de referência</b>			
Correção de erro tipográfico			X
Esclarecimento de uma regra			X
Alteração de uma regra (que afeta a integridade dos dados), incluindo a alteração de uma dica de codificação	X		

(+) Os erros são excluídos; termos e entidades obsoletos não são excluídos, pois auxiliam no mapeamento e na codificação, já que ainda podem estar em uso

**Quadro 2:** Grupos responsáveis pela manutenção de possíveis alterações.

<b>Tipo de Proposta</b>	<b>CSAC</b>	<b>MSAC</b>	<b>MRG</b>	<b>MbRG</b>	<b>FDGRG ou TM</b>
<b>Adicionar nova entidade</b>	X	X	X	X	X+
<b>Excluir entidade (+)</b>	X	X	X	X	X+
<b>Mudança de Status de Codificação</b>	X	X	X	X	
<b>Melhoria do conteúdo</b>					
Alteração do Termo Preferido (título)	X	(X)			X+
Adição/Remoção de um sinônimo**					X+
Adição/Remoção de uma exclusão**					
Mudança de Descrição	X	X	X	X	X+
Alteração de Informações Adicionais (Descrição Longa - fora da OMS)		(X)			X+
Correção de erro tipográfico (em qualquer campo)**					
Adição/Remoção de combinação de pós-coordenação de códigos-base obrigatória	X		X	X	
<b>Mudança estrutural</b>					
Alterar uma entidade-mãe primária	X	(X)	X	X	X+
Alterar uma entidade-mãe secundária	X	X			
<b>Alteração do Guia de referência</b>					
Correção de erro tipográfico**					
Esclarecimento de uma regra	X		X	X	X+
Alteração de uma regra (que afeta a integridade dos dados), incluindo a alteração de uma dica de codificação	X	(X)	X+	X+	X+

(+) Os erros são excluídos; termos e entidades obsoletos não são excluídos, pois auxiliam no mapeamento e na codificação, já que ainda podem estar em uso. (X) aplica-se somente em situações especiais. X+ aplica-se somente ao caso de uso específico. \*\* Equipe da OMS

### 3.12.3 Integridade da proposta

Qualquer pessoa pode enviar uma proposta de atualização da CID. As propostas devem ser apresentadas no formato de uma breve explicação (aproximadamente 500 palavras) com referências à literatura de apoio e às evidências (publicações em periódicos revisados por pares ou em reuniões oficiais da OMS, seus Centros Colaboradores ou ONG em relações oficiais). A proposta também deverá visualizar as alterações na posição e abordar o impacto potencial nas entidades fora da proposta.

- O autor deve se registrar com nome completo e afiliação e declarar qualquer possível conflito de interesses.
- Todas as propostas devem ter uma fundamentação claramente escrita e convincente, com citações para estabelecer a base de evidências das propostas.
- As propostas que sugerem a adição de entidades devem ter uma descrição, e uma descrição da entidade. Isso garante o posicionamento correto no Componente fundamental. A fundamentação deve ter uma base científica, com referências a publicações em periódicos revisados por pares ou em reuniões oficiais da OMS, seus Centros Colaboradores ou ONG em relações oficiais.
- As propostas de novos códigos devem incluir informações sobre como o caso seria codificado se o novo código proposto não for aceito.
- As propostas com impacto nas estatísticas devem incluir uma descrição ou análise do impacto resultante como a frequência.
- As propostas que sugerem alterações nas regras devem ser acompanhadas de uma análise de impacto.
- Uma proposta incompleta será devolvida ao autor.
- O mecanismo de propostas não permitirá o envio de propostas sem fundamentação ou com falta de descrição ou definição, adequadas para processar a proposta.

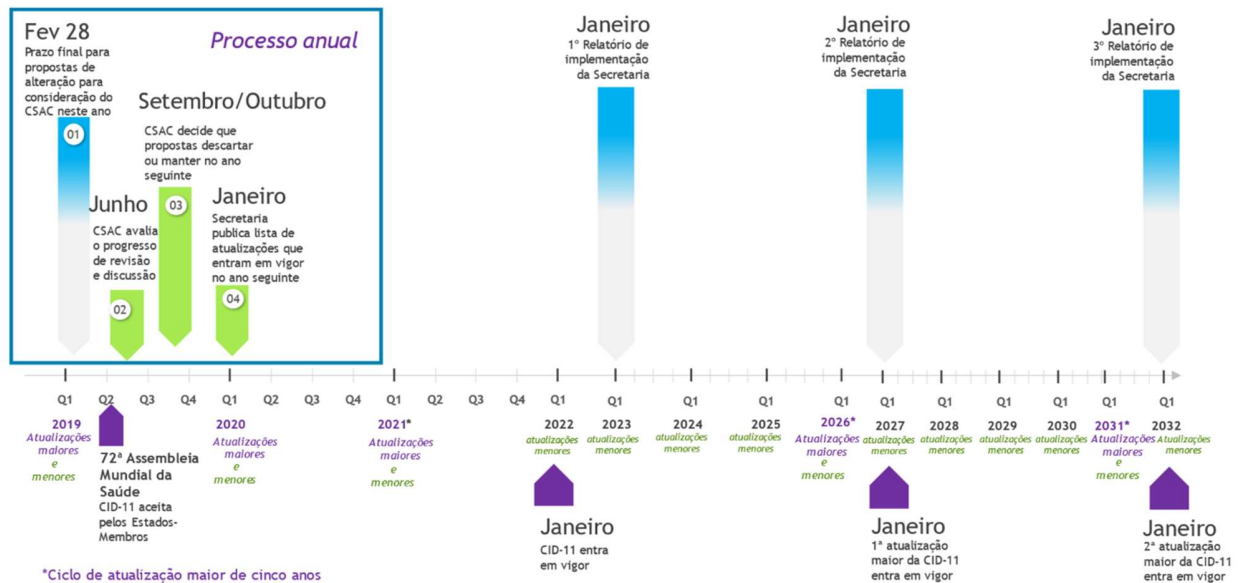
#### 3.12.4 Prazos da proposta

As propostas podem ser enviadas a qualquer momento. As propostas de impacto não são processadas de forma contínua, as propostas que exigem análise por qualquer um dos grupos e comitês envolvidos no fluxo de trabalho são agrupadas no dia 28 de fevereiro de um ano e encaminhadas para o fluxo de trabalho necessário.

As propostas são processadas em paralelo pelos grupos pertinentes. Os comentários formais são fornecidos em duas rodadas (dois meses, um mês), oferecendo a oportunidade de edições intermediárias.

A decisão final sobre a aceitação, rejeição ou "discussão adicional" é tomada em uma teleconferência do CSAC na reunião anual da FCI-OMS em outubro de cada ano. Os comunicados oficiais são publicados no final de setembro para validade de acordo com o ciclo de atualização do tipo de proposta, sendo as primeiras propostas para adoção em janeiro do ano seguinte (mínimo de seis meses para tradução, três meses para disseminação formal, p. ex., para detalhes clínicos, entidades-mãe secundárias ou sinônimos).

## Calendário de revisão e publicação



### Prazos de proposta e publicação

#### 3.12.5 Fluxo de Trabalho da proposta

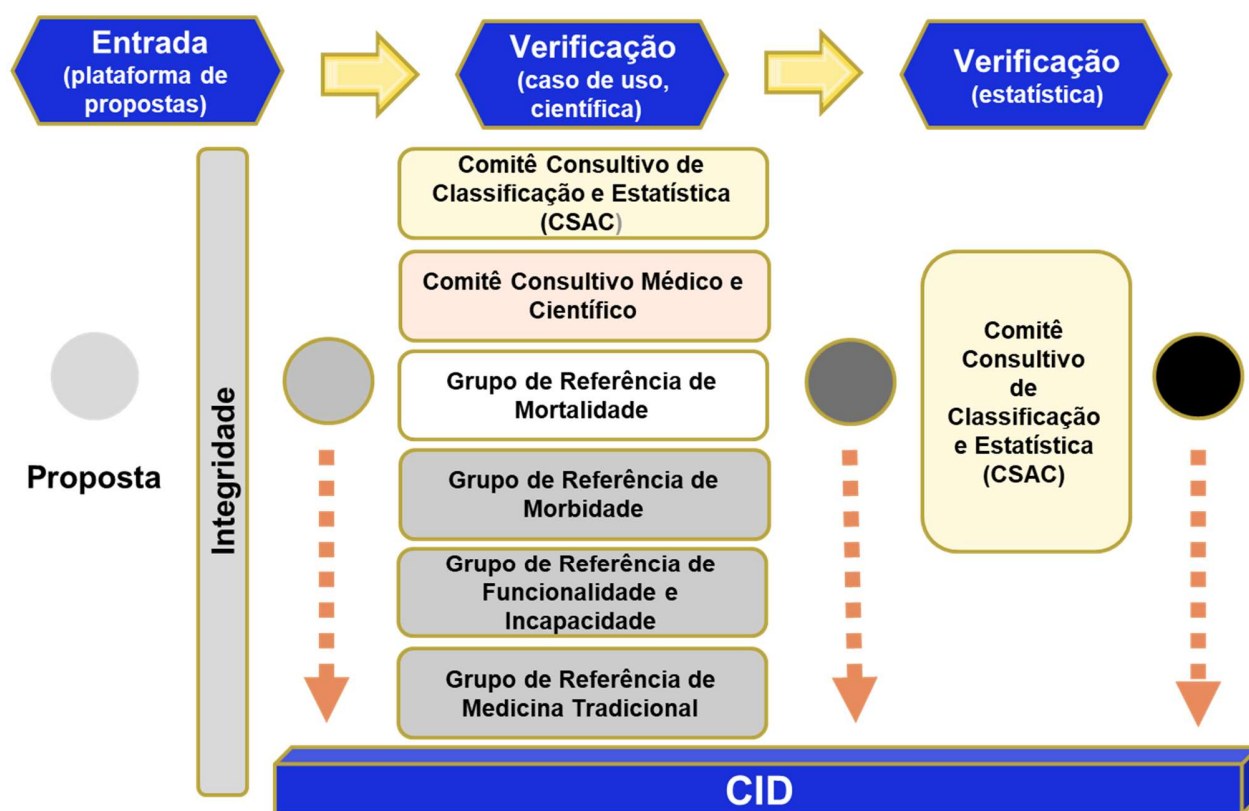
A manutenção da CID é um processo que requer amplo conhecimento em estatística e ciências médicas, bem como em diferentes casos de uso. Já foi estabelecido que a estrutura associada à atualização e manutenção da CID será revisada de acordo com as novas necessidades e o uso eficiente de recursos limitados. A figura abaixo mostra o fluxo pelo qual as propostas recebidas por meio da plataforma de atualização podem passar pelos grupos de experts para análise e recomendação à OMS. Uma "triagem de propostas" analisará inicialmente todas as propostas recebidas para garantir que estejam completas e tenham sido enviadas corretamente. As propostas serão então encaminhadas para a(s) próxima(s) etapa(s) apropriada(s). Essa triagem pode identificar propostas que podem ou devem ser processadas em um processo acelerado, por exemplo, devido ao tipo de proposta ou em casos de extrema urgência. A tipologia de propostas preconizada pode auxiliar a identificar o impacto na classificação, que, por sua vez, informará se a proposta é uma melhoria ou esclarecimento que pode ser implementada de forma contínua, ou se a alteração deve ser colocada na fila para implementação no ciclo de atualização. O limite para considerar as propostas para o Componente fundamental é baixo, permitindo regras simples para identificar o que é "admissível/viável", ou seja, se está completa e correta, pode ser considerada. A consideração não garante a aceitação.

O CSAC é composto por:



- Os centros colaboradores da FCI-OMS e os representantes técnicos oficialmente nomeados pelos estados-membros da OMS. Os participantes e observadores têm conhecimento específico e expertise nas classificações.
- Dois copresidentes de cada Grupo de Referência (o Grupo de Referência de Mortalidade - MRG e o Grupo de Referência de Morbidade - MBRG, e o Grupo de Referência de Funcionalidade e Incapacidade - FDRG e o Grupo de Medicina Tradicional - TMRG [siglas em inglês]), bem como dois copresidentes do Comitê Consultivo Médico e Científico (MSAC) também estão incluídos ex officio, com direito a comentários, mas sem direito a voto.
- Outros experts podem ser convidados a participar das reuniões do CSAC para comentar sobre questões específicas.

Todas as decisões são baseadas em consenso. Os termos de referência dos grupos de trabalho estão incluídos no documento que descreve a [conduta da Rede da Família de Classificações Internacionais da OMS](#).



### *Fluxo de Trabalho da Proposta*

Fluxo de Trabalho da Proposta, consulte Conduta da Rede da FCI-OMS para Termos de Referência e Governança dos diferentes grupos.

### *Grupo Restrito do CSAC*

Esse grupo é composto pelos copresidentes e secretários do CSAC, por funcionários da OMS e experts selecionados pela OMS.

O Grupo Restrito do CSAC analisa cada proposta e determina se a proposta está pronta para ser analisada pelo CSAC completo. O Grupo Restrito também faz uma recomendação por consenso sobre se a proposta deve ser aceita ou rejeitada. Se uma proposta requer mais informações ou está incompleta, o Grupo Restrito do CSAC pode solicitar orientações adicionais ao MSAC ou a outros comitês e grupos de referência (C&RG, na sigla em inglês) ou devolver a proposta ao autor. Às vezes, o Grupo Restrito, o MSAC e/ou um C&RG fazem uma recomendação de modificação da proposta original, e isso é registrado na seção de comentários públicos da proposta pela secretaria do grupo. Esses comentários e as modificações propostas são então considerados pelo CSAC completo.

Quando uma proposta está pronta para ser analisada pelo CSAC mais amplo, a Secretaria do CSAC registra a recomendação do Grupo Restrito do CSAC, bem como as modificações sugeridas e suas razões, na seção de comentários públicos da proposta e atribui à proposta o status de "Votação do CSAC". Os membros do CSAC podem então indicar sua concordância e/ou fazer comentários sobre a proposta, conforme modificado pelo Grupo Restrito da CSAC, quando aplicável.

### **3.12.6 Alterações que não podem ser realizadas durante o processo normal de atualização**

As alterações que criam novas estruturas que entram em conflito com a estrutura ou codificação existente de uma revisão atual somente podem ser realizadas em uma nova revisão da CID e incluem:

1. Alterar um código existente de uma categoria
2. Alterar um agrupamento existente em uma categoria se tem entidades-filha na linearização (Permitir isso obrigaria a alteração dos códigos das entidades-filha, portanto, não é permitido)
3. Alterar uma categoria existente em um agrupamento se tem entidades-filha na linearização (O mesmo que acima)
4. Inserir uma categoria entre duas categorias irmãs existentes. As categorias para categorias irmãs existentes devem ser inseridas no final, antes das categorias residuais.
5. Fazer qualquer tipo de reordenamento não será possível, pois estaria baseado nos códigos, que não serão alterados.
6. Retirar uma entidade que contém entidades-filha que não foram retiradas e substituí-la por outra entidade que contém as entidades-filha antigas. (Isso não é possível porque a nova entidade não pode manter o mesmo código da entidade retirada e, se fornecemos um novo código, seu código não será compatível com as entidades-filha).

7. Transferir uma categoria existente de uma forma que implique alterar seu código. Por exemplo, a categoria 2B01.2 não pode ser transferida, pois está sob 2B01 como uma entidade-filha de 2B00.

Para o Capítulo X "Códigos de extensão", a única limitação é o número 1 acima. Qualquer outra alteração poderia ser feita, pois os códigos do Capítulo X não se baseiam em sua localização hierárquica.

### 3.12.7 Aplicabilidade e propriedade intelectual

O parágrafo a seguir fornece um trecho de algumas das regulamentações legais em relação à CID. É importante observar que este texto não prejudica de forma alguma a redação de quaisquer acordos legais feitos entre a OMS e outras partes relevantes. A versão oficial vinculante da licença da CID está disponível em <https://icd.who.int/en>.

A CID é propriedade intelectual da OMS e as alterações na CID estão sujeitas a acordos contratuais e aprovação por meio do mecanismo de atualização.

A CID-11 está licenciada sob a licença *Creative Commons Attribution-NoDerivs 3.0 IGO* (CC BY-ND 3.0 IGO, ou a "Licença ICD-11", disponível em <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/>). De acordo com os termos da Licença, o Licenciado NÃO tem permissão para fazer "adaptações" da CID-11, conforme definido na Licença. A esse respeito, e sem limitar os termos da Licença ICD-11, a OMS presta os seguintes esclarecimentos:

- Para evitar a diluição do objetivo da CID de fornecer um padrão definitivo para a identificação de informações de saúde, os Materiais Licenciados ou qualquer parte deles não podem ser utilizados para desenvolver ou promulgar um padrão diferente.
- A OMS não considera a incorporação da CID-11 em um produto de software como uma "adaptação", desde que o Licenciado não faça nenhuma das seguintes ações:
  - 
  - a. Reproduzir a CID-11 em parte ou no todo e distribuí-la sob um nome diferente ou sem atribuição;
  - 
  - b. Reproduzir e distribuir a CID-11 em parte ou no todo sem os códigos da CID-11;
  - 
  - c. Reproduzir a CID-11 em parte ou no todo sem os URI da CID-11; ou
  - 
  - d. Reproduzir e distribuir a CID-11, em parte ou no todo, com qualquer combinação de a-c acima.
- Mapeamentos ou referências cruzadas entre outras classificações e terminologias e a CID-11 não estão abrangidos pela Licença ICD-11 e estão sujeitos a um acordo separado por escrito da OMS.

- É permitido acrescentar campos de dados aos conceitos da CID-11 se tais acréscimos forem claramente identificados como acréscimos que não têm origem na OMS.
- Os serviços da Web para a codificação e navegação da CID e outros softwares estão disponíveis sob uma licença não exclusiva, intransferível e não cedível, livre de direitos autorais, para usar e incorporar o Software ICD-11 em aplicativos ou sistemas de computador (a "Licença de Software"). Tais aplicativos ou sistemas de computador que incorporem o Software ICD-11 podem ser licenciados aos usuários para fins comerciais e não comerciais. Os usuários não têm o direito de vender ou licenciar o Software ICD-11 como um produto independente. Para evitar qualquer dúvida, o Software ICD-11 não está licenciado sob a licença *Creative Commons* para a CID-11 descrita na Seção 1, acima.

A CID pode ser traduzida para qualquer idioma. Para a tradução, solicita-se às partes interessadas (o Tradutor) entrar em contato com a OMS, cumprir os regulamentos pertinentes e receber permissão por escrito em um contrato formal. Normalmente, os direitos de tradução são concedidos somente aos Ministérios da Saúde.

As traduções para os idiomas da ONU são um produto da OMS e todos os direitos pertencem a OMS. As traduções para outros idiomas são um produto do Tradutor.

O Tradutor utilizará a plataforma de tradução da OMS, permitindo assim à OMS verificar a correção e a integridade da tradução.

À OMS é concedido automaticamente um direito perpétuo e irrevogável, não exclusivo, mundial, livre de direitos autorais, sublicenciável para utilizar, mudar, adaptar, traduzir, publicar e divulgar tal produto de trabalho de qualquer maneira e em qualquer formato conjuntamente com o trabalho da OMS.

Em alguns casos, os usuários determinam a necessidade de alterar partes da CID para produzir uma versão especial da CID. A produção de versões especiais requer um acordo contratual específico com a OMS.

Tais versões serão produzidas a partir da plataforma de produção da OMS pela OMS.

Todas as alterações ou sugestões de alterações na CID devem ser enviadas à plataforma de manutenção da CID-OMS (para mais detalhes, ver o [3.12 Anexo A: Atualização e Manutenção da CID-11](#)).

As solicitações de produção de uma versão especial estarão sujeitas ao fornecimento dos recursos necessários para que a OMS gere a versão especial.

Nenhuma publicidade ou propaganda pode ser exibida nas páginas de codificação ou de navegação. No caso de incorporação da classificação em um site local, ou de execução de uma versão local, deve ser incluído um link para a página inicial da CID na OMS.

Nenhuma publicidade ou propaganda pode ser exibida nas versões impressas da CID.

Preferencialmente, os usuários acessarão a CID online ou por meio dos serviços da Web fornecidos pela OMS. Isso garantirá o uso conjunto adequado do índice, do modelo de conteúdo e das listas tabulares, e facilitará a disseminação de atualizações, quando aplicável. Qualquer mecanismo de codificação produzido por terceiros deve fornecer os mesmos resultados de codificação que a ferramenta de codificação online de referência.

Para registros e relatórios nacionais e internacionais, deve ser usada a versão mais atualizada da CID, conforme estipulado no Regulamento de Nomenclatura (1967).

### **Modificações para a codificação de morbidade**

O uso da CID no contexto específico do sistema de saúde de um país pode requer detalhes que atualmente não fazem parte da CID-11, por exemplo, devido a configurações específicas ou requisitos do sistema de reembolso. Essas modificações estarão sujeitas ao mesmo processo internacional que todas as demais modificações na CID e, então, passarão a integrar o Componente fundamental e, finalmente, as Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (MMS), preferencialmente antes de sua implementação no país solicitante.

Pode ocorrer uma situação em que um governo nacional ou uma instituição nacional relacionada precise que uma modificação seja implementada imediatamente. Nessas circunstâncias, devem ser evitados conflitos com o atual Componente fundamental, e as modificações pertinentes estarão sujeitas a mecanismos especiais para o processo de atualização internacional. Todos os países que planejam produzir modificações devem estabelecer os acordos contratuais pertinentes com a OMS. Isso inclui regulamentos sobre a distribuição dentro e fora do respectivo país e os recursos necessários para que a OMS adicione essas modificações ao Componente fundamental.

Para desenvolver uma modificação nacional da CID-11, as seguintes regras devem ser observadas: 1. As modificações serão acordadas pelos órgãos de manutenção da CID-11 antes de serem implementadas nacionalmente. 2. As modificações não devem ter impacto nas estatísticas de morbidade e mortalidade e não devem entrar em conflito com o Componente fundamental. 3. A aprovação de todas as modificações estará sujeita à consideração de se já existem detalhes adicionais adequados no Componente fundamental. 4. Se for feita uma mudança na versão internacional da CID-11, a respectiva modificação deverá incorporar a mudança o mais breve possível.

### **Exemplo**

A "Diabetes Tipo 1" na versão da OMS da CID-11 é classificada como **5A10**. Uma modificação nacional pode requerer a inclusão de detalhes adicionais nos códigos da CID-11. Por exemplo, "Diabetes tipo 1, não controlada" poderia ser adicionada como uma subcategoria de **5A10**, como 5A10.1 Diabetes tipo 1, não controlada. No entanto, quando o mecanismo de pós-coordenação fornece os detalhes necessários, o acréscimo de uma nova subcategoria pode não ser necessário.

## 3.13 Anexo B: História do desenvolvimento da CID

### 3.13.1 Origem

Sir George Knibbs, o eminente estatístico australiano, creditou a François Bossier de La-croix (1706-1777), mais conhecido como Sauvages, a primeira tentativa de efetuar uma classificação sistemática das doenças (1). O vasto tratado de Sauvages foi publicado sob o título de *Nosologia Methodica*. Contemporâneo de Sauvages foi o grande metodologista Lineu (1707-1778), autor de *Genera Morborum*, um catálogo de doenças. Mais recentemente, Moriyama et al. (2) referiram-se aos precursores dos séculos XVI e XVII, Fernel e Sydenham. No início do século XIX, a classificação de doenças mais utilizada era a de William Cullen (1710-1790), de Edimburgo, surgida em 1785 sob o título *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

O estudo estatístico das doenças, para fins práticos, teve início, porém, um século antes, com o trabalho de John Graunt sobre as tabelas mortuárias de Londres publicadas em 1662. O tipo de classificação desenhado por esse pioneiro é exemplificado pela sua tentativa de estimar a proporção de crianças nascidas vivas, mas que morriam antes de alcançar a idade de seis anos, uma vez que não se dispunha de registros de idade à morte. Tomou todas as mortes e as classificou como sapinho, convulsões, raquitismo, dentição e vermes, prematuros, pagãos, recém-nascidos, fígado inflamado e asfixiados. Sobreposto a essas, acrescentou as mortes por varíola, catapora, sarampo e vermes sem convulsões. Apesar de rudimentar, sua estimativa de 36% de mortalidade antes dos seis anos de idade parece ter sido correta. Embora três séculos tenham contribuído para a precisão científica da classificação de doenças, há muitos que descreem da utilidade da compilação de dados estatísticos sobre as doenças ou mesmo sobre as causas de morte, em virtude das dificuldades de classificação. A essa objeção, pode-se contrapor o comentário de Major Greenwood: "*O purista científico que prefira esperar até que as estatísticas médicas sejam exatas do ponto de vista nosológico não é mais sensato do que o camponês de Horácio esperando o rio acabar de passar*" (3).

Felizmente para o progresso da medicina preventiva, o Escritório de Registro Geral da Inglaterra e do País de Gales encontrou, logo de sua fundação no ano de 1837, na pessoa de William Farr (1807-1883), seu primeiro estatístico médico. Farr foi um homem que não só tirou o maior proveito possível das classificações imperfeitas de doenças que então existiam, mas também trabalhou para conseguir classificação melhor e uniformidade internacional no seu uso.

Farr encontrou a classificação de Cullen em uso nos serviços públicos. Não fora revista para incorporar os progressos da ciência médica e tampouco lhe pareceu satisfatória para os fins da estatística. Farr percebeu que os números pequenos que resultariam de uma classificação detalhada não permitiriam fazer inferências estatísticas. Assim, no primeiro Relatório Anual do Oficial do Registro Geral (4), Farr examinou os princípios que deveriam orientar a classificação estatística das doenças e insistiu na adoção de uma classificação uniforme, como se segue:



As vantagens de uma nomenclatura estatística uniforme, conquanto imperfeita, são tão óbvias, que é surpreendente que não se dê atenção à sua implementação nas tábuas de mortalidade. 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 tem-se registrado complicações em lugar das doenças primárias. A nomenclatura é de tão grande importância neste departamento de inquérito como pesos e medidas nas ciências físicas, e deve ser estabelecida sem atraso.\_

Tanto a nomenclatura quanto a classificação estatística foram objeto de constante estudo e comentário em suas "Cartas" anuais ao Oficial de Registro Geral, que as fazia publicar em seus relatórios anuais. Farr fez muito para promover sua classificação, mas não conseguiu obter aceitação geral (4). Entretanto, o primeiro Congresso Internacional de Estatística, reunido em Bruxelas em 1853, reconheceu tão claramente a utilidade de uma classificação uniforme das causas de morte que solicitou a William Farr e Marc d'Espine, de Genebra, preparar uma classificação uniforme das causas de morte, internacionalmente aplicável.

No Congresso seguinte, realizado em Paris em 1855, Farr e d'Espine apresentaram duas listas separadas, baseadas em princípios absolutamente distintos. A classificação de Farr estava dividida em cinco grupos: doenças epidêmicas, doenças constitucionais (generalizadas), doenças localizadas classificadas segundo a sua localização anatômica, doenças do desenvolvimento e doenças que são o resultado direto de violência. D'Espine classificou as doenças segundo a sua natureza (gotosa, herpética, hemática etc.). O Congresso adotou, como solução conciliatória, uma lista composta de 139 rubricas. Essa classificação foi, em 1864, revista em Paris com base no modelo de Farr e subsequentemente revista em 1874, 1880 e 1886. Embora essa classificação jamais tivesse logrado aprovação universal, a disposição geral proposta por Farr, incluindo o princípio de classificar as doenças pela etiologia seguida da localização anatômica, sobreviveu como a base da Lista Internacional de Causas de Morte.

É importante ressaltar que o Congresso de 1855 também recomendou que cada país solicitasse informações sobre as causas de morte ao médico que havia atendido o falecido, e que cada país tomasse medidas para garantir que todas as mortes fossem verificadas por médicos (4).

### **3.13.2 Adoção da Lista Internacional de Causas de Morte**

Na reunião realizada em Viena em 1891, o Instituto Internacional de Estatística, sucessor do Congresso Internacional de Estatística, confiou a um comitê, cuja presidência coube a Jacques Bertillon (1851-1922), Chefe dos Trabalhos de Estatística da Cidade de Paris, a preparação de uma classificação de causas de morte. O relatório do comitê foi apresentado e adotado na reunião de 1893 do Instituto Internacional de Estatística em Chicago.

Para os títulos principais, Bertillon adotou a localização anatômica em vez da natureza da doença, de acordo com o plano de Farr. A lista de Bertillon incluía as doenças definidas que mais mereciam ser estudadas em razão de sua natureza transmissível ou de sua frequência de ocorrência. Seguindo as instruções do Congresso de Viena, Bertillon introduziu três classificações: uma classificação abreviada de 44 títulos; uma classificação de 99 títulos; e

uma classificação de 161 títulos. Bertillon também preparou algumas regras ou diretrizes sobre a resolução de problemas; por exemplo, como os estatísticos devem classificar o que está escrito sem imputar o que o médico quis dizer (5). A "Classificação de Causas de Morte de Bertillon", como a princípio foi chamada, recebeu aprovação geral e foi adotada por vários países, assim como por muitas cidades. A classificação foi utilizada pela primeira vez na América do Norte por Jesús E. Monjarás nas estatísticas de San Luís de Potosí, México (5). Em 1898, a Associação Americana de Saúde Pública, em sua reunião de Ottawa, Canadá, recomendou a adoção da Classificação de Bertillon pelos oficiais de registro do Canadá, México e Estados Unidos. A Associação sugeriu, outrossim, revisar a referida classificação a cada dez anos.

Na reunião do Instituto Internacional de Estatística realizada em Christiania em 1899, Bertillon apresentou um relatório sobre o progresso da classificação, no qual estavam incluídas as recomendações da Associação Americana de Saúde Pública sobre sua revisão decenal. O Instituto adotou na oportunidade a seguinte resolução (6): O Instituto Internacional de Estatística, convencido da necessidade de empregar nomenclaturas comparáveis nos diferentes países:

\_Registra com satisfação a adoção, por todos os serviços de estatística da América do Norte, por alguns da América do Sul e da Europa, do sistema de nomenclatura de causas de morte apresentado em 1893; Insiste vivamente em que esse sistema de nomenclatura seja adotado, em princípio e sem revisão, por todos os serviços de estatística europeus; Aprova, pelo menos em linhas gerais, o sistema de revisão decenal proposto pela Associação Americana de Saúde Pública em sua sessão de Ottawa (1898); Concita os serviços de estatística que ainda não aderiram, a fazê-lo sem demora, a fim de contribuir para a comparabilidade da nomenclatura de causas de morte.\_

O Governo francês convocou, em seguida, para que se efetuasse em Paris, em agosto de 1900, a primeira Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte, da qual participaram delegados de 26 países. Foi adotada a 21 de agosto de 1900 uma classificação pormenorizada das causas de morte composta de 179 grupos e uma classificação abreviada, de 35 grupos. Foi reconhecida a utilidade de revisões decenais e ao Governo francês foi solicitado convocar para 1910 a reunião seguinte. Na realidade, a citada reunião teve lugar em 1909 e o Governo francês convocou mais tarde as conferências de 1920, 1929 e 1938. Bertillon continuou sendo o promotor da Lista Internacional de Causas de Morte e as revisões de 1900, 1910 e 1920 foram efetuadas sob sua direção. Como Secretário-Geral da Conferência Internacional, submeteu a revisão temporária de 1920 a mais de quinhentos técnicos para que dessem seu parecer. Faleceu, porém, em 1922, deixando a Conferência Internacional privada de sua eficiente liderança.

Na reunião de 1923 do Instituto Internacional de Estatística, Michel Huber, o sucessor de Bertillon na França, reconheceu essa falta de direção e apresentou moção no sentido de que o Instituto reafirmasse a sua política de 1893 com respeito à Classificação Internacional das Causas de Morte e colaborasse com outras organizações internacionais na preparação das revisões subsequentes. A Organização de Saúde da Liga das Nações também tomou ativo interesse pelas estatísticas sanitárias e nomeou comissão de peritos estatísticos para



estudar a classificação das doenças e das causas de morte, assim como outros problemas no campo das estatísticas médicas. E. Roesle, chefe da Seção de Estatística Médica do Serviço de Saúde Pública da Alemanha e membro da Comissão, fez cuidadoso estudo em que especificou a ampliação necessária aos títulos da Lista Internacional de Causas de Morte de 1920, para que a classificação pudesse ser utilizada na tabulação de estatísticas de morbidade. Essa monografia foi publicada pela Organização de Saúde da Liga das Nações em 1928 (7). A fim de coordenar os trabalhos das duas entidades, foi criada uma "Comissão Mista" internacional, na qual tinham assento, em igualdade numérica, representantes do Instituto Internacional de Estatística e da Organização de Saúde da Liga das Nações. A referida comissão formulou as propostas para a Quarta (1929) e a Quinta (1938) revisões da Lista Internacional das Causas de Morte.

### 3.13.3 A Quinta Conferência Decenal de Revisão

A Quinta Conferência Internacional para a Revisão da Lista Internacional de Causas de Morte, como as conferências que a precederam, foi convocada pelo Governo francês e realizada em Paris em outubro de 1938. A Conferência aprovou três listas: uma lista detalhada de 200 títulos, uma lista intermediária de 87 títulos e uma lista breve de 44 títulos. Além de tornar as listas de acordo com o progresso científico, particularmente no capítulo de doenças infecciosas e parasitárias, e efetuar alterações nos capítulos de condições puerperais e acidentes, a Conferência fez o menor número de mudanças possível no conteúdo, número e mesmo na numeração dos itens. Uma lista de causas de natimortalidade foi também proposta e aprovada pela Conferência.

Com relação à classificação de doenças para estatísticas de morbidade, a Conferência reconheceu a necessidade crescente de uma lista correspondente de doenças que pudesse atender as necessidades de elaboração de estatísticas de uma gama muito diferenciada de organizações, tais como organizações de seguro de saúde, hospitais, serviços médicos militares, administrações de saúde e similares. A seguinte resolução foi, então, adotada (8):

#### 3.13.3.1 Listas Internacionais de Doenças

- Em vista da importância da compilação de listas internacionais de doenças que correspondam às listas internacionais de causas de morte: A Conferência recomenda que o Comitê Conjunto apontado pelo Instituto Internacional de Estatística e a Organização de Saúde da Liga das Nações assumam, como em 1929, a preparação de listas internacionais de doenças, junto com peritos e representantes das organizações especialmente correlatas. Durante a compilação das listas internacionais de doenças, a Conferência recomenda que as diversas listas nacionais em uso devam, tanto quanto possível, ser compatibilizadas com a Lista Internacional de Causas de Morte detalhada (sendo que os números dos capítulos, títulos e subtítulos na citada Lista estavam entre parênteses). A Conferência ainda recomendou que o Governo dos Estados Unidos continue seus estudos de tratamento estatístico das causas conjuntas de morte na resolução seguinte (9):
  - Atestado de Morte e Seleção de Causas de Morte quando mais do que uma causa é dada (causas conjuntas) A Conferência

- Considerando que, em 1929, o Governo dos Estados Unidos teve o mérito de realizar o estudo dos meios de unificar os métodos de seleção da causa principal de morte a ser tabulada nos casos em que duas ou mais causas eram mencionadas no atestado de morte,
- Considerando que os numerosos inquéritos completados ou em vias de preparação em vários países revelam a importância desse problema, que ainda não foi resolvido,
- Considerando que, de acordo com esses inquéritos, a comparabilidade internacional de taxas de mortalidade por várias doenças requer, não só a solução do problema da seleção da principal causa tabulada de morte, mas também a solução de numerosas outras questões;
  - Agradece calorosamente o Governo dos Estados Unidos pelo trabalho realizado ou promovido a esse respeito;
- Requer que o Governo dos Estados Unidos continue suas investigações durante os próximos dez anos, em cooperação com outros países e organizações, numa base um pouco mais ampla, e
- Sugere que, para essas investigações futuras, o Governo dos Estados Unidos deve estabelecer um subcomitê compreendendo representantes de países e organizações que participem nas investigações a esse respeito.

#### 3.13.4 As primeiras classificações de doenças para estatísticas de morbidade

Na discussão apresentada, a classificação de doenças foi relacionada quase inteiramente às estatísticas de causa de morte. Farr, entretanto, reconheceu que era desejável "estender o mesmo sistema de nomenclatura para doenças que, embora não sejam fatais, causam incapacidade na população, e agora figuram nas tabelas de doenças dos exércitos, marinhas, hospitais, prisões, asilos de lunáticos, instituições públicas de todo tipo, e associações de doentes, assim como no censo dos países como a Irlanda, onde as doenças de todas as pessoas são enumeradas" (10). Em seu *"Relatório sobre a Nomenclatura e a Classificação Estatística de Doenças"*, apresentado ao Segundo Congresso Estatístico Internacional, então incluiu na lista geral de doenças a maioria das que afetavam a saúde assim como as doenças fatais. No Quarto Congresso Estatístico Internacional, realizado em Londres em 1860, Florence Nightingale estimulou a adoção da classificação de doenças de Farr para a tabulação da morbidade hospitalar em seu trabalho *"Propostas para um Plano Uniforme de Estatísticas Hospitalares"*.

Na Primeira Conferência Internacional para revisar a Classificação de Causas de Morte de Bertillon em Paris em 1900, uma classificação paralela de doenças para uso em estatísticas de doença foi adotada. Uma lista paralela foi também adotada na segunda conferência em 1909. As categorias extras para doenças não fatais foram formadas pela subdivisão de algumas rubricas da classificação de causa de morte em dois ou três grupos de doença, cada um destes designados por uma letra. A tradução para o inglês da Segunda Revisão Decenal, publicada pelo Departamento de Comércio e Trabalho dos Estados Unidos em 1910, foi intitulada Classificação Internacional de Causas de Doença e Morte. Revisões ulteriores incorporaram alguns dos grupos na Lista Internacional de Causas de Morte Detalhada. A

Quarta Conferência Internacional adotou uma classificação de doenças que diferiu da Lista Internacional de Causas de Morte Detalhada somente pela adição de outras subdivisões de doze títulos. Essas classificações internacionais de doenças, entretanto, não lograram receber aceitação geral, já que forneciam somente uma expansão limitada da lista de causa básica de morte.

Na ausência de uma classificação uniforme de doenças que pudesse ser usada satisfatoriamente para estatísticas de doenças, muitos países acharam necessário preparar suas próprias listas. Um Código Padrão de Morbidade foi preparado pelo Conselho de Saúde do Canadá e publicado em 1936. As principais subdivisões desse código representaram os dezoito capítulos da Revisão de 1929 da Lista Internacional de Causas de Morte, que foram subdivididas em cerca de 380 categorias específicas de doenças. Na Quinta Conferência Internacional em 1938, o delegado canadense introduziu uma modificação dessa lista para consideração como proposta para uma lista internacional de causas de doença. Embora nenhuma ação tenha sido tomada sobre essa proposta, a Conferência adotou a resolução citada acima.

Em 1944, classificações provisórias de doenças e lesões foram publicadas tanto no Reino Unido quanto nos Estados Unidos da América para uso em tabulações de estatísticas de morbididade. Ambas as classificações eram mais extensas que a lista canadense, mas, como essa lista, seguiam a ordem geral das doenças na Lista Internacional de Causas de Morte. A classificação britânica foi preparada pelo Comitê de Estatísticas de Morbidade Hospitalar do Conselho de Pesquisa Médica, que foi criado em janeiro de 1942. Foi intitulada "*Classificação provisória de doenças e lesões para uso na compilação de estatística de morbididade*" (8). Foi preparada com o propósito de fornecer um esquema de coleta e registro de estatísticas de pacientes admitidos em hospitais no Reino Unido, usando uma classificação padrão de doenças e lesões, tendo sido usada no país por agências governamentais e outras.

Poucos anos antes, em agosto de 1940, o Cirurgião-Geral do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e o Diretor do Escritório de Censo norte-americano publicaram uma lista de doenças e lesões para tabulação de estatísticas de morbididade (9). O código foi preparado pela Divisão de Métodos de Saúde Pública do Serviço de Saúde Pública em cooperação com um comitê de consultores apontados pelo Cirurgião-Geral. Em 1944, foi publicado "*O Manual para a codificação de causas de doenças de acordo com um código diagnóstico para tabulação de estatísticas de morbididade*", consistindo de um código diagnóstico, uma lista tabular de inclusões e um índice alfabético. O código foi usado em vários hospitais, em um grande número de planos de seguro hospitalar voluntário e de planos de assistência médica e em estudos especiais, por outras agências nos Estados Unidos.

### **3.13.5 Comitê Norte-Americano para causas conjuntas de morte**

Em concordância com a resolução da Quinta Conferência Internacional, o Secretário de Estado norte-americano de 1945 designou o Comitê Norte-Americano de Causas Conjuntas de Morte, sob a direção de Lowell J. Reed, Professor de Bioestatística na Universidade Johns Hopkins. Entre os membros e consultores desse comitê estavam representantes dos governos do Canadá e do Reino Unido e da Seção de Saúde da Liga das Nações.

Reconhecendo uma tendência, o comitê decidiu que seria vantajoso considerar as classificações do ponto de vista da morbidade e mortalidade, uma vez que o problema das causas conjuntas dizia respeito aos dois tipos de estatísticas.

O comitê também levou em conta a parte da resolução sobre as Listas Internacionais de Doenças da Conferência Internacional anterior recomendando que "as várias listas nacionais em uso devem, tanto quanto possível, ser alinhadas com a Lista Internacional de Causas de Morte Detalhada". Reconheceu que a classificação de doença e lesão é estreitamente ligada à classificação de causas de morte. O ponto de vista de que tais listas são fundamentalmente diferentes nasce da crença errônea segundo a qual a Lista Internacional é uma classificação de causas terminais, quando na verdade se baseia na condição mórbida que iniciou a cadeia de eventos que levou, em última instância, à morte. O comitê acreditou que, com vistas a utilizar completamente tanto as estatísticas de morbidade quanto de mortalidade, não somente deveria a classificação de doenças para ambos os propósitos ser comparável, mas se possível deveria haver uma única lista.

Além disso, um número crescente de organizações estatísticas estava usando registros médicos envolvendo tanto a doença quanto a morte. Mesmo em organizações que compilam somente estatísticas de morbidade, tanto casos fatais como não fatais precisavam ser codificados. Uma única lista, portanto, facilita grandemente suas operações de codificação. Fornece também uma base comum para comparação de estatísticas de morbidade e mortalidade.

Um subcomitê foi designado, então, para preparar uma versão preliminar de uma Proposta de Classificação Estatística de Doenças, Lesões e Causas de Morte. Um rascunho final foi adotado pelo comitê após ter sido modificado com base em ensaios levados a cabo por várias agências no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos da América.

#### **Quadro 1:** *Revisões da CID sob os auspícios da OMS*

<b>Revisão</b>	<b>Data de entrada em vigor</b>	<b>Ano de adoção pela Assembleia Mundial da Saúde (WHA, na sigla em inglês)</b>
6ª Revisão	1948	1948 (WHA1.36)
7ª Revisão	1 Jan 1958	Mai 1956 (WHA 9.29)
8ª Revisão	1 Jan 1968	Mai 1966 (WHA 19.44)
9ª Revisão	1 Jan 1979	Mai 1976 (WHA 29.34)
10ª Revisão	1 Jan 1993	Mai 1990 (WHA 43.24)
11ª Revisão	1 Jan 2022	Mai 2019 (WHA72.15)

### **3.13.6 Sexta Revisão das Listas Internacionais**

A Conferência Internacional de Saúde realizada na cidade de Nova York em junho e julho de 1946 (11) encarregou à Comissão Interina da Organização Mundial da Saúde a responsabilidade de "revisar a máquina existente e assumir todo o trabalho preparatório necessário em relação: (i) à próxima revisão decenal das 'Listas Internacionais de Causas

de Morte' (incluindo as listas adotadas sob o Acordo Internacional de 1934, relatando as Estatísticas de Causas de Morte); e (ii) ao estabelecimento de Listas Internacionais de Causas de Morbidade".

Para dar conta dessa responsabilidade, a Comissão Interina indicou o Comitê de Peritos para a Preparação da Sexta Revisão Decenal das Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte. Esse Comitê, levando em conta a opinião prevalente com relação à classificação de morbidade e mortalidade, revisou a classificação acima mencionada que havia sido preparada pelo Comitê Norte-Americano de Causas Conjuntas de Morte.

A classificação resultante circulou entre governos nacionais que preparavam estatísticas de morbidade e mortalidade para comentários e sugestões sob o título, Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte. O Comitê de Peritos considerou as respostas e preparou uma versão revista que incorporava alterações para melhorar a utilidade e aceitação da classificação. O Comitê também compilou uma lista de termos diagnósticos para aparecer sob cada título da classificação. Além disso, um subcomitê foi designado para preparar um índice alfabético abrangente de enunciados diagnósticos classificados na categoria apropriada da classificação. O Comitê também considerou a estrutura e os usos de listas especiais de causas para tabulação e publicação de estatísticas de morbidade e mortalidade e estudou outros problemas relacionados com a comparabilidade internacional de estatísticas de mortalidade, tais como um modelo de atestado médico e regras de classificação. A Conferência Internacional para a Sexta Revisão das Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte foi realizada em Paris, de 26 a 30 de abril de 1948, pelo Governo da França sob os termos do acordo assinado no fechamento da Quinta Conferência de Revisão em 1938. Seu secretariado foi composto conjuntamente pelas autoridades francesas competentes e pela Organização Mundial da Saúde, que levou a efeito o trabalho preparatório sob os termos do arranjo concluído pelos governos representados na Conferência Internacional de Saúde de 1946 (12).

A Conferência adotou a classificação preparada pelo Comitê de Peritos como a Sexta Revisão das Listas Internacionais (13). Também considerou outras propostas do Comitê de Peritos no que diz respeito à compilação, tabulação e publicação de estatísticas de morbidade e mortalidade. A Conferência aprovou o Modelo Internacional de Atestado Médico de Causa de Morte, aceitou a causa básica de morte como a causa principal a ser tabulada, e endossou as regras para seleção da causa básica de morte assim como as listas especiais de tabulação dos dados de morbidade e mortalidade. Além disso, recomendou que a Assembleia Mundial da Saúde deveria adotar regulamentos sob o Artigo 21(b) da Constituição da OMS para orientar os Estados-Membros na compilação das estatísticas de morbidade e mortalidade de acordo com a Classificação Estatística Internacional. Em 1948, a Primeira Assembleia Mundial da Saúde endossou o relatório da Sexta Conferência de Revisão e adotou o Regulamento no.1 da Organização Mundial da Saúde, preparado com base nas recomendações da Conferência. A Classificação Internacional, incluindo a Lista Tabular de Inclusões, que define o conteúdo das categorias, foi incorporada, juntamente com o modelo de Atestado Médico de Causa de Morte, as regras para classificação e as listas especiais para tabulação, no Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte (22). O Manual consistia de dois volumes, sendo o Volume 2 um índice alfabético de termos diagnósticos codificados nas categorias apropriadas. Na Sexta

Revisão, as condições mórbidas resultantes de lesões, envenenamentos e outras causas externas foram classificadas de acordo com as circunstâncias externas que deram origem à lesão e com o tipo de lesão.

A adoção dessa dupla classificação foi considerada na época como uma medida ousada para lidar com o interesse simultâneo em mais de um aspecto da lesão. A Sexta Conferência de Revisão Decenal marcou o início de uma nova era nas estatísticas vitais e de saúde internacionais. Além de aprovar uma lista abrangente tanto para mortalidade quanto para morbidade e fixar as regras para seleção da causa básica da morte, a Conferência recomendou a adoção de um programa abrangente de cooperação internacional no campo das estatísticas vitais e de saúde. Um item importante nesse programa era a recomendação de que os governos estabelecessem comitês nacionais de estatísticas vitais e de saúde para coordenar as atividades estatísticas no país, e para servir como ligação entre as instituições estatísticas nacionais e a Organização Mundial da Saúde. Vislumbrou-se também que tais comitês nacionais estudariam, quer sozinhos, quer em cooperação com outros comitês nacionais, problemas estatísticos de importância em saúde pública e tornariam os resultados de suas investigações disponíveis para a OMS.

### **3.13.7 Sétima e Oitava Revisões**

A Conferência Internacional para a Sétima Revisão da Classificação Internacional de Doenças foi realizada em Paris sob os auspícios da OMS em fevereiro de 1955 (14). De acordo com a recomendação do Comitê de Peritos da OMS em Estatísticas de Saúde, essa revisão se limitou a alterações essenciais e emendas de erros e inconsistências (15). A Oitava Conferência de Revisão convocada pela OMS se reuniu em Genebra de 6 a 12 de julho de 1965 (16). Essa revisão foi mais radical do que a Sétima, mas deixou inalterada a estrutura básica da Classificação e a filosofia geral de classificação de doenças, sempre que possível, de acordo com sua etiologia mais do que uma manifestação particular. Durante os anos que a Sétima e a Oitava Revisões da CID estiveram em vigor, o uso da CID para indexar os registros médicos hospitalares aumentou rapidamente e alguns países prepararam adaptações nacionais que forneciam o detalhamento adicional necessário para essa aplicação da CID.

### **3.13.8 A Nona Revisão**

A Conferência Internacional para a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças, convocada pela OMS, reuniu-se em Genebra de 30 de setembro a 6 de outubro de 1975 (17). Nas discussões que precederam a Conferência, tinha-se originalmente a intenção que houvesse pouca mudança além de uma atualização da classificação. Isso se devia principalmente aos gastos em adaptar sistemas de processamento de dados a cada revisão da classificação. Houve um enorme crescimento de interesse sobre a CID e foi necessário encontrar maneiras de responder a isso, em parte pela modificação da própria classificação, e em parte pela introdução de disposições especiais de codificação.

Foram feitas representações por corpos de especialistas que tinham interesse no uso da CID para suas próprias estatísticas. Algumas áreas de interesse foram vistas como dispostas na classificação de forma inapropriada e houve considerável pressão para mais



detalhamento e para adaptação da classificação de modo a torná-la mais relevante para a avaliação da assistência médica, classificando condições para capítulos que diziam respeito mais à parte do corpo afetada do que à doença geral básica. No outro extremo, houve representações de países e áreas em que era irrelevante uma classificação detalhada e sofisticada, mas que, contudo, precisavam de uma classificação baseada na CID com vistas a avaliar seu progresso nos cuidados de saúde e no controle de doenças. As propostas finais apresentadas e aceitas pela Conferência retinham a estrutura básica da CID, embora com muito mais detalhamento no nível de subcategorias de quatro dígitos, e algumas subdivisões opcionais de cinco dígitos. Para o benefício dos usuários que não requeriam tal detalhamento, tomaram-se precauções no sentido de assegurar que as categorias no nível de três dígitos fossem apropriadas.

Para o benefício dos usuários que desejavam produzir estatísticas e indicadores orientados para assistência médica, a Nona Revisão incluiu um método alternativo opcional de classificação dos termos diagnósticos, incluindo informação tanto sobre a doença geral básica e uma manifestação num órgão ou localização particular. Esse sistema tornou-se conhecido como o sistema cruz-asterisco. A Vigésima Nona Assembleia Mundial da Saúde, seguindo as recomendações da Conferência Internacional para a Nona Revisão da Classificação Internacional de Doenças, aprovou a publicação, para finalidades de teste, das classificações suplementares de Incapacidades e Desvantagens e de Procedimentos em Medicina como suplementos, mas não como partes integrais da Classificação Internacional de Doenças.

### 3.13.9 A Décima Revisão

Mesmo antes da Conferência para a Nona Revisão, a OMS começou a preparação da Décima Revisão. Percebeu-se que a grande expansão no uso da CID requeria um repensar rigoroso de toda sua estrutura e um esforço no sentido de fornecer uma classificação estável e flexível, que não necessitasse de revisões fundamentais por muitos anos. Os Centros Colaboradores da OMS para a Classificação de Doenças (ver [www.who.int/classification](http://www.who.int/classification)) foram conseqüentemente convocados a experimentar modelos de estruturas alternativas para a CID-10.

Tornou-se claro que o intervalo de dez anos estabelecido entre as revisões era muito curto. O trabalho no processo de revisão teria de se iniciar antes da versão atual da CID estar em uso por tempo suficiente para ser rigorosamente avaliada, principalmente porque a necessidade de consultar tantos países e organizações tornava o processo muito longo. O Diretor-Geral da OMS então escreveu aos Estados-Membros e obteve sua aprovação para adiar a Décima Conferência de Revisão de 1985 para 1989, e atrasar a introdução da Décima Revisão que deveria estar em vigor em 1989. Além de permitir a experimentação com modelos alternativos para a estrutura da CID, isso deu tempo para a avaliação da CID-9, por exemplo, por meio de encontros organizados por alguns dos Escritórios Regionais da OMS e por meio de um inquérito organizado na Sede da OMS.

A Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, com a participação de delegados de 43 Estados-Membros, foi convocada pela Organização Mundial da Saúde em Genebra, de 26 de setembro a 2 de outubro de 1989. As

Nações Unidas, a Organização Internacional do Trabalho e os Escritórios Regionais da OMS enviaram representantes para participar da Conferência, assim como o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Também foram convidadas outras doze organizações não governamentais relacionadas ao registro de câncer, surdos, epidemiologia, medicina familiar, ginecologia e obstetrícia, hipertensão, registros de saúde, medicina preventiva e social, neurologia, psiquiatria, reabilitação e doenças sexualmente transmissíveis.

Uma extensa atividade preparatória foi dedicada a uma revisão radical da adequação da estrutura da CID, essencialmente uma classificação estatística de doenças e outros problemas de saúde, para atender a uma ampla variedade de necessidades de dados de mortalidade e atenção à saúde. Foram investigadas formas de estabilizar o sistema de codificação para minimizar as interrupções em revisões sucessivas, bem como a possibilidade de proporcionar um melhor equilíbrio entre o conteúdo dos diferentes capítulos da CID. Mesmo com uma nova estrutura, ficou evidente que uma única classificação não poderia lidar com os extremos das necessidades. Portanto, foi desenvolvido o conceito de uma "família" de classificações, que incluiria a CID para as estatísticas tradicionais de mortalidade e morbidade, enquanto as necessidades de classificações mais detalhadas, menos detalhadas ou diferentes e assuntos associados seriam tratados por outros membros da família. Foi reconhecido o potencial dos diferentes membros da "família" na avaliação médico-social e multidimensional em relação não apenas à saúde, mas também às atividades da vida diária, bem como ao ambiente social e físico. Foi demonstrado que informações eficazes poderiam ser obtidas por meio do uso da CID e da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (18), e por meio do uso dos códigos do Capítulo XXI da Décima Revisão.

A principal inovação da Décima Revisão foi o uso de um esquema de codificação alfanumérica de uma letra seguida de três números no nível de quatro caracteres. Isso teve o efeito de mais do que dobrar o tamanho da estrutura de codificação em comparação com a Nona Revisão e permitiu que a grande maioria dos capítulos recebesse uma única letra ou um grupo de letras, cada uma capaz de fornecer 100 categorias de três caracteres. Das 26 letras disponíveis, 25 foram usadas, com a letra U permanecendo vaga para futuras adições e alterações, e para possíveis classificações provisórias para resolver dificuldades que surgissem em nível nacional e internacional entre as revisões.

Outra inovação importante foi a criação, no final de alguns capítulos, de categorias para transtornos pós-procedimentos. Essas categorias identificavam condições importantes que constituíam um problema de atenção médica por si só. As condições pós-procedimento que não eram específicas de um determinado aparelho orgânico continuaram a ser classificadas no capítulo sobre "Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas". A Revisão incluiu definições, padrões e requisitos de notificação relacionados à mortalidade materna e à mortalidade fetal, perinatal, neonatal e infantil. Foi publicada em três volumes: um contendo a Lista Tabular, um segundo contendo todas as definições, padrões, regras e instruções relacionadas, e um terceiro contendo o Índice Alfabético.

A Décima Conferência de Revisão discutiu as dificuldades enfrentadas durante o longo período de uso da Nona Revisão, relacionadas ao surgimento de novas doenças e à falta de



um mecanismo de atualização para acomodá-las. Reconheceu que não seria viável realizar conferências de revisão com frequência maior do que a cada 10 anos. Também reconheceu que quaisquer mudanças introduzidas durante a vigência da Décima Revisão precisariam ser consideradas cuidadosamente em relação ao seu impacto sobre as análises e tendências.

### 3.13.10 Família de Classificações Internacionais da OMS

Embora a CID seja adequada para muitas aplicações diferentes, nem sempre atende a todas as necessidades de seus diversos usuários. Não fornece detalhes suficientes para algumas especialidades e, às vezes, podem ser necessárias informações sobre diferentes atributos das condições de saúde. A CID também não é adequada para descrever a funcionalidade e a incapacidade como aspectos da saúde, além de não incluir um conjunto amplo de códigos para intervenções em saúde ou razão para contato com serviços. A Conferência Internacional para a CID-10, em 1989, estabeleceu as bases para o desenvolvimento da "família" de classificações de saúde. Isso ganhou um impulso adicional durante a década de 1990 com o desenvolvimento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (19), aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2001.

Em 2001, foi criada a Família de Classificações Internacionais da OMS (FCI-OMS). No centro da Família estão suas classificações de referência, atualmente a CID e a CIF; a Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI), agora em desenvolvimento, é a terceira classificação de referência. A FCI-OMS também inclui classificações derivadas, que fornecem detalhes adicionais às classificações de referência ou são rearranjos ou agregações de termos nas classificações de referência; a OMS autorizou vários países a desenvolver modificações nacionais da CID como classificações derivadas. Além disso, a FCI-OMS inclui classificações relacionadas para cobrir funções de saúde que não são (ou são apenas parcialmente) cobertas por outros membros da FCI-OMS. A FCI-OMS conta com o apoio de uma rede de Centros Colaboradores, baseada nos antigos Centros Colaboradores para a CID e a CIF, mas ampliada continuamente com a incorporação de novos centros.

#### **Quadro 2:** *Evolução da CID*

<b>Iteração</b>	<b>Ano</b>	<b>Documento</b>	<b>Nota</b>
0	1891	Classificação de Causas de Morte de Bertillon	Elaborada pelo Instituto Internacional de Estatística
1	1900	Bertillon/Lista Internacional de Causas de Morte	Primeira Conferência Internacional para a Revisão da Lista Internacional de Causas de Morte
2	1910	Lista Internacional de Causas de Morte	179 títulos, convocação para revisão a cada 10 anos
3	1920	Lista Internacional de Causas de Morte	
4	1929	Lista Internacional de Causas de Morte	Elaborada em conjunto pelo Instituto Internacional de Estatística e a Organização de Saúde da Liga das Nações
5	1938	Lista Internacional de Causas de Morte	200 títulos, acréscimos para doenças infecciosas e parasitárias
6	1948	Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte	Reconhecimento da classificação de doenças, lesões e causas de morte
7	1955	Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte	
8	1965	Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte	
9	1976	Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte	Teste de suplemento em Incapacidades e Desvantagens, e Procedimentos em Medicina
10	1990	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde	Introdução do esquema de codificação alfanumérica, transtornos pós-procedimentos; atualizações periódicas intermediárias
11	2019	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde	Pós-coordenação (codificação de agrupamento); adição da Medicina Tradicional, codificação de eventos adversos

### 3.13.11 Atualização da CID entre revisões

Conforme previsto na Décima Conferência de Revisão, a atualização da décima revisão da CID começou em 2000. As propostas de atualização vieram da OMS e dos Centros Colaboradores, e foram cuidadosamente consideradas, inclusive o impacto sobre as

tendências. O processo de atualização permitiu estender a vida da Décima Revisão, mantendo sua validade clínica e científica.

### **3.13.12 Principais etapas da revisão da CID-11**

A revisão da CID-11 foi realizada em várias fases. Em primeiro lugar, foi compilada uma lista de problemas conhecidos pelo uso da CID-10 e que não puderam ser resolvidos em sua estrutura de classificação, e foram formuladas possíveis soluções. Em segundo lugar, foram recebidas contribuições de muitos grupos científicos das principais áreas temáticas, com foco nas perspectivas clínicas.

Por fim, houve uma edição centralizada, com o objetivo de ajustar os desequilíbrios no conteúdo gerado por vários grupos de especialistas que operavam de forma independente na fase anterior da revisão e de garantir a consistência e a praticidade da estrutura geral das estatísticas de mortalidade e morbidade.

A versão final também recebeu contribuições de testes de campo, comentários dos Estados-Membros e envio e processamento contínuos de propostas.

### **3.13.13 Preparativos para a Décima Primeira Revisão**

Em 2003, estava claro para a OMS e os Centros Colaboradores que uma nova revisão da CID não poderia mais ser adiada. O quanto a atualização da CID poderia abarcar os desenvolvimentos emergentes foi limitado pela estrutura da CID-10, e algumas questões precisaram de desenvolvimento e discussão mais amplas com grupos de experts. Em uma reunião especial dos Centros Colaboradores em Helsinque, em 2004, discutiu-se sobre a necessidade de uma revisão e as questões a serem abordadas como parte do processo de revisão. A reunião da FCI-OMS de 2004 adotou posteriormente um plano de trabalho para o processo de revisão, que foi progressivamente desenvolvido nas reuniões seguintes.

Em 2007, a OMS lançou formalmente o processo de revisão. A supervisão foi feita por meio de um Grupo Diretor de Revisão com ampla base. O trabalho técnico foi realizado por uma série de Grupos Consultivos Temáticos, com grupos transversais que examinaram questões de mortalidade, morbidade e qualidade e segurança. Pela primeira vez, foi incluído um capítulo sobre a descrição de doenças e padrões de doenças do ponto de vista da Medicina Tradicional.

Foi desenvolvido um Modelo de conteúdo que inclui uma série de componentes para cada entidade da CID, proporcionando uma rica base para a CID. Outras classificações e terminologias são vinculadas ou incluídas quando possível para garantir que a CID esteja alinhada a elas, e os elementos usados em outros membros da FCI-OMS foram alinhados sempre que possível. A classificação estatística mais tradicional para mortalidade e morbidade é obtida a partir do Componente fundamental da CID-11 como uma Lista Tabular. Os códigos de extensão são usados para limitar o volume do conteúdo, mas ainda permitem a classificação detalhada das entidades mórbidas. Os capítulos e seções suplementares permitem capturar, de forma opcional, informações sobre diagnósticos da Medicina Tradicional e a funcionalidade. Com base nas experiências com a CID-9 e a CID-10, foi desenhado um mecanismo de atualização que permite melhorias na orientação ao usuário e atualizações científicas sem comprometer o uso estatístico da classificação.

### 3.13.14 Referências sobre a história da CID

1. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. *Medical journal of Australia*, 1929, 1:2-12.
2. Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AHT. History of the statistical classification of diseases and causes of death. Rosenberg HM, Hoyert DL, eds. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011.
3. Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr*. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
4. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.
5. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*. Washington, 1912.
6. International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
7. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Geneva, League of Nations Health organisation, 1928 (document C.H. 730)
8. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
9. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics*.

- Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
10. Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p.73.
  11. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 11, 23.
  12. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 2, 110.
  13. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organisation, 1949.
  14. Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organisation, 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1.
  15. Third Report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health organisation, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
  16. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organisation, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4.
  17. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, Volume 1. Geneva, World Health Organisation, 1977.
  18. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva, World Health Organisation, 1980.
  19. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health organisation, 2001
  20. Eleventh revision of the International Classification of Diseases, Report by the Director-General, 2019,  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_29Add1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_29Add1-en.pdf)

## 3.14 Anexo C: Anexos para a Codificação de Mortalidade

### 3.14.1 Modelo Internacional de atestado médico de causa de morte

<b>Dados administrativos</b> (poderão ser especificados por país)																							
Sexo				<input type="checkbox"/> Feminino				<input type="checkbox"/> Masculino				<input type="checkbox"/> Ignorado											
Data do nascimento				D	D	M	M	A	A	A	A	Data da morte				D	D	M	M	A	A	A	A
<b>Quadro A: Dados médicos: Parte 1 e 2</b>																							
<b>1</b>																							
Informe a doença ou condição que levou diretamente a morte		Causa da morte																		Intervalo de tempo aproximado entre o início da doença e a morte			
Informe a cadeia de eventos segundo uma sequência lógica de causas (se aplicável)		a																					
		b																		Devido a			
Delare a causa básica na linha mais inferior preenchida		c																		Devido a			
		d																		Devido a			
<b>2</b>		Outras condições significativas que contribuíram para a morte (intervalos de tempo entre parênteses após a condição)																					
<b>Quadro B: Outros dados médicos</b>																							
Submeteu-se a cirurgia nas últimas 4 semanas?												<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ignorado					
Se sim, informe a data da cirurgia												D	D	M	M	A	A	A	A				
Se sim, informe o motivo da cirurgia (doença ou condição)																							
Foi solicitada autópsia?												<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ignorado					
Se sim, os achados foram usados no atestado?												<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ignorado					
<b>Modo de morrer:</b>																							
<input type="checkbox"/> Doença				<input type="checkbox"/> Homicídio				<input type="checkbox"/> Intenção indeterminada															
<input type="checkbox"/> Acidente				<input type="checkbox"/> Intervenção legal				<input type="checkbox"/> Aguarda investigação															
<input type="checkbox"/> Suicídio				<input type="checkbox"/> Guerra				<input type="checkbox"/> Ignorado															
Se causa externa ou envenenamento:												Data da lesão				D	D	M	M	A	A	A	A
Por favor, descrever como a causa externa ocorreu (se envenenamento, especifique a substância)																							
<b>Local de ocorrência da causa externa:</b>																							
<input type="checkbox"/> Residência		<input type="checkbox"/> Habitação coletiva		<input type="checkbox"/> Escola, outra instituição, área administrativa pública				<input type="checkbox"/> Área de esportes e atletismo															
<input type="checkbox"/> Rua ou estrada		<input type="checkbox"/> Área comercial		<input type="checkbox"/> Área industrial e construção				<input type="checkbox"/> Fazenda															
<input type="checkbox"/> Outros locais (favor especificar):												<input type="checkbox"/> Ignorado											
<b>Morte fetal ou infantil</b>																							
Gravidez múltipla?												<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ignorado					
Fetal?												<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ignorado					
Se a morte ocorreu dentro de 24 horas, informe o número de horas:												Peso ao nascer (gramas)											
Número de semanas completas de gestação												Idade da mãe (anos)											
Se a morte foi perinatal, informe as condições maternas que afetaram o feto e o recém-nascido																							
<b>Morte em mulheres, a falecida estava grávida?</b>												<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> No momento da morte												<input type="checkbox"/> Dentro de 42 dias antes da morte											
<input type="checkbox"/> Entre 43 dias a 1 ano antes da morte												<input type="checkbox"/> Ignorado											
A gravidez contribuiu para a morte?												<input type="checkbox"/> Sim			<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Ignorado					

## O Modelo Internacional de Atestado Médico de Causa de Morte

Dados adicionais que possam ser necessários para os sistemas de informação dos países podem ser adicionados ao atestado. O formulário tem um Quadro A que serve para informar a(s) causa(s) da morte, a sequência de causas, a duração das doenças até a morte e outras condições que contribuíram para a morte. As causas de morte devem ser informadas com o melhor detalhamento disponível. Por exemplo, a "depressão de parto" para um recém-nascido que morreu deve ser complementada pelo motivo da depressão de parto, como a asfixia intraparto ou a hipóxia intrauterina.

O Quadro B foi concebido para ajudar a informar detalhes que são relevantes para a codificação e análises epidemiológicas para mortes por causas externas, mortes maternas, mortes perinatais e mortes por condições pós-procedimento. Esses dados complementam as informações do Quadro A. O relato completo das causas de morte baseia-se em um exame preciso do cadáver, na avaliação das circunstâncias locais e nas informações disponíveis nos registros de saúde. O estabelecimento correto de uma causa de morte e o preenchimento do atestado de morte requerem treinamento que deve começar na faculdade de medicina e ser atualizado em programas de educação contínua. Também é importante a experiência prática em atestar uma morte que se obtém sob a supervisão de colegas mais experientes. Observa-se que os atestados médicos que estabelecem a causa da morte podem não estar sempre disponíveis. O ato de atestar por não médicos pode resultar em uma mudança no padrão das causas de morte informadas.

Quando o cadáver não está mais disponível para exame, por exemplo, devido à baixa cobertura da equipe médica ou aos procedimentos tradicionais de enterro rápido, uma autópsia verbal pode fornecer algumas informações limitadas sobre a causa da morte. Nesse caso, raramente será identificada uma sequência de causas que levaram à morte, e as causas identificadas com a autópsia verbal devem ser informadas separadamente daquelas disponíveis no processo formal de atestar uma morte.

### 3.14.2 Guia rápido de referência para o Modelo internacional de atestado médico de causa de morte

As informações sobre causas de morte servem a:

- Epidemiologia e prevenção
- Gestão da assistência à saúde
- Comparação da situação de saúde em diferentes populações

O ato de atestar uma morte é um dos primeiros passos para a obtenção de um panorama da saúde de uma população. As doenças ou condições registradas em um atestado de morte devem representar a melhor opinião do médico. Um atestado de causas de morte bem preenchido fornece uma descrição da ordem, tipo e associação dos eventos que resultaram na morte. Os diagnósticos registrados no atestado são codificados com a Classificação Internacional de Doenças. O preenchimento do atestado de causa de morte é independente da revisão da CID. Esses dados codificados serão analisados e utilizados em nível nacional e internacional, independentemente do idioma em que foi preenchido o atestado.

#### **Causa de morte no atestado - como preencher?**

**Quadro A:** Os atestados de morte podem parecer diferentes em vários países. Mas a parte referente à causa de morte é idêntica no mundo todo. O Quadro A tem duas partes, chamadas de Parte 1 e Parte 2, e uma seção para o registro do intervalo de tempo entre o início de cada condição e o momento da morte.

**Parte 1** - é usada para as doenças ou condições que fazem parte da **sequência de eventos** que levaram diretamente à morte. A causa imediata (direta) da morte deve ser registrada na primeira linha, 1(a). Sempre deve haver uma causa preenchida na linha 1(a). A causa preenchida na linha 1(a) pode ser a única condição registrada na Parte 1 do atestado. Quando houver **duas ou mais condições** que façam parte da sequência de eventos que levou diretamente à morte, cada evento da sequência deve ser registrado em linha separada.

Devem ser registradas doenças, lesões ou causas externas que levaram à morte. Não registre apenas o **modo de morrer**, como parada cardíaca ou parada respiratória. Tente ser o mais específico possível. "**Causa indeterminada**" deve ser registrada nos casos em que uma autópsia completa não conseguiu determinar a causa da morte. É melhor declarar "Causa indeterminada" do que qualquer especulação sobre a possível causa da morte.

Sempre registre os termos diagnósticos por extenso. **Abreviações** podem ser interpretadas de diferentes maneiras. Termos como "suspeita" ou "possível" são ignorados na avaliação das entradas. Por exemplo, "suspeita de diabetes" será interpretada como "diabetes". As quatro linhas podem não ser suficientes para a cadeia de eventos. Não desperdice espaço com **palavras desnecessárias**. Alguns termos clínicos são muito vagos. Por exemplo: "tumor" não especifica o comportamento (ver também a última página deste Guia rápido).

**Duração** - é o intervalo de tempo entre o início de cada condição que foi registrada no atestado (não a data do diagnóstico da condição) e a data da morte. A informação da duração é útil na codificação de algumas doenças e também fornece uma verificação da ordem da sequência informada das condições.

**Parte 2** - é usada para as condições que não pertencem à Parte 1, mas cuja presença contribuiu para a morte.

**Quadro B:** alguns detalhes são frequentemente esquecidos na Parte 1 e 2 (Quadro A). Questões separadas perguntam sobre detalhes tais como cirurgia prévia, modo de morrer ou local de ocorrência. O Quadro B não é mostrado neste Guia rápido, pois é autoexplicativo.

**Causa de morte no atestado - passo a passo**



- **Inicie** na linha 1(a), com a causa imediata (direta). Em seguida, volte no tempo para as condições precedentes até que seja identificada aquela que iniciou a sequência de eventos. Você chegará perto do momento em que o paciente estava saudável.
- **Agora**, você deve ter registrado a causa básica ou causa originária na linha mais inferior preenchida e a sequência de eventos leva, da causa básica, para cima, até a causa imediata (direta), registrada na linha 1(a).
- **Finalmente**, registre os intervalos de tempo entre o início de cada condição registrada no atestado e a data da morte. Quando o tempo ou a data do início é desconhecido, você deve registrar a melhor estimativa possível. Preencha a unidade de tempo (minutos, horas, dias, semanas, meses, anos).

## Exemplo

Quadro A: Dados médicos: Parte 1 e 2				
1ª	Informe a doença ou condição que levou diretamente a morte	☐	☐ Causa da morte	Intervalo de tempo aproximado entre o início da doença e a morte
2ª	Informe a cadeia de eventos segundo uma sequência lógica de causas (se aplicável)	☐	☐ Hemorragia cerebral	☐ 4 horas
3ª	Delare a causa básica na linha mais inferior preenchida	☐	☐ Devido a ☐ Metástase para o cérebro	☐ 4 meses
4ª		☐	☐ Devido a ☐ Câncer de mama	☐ 5 anos
5ª		☐	☐ Devido a ☐ —	☐ —
2- Outras condições significativas que contribuíram para a morte (intervalos de tempo entre parênteses após a condição)		☐	-----	
		☐		

### Exemplo

- **Escreva de modo claro.** Não use abreviações.
- Esteja certo de que a informação está **completa**.
- **Não especule** sobre a causa da morte.
- Não preencha com resultados de laboratório ou declarações como "encontrado pelo companheiro" (deve haver campos separados no formulário para esse tipo de informação).
- Uma condição por linha deve ser suficiente.

### Termos mal definidos usados com frequência

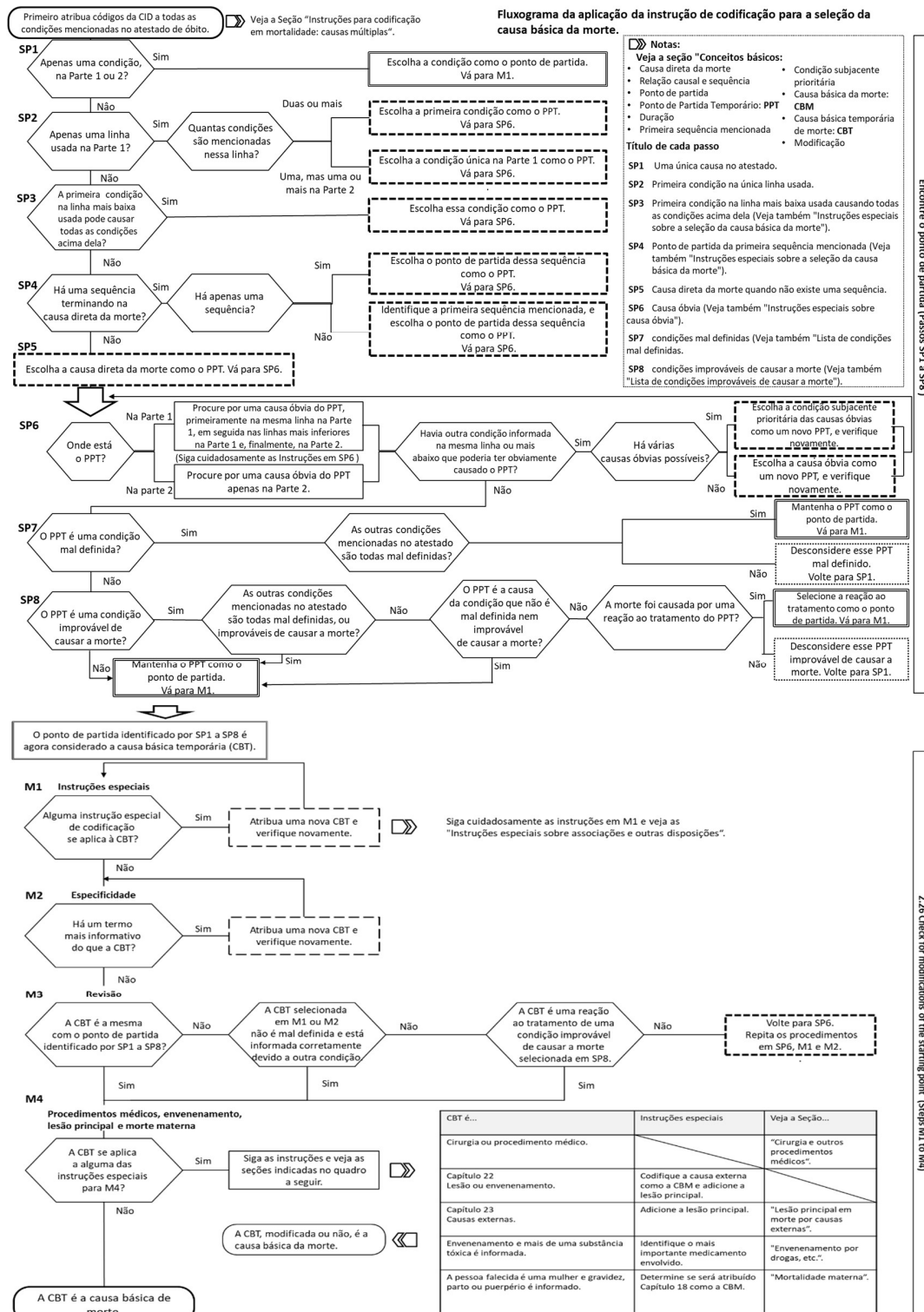
<b>Termo</b>	<b>Instrução</b>
<b>Acidente</b>	Especifique as <b>circunstâncias</b> . Especifique a <b>intenção</b> , como acidente de carro, suicídio ou homicídio. Especifique o <b>local</b> da ocorrência
<b>Álcool e drogas</b>	Especifique o <b>uso</b> : longa data ou eventual, adicção
<b>Complicação de cirurgia</b>	Especifique a <b>doença</b> : a doença que motivou a cirurgia
<b>Demência</b>	Especifique a <b>causa</b> : p. ex., devido à doença de Alzheimer, cerebrovascular, corpos de Lewy
<b>Hepatite</b>	Especifique o <b>curso, etiologia</b> : aguda ou crônica, alcoólica. Se <b>viral</b> : especifique o tipo (A, B, C, ...)
<b>Infarto</b>	Especifique a <b>localização</b> : coração, cérebro... Especifique a <b>causa</b> : arteriosclerótico, trombótico, embólico
<b>Infecção</b>	Especifique: primária ou secundária, <b>agente</b> etiológico. Se <b>primária</b> : especifique se bacteriana, viral, fúngica ou parasitária. Se <b>secundária</b> : especifique a infecção primária
<b>Leucemia</b>	Especifique: <b>tipo</b> , p. ex., mieloide, monocítica, linfóide, também se é aguda ou crônica
<b>Pneumonia</b>	Especifique: primária, aspirativa, <b>causa, agente</b> etiológico. Se devido a imobilidade: especifique a causa da imobilidade
<b>Embolia pulmonar</b>	Especifique a <b>causa</b> da embolia. Se <b>pós-cirúrgica</b> ou por <b>imobilidade</b> : especifique a doença que foi a causa da cirurgia ou da imobilidade
<b>Insuficiência renal</b>	Especifique: aguda, crônica ou terminal, a <b>causa</b> da insuficiência, como arteriosclerose ou infecção. Se devido a imobilidade: especifique a causa da imobilidade
<b>Trombose</b>	Especifique: arterial ou venosa. Especifique: os vasos sanguíneos. Se pós-cirúrgica ou por imobilidade: especifique a doença que foi a causa da cirurgia ou da imobilidade
<b>Tumor</b>	Especifique: comportamento, localização, metástases
<b>Infecção do trato urinário</b>	Especifique: local dentro do trato urinário, <b>agente</b> etiológico, <b>causa</b> da infecção. Se devido a imobilidade: especifique a causa da imobilidade

### 3.14.3 Sugestão de detalhe adicional de mortes perinatais

<b>Identificação</b>													
Nascido vivo em				D	D	M	M	A	A	às hh:mm			Horas
Nascido morto em				D	D	M	M	A	A	às hh:mm			Horas
<input type="checkbox"/> Morreu antes do parto				<input type="checkbox"/> Morreu durante o parto				<input type="checkbox"/> Ignorado					
<b>Mãe</b>													
Data de nascimento			D	D	M	M	A	A					
<b>Número de gestações anteriores</b>				<b>Data da última gestação</b>				D	D	M	M	A	A
Nascidos vivos _____				<b>Desfecho da última gestação</b>									
Nascidos mortos _____				<input type="checkbox"/> Nascido vivo									
Abortos _____				<input type="checkbox"/> Nascido morto									
				<input type="checkbox"/> Aborto									
<b>1º dia da última menstruação</b>				D	D	M	M	A	A				
<b>Parto</b>				<b>Assistência pré-natal, duas consultas ou mais</b>									
<input type="checkbox"/> Normal cefálico espontâneo				<input type="checkbox"/> Sim									
<input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____				<input type="checkbox"/> Não									
				<input type="checkbox"/> Ignorado									
<b>Parto assistido por</b>													
<input type="checkbox"/> Médico				<input type="checkbox"/> Outra pessoa treinada (especifique) _____									
<input type="checkbox"/> Parteira treinada				<input type="checkbox"/> Outra (especifique) _____									
<b>Criança</b>													
<input type="checkbox"/> Nascimento único				<input type="checkbox"/> Segundo gemelar									
<input type="checkbox"/> Primeiro gemelar				<input type="checkbox"/> Outro múltiplo (especifique) _____									

*Sugestão de detalhe adicional de mortes perinatais*

### 3.14.4 Fluxograma para a codificação de mortalidade



### Fluxograma

Fluxograma dos Passos SP1 a SP8 e dos Passos M1 a M4 para a codificação de mortalidade.

### **3.14.5 Classificação de prioridade dos códigos de natureza da lesão**

A classificação de prioridade dos códigos de natureza da lesão é produzida para padronizar e facilitar a codificação da lesão principal. A lista foi criada com uma contribuição substancial do Esforço Colaborativo Internacional (ICE, na sigla em inglês) sobre Estatísticas de Lesões. A lista inicial foi introduzida em 2011, após testes em vários países, e foram feitas atualizações para corrigir erros na lista inicial.

(1 = mais alta classificação de prioridade)

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NA00	[Traumatismo superficial da cabeça]	6
NA01	[Ferimento da cabeça]	6
NA02	[Fratura do crânio ou dos ossos da face]	
NA02.0	[Fratura da abóbada do crânio]	3
NA02.1	[Fratura da base do crânio]	4
NA02.2	[Fratura orbitária]	6
NA02.3	[Fratura dos ossos nasais]	6
NA02.4	[Fratura da maxila]	6
NA02.5	[Fratura do zigoma]	6
NA0D.02	[Fratura de esmalte-dentina]	6
NA02.7	[Fratura de mandíbula]	6
NA02.8	[Fraturas múltiplas envolvendo crânio ou ossos da face]	3
NA02.Y	[Fratura de outros ossos da face ou do crânio especificado]	4
NA02.Z	[Fratura de ossos da face ou do crânio, parte não especificada]	3
NA03	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos da cabeça]	
NA03.0	[Luxação do maxilar]	5
NA03.1	[Luxação da cartilagem do septo nasal]	6
NA0D.12	[Luxação extrusiva do dente]	6
NA03.3	[Distensão ou entorse da mandíbula]	6
NA03.Y	[Luxação ou entorse de outra articulação ou ligamento especificado da cabeça]	6
NA03.Z	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos da cabeça, tipo não especificado]	6
NA04	[Traumatismo dos nervos cranianos]	6
NA05	[Lesão dos vasos sanguíneos da cabeça]	5
NA06	[Lesões do olho ou da órbita]	
NA06.0	[Trauma da pálpebra]	6
NA06.1	[Ferimento penetrante da órbita com ou sem corpo estranho]	6
NA06.2	[Corpo estranho retido na órbita após ferimento penetrante]	6
NA06.3	[Hemorragia traumática orbitária]	6
NA06.4	[Lesão da conjuntiva ou abrasão da córnea sem menção de corpo estranho]	6
NA06.5	[Trauma do esfíncter da íris]	6
NA06.6	[Lesões traumáticas da retina]	6
NA06.7	[Hemorragia retiniana traumática]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NA06.80	[Corpo estranho intraocular magnético retido, unilateral]	6
NA06.81	[Corpo estranho intraocular não magnético retido, unilateral]	6
NA06.82	[Trauma ocular fechado, unilateral]	6
NA06.83	[Trauma ocular fechado, bilateral]	6
NA06.84	[Ferimento penetrante do globo ocular sem corpo estranho, unilateral]	6
NA06.85	[Avulsão do olho, unilateral]	5
NA06.86	[Avulsão do olho, bilateral]	5
NA06.87	[Laceração ou ruptura ocular com prolapso ou perda de tecido intraocular, unilateral]	6
NA06.88	[Laceração ou ruptura ocular com prolapso ou perda de tecido intraocular, bilateral]	6
NA06.89	[Lesão penetrante do globo ocular, bilateral]	6
NA06.8A	[Lesão perfurante do globo ocular, bilateral]	6
NA06.8B	[Corpo estranho magnético retido, bilateral]	6
NA06.8C	[Corpo estranho não magnético retido, bilateral]	6
NA06.8D	[Laceração ocular sem prolapso ou perda de tecido intraocular, unilateral]	6
NA06.8E	[Laceração ocular sem prolapso ou perda de tecido intraocular, bilateral]	6
NA06.8Y	[Outra lesão traumática especificada do globo ocular]	6
NA06.8Z	[Lesão traumática do globo ocular, não especificada]	6
NA06.9	[Contusão do olho ou dos tecidos orbitários]	6
NA06.A	[Lesão do cristalino]	6
NA06.Y	[Outras lesões especificadas do olho ou da órbita]	6
NA06.Z	[Lesões do olho ou da órbita, não especificada]	6
NA07	[Traumatismo intracraniano]	
NA07.0	[Concussão cerebral]	6
NA07.1	[Hemorragia intracerebral traumática]	2
NA07.2	[Edema cerebral traumático]	1
NA07.3	[Traumatismo cerebral difuso]	1
NA07.4	[Traumatismo cerebral focal]	2
NA07.5	[Hemorragia epidural traumática]	2
NA07.6	[Hemorragia subdural devido a traumatismo]	2
NA07.7	[Hemorragia subaracnoide devido a traumatismo]	2
NA07.8	[Hemorragia traumática no tecido cerebral]	2

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NA07.Y	[Outra lesão intracraniana especificada]	2
NA07.Z	[Lesão intracraniana, não especificada]	2
NA08	[Lesões por esmagamento da cabeça]	
NA08.0	[Lesão por esmagamento do cérebro]	1
NA08.1	[Lesão por esmagamento da face]	5
NA08.2	[Lesão por esmagamento do crânio]	1
NA08.3	[Couro cabeludo esmagado]	1
NA08.Y	[Outra lesão especificada por esmagamento da cabeça]	1
NA08.Z	[Lesão por esmagamento da cabeça, não especificada]	1
NA09	[Amputação traumática de parte da cabeça]	
NA09.0	[Avulsão do couro cabeludo]	6
NA09.1	[Amputação traumática da orelha]	6
NA09.2	[Amputação traumática do nariz]	4
NA09.3	[Amputação traumática do lábio]	4
NA09.Y	[Outra amputação traumática especificada de parte da cabeça]	4
NA09.Z	[Amputação traumática de parte da cabeça, não especificada]	4
NA0A	[Certas lesões específicas da cabeça]	
NA0A.0	[Ferimentos complexos da cabeça]	2
NA0A.1	[Lesão de músculo, fáscia ou tendão da cabeça]	6
NA0A.2	[Ruptura traumática do tímpano]	6
NA0A.3	[Traumatismos múltiplos da cabeça]	4
NA0A.Y	[Outras lesões específicas da cabeça]	6
NA0B	[Lesão da orelha]	3
NA0C	[Lesão da orelha média ou interna]	3
NA0D.0	[Lesão de tecidos duros ou da polpa dental]	6
NA0Z	[Lesões não especificadas na cabeça]	3
NA20	[Traumatismo superficial do pescoço]	6
NA21	[Ferimento do pescoço]	
NA21.0	[Laceração sem corpo estranho do pescoço]	5
NA21.1	[Laceração com corpo estranho de pescoço]	5
NA21.2	[Ferimento perfurante sem corpo estranho do pescoço]	5
NA21.3	[Ferimento perfurante com corpo estranho do pescoço]	5
NA21.4	[Mordedura aberta do pescoço]	5
NA21.5	[Ferimentos múltiplos do pescoço]	5
NA21.Y	[Outro ferimento aberto especificado do pescoço]	6



<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NA21.Z	[Ferimento aberto do pescoço, não especificado]	6
NA22	[Fratura do pescoço]	3
NA23	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos ao nível do pescoço]	
NA23.0	[Ruptura traumática de disco intervertebral cervical]	6
NA23.1	[Luxação de vértebra cervical]	3
NA23.2	[Luxação de outras partes ou partes não especificadas do pescoço]	3
NA23.3	[Luxações múltiplas do pescoço]	3
NA23.4	[Distensão ou entorse da coluna cervical]	5
NA23.5	[Distensão ou entorse da região da tireoide]	6
NA23.Y	[Outra luxação, distensão ou entorse não especificada das articulações ou ligamentos ao nível do pescoço]	3
NA23.Z	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos ao nível do pescoço, não especificada]	3
NA30	[Concussão ou edema da medula espinhal cervical]	5
NA31	[Algumas lesões especificadas da medula espinhal cervical]	3
NA3Z	[Lesão da medula espinhal cervical, não especificada]	3
NA40	[Traumatismo da raiz nervosa da coluna cervical]	6
NA41	[Traumatismo do plexo braquial]	6
NA42	[Traumatismo dos nervos periféricos do pescoço]	6
NA43	[Traumatismo dos nervos simpáticos do pescoço]	6
NA44	[Lesão do nervo frênico]	5
NA4Y	[Lesão de outros nervos especificados ao nível do pescoço]	5
NA4Z	[Lesão de nervos ao nível do pescoço, não especificada]	5
NA60	[Traumatismo dos vasos sanguíneos ao nível do pescoço]	
NA60.0	[Traumatismo da artéria carótida]	1
NA60.1	[Traumatismo da artéria vertebral]	2
NA60.2	[Traumatismo da veia jugular externa]	3
NA60.3	[Traumatismo da veia jugular interna]	3
NA60.4	[Traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do pescoço]	1
NA60.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados ao nível do pescoço]	1
NA60.Z	[Lesão de vasos sanguíneos ao nível do pescoço, não especificados]	1
NA61	[Lesão de músculo, fáscia ou tendão ao nível do pescoço]	6
NA62	[Lesões por esmagamento do pescoço]	3
NA63	[Amputação traumática ao nível do pescoço]	1

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NA64	[Traumatismos múltiplos do pescoço]	3
NA6Y	[Outras lesões especificadas do pescoço]	4
NA6Z	[Lesões do pescoço não especificadas]	5
NA80	[Traumatismo superficial do tórax]	6
NA81	[Ferimento do tórax]	5
NA82	[Fratura de costela, esterno ou coluna torácica]	
NA82.0	[Fratura de vértebra torácica]	5
NA82.1	[Fraturas múltiplas da coluna torácica]	5
NA82.2	[Fratura do esterno]	6
NA82.3	[Fratura de costela]	6
NA82.4	[Fraturas múltiplas de costelas]	5
NA82.5	[Tórax fundido (oscilante)]	2
NA82.Y	[Outra fratura especificada de costela, esterno ou coluna torácica]	5
NA82.Z	[Fratura de costela, esterno ou coluna torácica, não especificada]	5
NA83	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos do tórax]	
NA83.0	[Ruptura traumática de disco intervertebral torácico]	6
NA83.1	[Luxação de vértebra torácica]	5
NA83.2	[Luxação de outras partes ou partes não especificadas do tórax]	5
NA83.3	[Distensão ou entorse dos ligamentos da coluna torácica]	6
NA83.4	[Distensão ou entorse das costelas ou do esterno]	6
NA83.Y	[Outra luxação ou distensão ou entorse especificada das articulações ou ligamentos do tórax]	6
NA83.Z	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos do tórax, não especificada].	6
NA90	[Concussão ou edema da medula espinhal torácica]	4
NA91	[Alguns ferimentos especificados da medula espinhal torácica]	4
NA9Z	[Lesão da medula espinhal torácica, não especificada]	5
NB00	[Traumatismo da raiz de nervo da coluna torácica]	5
NB01	[Traumatismo de nervos periféricos do tórax]	5
NB02	[Traumatismo de nervos simpáticos do tórax]	5
NB0Y	[Lesão de outros nervos especificados ao nível do tórax]	5
NB2Y	[Outra lesão especificada de nervos ou da medula espinhal ao nível do tórax]	5
NB2Z	[Lesão de nervos ou da medula espinhal ao nível do tórax, não especificada]	5

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NB30	[Traumatismo de vasos sanguíneos do tórax]	
NB30.0	[Traumatismo da aorta torácica]	1
NB30.1	[Traumatismo da artéria subclávia ou inominada (braquiocefálica)]	5
NB30.2	[Traumatismo da veia cava superior]	1
NB30.3	[Traumatismo da veia subclávia ou inominada (braquiocefálica)]	3
NB30.4	[Traumatismo de vasos sanguíneos pulmonares]	1
NB30.5	[Traumatismo de vasos sanguíneos intercostais]	4
NB30.6	[Traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos do tórax]	3
NB30.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados do tórax]	4
NB30.Z	[Lesão de vasos sanguíneos não especificados do tórax]	4
NB31	[Traumatismo do coração]	2
NB32	[Lesão de outro órgão ou órgão intratorácico não especificados]	
NB32.0	[Pneumotórax traumático]	3
NB32.1	[Hemotórax traumático]	3
NB32.2	[Hemopneumotórax traumático]	3
NB32.3	[Algumas lesões de pulmão]	2
NB32.4	[Traumatismo dos brônquios]	2
NB32.5	[Traumatismo da traqueia torácica]	2
NB32.6	[Traumatismo da pleura]	4
NB32.7	[Traumatismos múltiplos de órgãos intratorácicos]	1
NB32.8	[Traumatismo de outros órgãos intratorácicos especificados]	2
NB32.Y	[Outra lesão especificada de outro órgão ou órgão intratorácico não especificado]	2
NB32.Z	[Lesão de outro órgão ou órgão intratorácico não especificados, não especificado]	2
NB33	[Lesão por esmagamento do tórax ou amputação traumática de parte do tórax]	3
NB34	[Lesão de músculo, fáscia ou tendão ao nível do tórax]	6
NB35	[Traumatismos múltiplos do tórax]	3
NB3Y	[Outras lesões especificadas do tórax]	6
NB3Z	[Lesões no tórax, não especificadas]	3
NB50	[Lesão superficial do abdômen, parte inferior do dorso ou pelve]	6
NB51	[Ferimento aberto do abdome, parte inferior do dorso ou pelve]	6
NB52	[Fratura da coluna lombar ou pelve]	
NB52.0	[Fratura de vértebra lombar]	6
NB52.10	[Fratura do sacro sem ruptura do anel pélvico]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NB52.11	[Fratura do cóccix]	6
NB52.12	[Fratura de ílio sem ruptura do anel pélvico]	6
NB52.13	[Fratura do acetábulo sem ruptura do anel pélvico]	5
NB52.14	[Fratura do púbis sem ruptura do anel pélvico]	6
NB52.15	[Fratura de ísquio sem ruptura do anel pélvico]	5
NB52.1Y	[Fratura de outro osso pélvico especificado sem ruptura do arco posterior do anel pélvico]	5
NB52.1Z	[Fratura do osso pélvico não especificado sem ruptura do arco posterior do anel pélvico]	5
NB52.2	[Fratura do anel pélvico com ruptura incompleta do arco posterior]	5
NB52.3	[Fratura do anel pélvico com ruptura completa do arco posterior]	5
NB52.4	[Fraturas múltiplas da coluna lombar ou pelve]	5
NB52.Y	[Outra fratura especificada da coluna lombar ou pelve]	5
NB52.Z	[Fratura da coluna lombar ou pelve, não especificada]	5
NB53	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos da coluna lombar ou pelve]	
NB53.0	[Ruptura traumática do disco intervertebral lombar]	6
NB53.1	[Luxação da vértebra lombar]	6
NB53.2	[Luxação da articulação sacroilíaca ou sacrococcígea sem ruptura do anel pélvico]	6
NB53.3	[Luxação de outras partes ou partes não especificadas da coluna lombar ou pelve sem ruptura do anel pélvico]	5
NB53.4	[Ruptura traumática da sínfise púbica sem ruptura do anel pélvico]	6
NB53.5	[Distensão ou entorse da coluna lombar]	6
NB53.6	[Distensão ou entorse da articulação sacroilíaca]	6
NB52.Y	[Outra fratura especificada da coluna lombar ou pelve]	6
NB52.Z	[Fratura da coluna lombar ou pelve, não especificada]	5
NB60	[Concussão ou edema da medula espinhal lombar]	6
NB61	[Concussão ou edema da medula espinhal sacral]	6
NB62	[Algumas lesões especificadas da medula espinhal lombar]	6
NB63	[Alguns ferimentos especificados da medula espinhal sacral]	6
NB6Z	[Lesão da medula espinhal lombar ao nível do abdome, dorso ou pelve, não especificada]	6
NB70	[Lesão da raiz do nervo da coluna lombar]	6
NB71	[Lesão da raiz do nervo da coluna sacral]	6
NB72	[Traumatismo de cauda equina]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NB73	[Traumatismo do plexo lombossacro]	6
NB74	[Lesão de nervos simpáticos lombares, sacrais ou pélvicos]	6
NB75	[Lesão de nervo periférico do abdome, dorso ou pelve]	6
NB7Y	[Outra lesão especificada de nervos ao nível do abdome, dorso ou pelve]	5
NB7Z	[Lesão de nervos ao nível do abdome, dorso ou pelve, não especificada]	5
NB90	[Lesão de vasos sanguíneos ao nível do abdome, dorso ou pelve]	
NB90.0	[Traumatismo da aorta abdominal]	1
NB90.1	[Traumatismo da veia cava inferior]	1
NB90.2	[Lesão da artéria celíaca]	3
NB90.3	[Lesão da artéria mesentérica]	3
NB90.4	[Traumatismo da veia porta ou esplênica]	2
NB90.5	[Traumatismo de vaso sanguíneo renal]	5
NB90.6	[Traumatismo de vaso sanguíneo ilíaco]	3
NB90.7	[Lesão de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do abdome, dorso ou pelve]	2
NB90.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados ao nível do abdome, dorso ou pelve]	5
NB90.Z	[Lesão de vasos sanguíneos não especificados ao nível do abdome, dorso ou pelve]	5
NB91	[Traumatismo de órgãos intra-abdominais]	3
NB92	[Lesão de órgãos urinários ou pélvicos]	5
NB93	[Lesão por esmagamento ou amputação traumática de parte do abdome, dorso ou pelve]	
NB93.0	[Lesão por esmagamento dos órgãos genitais externos]	6
NB93.1	[Lesão por esmagamento de outra parte ou parte não especificada do abdome, dorso ou pelve]	5
NB93.2	[Amputação traumática de órgãos genitais externos]	4
NB93.3	[Amputação traumática de outra parte ou parte não especificada do abdome, dorso ou pelve]	3
NB94	[Lesão de músculo, fáscia ou tendão de abdome, dorso ou pelve]	6
NB95	[Lesão de órgão intra-abdominal com órgão pélvico]	3
NB96	[Outras lesões múltiplas do abdome, dorso ou pelve]	4
NB97	[Alguns ferimentos específicos do abdome, dorso ou pelve]	6
NB98	[Lesão em órgão genital feminino sem outras especificações]	5
NB99	[Lesão em órgão genital masculino sem outras especificações]	5

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NB9Y	[Outras lesões especificadas de abdômen, parte inferior do dorso, coluna lombar ou pelve]	4
NB9Z	[Lesões de abdômen, parte inferior do dorso, coluna lombar ou pelve, não especificadas]	4
NC10	[Lesão superficial do ombro ou braço]	6
NC11	[Ferimento aberto do ombro ou braço]	
NC11.0	[Laceração sem corpo estranho de ombro ou braço]	6
NC11.1	[Laceração com corpo estranho de ombro ou braço]	6
NC11.2	[Ferimento perfurante sem corpo estranho do ombro ou braço]	6
NC11.3	[Ferimento perfurante com corpo estranho do ombro ou braço]	6
NC11.4	[Mordedura aberta do ombro ou braço]	6
NC11.5	[Múltiplos ferimentos abertos no ombro ou braço]	6
NC11.Y	[Outro ferimento aberto especificado do ombro ou braço]	5
NC11.Z	[Ferimento aberto do ombro ou braço, não especificado]	5
NC12	[Fratura do ombro ou braço]	
NC12.0	[Fratura da clavícula]	6
NC12.1	[Fratura da omoplata (escápula)]	5
NC12.2	[Fratura da extremidade superior do úmero]	5
NC12.3	[Fratura da diáfise do úmero]	5
NC12.4	[Fratura da extremidade inferior do úmero]	6
NC12.5	[Fraturas múltiplas da clavícula, escápula ou úmero]	5
NC12.6	[Fratura de outras partes do ombro ou braço]	5
NC12.7	[Fratura da cintura escapular, parte não especificada]	5
NC12.Z	[Fratura do ombro ou braço, não especificada]	5
NC13	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos da cintura escapular]	6
NC14	[Lesão de nervos ao nível do ombro ou braço]	6
NC15	[Lesão de vaso sanguíneo ao nível do ombro ou braço]	
NC15.0	[Traumatismo da artéria axilar]	3
NC15.1	[Traumatismo da artéria braquial]	3
NC15.2	[Traumatismo da veia axilar ou braquial]	5
NC15.3	[Lesão da veia superficial ao nível do ombro ou braço]	5
NC15.4	[Lesão de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do ombro ou braço]	5
NC15.Y	[Lesão de outro vaso sanguíneo especificado do ombro ou braço]	5
NC15.Z	[Lesão de vaso sanguíneo não especificado ao nível do ombro ou braço]	5

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NC16	[Lesão de músculo, fáscia, tendão ou bursa ao nível do ombro ou braço]	6
NC17	[Lesão por esmagamento do ombro ou braço]	5
NC18	[Amputação traumática de ombro ou braço]	3
NC19	[Lesões múltiplas no ombro ou braço]	5
NC1Y	[Outras lesões especificadas de ombro ou braço]	6
NC1Z	[Lesões de ombro ou braço, não especificadas]	6
NC30	[Traumatismo superficial do antebraço]	6
NC31	[Ferimento do antebraço]	6
NC32	[Fratura do antebraço]	5
NC33	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos do cotovelo]	6
NC34	[Traumatismo de nervos ao nível do antebraço]	6
NC35	[Traumatismo de vasos sanguíneos ao nível do antebraço]	
NC35.0	[Traumatismo da artéria cubital (ulnar) ao nível do antebraço]	6
NC35.1	[Traumatismo da artéria radial ao nível do antebraço]	5
NC35.2	[Traumatismo de veia ao nível do antebraço]	5
NC35.3	[Traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do antebraço]	5
NC35.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados ao nível do antebraço]	6
NC35.Z	[Lesão de vaso sanguíneo não especificado ao nível do antebraço]	6
NC36	[Lesão do músculo, fáscia, tendão ou bursa ao nível do antebraço]	6
NC37	[Lesão por esmagamento do antebraço]	6
NC38	[Amputação traumática do cotovelo e do antebraço]	4
NC39	[Traumatismos múltiplos do cotovelo]	4
NC3Y	[Outras lesões especificadas de cotovelo ou antebraço]	6
NC3Z	[Lesões de cotovelo ou antebraço, não especificadas]	5
NC50	[Lesão na unha da mão]	5
NC51	[Lesão superficial do punho ou mão]	6
NC52	[Ferimento de punho ou mão]	6
NC53	[Fratura ao nível do punho ou mão]	
NC53.0	[Fratura do osso escafoide da mão]	6
NC53.1	[Fratura de outro osso do carpo]	6
NC53.2	[Fratura do primeiro metacarpiano]	6
NC53.3	[Fratura de outros ossos do metacarpo]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NC53.4	[Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos]	6
NC53.5	[Fratura do osso do polegar]	6
NC53.6	[Fratura de outro osso de dedo da mão]	6
NC53.7	[Fraturas múltiplas de dedo(s)]	6
NC53.Y	[Fratura de outra parte especificada ao nível do punho ou mão]	5
NC53.Z	[Fratura ao nível do punho ou mão, não especificada]	5
NC54	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos do punho ou mão]	6
NC55	[Lesão de nervos ao nível do pulso ou mão]	6
NC56	[Lesão de vasos sanguíneos ao nível do punho ou mão]	
NC56.0	[Lesão da artéria ulnar ao nível do punho ou mão]	6
NC56.1	[Lesão da artéria radial ao nível do punho ou mão]	5
NC56.2	[Traumatismo do arco palmar superficial]	6
NC56.3	[Traumatismo do arco palmar profundo]	6
NC56.4	[Lesão do vaso sanguíneo do polegar]	6
NC56.5	[Lesão do vaso sanguíneo do outro dedo da mão]	6
NC56.6	[Lesão de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do punho ou mão]	6
NC56.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados ao nível do punho ou mão]	5
NC56.Z	[Lesão de vasos sanguíneos não especificados ao nível do punho ou mão]	5
NC57	[Lesão do músculo, fáscia ou tendão ao nível do punho ou mão]	6
NC58	[Lesão por esmagamento do punho ou mão]	6
NC59	[Amputação traumática do punho ou mão]	
NC59.0	[Amputação traumática do polegar]	6
NC59.1	[Amputação traumática de outro dedo da mão único]	6
NC59.2	[Amputação traumática de dois ou mais dedos da mão somente]	6
NC59.3	[Amputação traumática combinada de dedo da mão com outras partes do punho ou mão]	6
NC59.4	[Amputação traumática da mão ao nível do metacarpo]	6
NC59.Z	[Amputação traumática do punho ou mão, não especificada]	4
NC5A	[Lesões múltiplas do punho ou mão]	5
NC5Y	[Outras lesões especificadas de punho ou mão]	5
NC5Z	[Lesões de punho ou mão, não especificadas]	5
NC70	[Lesão superficial do quadril ou coxa]	6
NC71	[Ferimento aberto de quadril ou coxa]	6



<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NC72	[Fratura do fêmur]	
NC72.0	[Fratura da cabeça do fêmur]	3
NC72.1	[Fratura da epífise superior do fêmur]	3
NC72.2	[Fratura do colo do fêmur]	3
NC72.3	[Fratura da secção trocantérica do fêmur]	3
NC72.4	[Fratura subtrocantérica do fêmur]	3
NC72.5	[Fratura da diáfise do fêmur]	4
NC72.6	[Fratura da extremidade distal do fêmur]	4
NC72.7	[Fraturas múltiplas do fêmur]	4
NC72.8	[Fraturas de outras partes do fêmur]	4
NC72.Y	[Outra fratura especificada do fêmur]	4
NC72.Z	[Fratura de fêmur, não especificada]	4
NC73	[Luxação ou distensão ou entorse da articulação ou ligamentos do quadril]	6
NC74	[Lesão dos nervos ao nível do quadril ou da coxa]	
NC74.0	[Lesão do nervo ciático no nível do quadril ou coxa]	6
NC74.1	[Lesão do nervo femoral no nível do quadril ou da coxa]	6
NC74.2	[Lesão do nervo sensorial cutâneo ao nível do quadril ou coxa]	5
NC74.3	[Lesão de múltiplos nervos ao nível do quadril ou coxa]	5
NC74.Y	[Lesão de outros nervos especificados ao nível do quadril ou da coxa]	6
NC74.Z	[Lesão de nervos não especificados ao nível do quadril ou da coxa]	6
NC75	[Lesão de vasos sanguíneos ao nível do quadril ou coxa]	
NC75.0	[Traumatismo da artéria femoral]	4
NC75.1	[Lesão da veia femoral ao nível do quadril ou coxa]	5
NC75.2	[Lesão da veia safena magna ao nível do quadril ou coxa]	6
NC75.3	[Lesão de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do quadril ou coxa]	5
NC75.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados ao nível do quadril ou coxa]	6
NC75.Z	[Lesão de vasos sanguíneos não especificados ao nível do quadril ou coxa]	6
NC76	[Lesão de músculo, fáscia, tendão ou bursa ao nível do quadril ou coxa]	6
NC77	[Lesão por esmagamento do quadril ou coxa]	5
NC78	[Amputação traumática do quadril ou coxa]	3
NC79	[Lesões múltiplas do quadril ou coxa]	5

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NC7Y	[Outras lesões especificadas de quadril ou coxa]	5
NC7Z	[Lesões de quadril ou coxa, não especificadas]	5
NC90	[Lesão superficial do joelho ou perna]	6
NC91	[Ferimento aberto do joelho ou perna]	6
NC92	[Fratura da perna, incluindo tornozelo]	5
NC93	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos do joelho]	6
NC94	[Traumatismo de nervos periféricos da perna]	6
NC95	[Traumatismo de vasos sanguíneos da perna]	
NC95.0	[Traumatismo da artéria poplítea]	5
NC95.1	[Lesão da artéria tibial anterior]	6
NC95.2	[Lesão da artéria tibial posterior]	6
NC95.3	[Traumatismo da artéria peronial]	6
NC95.4	[Traumatismo da veia grande safena ao nível da perna]	5
NC95.5	[Traumatismo da veia safena menor ao nível da perna]	6
NC95.6	[Traumatismo da veia poplítea]	6
NC95.7	[Traumatismo de múltiplos vasos sanguíneos ao nível da perna]	5
NC95.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados na parte inferior da perna]	6
NC95.Z	[Lesão de vaso sanguíneo não especificado na parte inferior da perna]	5
NC96	[Lesão do músculo, fáscia, tendão ou bursa ao nível da perna]	
NC96.0	[Traumatismo do tendão de Aquiles]	6
NC96.1	[Lesão de outro músculo, fáscia ou tendão do grupo muscular posterior ao nível da perna]	6
NC96.2	[Lesão do músculo, fáscia ou tendão do grupo muscular anterior ao nível da perna]	6
NC96.3	[Lesão do músculo, fáscia ou tendão do grupo de músculos fibulares ao nível da perna]	6
NC96.4	[Lesão de vários músculos, fáscias ou tendões na perna]	6
NC96.5	[Lesão da bursa do joelho]	5
NC96.Y	[Lesão de outro músculo, fáscia, tendão ou bursa especificado na parte inferior da perna]	5
NC96.Z	[Lesão de músculo não especificado, fáscia, tendão ou bursa na parte inferior da perna]	6
NC97	[Traumatismo por esmagamento da perna]	
NC97.0	[Traumatismo por esmagamento do joelho]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NC97.Y	[Lesão por esmagamento de outra parte especificada da perna]	5
NC97.Z	[Lesão por esmagamento da perna, não especificada]	5
NC98	[Amputação traumática da perna]	
NC98.0	[Amputação traumática da perna direita ao nível do joelho]	3
NC98.1	[Amputação traumática da perna esquerda ao nível do joelho]	3
NC98.2	[Amputação traumática ao nível do joelho, bilateral]	3
NC98.3	[Amputação traumática no nível entre o joelho direito e o tornozelo]	3
NC98.4	[Amputação traumática no nível entre o joelho esquerdo e o tornozelo]	3
NC98.5	[Amputação traumática ao nível entre joelho e tornozelo, bilateral]	3
NC98.Y	[Outra amputação traumática especificada da perna]	4
NC98.Z	[Amputação traumática da perna, não especificada]	4
NC99	[Lesões múltiplas da perna]	5
NC9Y	[Outras lesões especificadas de joelho ou perna]	5
NC9Z	[Lesões de joelho ou perna, não especificadas]	5
ND10	[Lesão da unha do pé]	6
ND11	[Lesão superficial do tornozelo ou pé]	6
ND12	[Ferimento aberto do tornozelo ou pé]	6
ND13	[Fratura do pé (exceto do tornozelo)]	6
ND14	[Luxação ou distensão ou entorse das articulações ou ligamentos ao nível do tornozelo ou pé]	6
ND15	[Lesão de nervos ao nível do tornozelo ou pé]	6
ND16	[Lesão de vasos sanguíneos ao nível do tornozelo ou pé]	
ND16.0	[Traumatismo da artéria dorsal do pé]	6
ND16.1	[Traumatismo da artéria plantar do pé]	5
ND16.2	[Traumatismo da veia dorsal do pé]	6
ND16.3	[Lesão de múltiplos vasos sanguíneos ao nível do tornozelo ou do pé]	6
ND16.Y	[Lesão de outros vasos sanguíneos especificados ao nível do tornozelo ou pé]	6
ND16.Z	[Lesão de vasos sanguíneos não especificados ao nível do tornozelo ou pé]	6
ND17	[Lesão de músculo, fáscia ou tendão ao nível do tornozelo ou pé]	6
ND18	[Lesão por esmagamento do tornozelo ou pé]	
ND18.0	[Lesão por esmagamento do tornozelo]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
ND18.1	[Lesão por esmagamento do dedo do pé]	5
ND18.2	[Lesão por esmagamento de outras partes do tornozelo ou pé]	6
ND18.Z	[Lesão por esmagamento do tornozelo ou pé, não especificada]	6
ND19	[Amputação traumática do tornozelo ou pé]	
ND19.0	[Amputação traumática do pé direito ao nível do tornozelo]	4
ND19.1	[Amputação traumática do pé esquerdo ao nível do tornozelo]	4
ND19.2	[Amputação traumática do pé ao nível do tornozelo, bilateral]	4
ND19.3	[Amputação traumática do pé direito ao nível do metatarso]	6
ND19.4	[Amputação traumática do pé esquerdo ao nível do metatarso]	6
ND19.5	[Amputação traumática do pé ao nível do metatarso, bilateral]	6
ND19.6	[Amputação traumática de apenas um artelho]	6
ND19.7	[Amputação traumática de dois ou mais artelhos]	6
ND19.8	[Amputação traumática de outras partes do pé]	6
ND19.Z	[Amputação traumática do tornozelo ou pé, não especificada]	6
ND1A	[Lesões múltiplas do tornozelo ou pé]	5
ND1Y	[Outras lesões especificadas de tornozelo ou pé]	5
ND1Z	[Lesões de tornozelo ou pé, não especificadas]	5
ND30	[Traumatismos superficiais envolvendo múltiplas regiões do corpo]	6
ND31	[Ferimentos envolvendo múltiplas regiões do corpo]	5
ND32	[Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo]	3
ND33	[Luxações, distensões ou entorses envolvendo múltiplas regiões do corpo]	5
ND34	[Traumatismos por esmagamento envolvendo múltiplas regiões do corpo]	5
ND35	[Amputações traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo]	5
ND36	[Outros traumatismos envolvendo regiões múltiplas do corpo, não classificados em outra parte]	3
ND37	[Traumatismos múltiplos não especificados]	2
ND50	[Fratura da coluna, nível não especificado]	5
ND51	[Outras lesões da coluna ou tronco, nível não especificado]	
ND51.0	[Luxação ou distensão ou entorse da articulação ou ligamento não especificados do tronco]	6
ND51.1	[Lesão de nervo não especificado, raiz do nervo espinhal ou plexo do tronco]	4
ND51.2	[Traumatismo de medula espinhal, nível não especificado]	3
ND51.3	[Lesão de músculo, fáscia ou tendão não especificados do tronco]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
ND51.4	[Lesão por esmagamento da coluna ou tronco, nível não especificado]	5
ND51.Y	[Outros traumatismos da coluna ou tronco, nível não especificado]	5
ND51.Z	[Traumatismos da coluna ou tronco, nível não especificado, não especificados]	5
ND52	[Fratura do braço, nível não especificado]	5
ND53	[Outros traumatismos de braço, nível não especificado]	6
ND54	[Fratura da perna, nível não especificado]	5
ND55	[Outros traumatismos da perna, nível não especificado]	6
ND56	[Traumatismo de região não especificada do corpo]	
ND56.0	[Traumatismo superficial de região não especificada do corpo]	6
ND56.1	[Ferimento de região não especificada do corpo]	5
ND56.2	[Fratura de região não especificada do corpo]	5
ND56.3	[Luxação ou distensão ou entorse de região corporal não especificada]	6
ND56.4	[Lesão de nervo de região corporal não especificada]	6
ND56.5	[Lesão de vaso sanguíneo de região corporal não especificada]	5
ND56.6	[Lesão de músculos ou tendões de região corporal não especificada]	6
ND56.7	[Lesão por esmagamento de região do corpo não especificada]	2
ND56.8	[Amputação traumática de região corporal não especificada]	2
ND56.9	[Lesão complicando a gravidez]	6
ND56.Y	[Outro traumatismo especificado de região não especificada do corpo]	6
ND56.Z	[Traumatismo de região não especificada do corpo, não especificado]	6
ND57	[Efeito secundário do trauma]	6
ND5Y	[Outras lesões especificadas em parte não especificada de tronco, membro ou região do corpo]	6
ND5Z	[Lesões em parte não especificada de tronco, membro ou região do corpo, não especificadas]	6
ND70	[Corpo estranho na parte externa do olho]	
ND70.0	[Corpo estranho na córnea]	6
ND70.1	[Corpo estranho no saco conjuntival]	6
ND70.2	[Corpo estranho em múltiplas partes na parte externa do olho]	6
ND70.Y	[Corpo estranho em outra parte externa especificada do olho]	6
ND70.Z	[Corpo estranho na parte externa do olho, não especificado]	5
ND71	[Corpo estranho no ouvido]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
ND72	[Corpo estranho no trato respiratório]	5
ND73	[Corpo estranho no aparelho digestivo]	
ND73.0	[Corpo estranho na boca]	6
ND73.1	[Corpo estranho no esôfago]	6
ND73.2	[Corpo estranho no estômago]	6
ND73.3	[Corpo estranho no intestino delgado]	5
ND73.4	[Corpo estranho no cólon]	5
ND73.5	[Corpo estranho no ânus ou reto]	6
ND73.Y	[Corpo estranho em outra parte especificada do trato digestivo]	6
ND73.Z	[Corpo estranho no trato digestivo, não especificado]	6
ND74	[Corpo estranho no trato geniturinário]	
ND74.0	[Corpo estranho na uretra]	6
ND74.1	[Corpo estranho na bexiga]	6
ND74.2	[Corpo estranho na vulva ou vagina]	5
ND74.3	[Corpo estranho no útero, qualquer parte]	6
ND74.Y	[Corpo estranho em outra parte especificada do trato geniturinário]	6
ND74.Z	[Corpo estranho no trato geniturinário, não especificado]	5
ND7Z	[Efeitos da penetração de corpo estranho por orifício natural, não especificados]	6
ND90	[Queimadura de cabeça ou pescoço exceto face]	
ND90.0	[Queimadura de cabeça ou pescoço, exceto face, queimadura epidérmica]	6
ND90.1	[Queimadura de cabeça ou pescoço, exceto face, queimadura de espessura parcial superficial]	6
ND90.2	[Queimadura de cabeça ou pescoço, exceto face, queimadura de espessura parcial profunda]	6
ND90.3	[Queimadura de cabeça e pescoço, exceto face, queimadura de espessura total]	3
ND90.4	[Queimadura de cabeça ou pescoço, exceto face, espessura total profunda ou queimadura complexa]	3
ND90.Z	[Queimadura de cabeça e pescoço, exceto face, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND91	[Queimadura de face, exceto olho ou anexos oculares]	
ND91.0	[Queimadura de face, exceto olho ou anexos oculares, queimadura epidérmica]	6
ND91.1	[Queimadura de face, exceto olho ou anexos oculares, queimadura de espessura parcial superficial]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
ND91.2	[Queimadura de face, exceto olho ou anexos oculares, queimadura de espessura parcial profunda]	6
ND91.3	[Queimadura de face, exceto olho ou anexos oculares, queimadura de espessura total]	3
ND91.4	[Queimadura de face, exceto olho ou anexos oculares, espessura total profunda ou queimadura complexa]	3
ND91.Z	[Queimadura da face, exceto olho, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND92	[Queimadura do tronco, exceto períneo ou genitália]	
ND92.0	[Queimadura do tronco, exceto períneo ou genitália, queimadura epidérmica]	6
ND92.1	[Queimadura de tronco, exceto períneo ou genitália, queimadura de espessura parcial superficial]	6
ND92.2	[Queimadura de tronco, exceto períneo ou genitália, queimadura de espessura parcial profunda]	6
ND92.3	[Queimadura de tronco, exceto períneo ou genitália, queimadura de espessura total]	3
ND92.4	[Queimadura do tronco, exceto períneo ou genitália, espessura total profunda ou queimadura complexa]	3
ND92.Z	[Queimadura do tronco, exceto períneo e genitália, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND93	[Queimadura de períneo ou genitália]	
ND93.0	[Queimadura de períneo ou genitália, queimadura epidérmica]	6
ND93.1	[Queimadura de períneo ou genitália, queimadura de espessura parcial superficial]	6
ND93.2	[Queimadura de períneo ou genitália, queimadura de espessura parcial profunda]	6
ND93.3	[Queimadura de períneo ou genitália, queimadura de espessura total]	3
ND93.4	[Queimadura de períneo ou genitália, espessura total profunda ou queimadura complexa]	3
ND93.Z	[Queimadura do períneo e genitália, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND94	[Queimadura de ombro ou braço, exceto punho ou mão]	
ND94.0	[Queimadura de ombro ou braço, exceto punho ou mão, queimadura epidérmica]	6
ND94.1	[Queimadura de ombro ou braço, exceto punho ou mão, queimadura de espessura parcial superficial]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
ND94.2	[Queimadura de ombro ou braço, exceto punho ou mão, queimadura de espessura parcial profunda]	6
ND94.3	[Queimadura de ombro ou braço, exceto punho ou mão, queimadura de espessura total]	5
ND94.4	[Queimadura de ombro ou braço, exceto punho ou mão, espessura total profunda ou queimadura complexa]	5
ND94.Z	[Queimadura do ombro e braço, exceto punho e mão, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND95	[Queimadura de punho ou mão]	
ND95.0	[Queimadura de punho ou mão, queimadura epidérmica]	6
ND95.1	[Queimadura de punho ou mão, queimadura de espessura parcial superficial]	6
ND95.2	[Queimadura de punho ou mão, queimadura de espessura parcial profunda]	6
ND95.3	[Queimadura de punho ou mão, queimadura de espessura total]	5
ND95.4	[Queimadura de punho ou mão, espessura total profunda ou queimadura complexa]	5
ND95.Z	[Queimadura do punho e da mão, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND96	[Queimadura de quadril ou perna, exceto tornozelo ou pé]	
ND96.0	[Queimadura de quadril ou perna, exceto tornozelo ou pé, queimadura epidérmica]	6
ND96.1	[Queimadura de quadril ou perna, exceto tornozelo ou pé, queimadura de espessura parcial superficial]	6
ND96.2	[Queimadura de quadril ou perna, exceto tornozelo ou pé, queimadura de espessura parcial profunda]	6
ND96.3	[Queimadura de quadril ou perna, exceto tornozelo ou pé, queimadura de espessura total]	5
ND96.4	[Queimadura de quadril ou perna, exceto tornozelo ou pé, espessura total profunda ou queimadura complexa]	5
ND96.Z	[Queimadura de quadril e perna, exceto tornozelo e pé, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND97	[Queimadura de tornozelo ou pé]	
ND97.0	[Queimadura de tornozelo ou pé, queimadura epidérmica]	6
ND97.1	[Queimadura de tornozelo ou pé, queimadura de espessura parcial superficial]	6
ND97.2	[Queimadura de tornozelo ou pé, queimadura de espessura parcial profunda]	6



<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
ND97.3	[Queimadura de tornozelo ou pé, queimadura de espessura total]	5
ND97.4	[Queimadura de tornozelo ou pé, espessura total profunda ou queimadura complexa]	5
ND97.Z	[Queimadura do tornozelo e pé, profundidade da queimadura não especificada]	6
ND99.1	[Queimadura química devido ao contato da pele com substância corrosiva]	6
ND99	[Lesão aguda da pele devido ao contato da pele com substância corrosiva]	6
ND9Y	[Queimaduras da superfície externa do corpo, outro local especificado]	6
ND9Z	[Queimaduras da superfície externa do corpo, local não especificado]	6
NE00	[Queimadura de olho ou anexos oculares]	6
NE01	[Queimadura do trato respiratório]	3
NE02	[Queimadura de outros órgãos internos]	3
NE0Z	[Queimaduras de órgão interno não especificado]	6
NE10	[Queimaduras de múltiplas regiões do corpo]	6
NE11	[Queimadura de região do corpo não especificada]	6
NE2Z	[Queimaduras não especificadas]	3
NE40	[Geladura superficial]	6
NE41	[Geladura com necrose de tecidos]	6
NE42	[Geladura envolvendo várias regiões do corpo]	6
NE4Z	[Geladura não especificada]	5
NF00	[Efeitos da radiação, não classificados em outra parte]	6
NF01	[Efeitos do calor]	
NF01.0	[Insolação]	3
NF01.1	[Síncope devido ao calor]	6
NF01.2	[Esgotamento devido ao calor devido à depleção de fluidos]	6
NF01.3	[Fadiga transitória devido ao calor]	6
NF01.Y	[Outros efeitos especificados do calor]	6
NF01.Z	[Efeitos do calor, não especificados]	5
NF02	[Hipotermia]	3
NF03	[Outros efeitos da temperatura reduzida]	
NF03.0	[Congelamento ( <i>chilblains</i> )]	5
NF03.1	[Mãos ou pés de trincheira]	6

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Posição</b>
NF03.Y	[Outros efeitos especificados de temperatura reduzida]	4
NF03.Z	[Efeitos não especificados da temperatura reduzida]	4
NF04	[Efeitos da pressão do ar ou água]	
NF04.0	[Otite barotraumática]	5
NF04.1	[Sinusite barotraumática]	4
NF04.2	[Doença de descompressão]	5
NF04.3	[Efeito dos fluidos em alta pressão]	6
NF04.Y	[Outros efeitos especificados da pressão do ar ou da água]	6
NF04.Z	[Efeitos da pressão do ar ou da água, não especificados]	5
NF05	[Asfixia]	1
NF06	[Efeitos do exercício físico extenuante]	
NF06.0	[Insolação por esforço]	3
NF06.1	[Hipotensão postural pós-exercício]	6
NF06.2	[Desidratação pós-esforço]	6
[NF06.3]	[Cãibra muscular devido ao exercício]	6
NF06.Y	[Outros efeitos especificados do exercício físico extenuante]	6
NF06.Z	[Efeitos do exercício físico extenuante, não especificados]	6
NF07	[Efeitos de outras privações]	
NF07.0	[Efeitos da fome]	3
NF07.1	[Efeitos da sede]	5
NF07.2	[Exaustão devido às intempéries]	6
NF07.Y	[Outros efeitos específicos da privação]	6
NF07.Z	[Efeitos de outras privações, não especificados]	6
NF08	[Efeitos de certas causas externas especificadas]	
NF08.0	[Efeitos do raio]	4
NF08.1	[Afogamento ou submersão não fatal]	2
NF08.2	[Efeitos da vibração]	6
NF08.3	[Doença causada pelo movimento]	6
NF08.4	[Efeitos da corrente elétrica]	3
NF0Y	[Outros efeitos especificados de causas externas]	6
NF0Z	[Efeitos de causas externas, não especificados]	6
NF2Y	[Outra lesão, envenenamento ou algumas outras consequências de causas externas, especificados]	6
NF2Z	[Lesão, envenenamento ou algumas outras consequências de causas externas, não especificados]	6

### 3.14.6 Lista de condições mal definidas

Utilize esta tabela no Passo SP7. Condições nesta tabela são consideradas mal definidas e não devem ser usadas como causa básica da morte.

<b>Código ou Capítulo</b>	<b>Título da categoria</b>
BD10-BD1Z	Insuficiência cardíaca em BD10- especificada como aguda (XT5R)
BA2Z	Hipotensão não especificada
BE2Y	Outras doenças especificadas do sistema circulatório
BE2Z	Doença do sistema circulatório, não especificada
CB41.0	Insuficiência respiratória aguda
CB41.2	Insuficiência respiratória sem especificação como aguda ou crônica
KB2D	Insuficiência respiratória do recém-nascido
KB2E	Parada respiratória do recém-nascido
Capítulo 21	Sintomas, sinais ou achados clínicos, não classificados em outra parte; exceto as condições listadas abaixo: <i>MA15 Achados microbiológicos no sangue, órgãos hematopoéticos ou no sistema imune</i> <i>MG43 Sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos</i> <i>MG44.1 Retardo do desenvolvimento fisiológico normal</i> <i>MH11 Síndrome da morte súbita na infância</i> <i>MH15 Morte súbita inesperada na epilepsia</i>

### 3.14.7 Lista de condições que podem causar a doença pelo HIV

Esta lista deve ser usada para apoiar as Instruções especiais sobre sequências aceitas e rejeitadas, Passos SP3-SP4, para avaliar a sequência para mortes em que o HIV é informado no atestado de morte. Observe que esta lista não está completa e deve ser considerada indicativa. Aceite HIV devido a:

<b>Código</b>	<b>Categoria</b>
<b><i>Neoplasias malignas</i></b>	
2B50-2E2Z	Neoplasias malignas, <b>exceto</b> neoplasias primárias dos tecidos linfóides, hematopoiéticos, do sistema nervoso central ou afins
<b><i>Certas anemias ou outros transtornos eritrocitários</i></b>	
3A00-3A03	Anemias nutricionais ou metabólicas
3A10-3A4Z	Anemias hemolíticas
3A60-3A6Z	Aplasia pura de células vermelhas
3A50	Talassemias
3A51	Doença falciforme e outras hemoglobinopatias
3A70	Anemia aplástica
3A71	Anemia devido a doença crônica
3A72	Anemia sideroblástica
3A73	Anemia diseritropoética congênita
3A90	Anemia devido a doença aguda
3A9Y	Outras anemias ou transtornos eritrocitários especificados
3A9Z	Anemias ou outros transtornos eritrocitários não especificados
3B10-3B6Z	Defeitos da coagulação, púrpura, ou outras condições hemorrágicas ou relacionadas

***Alguns transtornos decorrentes do uso de substâncias ou comportamentos aditivos***

6C43	Transtornos decorrentes do uso de opioides
6C44	Transtornos decorrentes do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
6C45	Transtornos decorrentes do uso de cocaína
6C46	Transtornos decorrentes do uso de estimulantes, incluindo anfetaminas, metanfetamina ou metcatinona
6C48	Transtornos decorrentes do uso de cafeína
6C49	Transtornos decorrentes do uso de alucinógenos
6C4C	Transtornos decorrentes do uso de MDMA ou drogas relacionadas, incluindo MDA
6C4D	Transtornos decorrentes do uso de drogas dissociativas, incluindo quetamina e fenciclidina [PCP]
6C4E	Transtornos decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas especificadas, incluindo medicamentos
6C4F	Transtornos decorrentes do uso de múltiplas substâncias psicoativas especificadas, incluindo medicamentos
6C4G	Transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas desconhecidas ou não especificadas
6C4Y	Outros transtornos decorrentes do uso de substâncias, especificados
6C4Z	Transtornos decorrentes do uso de substâncias, não especificados

***Evidência laboratorial do HIV***

MA14.0	Evidência laboratorial do Vírus da Imunodeficiência Humana
--------	--

**Algumas lesões**

	Cabeça	Pescoco	Tórax	Abdômen	Braço	Antebraço	Punho Mão	Quadril	Perna	Tornozelo Pé
Ferimento aberto	NA01	NA21	NA81	NB51	NC11	NC31		NC71	NC91	
Fratura	NA02	NA22	NA82	NB52	NC12	NC32		NC72	NC92	
Lesão de vasos sanguíneos	NA05	NA60		NB90	NC15	NC35	NC56	NC75	NC95	ND16
Lesão de órgãos				NB91 NB92						
Lesão por esmagamento	NA08	NA62	NB33	NB93	NC17	NC37	NC58	NC77	NC97	ND18
Amputação traumática	NA09	NA63	NC18	NC38	NC59	NC78	NC98	ND19		
Laceração de músculo, fáscia ou tendão	NA0A.11	NA61.1	NB34.1	NB94.3 NB94.4 NB94.5	NC16.01 NC16.11 NC16.21 NC16.31 NC16.41	NC36.01 NC36.11 NC36.21 NC36.31 NC36.41 NC36.51		NC76.01 NC76.11 NC76.21 NC76.31	NC96.01 NC96.11 NC96.21 NC96.31	
Lesões múltiplas	NA0A.3	NA64	NB35	NB95 NB96	NC19	NC39	NC5A	NC79	NC99	ND1A

**Algumas lesões**

Outras ou algumas lesões especificadas	NA0A .0 NA0A .Y	NA6 Y	NB3 Y	NB97 NB98 NB99 NB9Y	NC1Y	NC3Y	NC5 Y	NC7Y	NC9Y	ND1Y
Lesões, não especificadas	NA0Z	NA6 Z	NB3 Z	NB9Z	NC1Z	NC3Z	NC5 Z	NC7Z	NC9Z	ND1Z

	Múltiplas lesões corporais	Parte não especificada de tronco, membro etc.	Braço	Perna	Região do corpo não especificada
Lesão superficial			ND53.Y	ND55	
Ferimento aberto	ND31	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.1
Fratura	ND32	ND50 (Coluna)	ND52	ND54	ND56.2
Luxações, distensões ou entorses	ND33		ND53.Y	ND55	
Lesão por esmagamento	ND34			ND55	ND56.7
Amputação traumática	ND35	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.8
Outras lesões especificadas	ND36	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.5 (Vaso sanguíneo) ND56.Y
Lesões, não especificadas	ND37	ND51.Z	ND53.Z	ND55	ND56.Z

***Algumas lesões (continuação)***

ND70-ND7Z

Efeitos da penetração de corpo estranho por orifício natural

ND90-NE2Z

Queimaduras

NE80

Lesões ou danos decorrentes da infusão, transfusão ou injeção terapêutica, não classificados em outra parte

***Algumas causas de lesão ou dano relacionado aos cuidados com a saúde***

PK80-PK8Z

Procedimentos cirúrgicos ou médicos associados a lesões ou danos durante uso diagnóstico ou terapêutico

PL11.0

Corte, punção ou ruptura como modo de lesão ou dano

PL11.4

Falha das precauções de esterilização como modo de lesão ou dano

PL14.4

Outro problema associado à transfusão

**3.14.8 Lista de condições que podem causar diabetes mellitus**

Esta lista deve ser usada para apoiar as Instruções especiais sobre sequências aceitas e rejeitadas, Passos SP3-SP4, para avaliar a sequência para mortes em que a diabetes mellitus é informada no atestado de morte.



## **5A10 Diabetes mellitus tipo 1**

1D82.1

Pancreatite por citomegalovírus

5B52

Desnutrição aguda em bebês, crianças e adolescentes

5B71

Deficiência de proteína

5B7Z

Desnutrição não especificada

## **5A11 Diabetes mellitus tipo 2**

5A70

Síndrome de Cushing

5B52

Desnutrição aguda em bebês, crianças e adolescentes

5B71

Deficiência de proteína

5B7Z

Desnutrição não especificada

## **5A12 Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição**

5B52

Desnutrição aguda em bebês, crianças e adolescentes

5B71

Deficiência de proteína

5B7Z

Desnutrição não especificada

## **5A13 Diabetes mellitus, outro tipo especificado ou 5A14 Diabetes mellitus, tipo não especificado**

1D82.1

Pancreatite por citomegalovírus

1D80.4

Pancreatite devido a vírus da caxumba

2C10

Neoplasia maligna do pâncreas

2D81

Metástase de neoplasia maligna no pâncreas

2E92.8

Neoplasia benigna do pâncreas

2E92.9

Neoplasia benigna do pâncreas endócrino

4A40-4A4Z

Transtornos autoimunes sistêmicos não específicos de um órgão

5A02

Tireotoxicose

5A03

Tireoidite

5A60.0

Acromegalia ou gigantismo hipofisário

5A70

Síndrome de Cushing

5B52

Desnutrição aguda em bebês, crianças e adolescentes *(apenas para 5A14)*

5B71

Deficiência de proteína *(apenas para 5A14)*

5B7Z

Desnutrição não especificada *(apenas para 5A14)*

5C58.1	Porfirias
5C64.1	Doença do metabolismo do ferro
5D41	Hipoinsulinemia pós-procedimento
6C40.1	Padrão de uso nocivo de álcool
6C40.2	Dependência de álcool
8A01.10	Doença de Huntington
8A03	Transtornos de ataxia
8A0Z	Transtornos do movimento não especificados
8C71	Transtornos miotônicos
CA25	Fibrose cística
DC31	Pancreatite aguda
DC32	Pancreatite crônica
DC3Z	Doenças do pâncreas, não especificadas
JA63.2	Diabetes mellitus que surge durante a gravidez
KA62.8	Síndrome da rubéola congênita
LD20-LD2Z	Múltiplas anomalias ou síndromes de desenvolvimento
LD40.0	Trissomia completa do 21
LD50.0	Síndrome de Turner
LD50.3	Síndrome de Klinefelter
LD52.1	Homem com duplo ou múltiplos Y
LD53	Anomalias estruturais do cromossomo Y
LD54	Homem com mosaicismos dos cromossomos sexuais
LD5Y	Outras anomalias de cromossômicas sexuais especificadas
LD7Y	Outras anomalias cromossômicas especificadas, excluindo mutações genéticas
NB91.4	Traumatismo do pâncreas
NE60	Efeitos nocivos de drogas, medicamentos ou substâncias biológicas, não classificados em outra parte
PL00	Drogas, medicamentos ou substâncias biológicas associada às lesões ou danos no uso terapêutico

### 3.14.9 Lista de condições a serem consideradas consequências óbvias da cirurgia e outros procedimentos médicos invasivos

A lista desta seção contém condições que podem se desenvolver como complicações de cirurgias ou outros procedimentos médicos invasivos. Isso não significa que as condições que constam na lista devam ser sempre consideradas como complicações, e as seguintes restrições se aplicam:

- Não considere uma condição da lista como uma complicação de uma cirurgia ou de um procedimento médico invasivo se a cirurgia ou o procedimento tiver sido realizado mais de quatro semanas antes da morte.
- Não considere uma condição da lista como uma complicação de uma cirurgia ou de um procedimento invasivo se existir evidência de que a condição estava presente antes da cirurgia ou do procedimento invasivo ser realizado.
- Não considere uma condição assinalada com "**OCPR**" (**Outra Causa de Procedimento Requerida**) como uma complicação de cirurgia ou de um procedimento invasivo, a menos que o atestado informe outra condição do mesmo local que tenha sido tratada por cirurgia ou algum outro procedimento invasivo.
- Não considere uma condição assinalada com "**DDAP**" (**Duração Declarada, desenvolveu-se Após o Procedimento**) como uma complicação, a menos que haja evidências claras de que a condição desenvolveu-se após a cirurgia ou o procedimento invasivo.
- Observe que as aderências devem ser consideradas complicações da cirurgia ou de um procedimento invasivo no mesmo local ou região, mesmo depois de mais de quatro semanas da data da cirurgia ou do procedimento invasivo. Se o procedimento foi realizado mais de um ano antes da morte, use os códigos para sequelas de cuidados médicos.

### 3.14.9.1 Lista de condições a serem consideradas consequências diretas da cirurgia

<b>Infecções</b>	<b>Marcador</b>
Abscesso	OCPR
Bacteremia	
Fístula	OCPR, e apenas para um procedimento do mesmo local ou região
Gangrena gasosa	
Infecção hemolítica	
Infecção na ferida cirúrgica	
Infecção SOE	DDAP
Septicemia	
Séptico	
<b>Hemorragia, hemólise</b>	<b>Marcador</b>
Coagulação intravascular disseminada (CIVD)	
Coagulopatia de consumo	
Hematêmese	OCPR
Hematoma	OCPR
Hemólise	
Hemorragia ferida cirúrgica	
Hemorragia gastrointestinal	OCPR
Hemorragia intra-abdominal	OCPR
Hemorragia local especificado	Apenas para um procedimento do mesmo local ou região
Hemorragia retal	OCPR
Hemorragia SOE	
Hemotórax	OCPR
Melena	OCPR
<b>Complicações cardíacas</b>	<b>Marcador</b>
Arritmia SOE	DDAP
Assistolia	
Bloqueio cardíaco	DDAP
Falência/insuficiência cardíaca	
Fibrilação atrial	DDAP
Fibrilação ventricular	
Infarto (miocárdio)	
Isquemia, infarto agudo do miocárdio	
Parada cardíaca	

Ruptura do miocárdio

**Complicações cerebrovasculares e outras**

**Marcador**

Acidente vascular cerebral	DDAP
Apoplexia	DDAP
Danos no cérebro (anoxia)	DDAP
Edema cerebral	DDAP
Embolia cerebral	DDAP
Hemorragia cerebral/intracraniana	DDAP
Infarto cerebral	DDAP
Isquemia cerebral/cerebrovascular	DDAP
Lesão cerebral/cerebrovascular	DDAP
Meningite	DDAP
Trombose cerebral	DDAP

**Outras complicações vasculares**

**Marcador**

Embolia (arterial)	
Embolia gasosa	
Embolia gordurosa/gasosa	
Embolia pulmonar	
Embolia venosa	
Falência/insuficiência, circulatória	
Flebite (qualquer localização)	
Flebotrombose (qualquer localização)	
Hipotensão	
Infarto (qualquer localização)	
Infarto pulmonar	
Oclusão (qualquer localização)	
Parada circulatória	
Tromboflebite (qualquer localização)	
Trombose arterial	
Trombose SOE (qualquer localização)	
Trombose venosa	

**Complicações respiratórias**

**Marcador**

Alcalose e acidose respiratória	
Aspiração	
Atelectasia	

Bronquite	DDAP
Derrame pleural	
Edema laríngeo	OCPR
Edema/hipóstase pulmonar	
Empiema	OCPR
Falência/insuficiência, pulmonar	
Falência/insuficiência, respiratória	
Fístula broncopleurale ou esofágica	OCPR
Mediastinite	
Obstrução das vias aéreas superiores	OCPR
Parada respiratória	
Pneumonia	
Pneumotórax	OCPR
Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA)	
<b>Complicações gastrointestinais</b>	<b>Marcador</b>
Abscesso intra-abdominal	OCPR
Constipação	OCPR
Dilatação gástrica	OCPR
Distúrbio, circulatório, gastrointestinal	OCPR
Embolia mesentérica	OCPR
Falência hepática	DDAP
Fístula, biliar/ intestino/retovaginal	OCPR
Íleo	OCPR
Isquemia intestinal	OCPR
Necrose gastrintestinal	OCPR
Obstrução de intestino (mecânica)	OCPR
Peritonite	OCPR
Úlcera gastrointestinal ( <i>stress</i> )	OCPR
Volvo	OCPR
<b>Complicações renais e urinárias</b>	<b>Marcador</b>
Anúria	
Estenose de uretra	OCPR
Falência / insuficiência, renal	
Fístula urinária	OCPR
Infecção urinária	

Pielonefrite	DDAP
Retenção de urina	
Uremia	
Urosepse	
<b>Outras complicações</b>	<b>Marcador</b>
Aderências	Apenas para um procedimento do mesmo local ou região
Choque SOE	
Choque, anafilático	
Complicação(ões) SOE	
Convulsões (epilepsia)	DDAP
Crise tireotóxica	DDAP
Deslocamento de prótese	
Falência (múltiplos) órgão(s)	
Gangrena	
Insuficiência de anastomose	OCPR
Necrose, gordura/ferida	OCPR
Síndrome compartimental	OCPR
Úlcera de decúbito	

### 3.14.9.2 Lista de condições a serem consideradas consequências diretas de outros procedimentos médicos invasivos



**Consequências óbvias do cateterismo cardíaco** [PK80.11](#)

Procedimento cardíaco para correção de anomalia congênita associado à lesão ou dano, abordagem percutânea, [PK80.15](#) Outro procedimento cardíaco associado à lesão ou dano, abordagem percutânea

Sepse, choque séptico

Bacteremia

SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina)

Sepse fúngica

Fungemia

Infecção de cateter ou acesso vascular

Tromboflebite séptica

Endocardite infecciosa

Infarto do miocárdio

Somente se indicado após o cateterismo

Trombose coronária

Somente se indicado após o cateterismo

Embolia coronária

Somente se indicado após o cateterismo

Ruptura coronária

Somente se indicado após o cateterismo

Parada cardíaca

Embolia cardíaca

Síndrome embólica de colesterol

Embolia pulmonar

Hemorragia

Perda de sangue

Hemoperitônio

Choque cardiogênico

Somente se indicado após o cateterismo

Choque hipotônico

Somente se indicado após o cateterismo

**Consequências óbvias da aspiração de fluidos** PK81.2 Aspiração ou drenagem da cavidade corporal ou coleta de fluidos associada à lesão ou dano durante uso terapêutico

Hemotórax

Se aspiração ou punção do mesmo local

Hemorragia

Se aspiração ou punção do mesmo local

**Consequências óbvias da biópsia** PK81.4 Aspiração ou biópsia de medula óssea associadas à lesão ou dano durante uso terapêutico, PK81.5 Procedimento de biópsia, não classificado em outra parte, associado à lesão ou dano durante uso terapêutico

Hemorragia

Se do mesmo local

Pneumotórax

Se do mesmo local

Aderências

Se do mesmo local

**Consequências óbvias da diálise renal** PK81.6 Diálise associada à lesão ou dano durante uso terapêutico

Sepse, choque séptico

Bacteremia

SARM

Endocardite infecciosa

Sepse fúngica

Fungemia

Infecção de cateter ou acesso vascular

Tromboflebite séptica

Peritonite

Pneumonia

Hipotensão (durante diálise)

Choque hipovolêmico

Hemorragia

**Consequências óbvias da sonda de alimentação, PEG** PK81.8 Inserção de tubo associada a lesão ou dano em uso terapêutico

Pneumonia por aspiração

Infecção da ferida abdominal

Infecção da parede abdominal

**Consequências óbvias da reanimação** PK81.E Reanimação cardiopulmonar associada à lesão ou dano no uso terapêutico

Fratura(s) de costela(s)

**Outros procedimentos cirúrgicos ou médicos** PK8Y Outros procedimentos cirúrgicos ou médicos especificados associados às lesões ou danos durante uso diagnóstico ou terapêutico

**Consequências óbvias do cateter intravenoso/cateter arterial**

Sepse, choque séptico

Bacteremia

SARM

Sepse fúngica

Fungemia

Infecção de cateter ou acesso vascular

Tromboflebite séptica

Endocardite infecciosa

Celulite

Abscesso

Hematoma

Hemorragia

Hemotórax

Se infecção do local do cateter/acesso

Se infecção do local do cateter/acesso

Se infecção do local do cateter/acesso

Se infecção do local do cateter/acesso

Se infecção do local do cateter/acesso

Se infecção do local do cateter/acesso

Se infecção do local do cateter/acesso

**Consequências óbvias do transplante de medula óssea**

Sepse, choque séptico

Bacteremia

SARM

Sepse fúngica

Fungemia

Fascíte necrosante

Trombocitopenia

Doença do enxerto-versus-hospedeiro

### **Consequências óbvias de procedimentos e terapia radiológicos**

Pericardite	Se radiação do mesmo local
Doença pulmonar restritiva	Se radiação do mesmo local
Obstrução do intestino delgado	Se radiação do mesmo local
Mielite cervical	Se radiação do mesmo local
Fibrose (intersticial)	Se radiação do mesmo local
Osteonecrose	Se radiação do mesmo local
Mucosite	Se radiação do mesmo local
Fístula	Se radiação do mesmo local
Estenose ou cicatrização	Se radiação do mesmo local

### **Consequências óbvias do cateterismo urinário [PK93.10](#)**

Dispositivos de gastroenterologia ou urologia associados às lesões ou danos, cateter urinário

Infecção do trato urinário

Urosepse

### **3.14.10 Lista de condições improváveis de causar a morte**

Utilize esta tabela no Passo SP8. É improvável que as condições nesta tabela causem a morte.

Improvável de causar a morte

### **3.14.11 Lista de categorias limitadas a, ou mais prováveis de ocorrer em, pessoas do sexo feminino**

Código	Título
1C14	Tétano obstétrico
1F23.10	Candidíase vulvovaginal
2B58.1	Leiomioma do útero
2B5C	Sarcoma do estroma endometrial, localização primária
2B5D.0	Tumor mesenquimal epitelial misto maligno de ovário
2B5D.1	Tumores mesenquimais epiteliais mistos malignos do corpo do útero
2B5F.0	Sarcoma do útero, não classificado em outra parte
2B5G	Miosarcoma do útero, parte não especificada
2C65	Síndrome de câncer de mama e ovário hereditário
2C70- 2C7Z	Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos
2E05	Metástase de neoplasia maligna no sistema reprodutor feminino
2E66	Carcinoma <i>in situ</i> do colo do útero (cérvix)
2E67.0	Carcinoma <i>in situ</i> do endométrio
2E67.1	Carcinoma <i>in situ</i> da vulva
2E67.2	Carcinoma <i>in situ</i> da vagina
2E67.3	Carcinoma <i>in situ</i> de outros órgãos genitais femininos ou os não especificados
2E86.0	Leiomioma do útero
2E88	Nódulo estromal endometrial benigno
2F31	Neoplasias não mesenquimais benignas do útero
2F32	Neoplasia benigna do ovário
2F33	Neoplasia benigna de outros órgãos genitais femininos ou os não especificados
2F76	Neoplasias de comportamento incerto dos órgãos genitais femininos
2F96	Neoplasias de comportamento desconhecido dos órgãos genitais femininos
4A45.2	Síndrome antifosfolípide da gravidez
5A71.0	Transtornos do desenvolvimento sexual 46, XX induzidos por andrógenos de origem fetal
5A71.1	Transtornos do desenvolvimento sexual 46, XX induzidos por andrógenos de origem materna
5A80	Disfunção ovariana
5D44	Insuficiência ovariana pós-procedimento
6E20	Transtornos mentais ou comportamentais associados a gravidez, parto ou puerpério, sem sintomas psicóticos
6E21	Transtornos mentais ou comportamentais associados a gravidez, parto ou puerpério, com sintomas psicóticos

Código	Título
6E2Z	Transtornos mentais ou comportamentais associados a gravidez, parto ou puerpério, não especificados
BD75.2	Varizes da vulva
EA83.00	Líquen simples da vulva
EA87.1	Dermatite ou eczema da genitália feminina
EB60.0	Líquen escleroso da vulva
ED61.11	Mácula melanótica vulvar
ED70.1	Alopecia de padrão feminino
ED70.31	Eflúvio telógeno pós-parto
EE40.10	Estrias gestacionais
EK02.13	Dermatite de contato irritativa da vulva
FB83.10	Osteoporose idiopática pré-menopausa
FB83.11	Osteoporose pós-menopausa
FC01.9	Osteoporose pós-ooforectomia
GA00- GA6Z	Doenças do sistema genital
GB23.4	Galactorréia não-associada ao parto
GC04.1	Fístulas do trato genital feminino
GC04.2	Fístula ureteral
GC40- GC4Z	Disfunção do assoalho pélvico feminino
GC50.10	Sensação de bexiga ausente ou diminuída associada ao prolapso de órgão pélvico
GC51	Mutilação genital feminina
GC70	Aderências pós-operatórias da vagina
GC71	Prolapso de cúpula de vagina pós-histerectomia
GC77	Sangramento uterino pós-procedimento não menstrual
GC78	Doença inflamatória pélvica feminina aguda pós-procedimento
HA01.0	Disfunção da excitação sexual feminina
HA20	Transtorno doloroso à penetração sexual
JA00-JB6Z	Gravidez, parto ou puerpério
KA83.9	Hemorragia vaginal ou uterina neonatal
LA90.32	Malformações arteriovenosas uterinas
LB40- LB4Z	Anomalias estruturais de desenvolvimento do sistema genital feminino
LD2A.1	Disgenesia gonadal 46,XY

Código	Título
LD2A.4	Transtorno 46, XY do desenvolvimento sexual devido à resistência a androgênios
LD50.0	Síndrome de Turner
LD50.1	Cariótipo 47, XXX
LD50.2	Mosaicismo cromossômico, linhagens com diversos números de cromossomos X
LD50.Y	Outras anomalias numéricas especificadas do cromossomo X
LD50.Z	Anomalias numéricas do cromossomo X, não especificadas
LD90.4	Síndrome de Rett
MF30- MF3Y	Sintomas, sinais ou achados clínicos relativos ao sistema genital feminino
MF60- MF6Z	Achados clínicos em materiais provenientes dos órgãos genitais femininos
MG24.01	Medo de câncer na mama feminina
MG24.D	Medo de complicações da gravidez
MG24.E	Medo de infecções sexualmente transmissível femininas
MG24.F	Medo de doença genital ou de mama feminina
NB92.4	Traumatismo do ovário
NB92.5	Traumatismo da trompa de Falópio
NB92.6	Traumatismo do útero
NB93.02	Lesão por esmagamento da vulva
NB93.24	Amputação traumática de toda a vulva
NB93.25	Amputação traumática de parte da vulva
NB98	Lesão em órgão genital feminino sem outras especificações
ND56.9	Lesão complicando a gravidez
ND74.2	Corpo estranho na vulva ou vagina
ND74.3	Corpo estranho no útero, qualquer parte
PK80.5	Procedimento ginecológico ou mamário associado às lesões ou danos durante uso terapêutico
PK80.7	Procedimento obstétrico associado às lesões ou danos durante uso terapêutico
PK96	Dispositivos, implantes ou enxertos obstétricos ou ginecológicos associados às lesões ou danos
QA00.9	Exame ginecológico
QA09.4	Exame especial de rastreamento de neoplasia do colo do útero
QA21.0	Pessoa em contato com os serviços de saúde para contracepção pós-coito



Código	Título
QA21.2	Pessoa em contato com os serviços de saúde para inserção de dispositivo anticoncepcional
QA21.4	Pessoa em contato com os serviços de saúde para extração menstrual
QA21.6	Monitoramento de dispositivo anticoncepcional
QA30.00	Pessoa em contato com os serviços de saúde para transferência intratubária de gametas
QA30.01	Pessoa em contato com os serviços de saúde para medidas de procriação por inseminação artificial
QA30.02	Pessoa em contato com os serviços de saúde para inseminação de esperma medicamente assistida
QA30.0Y	Contato com os serviços de saúde para outra medida de inseminação assistida especificada
QA30.0Z	Contato com os serviços de saúde para inseminação assistida não especificada
QA30.1	Pessoa em contato com os serviços de saúde para tecnologias de reprodução assistida
QA30.2	Pessoa em contato com os serviços de saúde para outros métodos de fertilização assistida
QA30.Y	Outro contato especificado com os serviços de saúde para reprodução medicamente assistida
QA40	Exame ou teste de gravidez
QA41	Estado gravídico
QA42	Supervisão de gravidez normal
QA43	Supervisão de gravidez de alto risco
QA45	Rastreamento ("screening") pré-natal
QA46	Resultado do parto
QA48	Atenção ou exame pós-natal
QA49	Problemas relacionados com uma gravidez não desejada
QA4A	Problemas relacionados com multiparidade
QA4B	Contato com serviços de saúde para aconselhamento sobre menopausa
QB51.C	Presença de dispositivo anticoncepcional
QB62.5	Cuidados à vagina artificial
QD31	Pessoa em contato com serviços de saúde por preocupações com a imagem corporal relacionadas à gravidez
QF01.10	Ausência adquirida de órgãos genitais femininos

### **3.14.12 Lista de categorias limitadas a, ou mais prováveis de ocorrer em, pessoas do sexo masculino**

Código	Título
1A70.00	Gonorreia do pênis
1D80.1	Orquite devido a vírus da Caxumba
1F23.11	Balanopostite por Cândida
2B55.2	Rabdomiossarcoma dos órgãos genitais masculinos
2B59.2	Lipossarcoma dos órgãos genitais masculinos
2C80-2C8Z	Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos
2E06	Metástase de neoplasia maligna em órgãos genitais masculinos
2E67.4	Carcinoma <i>in situ</i> do pênis
2E67.5	Carcinoma <i>in situ</i> da próstata
2E67.6	Carcinoma <i>in situ</i> de outros órgãos genitais masculinos ou os não especificados
2F34	Neoplasia benigna dos órgãos genitais masculinos
2F77	Neoplasias de comportamento incerto dos órgãos genitais masculinos
2F97	Neoplasias de comportamento desconhecido dos órgãos genitais masculinos
5A81	Disfunção testicular ou transtornos relacionados a testosterona
5D45	Hipofunção testicular pós-procedimento
BD75.1	Varizes escrotais
EA83.01	Líquen simplex da genitália masculina
EA87.0	Dermatite ou eczema da genitália masculina
EB60.1	Líquen escleroso do pênis
EC92.0	Penoscrotodinia
ED61.10	Mácula melanótica peniana
GA80-GB0Z	Doenças do sistema genital masculino
HA01.1	Disfunção erétil masculina
HA03	Disfunções ejaculatórias
LB50-LB5Z	Anomalias estruturais de desenvolvimento do sistema genital masculino
LD2A.0	Distúrbio ovotesticular do desenvolvimento sexual
LD2A.2	Agenesia testicular
LD2A.3	46, XY Distúrbio do desenvolvimento sexual devido a um defeito no metabolismo da testosterona
LD50.3	Síndrome de Klinefelter
LD52	Número de anomalias do cromossomo Y
LD53	Anomalias estruturais do cromossomo Y
LD54	Homem com mosaicismo dos cromossomos sexuais

Código	Título
MA14.1B	Antígeno prostático específico positivo
MF40- MF4Y	Sintomas, sinais ou achados clínicos relativos ao sistema genital masculino
MF70- MF7Z	Achados clínicos em material proveniente dos órgãos genitais masculinos
MG24.02	Medo de câncer genital masculino
MG24.G	Medo de infecção sexualmente transmissível masculina
MG24.H	Medo de doença genital masculina
NB93.00	Lesão por esmagamento do pênis
NB93.01	Lesão por esmagamento do testículo ou escroto
NB93.20	Amputação traumática de todo o pênis
NB93.21	Amputação traumática de parte do pênis
NB93.22	Amputação traumática dos testículos ou escrotos
NB93.23	Amputação traumática de parte dos testículos ou escroto
NB97.1	Pênis fraturado
NB99	Lesão em órgão genital masculino sem outras especificações
QA09.5	Exame especial de rastreamento de neoplasia da próstata
QB82	Pessoa em contato com serviços de saúde para circuncisão ritual ou de rotina
QF01.11	Ausência adquirida de órgãos genitais masculinos

### 3.14.13 Conjunto de instruções com exemplos de codificação referentes à mortalidade materna

*Visão geral (Ver Seção 2.21.8.2)*

O Modelo Internacional de Atestado Médico de Causa de Morte (ver Anexo para a Mortalidade 3.14) está estruturado para permitir a notificação das causas obstétricas, do tempo decorrido entre o evento obstétrico e a morte da pessoa e se a gravidez contribuiu para a morte. Use todas as informações disponíveis no atestado de morte. Quando as informações fornecidas são ambíguas, recomenda-se verificar sempre que possível, embora os meios de verificação possam variar entre países, de acordo com diferentes sistemas jurídicos ou perfis de mortalidade materna. Informações adicionais podem ser obtidas por meio de resumos clínicos de instituições médicas, relatórios de autópsias verbais ou por certos processos de verificação que podem exigir não apenas consultas ao atestante, mas também o estabelecimento de um sistema de inquérito para analisar casos específicos.

Os seguintes conceitos relacionados à tabulação estatística da mortalidade materna são fornecidos na Seção 2.25.5 Padrões e requisitos de notificação relacionados à mortalidade materna:

- 2.25.5.1 Morte materna
- 2.25.5.2 Morte materna tardia
- 2.25.5.3 Morte materna global
- 2.25.5.4 Mortes obstétricas diretas e indiretas
- 2.25.5.5 Morte ocorrida durante a gravidez, parto e puerpério
- 2.25.5.6 Requisitos de registro de mortalidade materna
- 2.25.5.7 Notificação internacional de mortalidade materna
- 2.25.5.8 Numerador, denominador e razões de mortalidade materna publicadas

Sucintamente, as categorias de causa básica da morte para Mortalidade Materna estão resumidas no quadro abaixo:

	<b>JB00 -JB60, JB63.-, JB64.-, JB6Y, 1C14</b> <b>Morte materna</b>	<b>JB61.- Morte materna tardia</b>	<b>JB62.- Sequelas de condições obstétricas</b>
A falecida estava grávida:	no momento da morte, e dentro de 42 dias antes da morte	mais de 42 dias, mas menos de um ano antes da morte	um ano ou mais antes da morte

Em um atestado de morte geralmente o intervalo de tempo é registado na unidade de dia, onde 42 dias estão incluídos na morte materna e 43 dias estão incluídos na morte materna tardia. Em uma explicação matemática, isso significa que exatamente 42 dias estão incluídos na morte materna, enquanto, por exemplo, 42 dias e uma hora estão incluídos na morte materna tardia. Observe também que **JB61.-** e **JB62.-** incluem mortes por qualquer causa obstétrica. A causa obstétrica informada incluindo causa desconhecida (**JB60**) é pós-coordenada para **JB61.-** ou **JB62.-** para reter informações sobre a causa. Instruções de codificação são fornecidas para selecionar a CBM e capturar mais detalhes em um agrupamento.

### ***Instruções de codificação para mortalidade materna***

Para codificação da mortalidade materna, siga as instruções gerais de codificação.

Para atribuir o código de causa múltipla correto para um atestado com menção de gravidez, primeiro utilize a ferramenta de codificação para atribuir um código específico para cada condição informada. Categorias fora do Capítulo 18 também podem ser atribuídas. Quando uma condição sugere que é uma condição obstétrica, usando certos modificadores como "obstétrico" ou "materno", pesquise se há uma correspondência direta com o diagnóstico informado. A ferramenta de codificação também auxilia a codificação fornecendo o ícone "]" ( ) para determinadas condições que possuem uma categoria compatível para condições maternas.

### Exemplo 1

1	(a) Edema pulmonar	CB01
	(b) Insuficiência da valva mitral, gravidez	JB64.4/BB61.Z
	(c)	
	(d)	
2		

Insuficiência da valva mitral SOE é codificada como BB61.Z, entretanto, atribua JB64.4/BB61.Z, porque é descrita como "gravidez".

### Exemplo 2

1	(a) Edema pulmonar	CB01
	(b) Insuficiência da valva mitral	BB61.Z
	(c)	
	(d)	
2	XX semanas completas de gestação	

Codifique insuficiência da valva mitral como BB61.Z. Gravidez é mencionada na Parte 2 e considera-se que a gravidez contribuiu para a morte. Aplique o Passo M4 e codifique a causa básica da morte como JB64.4 Doenças do sistema circulatório complicando a gravidez, o parto e o puerpério. Para maior especificidade, adicione também o código para BB61.Z Insuficiência da valva mitral, não especificada ao agrupamento (JB64.4/BB61.Z).

### ***Estrutura do Capítulo 18 e outras categorias relacionadas***

As seguintes categorias são usadas para mortes devido a um evento obstétrico ocorrido dentro de 42 dias após o término da gravidez:

- **JA00 - JB4Z, 1C14:** Causas obstétricas diretas
- **JB63.-, JB64.-:** Doenças maternas classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez
- **JB60** é usado quando uma mulher morre durante a gravidez, o parto ou o puerpério e a única informação fornecida é morte "materna" ou "obstétrica". Se causa obstétrica da morte é especificada, não use JB60, mas codifique na categoria apropriada
- **JB6Y** é usado para outras condições obstétricas especificadas, não classificadas em outra parte

A categoria **JB61.-** é usada para morte de uma mulher devido a uma causa obstétrica, porém mais de 42 dias, mas menos de um ano após o término da gravidez.

A categoria **JB62.-** é usada para morte de uma mulher devido a uma causa obstétrica de um ano ou mais após o término da gravidez.

JB6Z é usado quando a condição obstétrica não é especificada e o tempo decorrido entre o evento obstétrico e a morte é desconhecido. Observe que esse código não deve ser usado para a causa básica da morte (ver Seção 2.19.4 Instruções especiais sobre cirurgia e outros procedimentos médicos [Passo M4]).

### ***Determinar se a gravidez contribuiu para a morte***

Considere que a gravidez contribuiu para a morte quando a gravidez, o puerpério ou o parto é informado na Parte 1 ou na Parte 2; ou é informado em outra parte e a resposta à pergunta “A gravidez contribuiu para a morte?” é sim, desconhecido ou não foi declarado.

### ***Determinar o tempo decorrido***

O tempo decorrido entre o evento obstétrico e a morte é determinado pela duração informada para a causa obstétrica. Se a duração é desconhecida ou não especificada, use as informações do Quadro B do atestado de morte. Quando a duração é desconhecida ou não declarada, mas a gravidez contribuiu para a morte, presume-se que a morte ocorreu dentro de 42 dias após o evento obstétrico.

### ***Selecionar a causa básica da morte para mortalidade materna (Ver Seção 2.19.7)***

Para codificação da mortalidade materna, siga as instruções gerais de codificação.

Depois de atribuir um código para cada condição informada (Ver Instruções de codificação para mortalidade materna em 2.21.8.2), aplique as instruções de seleção e modificação na forma normal, começando em SP1, assim como em outras causas de morte.

Em seguida, aplique os Passos SP1 a SP8 e M1 a M3 e M4 para Cirurgia, Lesão, Causas Externas e Envenenamento, depois o Passo M4 para mortalidade materna (ver também Seção 2.19.7).

### ***Casos típicos de mortalidade materna***

Normalmente a sequência informada é aceita em geral (ver Seção 2.16.2), entretanto, diversas relações podem ser rejeitadas, podendo ter outras instruções específicas conforme resumido abaixo.

Exemplo 3		Duração
1	(a) Choque hipovolêmico	1 hora
	(b) Hemorragia pós-cesárea	2 horas
	(c) Lesão de vaso uterino durante cesariana	2 horas
	(d)	
2		

A falecida estava grávida: Sim, dentro de 42 dias; Gravidez contribuiu para a morte: Sim

O choque hipovolêmico e a hemorragia pós-cesárea podem ser causados por lesão de vaso uterino durante a cesariana, codificado como JB0D.3 Outras complicações de cirurgia ou procedimentos obstétricos (Passo SP3). Como nenhuma outra instrução especial se aplica e

a morte ocorreu dentro de 42 dias após a causa obstétrica, [JB0D.3](#) é a causa básica da morte.

#### Exemplo 4

- |   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| 1 | (a) Edema pulmonar                          | <a href="#">CB01</a>          |
|   | (b) Insuficiência da valva mitral, gravidez | <a href="#">JB64.4/BB61.Z</a> |
|   | (c)   |                               |
|   | (d)   |                               |

2

Edema pulmonar pode ser causado por regurgitação mitral na gravidez que é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Como nenhuma outra instrução especial se aplica e a morte ocorreu dentro de 42 dias após a causa obstétrica, [JB64.4](#) é a causa básica da morte. Para maior especificidade, adicione também o código para [BB61.Z](#) Insuficiência da valva mitral, não especificada ao agrupamento ([JB64.4/BB61.Z](#)).

#### Exemplo 5

- |   |                             |                        |
|---|-----------------------------|------------------------|
| 1 | (A) Hemorragia              | <a href="#">MG27</a>   |
|   | (b) Câncer de colo do útero | <a href="#">2C77.Z</a> |
|   | (c)                         |                        |
|   | (d)                         |                        |

2 Tratamento adiado por causa da gravidez

A falecida estava grávida: Sim, no momento da morte; Gravidez contribuiu para a morte: não declarado

Câncer de colo do útero é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Gravidez é mencionada na Parte 2 e considera-se que a gravidez contribuiu para a morte. Aplique o Passo M4 e codifique a causa básica da morte como [JB64.Y](#) Outras doenças maternas especificadas classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto ou o puerpério. Para maior especificidade, adicione também o código [2C77.Z](#) Neoplasias malignas do colo do útero, não especificadas ao agrupamento. ([JB64.Y/2C77.Z](#))

#### Exemplo 6

- |   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| 1 | (A) Falência hepática                  | <a href="#">DB99.7</a> |
|   | (b) Febre hemorrágica da dengue 5 dias | <a href="#">1D21</a>   |
|   | (c)                                    |                        |
|   | (d)                                    |                        |

2 Informações adicionais: 40 dias pós-parto

A falecida estava grávida: Sim, dentro de 42 dias; Gravidez contribuiu para a morte: não declarado

Dengue com sinais de alarme é o ponto de partida temporário (Passo SP3). Gravidez é mencionada na Parte 2 e considera-se que a gravidez contribuiu para a morte. Aplique o Passo M4 e codifique a causa básica como [JB63.5](#) Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto ou o puerpério. Para maior especificidade, adicione também o código para [1D21](#) Dengue com sinais de alarme ao agrupamento. ([JB63.5 /1D21](#))

#### Exemplo 7

1	(a) Coagulação intravascular disseminada	<a href="#">3B20</a>
	(b) Hemorragia obstétrica	<a href="#">JA4Z</a>
	(c) Atonia uterina pós-parto	<a href="#">JA43.1</a>
	(d) Abruption placentário	<a href="#">JA8C.Z</a>
2		

A falecida estava grávida: Sim, dentro de 42 dias; Gravidez contribuiu para a morte: Sim  
Coagulação intravascular disseminada (CIVD), hemorragia obstétrica e atonia uterina pós-parto podem ser causadas por Abruption placentário, e [2C77.Z](#) é o ponto de partida temporário. Como CIVD é informada e isso dá maior especificidade, aplique o Passo M2 e codifique como [JA8C.0](#) Descolamento prematuro da placenta com deficiência de coagulação. Como nenhuma outra instrução especial se aplica e a morte ocorreu dentro de 42 dias após a causa obstétrica, [JA8C.0](#) é a causa básica da morte.

#### ***Extração e exemplos de instruções especiais sobre mortalidade materna***

A seguir estão instruções especiais específicas para categorias no Capítulo 18. Para obter instruções de cada etapa, consulte as seções correspondentes.

SP3 e SP4 Sequências aceitas e rejeitadas de mortalidade materna (ver Seção [2.17.6](#), [2.17.7](#) e [2.19.1.14](#))

Não aceite Gravidez ectópica ([JA01.-](#)) e Gravidez molar ([JA02.-](#)) como devido a outras causas.

#### **Condição de consequência**

[JA01.-](#) Gravidez ectópica

[JA02.-](#) Gravidez molar

#### **Condição causal**

**Não aceite** outras causas

Não aceite Transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério ([JA20-JA21](#), [JA23-JA25](#)) como devido a outras causas.

#### **Condição de consequência**

[JA20-JA21](#), [JA23-JA25](#) Transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério

#### **Condição causal**

**Não aceite** outras causas

Não aceite Assistência prestada à mãe por placenta prévia ou de inserção baixa ([JA8B.-](#)) como devido a outras causas.



**Condição de consequência**

[JA8B](#).- Assistência prestada à mãe por placenta prévia ou de inserção baixa

**Condição causal**

**Não aceite** outras causas

## Exemplo 8

1	(a) Choque hipovolêmico	1 dia	<a href="#">MG40.1</a>
	(b) Hemorragia obstétrica	1 dia	<a href="#">JA4Z</a>
	(c) Placenta prévia	1 dia	<a href="#">JA8B.1</a>
	(d) Pneumonia	4 dias	<a href="#">CA40.Z</a>
2			

A falecida estava grávida: Sim, no momento da morte; Gravidez contribuiu para a morte: Sim

Placenta prévia não pode ser causada por pneumonia e essa sequência é rejeitada pelas instruções especiais sobre a sequência aceita e rejeitada. Há uma sequência aceitável que é o choque hipovolêmico causado por hemorragia obstétrica, por sua vez causada por placenta prévia, e [JA8B.1](#) é o ponto de partida temporário (Passo SP4). Como nenhuma outra instrução especial se aplica e a morte ocorreu dentro de 42 dias após a causa obstétrica, [JA8B.1](#) é a causa básica da morte.

**SP5 - Causa terminal da morte quando não existe uma sequência (ver Seção 2.17.8)**

## Exemplo 9

1	(A) Embolia amniótica	<a href="#">JB42.1</a>
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		

Não há sequência finalizando na causa terminal da morte na Parte 1. Embolia amniótica [JB42.1](#) é o Ponto de partida temporário (Step SP5), e como nenhuma outra instrução especial se aplica, também é a causa básica da morte.

SP8 - Condições improváveis de causar a morte de mortalidade materna (ver Seção 2.17.11 e Anexo para a Mortalidade 3.14)

Código	Título
JA65.3	Ganho de peso insuficiente na gravidez
JA65.4	Assistência à gravidez por motivo de abortamento habitual
JA66.-	Achados clínicos do rastreamento ["screening"] pré-natal da mãe
JA8D.-	Assistência prestada à mãe relacionada a falso trabalho de parto
JB00.0	Trabalho de parto pré-termo sem parto
JB46.0	Mamilo retraído associado ao parto
JB46.2	Outras condições ou condições não especificadas da mama associados ao parto
JB46.3	Agalactia
JB46.4	Hipogalactia
JB46.5	Suspensão da lactação
JB46.6	Galactorréia
JB46.7	Outros distúrbios da lactação e os não especificados

#### Exemplo 10

1	(a) Galactorréia no puerpério (b) (c) (d)	10 dias	<b>JB46.6</b>
2	Sepse puerperal após cesariana	6 dias	<b>JB40.0</b>

Galactorréia no puerpério **JB46.6** é o ponto de partida temporário (Passo SP5), mas está na "Lista de condições consideradas improváveis de causar a morte". Há outra condição no atestado, Sepse puerperal após cesariana, que não está na "Lista de condições consideradas improváveis de causar a morte". Desconsidere galactorréia no puerpério pelo Passo SP8 e reinicie o procedimento de seleção a partir do Passo SP1. Sepse puerperal após cesariana é selecionada como a causa básica da morte.

M1 – Se as condições especificadas na coluna da direita se aplicam, use o código em negrito como a nova causa básica temporária (ver Seção 2.18.1 e 2.19.3)

<i>a CBT é</i>	com menção de:	codifique como:
<b>JA24.-</b> Pré-eclâmpsia	<b>JA25.-</b> Eclâmpsia	<b>JA25.-</b>

<b>a CBT é</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA61.0 Veias varicosas de membros inferiores na gravidez	JB42.2 Embolia obstétrica por coágulo de sangue	JB42.2
JA61.1 Varizes genitais na gravidez		
JA61.2 Tromboflebite superficial na gravidez		
JA61.4 Hemorroidas na gravidez		

<b>a CBT é</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA65.2 Ganho excessivo de peso na gravidez	JA20 - JA20-JA2Z Edema, proteinúria ou transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério	JA20 - JA20-JA2Z

<b>a CBT é</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA65.3 Ganho de peso insuficiente na gravidez	JB64.2 Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas complicando a gravidez, o parto ou o puerpério	JB64.2

<b>a CBT é</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA65.4 Assistência à gravidez por motivo de abortamento habitual	JA00 - JA0Z Gravidez que termina em aborto	JA00 - JA0Z

<b>a CBT é</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA65.5 Retenção de dispositivo intrauterino contraceptivo (DIU) na gravidez	JA00 - JA0Z Gravidez que termina em aborto	JA00 - JA0Z
	JA88.1 Infecção de saco ou membrana amnióticos	JA88.1
	JB00 .- Trabalho de parto ou parto pré-termos	JB00 .-

<b>a CBT é</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA65.7 Subluxação da sínfise púbica na gravidez, no parto ou no puerpério	JB04 - JB06 Obstrução do trabalho de parto devido a má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	JB04 - JB06
<b>a CBT é</b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA67.4 Cefaleia induzida por raqui-anestesia ou anestesia peridural administrada durante a gravidez	JA67.2 Complicações relativas ao sistema nervoso central devido a anestesia administrada durante a gravidez	JA67.2
<b>a CBT é</b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA80.- Assistência prestada à mãe relacionada à gestação múltipla	JB04 - JB06 Obstrução do trabalho de parto devido a má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	JB04 - JB06
JA81.- Assistência prestada à mãe relacionada a complicações específicas da gestação múltipla	JB0D.3 Outras complicações de cirurgia ou procedimentos obstétricos	JB0D.3
	JB42.1 Embolia amniótica	JB42.1

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA82.</a> - Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anômala conhecida ou suspeitada do feto	JA43.- Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43.</a> -
<a href="#">JA83.</a> - Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita	JB04 - JB06 Obstrução do trabalho de parto devido a má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	<a href="#">JB04 - JB06</a>
<a href="#">JA84.</a> - Assistência prestada à mãe por anormalidade conhecida ou suspeita de órgãos pélvicos maternos	JB09 - JB0A Laceração do períneo durante o parto e outro traumatismo obstétrico	<a href="#">JB09 - JB0A</a>
<a href="#">JA85.</a> - Assistência prestada à mãe por anormalidade ou lesão fetais suspeitadas ou conhecidas	JB0D.- Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D.</a> -
<a href="#">JA86.</a> - Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitados	<a href="#">JB40.</a> - Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA82.</a> - Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anômala conhecida ou suspeitada do feto	<a href="#">JA83.</a> - Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita	<a href="#">JA83.</a> -

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA83.Z</a> Assistência prestada à mãe devido a uma desproporção conhecida ou suspeita, não especificada	<a href="#">JA83.0</a> Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à deformidade da pelve óssea materna	<a href="#">JA83.0</a>
	<a href="#">JA83.1</a> Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à contração geral da pelve	<a href="#">JA83.1</a>
	<a href="#">JA83.2</a> Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à contração do estreito superior da pelve	<a href="#">JA83.2</a>
	<a href="#">JA83.3</a> Assistência prestada à mãe por uma desproporção devido à contração do estreito inferior da pelve	<a href="#">JA83.3</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JA87.-</a> Assistência prestada à mãe relacionada à polidrâmnio	<a href="#">JA8C.-</a> Assistência prestada à mãe relacionada a descolamento prematuro da placenta	<a href="#">JA8C.-</a>
	<a href="#">JB03</a> - Trabalho de parto prolongado	<a href="#">JB03.-</a>
	<a href="#">JB04</a> - <a href="#">JB06</a> Obstrução do trabalho de parto devido à má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	<a href="#">JB04</a> - <a href="#">JB06</a>
	<a href="#">JA43.-</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43.-</a>
	<a href="#">JB0D.-</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D.-</a>
	<a href="#">JB40.-</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40.-</a>
	<a href="#">JB42.1</a> - Embolia amniótica	<a href="#">JB42.1</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA88.0 Oligohidrânio	JA43.- Hemorragia pós-parto	JA43.-
JA88.Y Outros transtornos especificados do líquido ou membrana amnióticos	JA88.1 Infecção de saco ou membrana amnióticos	JA88.1
JA88.Z Transtornos do líquido ou membrana amnióticos, não especificados	JB03.- Trabalho de parto prolongado	JB03.-
	JB40.- Infecções no puerpério	JB40.-
	JB0D.- Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	JB0D.-

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA89.3 Ruptura prematura pré-termo de membranas	JA88.1 Infecção de saco ou membrana amnióticos	JA88.1
	JB03.- Trabalho de parto prolongado	JB03.-
	JA43.- Hemorragia pós-parto	JA43.-
	JB0D.- Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	JB0D.-
	JB40.- Infecções no puerpério	JB40.-
	JB42.1 Embolia amniótica	JB42.1

<i>a CBT é</i>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA8A.0 Síndromes de transfusão placentária	JA8C.- Assistência prestada à mãe relacionada a descolamento prematuro da placenta	JA8C.-
JA8A.1 Malformação da placenta	JA42.- Hemorragia intraparto	JA42.-
JA8A.Y Outra assistência especificada prestada à mãe relacionada a transtornos da placenta	JA43.- Hemorragia pós-parto	JA43.-
JA8A.Z Outra assistência prestada à mãe relacionada à transtornos da placenta, não especificada	JB0D.- Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	JB0D.-
	JB40.- Infecções no puerpério	JB40.-

<i>a CBT é</i>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA8A.2 Morbidade de adesão anômala placentária	JA8B.1 Placenta prévia com hemorragia	JA8B.1
	JA8B.0 Placenta prévia especificada como sem hemorragia	JA8B.0
	JA8B.Z Assistência prestada à mãe por placenta prévia ou de inserção baixa, não especificada	JA8B.Z

<i>a CBT é</i>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JA8E Assistência prestada à mãe relacionada a gestação prolongada	JB0D.- Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	JB0D.-



<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JB00.- Trabalho de parto ou parto pré-termos	JA8C.- Assistência prestada à mãe relacionada a descolamento prematuro da placenta	JA8C.-
JB01.- Falha na indução do trabalho de parto	JA42.- Hemorragia intraparto	JA42.-
JB02.- Anormalidades da contração uterina	JA43.- Hemorragia pós-parto	JA43.-
JB03.- Trabalho de parto prolongado	JB04 - JB06 Obstrução do trabalho de parto devido à má-posição ou má-apresentação do feto, a anormalidade pélvica da mãe ou por outras causas	JB04 - JB06
JB07.- Trabalho de parto ou parto complicados por sofrimento fetal	JB0D.- Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	JB0D.-
JB08.- Trabalho de parto ou parto complicados por anormalidade do cordão umbilical	JB40.- Infecções no puerpério	JB40.-

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>com menção de:</b>	<b>codifique como:</b>
JB04.- Obstrução do trabalho de parto devido à má-posição ou má-apresentação do feto	JB05.- Obstrução do trabalho de parto devido a anormalidade pélvica da mãe	JB05.-

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
JB09.2, JB09.3, JB09.Z Laceração de períneo de terceiro ou quarto grau durante o parto, ou não especificada	JA43.- Hemorragia pós-parto	JA43.-
	JB40.- Infecções no puerpério	JB40.-

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0C.5</a> Cefaleia induzida por raquianestesia ou anestesia epidural realizada durante o trabalho de parto e parto	<a href="#">JB0C.3</a> Complicações do sistema nervoso central devido a anestesia durante o trabalho de parto e no parto	<a href="#">JB0C.3</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.0</a> Sofrimento materno durante o trabalho de parto e o parto	<a href="#">JA43</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43</a>
<a href="#">JB0D.1</a> Choque durante ou subsequente ao trabalho de parto e o parto	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.2</a> Febre durante o trabalho de parto não classificada em outra parte	<a href="#">JB40</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.4</a> Demora do parto após ruptura artificial das membranas	<a href="#">JB0D.4</a> Demora do parto após ruptura artificial das membranas	<a href="#">JA43.-</a>
<a href="#">JB0D.5</a> Demora do parto após ruptura espontânea ou não especificada das membranas	<a href="#">JB0D.-</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D.-</a>
	<a href="#">JB40.-</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40.-</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB0D.6</a> Parto vaginal subsequente a cesariana anterior	<a href="#">JA8A.2</a> Morbidade de adesão anômala placentária	<a href="#">JA8A.2</a>
	<a href="#">JB0A.1</a> Ruptura do útero durante o trabalho de parto	<a href="#">JB0A.1</a>
	<a href="#">JB0A.2</a> Inversão do útero pós-parto	<a href="#">JB0A.2</a>
	<a href="#">JA43.-</a> Hemorragia pós-parto	<a href="#">JA43.-</a>
	<a href="#">JB0D.-</a> Algumas complicações especificadas do trabalho de parto ou parto, não classificadas em outra parte	<a href="#">JB0D.-</a>
	<a href="#">JB40.-</a> Infecções no puerpério	<a href="#">JB40.-</a>

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB41.0</a> Tromboflebite superficial no puerpério	<a href="#">JB42.2</a> Embolia obstétrica por coágulo de sangue	<a href="#">JB42.2</a>
<a href="#">JB41.2</a> Hemorroidas no puerpério		
<a href="#">JB41.Y</a> Outras complicações venosas no puerpério		
<a href="#">JB41.Z</a> Complicações venosas no puerpério, não especificadas		

<b><i>a CBT é</i></b>	<b>quando informado como a causa de:</b>	<b>codifique como:</b>
<a href="#">JB43.3</a> Cefaleia induzida por raquianestesia ou anestesia epidural durante o puerpério	<a href="#">JB43.2</a> Complicações relativas ao sistema nervoso central devido a anestesia durante o puerpério	<a href="#">JB43.2</a>

**M1 - Condições de mortalidade materna não devem ser usadas como CBM (ver Seção 2.19.3.24 para detalhes)**

**a CBT é:**

[JA05](#) - Complicações consequentes a aborto, gravidez ectópica ou molar

**Codifique como:** Gravidez que termina em aborto de [JA00-JA04](#)

a CBT é:

JB65 Sequelas de complicação da gravidez, parto ou puerpério

**Codifique como: JB62** .- Morte por sequelas de causas obstétricas

**M1 - Condições de mortalidade materna não devem ser usadas como CBM sob certas condições (ver Seção 2.18.1 e 2.19.3.18)**

a CBT é:

JA80 Assistência prestada à mãe relacionada à gestação múltipla

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se é informada uma complicação mais específica.**

**Codifique como:** a complicação mais específica.

Se não há complicação específica, **codifique como JB0Z** Complicações do trabalho de parto ou parto, não especificadas

a CBT é:

JB20 -

JB2Z Parto

**Não deve ser usado para a causa básica da morte se é informada uma complicação mais específica.**

**Codifique como:** codifique como a complicação mais específica de JB0C.- a JB0D.- ou JB0Y. Se nenhuma complicação é informada **codifique como JB0Z.**

**Exemplo 11**

1	(a) Hemorragia subaracnoide	9 dias	8B01.2
	(b) Eclâmpsia durante a gravidez	10 dias	JA25.0
	(c) Pré-eclâmpsia grave	11 dias	JA24.1
	(d)		

2

A falecida estava grávida: Sim, no momento da morte; Gravidez contribuiu para a morte: Sim

Pré-eclâmpsia grave é a causa básica temporária de acordo com o Passo SP3. Existe uma instrução especial sobre "Pré-eclâmpsia" informada com menção de "eclâmpsia". Aplique essa instrução e selecione JA25.0 como a causa básica temporária. Como nenhuma outra instrução especial se aplica e a morte ocorreu dentro de 42 dias após a causa obstétrica, JA25.0 é a causa básica da morte.

**M2 - Especificidade (ver Seção 2.18.2)**

### Exemplo 12

1	(a) Insuficiência cardíaca	1 dia	BD1Z
	(b) Choque hipovolêmico	2 dias	MG40.1
	(c) Laceração de períneo de quarto grau	2 dias	JB09.3
	(d) Laceração do períneo durante o parto	2 dias	JB09.Z

2

A falecida estava grávida: Sim, dentro de 42 dias; Gravidez contribuiu para a morte: Sim

Laceração do períneo durante o parto ([JB09.Z](#)) é o ponto de partida temporário pelo Passo SP3. Porém, existe uma categoria que fornece informações mais precisas sobre essa condição que é a laceração de períneo de quarto grau ([JB09.3](#)). Aplique o Passo M2 e selecione [JB09.3](#) como a causa básica da morte.

### **M4 - Instruções especiais sobre cirurgia e outros procedimentos médicos (ver Seção 2.18.4 e 2.19.4)**

### Exemplo 13

1	(a) Hemorragia pós-operatória	NE81.OZ
	(b) Hemorragia pós-operatória	JB22.Z
	(c)	
	(d)	

2

A falecida estava grávida: Sim, no momento da morte; Gravidez contribuiu para a morte: Sim Motivo para cirurgia: Trabalho de parto prolongado

Cesariana [JB22.Z](#) é o temporário pelo Passo SP3. E o motivo pelo qual a cesariana foi realizada foi declarado como trabalho de parto prolongado. Codifique [JB03.Z](#) Trabalho de parto prolongado, não especificado como a causa básica da morte.

### Exemplo 14

1	(a) Choque séptico	1 dia	1G41
	(b) Cardiomiopatia pós-parto	1 mês	JB44.3
	(c) Cesariana de emergência	1 mês	JB22.1
	(d)		

2

A falecida estava grávida: Sim, dentro de 42 dias; Gravidez contribuiu para a morte: Sim

Cesariana de emergência [JB22.1](#) é a causa básica temporária pelo Passo SP3. O motivo da Cesariana não é informado, mas a complicação sim. Codifique a complicação cardiomiopatia pós-parto [JB44.3](#) como a causa básica da morte.

### **M4 - Instruções especiais sobre mortalidade materna (ver Seção 2.19.7)**

Os termos usados aqui nas instruções são os seguintes:

- Certas doenças maternas: [JA00](#).- a [JB4Z](#), [JB60](#), [JB6Y](#), [1C14](#)
- Doenças maternas classificadas em outra parte: [JB63](#) (infecções), [JB64](#) (outros)
- Lesões ou causas externas: Capítulo 22 ou Capítulo 23
- Outras condições: além das acima

Doenças maternas - Se a causa básica temporária (CBT) é "certas doenças maternas" e a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias antes da morte, ou a duração é desconhecida ou não declarada, mantenha a CBT. - Se a CBT é "doenças maternas classificadas em outra parte", mantenha a CBT e pós-coordene o código para a doença específica classificada em outra parte do Capítulo 01-19. - Se a CBT é [JB61.0](#), [JB61.Z](#), [JB62.0](#) ou [JB62.Z](#), mantenha-o e seu código pós-coordenado, se houver, como a CBT. - Se a CBT é "certas doenças maternas" ou "doenças maternas classificadas em outra parte", mas a falecida estava grávida em mais de 42 dias, mas menos de um ano antes da morte, então codifique [JB61](#).- como a CBT e adicione o código da doença materna específica para o agrupamento.

Outras condições ou causas obstétricas indiretas - Se a CBT é [JB61.1](#) ou [JB62.1](#), mantenha-o e seu código pós-coordenado, se houver, como a CBT. - Se a CBT é "outras condições", e a gravidez contribuiu para a morte e a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias antes da morte, ou a duração é desconhecida ou não declarada, codifique [JB63](#).- ou [JB64](#).- conforme apropriado e adicione a "outra condição" específica ao agrupamento. - Se a CBT é "outras condições" e a gravidez não contribuiu para a morte, mas a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias antes da morte, mantenha a CBT e adicione [XT0S](#) Gravidez ao agrupamento. - Se a CBT é "outras condições", e a gravidez não contribuiu para a morte, e a falecida estava grávida em mais de 42 dias antes da morte, ou a duração é desconhecida ou não declarada, mantenha a CBT.

Consulte "Determinar se a gravidez contribuiu para a morte" na Seção 2.21.8.2 para decidir se a gravidez contribuiu para a morte a partir das informações constantes do atestado de morte.

Lesões ou causas externas - Se a CBT é "lesão ou causa externa" e a falecida estava grávida no momento da morte, dentro de 42 dias antes da morte, mantenha a CBT e adicione [XT0S](#) Gravidez ao agrupamento. - Se a CBT é "lesão ou causa externa", e a falecida estava grávida em mais de 42 dias antes da morte, ou a duração é desconhecida ou não declarada, mantenha a CBT.

### **3.14.14 Lista de alvos de causas de morte para autópsia verbal**

A utilização dessa lista é dupla. Para algoritmos de autópsia verbal codificada por computador (CCVA, na sigla em inglês) que atribuem rótulos de texto abrangentes para causas de morte, essa lista poderia servir como uma lista de codificação, de modo que o programa CCVA pudesse codificar diretamente a morte com um desses rótulos, e essa tabela fornece os códigos relacionados da CID-11. Alternativamente, essa lista poderia servir como uma lista de tabulação para outros métodos de atribuição da causa de morte

da AV, tais como codificação por médico ou algoritmos especializados, que têm o potencial de atribuir diretamente rótulos de texto específicos para causas de morte com seus códigos individuais da CID-11. Em tais situações, os dados codificados detalhados a partir desses métodos poderiam, então, ser agregados para tabulação de acordo com os grupos de códigos, para permitir a comparação com o diagnóstico produzido por computador. Em outras situações, os dados especificamente codificados da CID-11 a partir de AV codificada por médico ou algoritmos especializados poderiam ser agregados e analisados utilizando outras listas de tabulação, como as Listas de Mortalidade da OMS ou as categorias Estimativas de Saúde Global/Carga Global de Doenças. Em todas as situações, os dados codificados a partir de AV devem ser especificamente rotulados de acordo com a fonte de dados e o tipo de abordagem de codificação utilizada, e tabulados separadamente para cada fonte de dados/método de codificação. A coluna 1 contém o código para a entidade de autópsia verbal. A coluna 2 lista os títulos relacionados com hiperlinks para os códigos da CID-11 que seriam utilizados se as condições rotuladas pela coluna 2 fossem codificadas para a CID-11.

Código de Autópsia verbal	Título de Autópsia verbal
<b>AVs-01 Doenças infecciosas e parasitárias</b>	
AVs-01.01	Sepse
AVs-01.02	Infecções respiratórias agudas, incluindo pneumonia
AVs-01.03	Morte relacionada com HIV/AIDS
AVs-01.04	Doenças diarreicas
AVs-01.05	Malária
AVs-01.06	Sarampo
AVs-01.07	Meningite e encefalite
AVs-01.08	Tétano
AVs-01.09	Tuberculose pulmonar
AVs-01.10	Pertussis
AVs-01.11	Febre hemorrágica
AVs-01.12	Febre da dengue
AVs-01.13	Doença pelo Coronavírus (COVID-19)
AVs-01.99	Doença infecciosa não especificada
<b>Doenças não transmissíveis</b>	
AVs-98	Outras doenças não transmissíveis e as não especificadas
<b>AVs-02 Neoplasias</b>	
AVs-02.01	Neoplasias orais
AVs-02.02	Neoplasias digestivas
AVs-02.03	Neoplasias respiratórias
AVs-02.04	Neoplasias da mama
AVs-02.05	Neoplasias no sistema reprodutor feminino
AVs-02.06	Neoplasias no sistema reprodutor masculino
AVs-02.99	Outras neoplasias e as não especificadas
<b>AVs-03 Doenças nutricionais e endócrinas</b>	
AVs-03.01	Anemia grave
AVs-03.02	Desnutrição grave
AVs-03.03	Diabetes mellitus
<b>AVs-04 Doenças do sistema circulatório</b>	
AVs-04.01	Doenças cardíacas graves
AVs-04.02	Acidente vascular cerebral



Código de Autópsia verbal

AVs-04.03

AVs-04.99

**AVs-05 Transtornos respiratórios**

AVs-05.01

AVs-05.02

**AVs-06 Transtornos gastrointestinais**

AVs-06.01

AVs-06.02

**AVs-07 Transtornos renais**

AVs-07.01

**AVs-08 Transtornos mentais e do sistema nervoso**

AVs-08.01

**AVs-09 Transtornos relacionados a gravidez, parto ou puerpério**

AVs-09.01

AVs-09.02

AVs-09.03

AVs-09.04

AVs-09.05

AVs-09.06

AVs-09.07

AVs-09.08

AVs-09.99

**AVs-10 Causas de morte neonatal**

AVs-10.01

AVs-10.02

AVs-10.03

AVs-10.04

AVs-10.05

AVs-10.06

AVs-10.99

Título de Autópsia verbal

Doença falciforme com crise

Outras doenças cardíacas e as não especificadas

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

Asma

Abdome agudo

Cirrose hepática

Insuficiência renal

Epilepsia

Gravidez ectópica

Morte relacionada ao aborto

Hipertensão induzida pela gravidez

Hemorragia obstétrica

Obstrução do trabalho de parto

Sepse relacionada com a gravidez

Anemia da gravidez

Útero rompido

Outra causa materna e as não especificadas

Prematuridade ou baixo peso ao nascer

Asfixia ao nascer

Pneumonia neonatal

Sepse neonatal

Tétano neonatal

Malformação congênita

Outra causa de morte perinatal e as não especificadas

Código de Autópsia verbal

**AVs-11 Natimortos**

AVs-11.01

AVs-11.02

**AVs-12 Causas externas da morte**

AVs-12.01

AVs-12.02

AVs-12.03

AVs-12.04

AVs-12.05

AVs-12.06

AVs-12.07

AVs-12.08

AVs-12.09

AVs-12.10

AVs-12.99

AVs-99

Título de Autópsia verbal

Natimorto recente

Natimorto macerado

Acidente de trânsito

Outro acidente de transporte

Queda acidental

Afogamento e submersão acidental

Exposição acidental a fumaça, fogo e  
chamas

Contato com animais e plantas  
venenosas

Envenenamento acidental e exposição a  
substâncias nocivas

Lesão autoprovocada intencionalmente

Agressão

Exposição a força da natureza

Outra causa externa de morte e as não  
especificadas

Causa da morte desconhecida

## 3.15 Anexo D: Diferenças entre a CID-10 e a CID-11

### 3.15.1 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 01

O capítulo inclui mais categorias infecciosas do que no passado. Além disso, a influenza foi transferida do capítulo de doenças respiratórias para o de doenças infecciosas. Tuberculose e hanseníase foram agrupadas sob "Doenças micobacterianas", porque a identificação, o curso e o tratamento são semelhantes. As doenças priônicas foram transferidas para o sistema nervoso.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

**Título do bloco da CID-10**

A00-A09 Doenças infecciosas intestinais

A15-A19 Tuberculose

A20-A28 Algumas doenças bacterianas zoonóticas

A30-A49 Outras doenças bacterianas

A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual

A65-A69 Outras doenças por espiroquetas

A70-A74 Outras doenças causadas por clamídias

A75-A79 Rickettsioses

A80-A89 Infecções virais do sistema nervoso central

A92-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais

B00-B09 Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas

B15-B19 Hepatite viral

B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]

B25-B34 Outras doenças por vírus

B35-B49 Micoses

B50-B64 Doenças devido a protozoários

B65-B83 Helmintíases

B85-B89 Pediculose, acariase e outras infestações

B90-B94 Sequelas de doenças infecciosas e parasitárias

B95-B98 Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos

B99-B99 Outras doenças infecciosas

**Estrutura equivalente da CID-11**

Gastroenterites ou colites de origem infecciosa

Parte do agrupamento - Doenças micobacterianas

Algumas doenças bacterianas zoonóticas

Outras doenças bacterianas

Infecções de transmissão predominantemente sexual

Parte do agrupamento - Outras doenças bacterianas especificadas

Parte do agrupamento - Outras doenças bacterianas

Parte do agrupamento - Outras doenças bacterianas

Infecções virais do sistema nervoso central

Dividido em dois grupos - Algumas febres virais transmitidas por artrópodes e Algumas doenças virais zoonóticas

Infecções virais caracterizadas por lesões na pele ou nas membranas mucosas

Hepatite viral

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana

Algumas outras doenças virais

Micoses

Parte do agrupamento - Doenças parasitárias

Parte do agrupamento - Doenças parasitárias

Parte do agrupamento - Doenças parasitárias

Sequelas de doenças infecciosas

Agora faz parte dos códigos de extensão para organismos

Algumas outras doenças de origem infecciosa

### 3.15.2 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 02

A mudança mais significativa na hierarquia do Capítulo 02 é a inclusão de alguns tipos de morfologia dentro do capítulo (anteriormente estavam no Apêndice A da CID-10). Agora há códigos pré-coordenados que consistem na morfologia e na localização. Outros tipos de morfologia e uma maior especificidade da localização não incluídos no Capítulo 02 encontram-se no Capítulo X, Códigos de extensão, e podem ser usados para a pós-coordenação.

Outras mudanças incluem: o agrupamento de todas as neoplasias do cérebro e sistema nervoso central, independentemente do comportamento; o agrupamento de todos os tecidos hematopoiéticos e linfoides; e a adição do novo grupo de Neoplasias malignas mesenquimais. O grupo anterior da CID-10 Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido foi dividido em dois grupos separados - Neoplasias de comportamento incerto e Neoplasias de comportamento desconhecido.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
C00-C97 Neoplasias [tumores] malignas(os)	Neoplasias do cérebro ou sistema nervoso central  Neoplasias de tecidos hematopoiéticos ou linfoides Neoplasias malignas, exceto neoplasias primárias de sistemas linfóide, hematopoiético, nervoso central ou tecidos relacionados
D00-D09 Neoplasias [tumores] in situ	Neoplasias in situ, exceto de sistemas linfóide, hematopoiético e nervoso central ou tecidos relacionados
D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	Neoplasias benignas, exceto de sistemas linfóide, hematopoiético e nervoso central ou tecidos relacionados
D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Neoplasias de comportamento incerto, exceto de sistemas linfóide, hematopoiético e nervoso central ou tecidos relacionados  Neoplasias de comportamento desconhecido, exceto de sistemas linfóide, hematopoiético e nervoso central ou tecidos relacionados

### 3.15.3 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 03

O Capítulo 03 da CID-10 "Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários" foi dividido em dois capítulos: um para as doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue (Cap. 03) e outro para as doenças do sistema imune (Cap.

04). Na CID-10, havia cinco seções principais para as doenças do sangue, que agora foram reclassificadas em três seções na CID-11.

Um agrupamento amplo de Anemias ou outros transtornos eritrocitários contém agora Anemias nutricionais, Anemias hemolíticas e Anemia aplástica e outras anemias com subdivisões para adquiridas e congênitas.

### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
D50-D53 Anemias nutricionais	Parte do agrupamento - Anemias ou outros transtornos eritrocitários
D55-D59 Anemias hemolíticas	Parte do agrupamento - Anemias ou outros transtornos eritrocitários
D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	Parte do agrupamento - Anemias ou outros transtornos eritrocitários
D65-D69 Defeitos da coagulação, púrpura e outras afecções hemorrágicas	Defeitos da coagulação, púrpura, ou outras condições hemorrágicas ou relacionadas
D70-D77 Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	Conceitos redistribuídos para um dos seguintes agrupamentos: Anemias ou outros transtornos eritrocitários; Defeitos da coagulação, púrpura, ou outras condições hemorrágicas ou relacionadas; ou Doenças do baço
D80-D89 Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário	Seguir para o Capítulo 04 "Doenças do sistema imune"

#### **3.15.4 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 04**

O Capítulo 03 da CID-10 "Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários" foi dividido em dois capítulos: um para as doenças do sangue ou dos órgãos formadores do sangue (Cap. 03) e outro para as doenças do sistema imune (Cap. 04). Esse novo capítulo (Cap. 04) foi criado para melhor captar a complexidade dos processos de doenças do sistema imune.

### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

**Título do bloco da CID-10**

D80-D89 Alguns transtornos que comprometem o mecanismo imunitário

**Estrutura equivalente da CID-11**

Imunodeficiências primárias

Imunodeficiências adquiridas

Transtornos autoinflamatórios

Condições alérgicas ou de hipersensibilidade

Transtornos do sistema imune envolvendo linhagens de células brancas

Alguns transtornos envolvendo o sistema imune

Doenças do timo

**3.15.5 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 05**

Foram feitas alterações e adições ao Diabetes mellitus com a inclusão de categorias para Hiperglicemia intermediária (incluindo Regulação prejudicada da glicose) e Síndromes de resistência à insulina. A seção Distúrbios nutricionais incorpora a terminologia atual e contém uma classificação detalhada para as deficiências de vitaminas e minerais, bem como para a obesidade. A seção Deficiência metabólica também inclui mais detalhes e foi aprimorada a organização dos vários tipos de distúrbios metabólicos.

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
E00-E07 Transtornos da glândula tireoide	Transtornos da glândula tireoide ou do sistema de hormônios tireoidianos. A estrutura para essa seção não foi alterada, mas foi revisada para refletir melhor os processos de doenças atuais
E10-E14 Diabetes mellitus	Diabetes mellitus (Especifica o "tipo" de diabetes mellitus, ou seja, Tipo 1, Tipo 2, outro e não especificado. As complicações "diabéticas" têm como entidade-mãe primária o capítulo de seu respectivo aparelho orgânico)
E15-E16 Outros transtornos da regulação da glicose e da secreção pancreática interna	Outros transtornos da regulação da glicose ou da secreção interna pancreática – permaneceu inalterado
E20-E35 Transtornos de outras glândulas endócrinas	Esse bloco foi desagregado e as seções renomeadas para refletir melhor as condições classificadas dentro de cada entidade: Transtornos das paratireoides e do sistema hormonal paratireoidiano Transtornos do sistema hormonal hipofisário Transtornos das glândulas adrenais ou sistema hormonal adrenal Transtornos do sistema hormonal gonadal Alguns transtornos da puberdade Disfunção poliglandular Distúrbios especificados do metabolismo de lipoproteínas ou lipidemias
E40-E46 Desnutrição	Desnutrição - Duas novas subseções foram adicionadas para Desnutrição baseada em critérios antropométricos ou clínicos e Desnutrição por deficiências de nutrientes específicos
E50-E64 Outras deficiências nutricionais	Parte do agrupamento - Desnutrição
E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	Excesso de peso, obesidade ou excessos de nutrientes específicos
E70-E90 Distúrbios metabólicos	Distúrbios metabólicos com subseções baseadas na etiologia

### 3.15.6 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 06

As mudanças nesse capítulo incluem a reestruturação da hierarquia, a inclusão de terminologia mais atual e agrupamentos específicos para episódios únicos de uso nocivo, padrão de uso nocivo, dependência, intoxicação e abstinência por tipo de substância.



Na CID-10, o número de grandes agrupamentos, ou "blocos", de transtornos foi artificialmente limitado pelo sistema de codificação decimal utilizado na classificação, de modo que somente era possível ter um máximo de dez grandes agrupamentos de transtornos dentro do capítulo de transtornos mentais e comportamentais (correspondentes aos dígitos de 0 a 9). Assim, foram criados alguns agrupamentos que não se baseavam na utilidade clínica ou em evidências científicas. Na CID-10, por exemplo, um bloco (F30-F39) é dedicado aos Transtornos do humor (afetivos), enquanto os Transtornos ansiosos representam apenas uma parte de um bloco amplo e heterogêneo (F40-F49) denominado "Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o 'stress' e transtornos somatoformes". Outro bloco – "Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos" – reúne transtornos que não estão relacionados em termos de sintomas clínicos e sintomatologia, exceto pelo fato de terem algo a ver com o corpo.

Considerando os parâmetros estruturais restritos da CID-10, os desenvolvedores da classificação forneceram um conjunto razoável de agrupamentos de diagnósticos. No entanto, as características estruturais mais flexíveis da CID-11 possibilitam incorporar fatores essenciais baseados em evidências científicas disponíveis e na prática atual para uma nosologia mais otimizada.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

**Título do bloco da CID-10**

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o 'stress' e transtornos somatoformes

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F70-F79 Retardo mental

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F99-F99 Transtorno mental não especificado

**Estrutura equivalente da CID-11**

Transtornos neurocognitivos

Parte do agrupamento - Transtornos decorrentes do uso de substâncias ou comportamentos aditivos

Esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos primários

Transtornos do humor

Transtornos de ansiedade ou relacionados ao medo

Redistribuído entre Transtornos alimentares ou da alimentação, Transtornos mentais ou comportamentais associados a gravidez, parto ou puerpério, e novos capítulos para Distúrbios do sono e Saúde sexual

Transtornos de personalidade e traços relacionados

Parte do agrupamento - Transtornos do neurodesenvolvimento

Parte do agrupamento - Transtornos do neurodesenvolvimento

Parte do agrupamento - Transtornos do neurodesenvolvimento

Categoria residual não especificada para o capítulo

### 3.15.7 O Capítulo 07 é uma nova adição à CID-11 e não pode ser encontrado nas edições anteriores

#### Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11

### **Localização prévia na CID-10**

Códigos dos capítulos de Saúde Mental e Sistema Nervoso

Conceito não incluído na CID-10

Códigos dos capítulos de Saúde Mental e Sistema Nervoso

Códigos dos capítulos de Neurologia e Endocrinologia

Códigos do capítulo de Saúde Mental

Códigos do capítulo de Neurologia

Códigos do capítulo de Neurologia

### **Estrutura equivalente da CID-11**

Transtornos de insônia

Transtornos do movimento relacionados ao sono

Transtornos de hipersonolência

Transtornos respiratórios relacionados ao sono

Transtornos de parassonia

Distúrbios do ciclo sono-vigília

Alguns distúrbios do sono especificados

### **3.15.8 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 08**

Houve uma importante reestruturação e transferência de conceitos anteriores da CID-10 nesse capítulo. Vários novos conceitos também foram adicionados. As doenças cerebrovasculares foram transferidas para o capítulo de neurologia e passaram a ter múltipla entidade-mãe para o capítulo do sistema circulatório. O ataque isquêmico transitório (AIT) agora também está localizado sob Doenças cerebrovasculares e aparece em Doenças do sistema nervoso.

A CID-11 apresenta uma importante reformulação na organização dos blocos que compõem o capítulo de neurologia. O restritivo sistema de codificação decimal da CID-10, com sua capacidade de conter apenas 11 blocos de transtornos por capítulo, resultou em blocos contendo entidades neurológicas diversas que não se encaixavam logicamente, tal como o bloco de transtornos episódicos e paroxísticos, contendo transtornos de cefaleia, epilepsia, ataques isquêmicos transitórios e transtornos do sono. A CID-11 agora posiciona os transtornos de cefaleia, epilepsia e transtornos cerebrovasculares em nível de bloco, e os transtornos do sono em nível de capítulo (Capítulo 07).

Não apenas a estrutura do capítulo de neurologia foi alterada, mas a abordagem da classificação também integra a prática clínica atual e os avanços na compreensão das doenças neurológicas. Desde que a CID-10 foi publicada, houve um enorme progresso nos campos da genética, da biologia molecular e das tecnologias médicas. Um aumento no número de códigos é inevitável quando se considera o recente ganho de conhecimento em neurologia, portanto, o objetivo é encontrar um equilíbrio entre a abrangência, a utilidade clínica e a manutenção de uma abordagem de saúde pública. Os grupos de trabalho abordaram essa questão considerando os transtornos mais comuns a serem incluídos no capítulo, com variações etiológicas menos comuns desses transtornos sendo submetidas a uma técnica de "dupla codificação". Uma mudança importante que ilustra o avanço do conhecimento é a adição de um bloco intitulado "Transtornos paraneoplásicos e autoimunes do sistema nervoso". Esse bloco contém as doenças neurológicas imunomediadas, um campo em que o conhecimento explodiu nos últimos anos. Um segundo exemplo de como a nova versão reflete o avanço da biologia molecular é a

concessão do status de bloco às Doenças priônicas apesar de sua raridade. Anteriormente, eram apresentadas como parte do bloco de infecções do sistema nervoso central, mas o interesse de pesquisa após o grande problema de saúde pública na Europa na década de 1990 levou à descoberta de novas variantes de doenças priônicas.

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
G00-G09 Doenças inflamatórias do sistema nervoso central	Essa seção agora está localizada no Capítulo 1 em um novo bloco denominado Infecções não virais do sistema nervoso central
G10-G14 Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central	Dividido entre Transtornos do movimento e Doenças do neurônio motor ou transtornos relacionados
G20-G26 Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	Transtornos do movimento
G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	Transtornos neurocognitivos
G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	Epilepsia ou crises epiléticas, Transtornos de cefaleia e blocos de cerebrovasculares. Os distúrbios do sono agora são um capítulo à parte (Cap. 07)
G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	Transtornos de nervos, raízes e plexos nervosos
G60-G64 Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico	Polineuropatia, Mononeuropatia e Neuropatia hereditária
G70-G73 Doenças da junção mioneural e dos músculos	Doenças de junção neuromuscular e músculo
G80-G83 Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	Paralisia cerebral
G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	Outros transtornos do sistema nervoso - os seguintes foram transferidos para seu próprio agrupamento: Doenças do sistema nervoso autônomo, Transtornos da pressão e fluxo do líquido cefalorraquidiano, Transtornos de medula espinal excluindo trauma
A81 Infecções por vírus atípicos do sistema nervoso central	Doenças priônicas

### 3.15.9 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 09

Houve mudanças importantes na estrutura e na hierarquia desse capítulo para a CID-11. A convenção de etiologia/manifestação (cruz/asterisco) da CID-10 não foi mantida na CID-11.

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
H00-H06 Transtornos da pálpebra, do aparelho lacrimal e da órbita	Transtornos dos anexos oculares ou da órbita
H10-H13 Transtornos da conjuntiva	Transtornos da conjuntiva
H15-H22 Transtornos da esclerótica, da córnea, da íris e do corpo ciliar	Redistribuído entre os agrupamentos Transtornos do globo ocular – segmento anterior e Transtornos do globo ocular – segmento posterior
H25-H28 Transtornos do cristalino	Transtornos do cristalino
H30-H36 Transtornos da coróide e da retina	Categorias separadas sob Transtornos do globo ocular – segmento posterior
H40-H42 Glaucoma	Glaucoma ou suspeita de glaucoma
H43-H45 Transtornos do humor vítreo e do globo ocular	Redistribuído entre os agrupamentos Transtornos do globo ocular – segmento posterior e Transtornos do globo ocular afetando ambos os segmentos anterior e posterior
H46-H48 Transtornos do nervo óptico e das vias ópticas	Transtornos das vias ópticas ou centros visuais
H49-H52 Transtornos dos músculos oculares, do movimento binocular, da acomodação e da refração	Redistribuído entre os agrupamentos Estrabismo ou transtornos da motilidade ocular e Transtornos da refração ou da acomodação
H53-H54 Transtornos visuais e cegueira	Deficiência visual
H55-H59 Outros transtornos do olho e anexos	Redistribuído entre os agrupamentos Nistagmo e Transtornos pós-procedimento em olho ou anexos oculares

**3.15.10 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 10**

Esse capítulo manteve uma estrutura similar à da CID-10, com apenas alterações menores.

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
H60-H62 Doenças do ouvido externo	Doenças da orelha externa
H65-H75 Doenças do ouvido médio e da mastoide	Doenças da orelha média ou mastoide
H80-H83 Doenças do ouvido interno	Doenças da orelha interna
H90-H95 Outros transtornos do ouvido	Redistribuído nos agrupamentos Transtornos com deficiência auditiva, Transtornos da orelha, não classificados em outra parte e Transtornos pós-cirúrgicos de orelha ou do processo mastoideo

### 3.15.11 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 11

Houve uma reestruturação e reagrupamento ao longo desse capítulo, com a inclusão de novos conceitos baseados nos avanços médicos dos últimos 20 anos. A terminologia médica foi atualizada. As seções sobre Hipertensão e Doenças das valvas cardíacas foram ampliadas. As doenças das valvas cardíacas passaram de uma classificação baseada na etiologia (reumática/não reumática), seguida pelo tipo de valva e pela fisiologia da doença, para uma hierarquia liderada pelo tipo de valva, depois pela fisiologia da doença, seguida pela etiologia, de acordo com a prática clínica atual. Portanto, a doença valvar não reumática foi transferida de "Outras formas de doença do coração" para a seção Doenças das valvas cardíacas. A febre reumática aguda foi transferida para o Capítulo 1.

As doenças cerebrovasculares foram transferidas para o Capítulo de Neurologia (08) como sua entidade-mãe primária, sendo o Capítulo do Sistema circulatório uma entidade-mãe secundária.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
I00-I02 Febre reumática aguda	Transferido para o Capítulo 01 Doenças infecciosas
I05-I09 Doenças reumáticas crônicas do coração	Doenças das valvas cardíacas - Mudança na hierarquia para a classificação dos transtornos das valvas cardíacas para o tipo de valva cardíaca e depois por etiologia
I10-I15 Doenças hipertensivas	Doenças hipertensivas - Permanece relativamente igual, com a expansão de algumas categorias; a hipertensão essencial agora inclui subcategorias para hipertensão diastólica/sistólica
I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração - Mudança na terminologia do IAM para refletir apenas IAMCSST/IAMSSST. Inclusão de período de tempo para o antigo IAM. Expansão das complicações após um IAM. Nova seção para "Doenças de artéria coronária" para incluir aterosclerose coronária, aneurisma de artéria coronária, dissecação, fístula
I26-I28 Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	Doença cardíaca pulmonar ou doenças da circulação pulmonar - Expansão de algumas categorias (p. ex., Hipertensão pulmonar) para incluir novos conceitos, especialmente hipertensão pulmonar
I30-I52 Outras formas de doença do coração	Esse título de categoria de bloco não existe mais na CID-11 e os conceitos contidos nele foram transformados em entidades distintas e expandidos para incluir nova terminologia e processos de doenças
I60-I69 Doenças cerebrovasculares	Reclassificado para o Capítulo 08 Doenças do sistema nervoso
I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	As doenças dos capilares foram transferidas para Doenças da pele
I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	Essa seção foi dividida em dois blocos principais: Doenças das veias e Doenças dos vasos linfáticos ou nódulos linfáticos. Varizes esofagianas e Hemorroidas foram reclassificadas para o Capítulo 13 Doenças do sistema digestivo - Transtornos vasculares do esôfago e Doenças vasculares do ânus e canal anal, respectivamente
I95-I99 Outros transtornos, e os não especificados do aparelho circulatório	Expansão acentuada da seção Transtornos pós-procedimentos com novos códigos para os transtornos pós-procedimento subsequente a reparo de anomalias congênicas.

### 3.15.12 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 12



Esse capítulo foi reestruturado e reagrupado, com o acréscimo de novos conceitos e a inclusão de terminologia atualizada e em vigor.

- Uma nova seção, Doenças pulmonares por inalação, ocupacionais e ambientais, foi adicionada para melhorar a classificação dos transtornos respiratórios de acordo com sua etiologia.
- Os transtornos do sono relacionados à respiração e ao controle respiratório foram transferidos para o novo capítulo de Distúrbios do sono (Capítulo 7) e relacionados como entidade-mãe secundária ao Capítulo de Doenças respiratórias.
- A fibrose cística foi transferida para o Capítulo de Doenças respiratórias e passou a ter múltipla entidade-mãe para o Capítulo 05 "Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas".

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
J00-J06 Infecções agudas das vias aéreas superiores	Seção Transtornos do trato respiratório superior, Doenças infecciosas por agente infeccioso
J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Infecções pulmonares
J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	Combinado no agrupamento - Infecções pulmonares
J30-J39 Outras doenças das vias aéreas superiores	Combinado no agrupamento - Transtornos do trato respiratório superior
J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Algumas doenças do trato respiratório inferior
J60-J70 Doenças pulmonares devido a agentes externos	Doenças pulmonares devido a agentes externos
J80-J84 Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	Doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício pulmonar
J85-J86 Afecções necróticas e supurativas das vias aéreas inferiores	Combinado no agrupamento - Infecções pulmonares
J90-J94 Outras doenças da pleura	Transtornos pleurais, do diafragma e do mediastino
J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Algumas doenças do sistema respiratório. As condições respiratórias pós-procedimentos foram transferidas para um agrupamento próprio. Transtornos do diafragma e do mediastino foram transferidos para a seção Transtornos pleurais, do diafragma e do mediastino

### 3.15.13 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 13

Houve uma importante reestruturação e mudança de conceitos anteriores da CID-10 nesse capítulo. Grupos anatômicos detalhados foram adicionados à hierarquia, como "Doenças do duodeno", "Doenças do canal anal" ou "Doenças do pâncreas". Categorias independentes para os transtornos gastrointestinais funcionais e as doenças inflamatórias intestinais também foram incluídas para abranger amplas localizações anatômicas. Dimensões adicionais estão disponíveis na seção de achados clínicos no Capítulo 21 e no Capítulo X "Códigos de extensão" para uso na pós-coordenação. Por exemplo, com e sem hemorragia, com e sem obstrução, com e sem ascite, lateralidade e maior especificidade da localização.

Embora a CID-10 incluía doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares, a seção correspondente do Capítulo 13 da CID-11 foi aprimorada em sua estrutura e conteúdo para incluir doenças e transtornos do complexo orofacial.

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
K00-K14 Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	Doenças ou transtornos do complexo orofacial
K20-K31 Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	Agora em dois grupos – Doenças do esôfago e Doenças do estômago ou duodeno
K35-K38 Doenças do apêndice	Doenças do apêndice
K40-K46 Hérnias	Hérnias
K50-K52 Enterites e colites não infecciosas	Agora em dois grupos – Gastrite, sob Doenças do estômago e Outras colites ou proctites não infecciosas
K55-K64 Outras doenças dos intestinos	Redistribuído em vários novos grupos com base em localizações anatômicas
K65-K67 Doenças do peritônio	Doenças do peritônio
K70-K77 Doenças do fígado	Doenças do fígado
K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	Agora em dois grupos – Doenças de vesícula ou trato biliar e Doenças do pâncreas
K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Redistribuído para vários grupos, incluindo Transtornos pós-procedimento do sistema digestivo e Achados clínicos do sistema digestivo

**3.15.14 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 14**

O Capítulo 14 passou por uma importante reestruturação, com o acréscimo de entidades mais detalhadas. A terminologia foi atualizada para ser mais atual. Os detalhes são provenientes da fusão das terminologias dermatológicas americana, britânica e alemã.

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Algumas doenças de pele atribuíveis a infecção ou infestação
L10-L14 Afecções bolhosas	Renomeado como Doenças imunobolhosas da pele e incluídas sob Dermatoses inflamatórias
L20-L30 Dermatite e eczema	Dermatite e eczema
L40-L45 Afecções pápulo-descamativas	Dermatose papuloescamosa (incluída sob Dermatoses inflamatórias)
L50-L54 Urticária e eritema	Parte dos agrupamentos – Urticária, angioedema e outras doenças urticariformes e Eritemas inflamatórios e outras dermatoses inflamatórias reativas
L55-L59 Transtornos da pele e do tecido subcutâneo relacionados com a radiação	Dermatoses provocadas por luz ou radiação UV
L60-L75 Afecções dos anexos da pele	Distúrbios da epiderme e dos anexos epidérmicos
L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Redistribuído para vários grupos em todo o capítulo reestruturado da Pele

### **3.15.15 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 15**

Os blocos desse capítulo foram reordenados e um novo bloco - Síndromes autoinflamatórias - foi adicionado ao Capítulo do sistema imune e aqui relacionado como entidade-mãe secundária. A área de condições da coluna vertebral foi reestruturada e renomeada para Condições associadas à coluna vertebral.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
M00-M25 Artropatias	Artropatias
M30-M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	Transferido para o Capítulo 04 "Doenças do sistema imune"
M40-M54 Dorsopatias	Condições associadas à coluna vertebral
M60-M79 Transtornos dos tecidos moles	Transtornos de tecidos moles
M80-M94 Osteopatias e condropatias	Osteopatias ou condropatias
M95-M99 Outros transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Redistribuído para vários agrupamentos, incluindo Algumas deformidades adquiridas especificadas do sistema musculoesquelético ou tecido conjuntivo, não classificadas em outra parte e Transtornos do sistema músculo esquelético pós-procedimentos, não classificados em outra parte

### 3.15.16 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 16

O Capítulo 16 foi reordenado para distinguir as doenças do sistema genital da mulher, do sistema genital do homem e do sistema urinário. Há mais especificidade nas áreas de Amenorreia, Disfunção ovariana, Dor pélvica em mulher, Endometriose, Adenomiose, Infertilidade feminina, Infertilidade masculina, Perda gestacional inicial e Resultados da gravidez, refletindo o entendimento científico atual. A hierarquia agora está dividida em transtornos não inflamatórios e transtornos inflamatórios, que, por sua vez, são divididos por agrupamentos anatômicos. Esses agrupamentos seguem a ordem dos exames ginecológicos e obstétricos, ou seja, da genitália externa para a interna. As neoplasias do sistema urinário estão localizadas primariamente no Capítulo 02 "Neoplasias", Anomalias de desenvolvimento estrutural do sistema urinário estão localizadas primariamente no Capítulo 20, e os Sintomas, sinais ou achados clínicos relativos ao sistema urinário estão localizados primariamente no Capítulo 21.

Todas as doenças relacionadas ao rim agora estão classificadas sob a categoria principal para "Doenças do sistema urinário". A insuficiência renal aguda e a doença renal crônica agora incorporam a classificação de estadiamento usada atualmente, conforme proposto pela *Kidney Disease | Improving Global Outcomes (KDIGO)*.

A classificação das Doenças glomerulares foi reestruturada e agora está dividida em características clínicas/síndromes. Um novo bloco foi adicionado para Doença renal cística e displásica, originalmente classificada na CID-10 no Capítulo 17 "Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas", com entidades relevantes agrupadas e baseadas nas diretrizes da KDIGO de 2015.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
N00-N08 Doenças glomerulares	Doenças glomerulares - Classificadas em Doenças do sistema urinário. Essa seção agora é classificada de acordo com as características clínicas ou síndromes. Continua incluindo: Síndrome nefrítica, Síndrome nefrótica, Proteinúria isolada e albuminúria. As subdivisões que descrevem a morfologia normalmente determinada por biópsia foram transferidas para o Capítulo 21, sob Achados clínicos do sistema urinário. As subdivisões dos achados por microscopia eletrônica e imunofluorescência foram removidas da proteinúria com lesão morfológica. Agora são classificadas como Proteinúria isolada e albuminúria
N10-N16 Doenças renais túbulo-intersticiais	Doenças túbulo-intersticiais renais - Classificadas em Doenças do sistema urinário. A seção permanece relativamente a mesma. A necrose tubular e cortical foi desvinculada da insuficiência renal aguda para ser uma entidade codificável distinta classificada nessa seção
N17-N19 Insuficiência renal	Insuficiência renal - Classificada em Doenças do sistema urinário. A insuficiência renal aguda deixou de ser um conceito agrupado que antes identificava o dano renal agudo, ou seja, a necrose tubular aguda
N20-N23 Calculose renal	Urolitíase - Classificada em Doenças do sistema urinário. Subdividido em trato urinário superior (inclui rim e ureter) e trato urinário inferior (inclui bexiga e uretra). A cólica renal foi reclassificada para o Capítulo 21 Sintomas, sinais e achados clínicos envolvendo o sistema urinário
N25-N29 Outros transtornos do rim e do ureter	Alguns transtornos específicos de rim ou ureter - Classificados em Doenças do sistema urinário. Reclassificação de transtornos relacionados ao tamanho do rim para o Capítulo 21 Sintomas, sinais ou achados clínicos envolvendo o sistema urinário - Mudanças macroscópicas do tamanho do rim
N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Algumas doenças especificadas do sistema urinário – permanece similar à CID-10
N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	Doenças do sistema genital do homem – permanece similar à CID-10
N60-N64 Doenças da mama	Transtornos da mama - permanece similar à CID-10

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
N70-N77 Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	Transtornos inflamatórios do trato genital da mulher - Classificados em Doenças do sistema genital da mulher
N80-N98 Transtornos não inflamatórios do trato genital feminino	Transtornos não inflamatórios do trato genital da mulher – Classificados em Doenças do sistema genital da mulher
N99 Outros transtornos do aparelho geniturinário	Outros transtornos do sistema geniturinário – Transtornos pós-procedimento do sistema geniturinário foram removidos dessa seção para se tornarem um agrupamento próprio

### 3.15.17 O Capítulo 17 é uma nova adição à CID-11 e não pode ser encontrado nas edições anteriores

#### Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11

<b>Localização prévia na CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
Códigos da categoria Saúde Mental F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica	Disfunções sexuais
Códigos da categoria Saúde Mental F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica e da categoria Geniturinária N94 Dor e outras afecções associadas com os órgãos genitais femininos e com o ciclo menstrual	Transtornos dolorosos associados à relação sexual
Códigos da categoria Saúde Mental F64 Transtornos da identidade sexual	Incongruência de gênero

### 3.15.18 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 18

O capítulo foi reordenado, mas o conteúdo continua similar ao da CID-10. Foram feitas algumas alterações e adições às seções Assistência prestada à mãe relacionada ao feto, cavidade amniótica ou possível problema no parto e Complicações do trabalho de parto ou parto. Foram incluídas especificações adicionais para "Perda gestacional inicial". Uma nova seção Hemorragia obstétrica foi adicionada para poder agrupar todos os tipos de hemorragia.

#### Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11

### **Título do bloco da CID-10**

000-008 Gravidez que termina em aborto  
010-016 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério  
020-029 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez  
030-048 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto  
060-075 Complicações do trabalho de parto e do parto  
080-084 Parto  
085-092 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério  
094-099 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte

### **Estrutura equivalente da CID-11**

Gravidez que termina em aborto  
Edema, proteinúria ou transtornos hipertensivos na gravidez, no parto ou no puerpério  
Alguns transtornos maternos especificados predominantemente relacionadas a gravidez  
Assistência prestada à mãe relacionada ao feto, cavidade amniótica ou possível problema no parto  
Complicações do trabalho de parto ou parto  
Parto  
Complicações relacionadas predominantemente ao puerpério  
Algumas condições obstétricas não classificadas em outra parte

### **3.15.19 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 19**

Houve uma reordenação desse capítulo, mas continua similar ao da CID-10. Há um novo agrupamento para Transtornos neurológicos específicos do período perinatal ou neonatal e uma expansão dos códigos para a idade gestacional do recém-nascido.

### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**



### **Título do bloco da CID-10**

P00-P04 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto

P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal

P10-P15 Traumatismo de parto

P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal

P35-P39 Infecções específicas do período perinatal

P50-P61 Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido

P70-P74 Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido

P75-P78 Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido

P80-P83 Afecções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido

P90-P96 Outros transtornos originados no período perinatal

### **Estrutura equivalente da CID-11**

Feto ou recém-nascido afetado por fatores maternos ou por complicações da gravidez, do trabalho de parto ou do parto

Transtornos do recém-nascido relacionados a duração da gestação ou crescimento fetal

Lesão ao nascer

Dividido em dois grupos: Transtornos respiratórios específicos do período perinatal ou neonatal; Transtornos cardiovasculares presentes no período perinatal ou neonatal

Infecções do feto ou do recém-nascido

Transtornos hemorrágicos ou hematológicos do feto ou recém-nascido

Transtornos endócrinos ou metabólicos transitórios específicos do feto ou recém-nascido

Transtornos do sistema digestivo do feto ou recém-nascido

Dividido em dois grupos: Distúrbios comprometendo o tegumento do feto ou recém-nascido; Distúrbios da regulação térmica do recém-nascido

Alguns transtornos originados no período perinatal – Bloco 91 Outros distúrbios da função cerebral do recém-nascido foi transferido para um novo agrupamento Transtornos neurológicos específicos do período perinatal ou neonatal

### **3.15.20 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 20**

Esse capítulo passou por uma importante reestruturação, incluindo uma mudança de título de Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas para Anomalias do desenvolvimento. Todas as síndromes genéticas sem anomalias de desenvolvimento estrutural foram realocadas em capítulos apropriados da CID-11, de acordo com o(s) aparelho(s) orgânico(s) afetado(s).

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

**Localização prévia na CID-10****Estrutura equivalente da CID-11**

Q00-Q07 Malformações congênicas do sistema nervoso

Anomalias do desenvolvimento estrutural do sistema nervoso - Um agrupamento sob Anomalias do desenvolvimento estrutural afetando primariamente um sistema orgânico

Q10-Q18 Malformações congênicas do olho, do ouvido, da face e do pescoço

Dividido em quatro grupos separados sob Anomalias do desenvolvimento estrutural afetando primariamente um sistema orgânico:

Anomalias de desenvolvimento estrutural do olho, pálpebra ou aparelho lacrimal

Anomalias de desenvolvimento estrutural de orelha (ouvido)

Anomalias de desenvolvimento estrutural da face, boca ou dentes

Anomalias de desenvolvimento estrutural do pescoço

Q20-Q28 Malformações congênicas do aparelho circulatório

Anomalias de desenvolvimento estrutural do sistema circulatório - Um agrupamento sob Anomalias do desenvolvimento estrutural afetando primariamente um sistema orgânico

Q30-Q34 Malformações congênicas do aparelho respiratório

Anomalias de desenvolvimento estrutural do sistema respiratório - Um agrupamento sob Anomalias do desenvolvimento estrutural afetando primariamente um sistema orgânico

Q35-Q37 Fenda labial e fenda palatina

Fendas de lábio, alvéolo ou palato é uma subseção do agrupamento Anomalias de desenvolvimento estrutural da face, boca ou dentes

Q38-Q45 Outras malformações congênicas do aparelho digestivo

Anomalias de desenvolvimento estrutural do trato digestivo - Um agrupamento sob Anomalias do desenvolvimento estrutural afetando primariamente um sistema orgânico

Q50-Q56 Malformações congênicas dos órgãos genitais

Dividido em dois grupos separados sob Anomalias do desenvolvimento estrutural afetando primariamente um sistema orgânico: Anomalias de desenvolvimento estrutural do sistema genital feminino; Anomalias de desenvolvimento estrutural do sistema genital masculino

Q60-Q64 Malformações congênicas do aparelho urinário

Anomalias de desenvolvimento estrutural do sistema urinário - Um agrupamento sob Anomalias do desenvolvimento estrutural afetando primariamente um sistema orgânico

Q65-Q79 Malformações e deformidades congênicas do sistema osteomuscular

Anomalias de desenvolvimento estrutural do esqueleto

<b>Localização prévia na CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
Q80-Q89 Outras malformações congênitas	Redistribuído para vários agrupamentos dentro da nova estrutura do capítulo
Q90-Q99 Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	Anomalias cromossômicas, excluindo mutações genéticas

### **3.15.21 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 21**

Esse capítulo passou por uma importante reestruturação, com a hierarquia de alto nível agora alinhada com os capítulos da CID. Algumas formas clínicas que antes estavam localizadas em outros capítulos como códigos asterisco agora estão localizadas aqui. Uma nova categoria foi adicionada para Presença de micro-organismo resistente a drogas antimicrobianas.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

**Título do bloco da CID-10**

R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório

R10-R19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome

R20-R23 Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido subcutâneo

R25-R29 Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular

R30-R39 Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário

R40-R46 Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento

R47-R49 Sintomas e sinais relativos à fala e à voz

R50-R69 Sintomas e sinais gerais

R70-R79 Achados anormais de exames de sangue, sem diagnóstico

R80-R82 Achados anormais de exames de urina, sem diagnóstico

R83-R89 Achados anormais de exames e de outros líquidos, substâncias e tecidos do corpo, sem diagnóstico

R90-R94 Achados anormais de exames para diagnóstico por imagem e em estudos de função, sem diagnóstico

**Estrutura equivalente da CID-11**

Dividido em dois grupos: Sintomas, sinais ou achados clínicos do sistema circulatório; Sintomas, sinais ou achados clínicos do sistema respiratório

Sintomas, sinais ou achados clínicos do sistema digestivo ou do abdome

Sintomas, sinais ou achados clínicos envolvendo a pele

Dividido em dois agrupamentos: Sintomas, sinais ou achados clínicos do sistema nervoso; Sintomas, sinais ou achados clínicos do sistema musculoesquelético

Sintomas, sinais ou achados clínicos do sistema geniturinário - parte do agrupamento Sintomas, sinais ou achados clínicos do sistema geniturinário

Reorganizado em várias subseções sob Sintomas, sinais ou achados clínicos mentais ou comportamentais

Sintomas, sinais ou achados clínicos da fala ou voz

Sintomas, sinais ou achados clínicos gerais

Incluído no agrupamento Sintomas, sinais ou achados clínicos de sangue, órgãos hematopoiéticos ou do sistema imunológico

Outros achados clínicos especificados de exames de urina, sem diagnóstico sob o agrupamento Sintomas, sinais ou achados clínicos relativos ao sistema urinário

Achados clínicos de material proveniente de outros órgãos, sistemas e tecidos especificados sob o agrupamento Sintomas, sinais ou achados clínicos gerais

Dividido em duas subseções: Resultados anormais de exames diagnósticos por imagem, não classificados em outra parte; Resultados anormais de estudos de função de outros órgãos e sistemas no agrupamento Resultados anormais, não classificados em outra parte

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
----------------------------------	--

R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade
---	---

### 3.15.22 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 22

As categorias de alto nível têm apenas algumas mudanças. As mudanças são principalmente no nível de caracteres inferiores e incluem a adição de categorias mais específicas de tipos de lesão e localização corporal da lesão. Não há mais códigos separados para queimaduras e corrosões. Estão todos juntos sob Queimaduras. Dimensões adicionais estão disponíveis nos Códigos de extensão do Capítulo X, para que a pós-coordenação adicione mais detalhes, como lateralidade ou profundidade da queimadura. Foram feitas mudanças importantes na seção para complicações de cuidados médicos e cirúrgicos. O Grupo Consultivo Temático (GCT) de Qualidade e Segurança revisou a codificação de lesões e eventos relacionados à atenção à saúde. O conceito de uma complicação mecânica de um dispositivo agora é classificado como uma causa externa de dano.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
S00-S09 Traumatismos da cabeça	Lesões na cabeça
S10-S19 Traumatismos do pescoço	Lesões do pescoço
S20-S29 Traumatismos do tórax	Lesões do tórax
S30-S39 Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	Lesões de abdômen, parte inferior do dorso, região lombar ou pelve
S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	Lesões de ombro ou braço
S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	Lesões de cotovelo ou antebraço
S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	Lesões de punho ou mão
S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	Lesões de quadril ou coxa
S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	Lesões de joelho ou perna
S90-S99 Traumatismos do tornozelo e do pé	Lesões de tornozelo ou pé
T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	Lesões envolvendo múltiplas regiões do corpo
T08-T14 Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo	Traumatismos de parte não especificada de tronco, membro ou região do corpo
T15-T19 Efeito da penetração de corpo estranho através de orifício natural	Efeitos da penetração de corpo estranho por orifício natural
T20-T32 Queimaduras e corrosões	Queimaduras
T33-T35 Geladuras [ <i>frostbite</i> ]	Geladura
T36-T50 Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	Agora incluído sob o agrupamento principal Efeitos nocivos de substâncias
T51-T65 Efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal	Agora incluído sob o agrupamento principal Efeitos nocivos de substâncias
T66-T78 Outros efeitos de causas externas e os não especificados	Outros efeitos ou efeitos não especificados de causas externas

**Título do bloco da CID-10**

T79 Algumas complicações precoces de traumatismos

T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte

T90-T98 Sequelas de traumatismos, de intoxicações e de outras consequências das causas externas

**Estrutura equivalente da CID-11**

Outros efeitos ou efeitos não especificados de causas externas

Agora incluído sob o agrupamento principal

Lesão ou dano decorrente de cuidados cirúrgicos ou médicos, não classificados em outra parte

Redistribuído para o agrupamento do órgão específico como termos do índice. As sequelas agora serão indicadas por um agrupamento que identifique a condição que é a seqüela, um código do Capítulo 24 **QC50** e a lesão original

**3.15.23 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 23**

O eixo primário para todas as causas externas, exceto exposição a forças extremas da natureza, maus-tratos, intervenção legal, conflito armado e danos ou lesões relacionados à atenção à saúde, agora se baseia na "intenção". Os códigos são uma combinação de intenção, seguida do mecanismo e do objeto ou substância envolvidos na ocorrência da lesão. Houve uma expansão nas áreas de tipos de veículos, locais de ocorrência, tipos de atividades, códigos legais/de guerra e substâncias. As áreas de Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos e Síndromes de maus-tratos foram revisadas e aprimoradas. Dimensões adicionais estão disponíveis nos Códigos de extensão do Capítulo X, para uso na pós-coordenação. Além disso, as categorias para sequelas de causas externas foram removidas e esses casos são codificados primariamente nas categorias apropriadas que descrevem o evento, resultando em aumentos nas frequências das categorias específicas. Um código de extensão pode ser usado na pós-coordenação quando essas sequelas precisarem ser identificadas separadamente.

**Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**



<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
V01-X59 Acidentes	Redistribuído para os principais agrupamentos de Causa não intencional, Lesão autoprovocada intencionalmente, Agressão e Intenção desconhecida
X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente	Lesão autoprovocada intencionalmente
X85-Y09 Agressões	Homicídio
Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	Intencionalidade indeterminada
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	Dividido em dois grupos: Intervenção legal; conflito armado
Y40-Y84 Complicações de assistência médica e cirúrgica	Causas de danos ou lesões relacionadas aos cuidados com a saúde
Y85-Y89 Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade	Redistribuído para o agrupamento de causas externas específicas como termos do índice. As sequelas agora serão indicadas por um agrupamento que identifique a condição que é a sequela, um código do Capítulo 24 <a href="#">QC50</a> e o código de causa externa original
Y90-Y98 Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte	As entidades desse bloco agora são encontradas no Capítulo 21 Sintomas, sinais e achados clínicos (p. ex., achados de nível alcoólico sanguíneo) ou foram adicionadas à Seção X "Códigos de extensão" (p. ex., condição nosocomial)

### 3.15.24 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 24

Esse capítulo passou por uma reorganização e está dividido em duas seções principais: Razões para contato com o sistema de saúde e Fatores que influenciam o estado de saúde. Houve uma expansão da seção relacionada à reprodução com o acréscimo de uma nova seção Contato com serviços de saúde para gestão da reprodução. Há também uma nova seção para eventos adversos relacionados à atenção à saúde que ocorrem, mas não resultam em nenhum dano ao paciente.

#### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

### **Título do bloco da CID-10**

Z00-Z13 Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação

Z20-Z29 Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com doenças transmissíveis

Z30-Z39 Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução

Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos

Z55-Z65 Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais

Z70-Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias

Z80-Z99 Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e algumas afecções que influenciam o estado de saúde

### **Estrutura equivalente da CID-11**

Contato com os serviços de saúde para fins de exame ou investigação - uma seção sob o agrupamento Razões para contato com os serviços de saúde

Contato com ou exposição a doenças transmissíveis - uma seção sob o agrupamento Razões para contato com os serviços de saúde

Contato com os serviços de saúde por motivos relacionados à reprodução - uma seção sob o agrupamento Razões para contato com os serviços de saúde

Dividido em duas novas seções, sob Razões para contato com os serviços de saúde: Contato com serviços de saúde para intervenções cirúrgicas específicas; Contato com serviços de saúde para intervenções não cirúrgicas e que não envolvem dispositivos

Reorganizado e agora aparece sob o agrupamento principal de Fatores que influenciam o estado de saúde

Reorganizado e agora aparece sob o agrupamento principal de Fatores que influenciam o estado de saúde

Reorganizado e agora aparece sob o agrupamento principal de Fatores que influenciam o estado de saúde

### **3.15.25 Diferenças entre a CID-10 e a CID-11 no Capítulo 25**

As doenças que antes eram codificadas nesse capítulo foram transferidas para seus lugares principais na CID-11. Foram incluídos novos códigos para uso como códigos provisórios internacionais.

### **Quadro 1: Comparação da estrutura de blocos da CID-10 com a estrutura equivalente da CID-11**

<b>Título do bloco da CID-10</b>	<b>Estrutura equivalente da CID-11</b>
U00-U49 Designação provisória de novas doenças de etiologia incerta	Dividido em duas novas seções: Atribuição internacional provisória de novas doenças de etiologia incerta; Atribuição nacional provisória de novas doenças de etiologia incerta
U82-U85 Agentes bacterianos resistentes a antibióticos	Transferido para o Capítulo 21 com o novo título Presença de micro-organismo resistente a drogas antimicrobianas