



EXPLICAÇÃO DO TESAURO

Janeiro de 2008





2 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Este texto destina-se aos desenvolvedores de softwares de prontuários eletrônicos e pode ser útil na formação dos usuários ou na disponibilização de arquivos de ajuda à utilização do Tesouro da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP). O comitê belga de classificação que criou o presente mapeamento coloca-se à disposição para maiores esclarecimentos.

A especificidade do tesouro belga (3BT) é o caráter multilíngue dos conceitos que ele abrange e sua bclassificação (CIAP/ CID).

A. INTRODUÇÃO

Em 2001, o ministro belga da Saúde Pública concluiu uma convenção com as faculdades de Medicina da *Université Libre de Bruxelles* (Universidade Livre de Bruxelas) e a *Universiteit Gent*, com o objetivo de implementar um Tesouro belga (francês e holandês), codificado pela Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e Classificação Internacional de Doenças (CID) nos *softwares* de gestão dos Prontuários Médicos Informatizados (PMI). Posteriormente, foi adaptado ao português por iniciativa da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e do Ministério da Saúde do Brasil. Está sendo também traduzido para o alemão.

A1. Definição

Um tesouro é um conjunto sistemático de noções oriundas de uma língua, organizado de forma a permitir uma assimilação rápida de palavras que possuem um significado similar. Trata-se, portanto, de uma compilação de termos, palavras, expressões etc. utilizados para encontrar, com rapidez e facilidade, um conceito dado. Embora um Tesouro não seja, por definição, ligado a uma codificação ou a uma classificação, essa possibilidade, no entanto, existe.

A2. Objetivo do Tesouro como instrumento

1. Codificação adequada dos dados do prontuário médico, de forma a torná-los comunicáveis, em conformidade com as normas e os padrões internacionais (Wonca/WHO-FIC).
2. Codificação correta em função da organização do prontuário médico.
3. Instrumento que exerce a função de ponte entre o “raciocínio clínico” do médico e a codificação, passando por uma “designação clínica” ou *clinical label* (denominada “formulação de conceito”).





4. Descrições clínicas corretas, tanto do ponto de vista linguístico quanto do ponto de vista médico, ao mesmo tempo trilingues (conformidade e intercambialidade perfeitas entre francês, holandês e português) e úteis no sistema de anotações para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

A3. Classificações de referência

A escolha recai sobre o CIAP (Classificação Internacional de Atenção Primária, em português, ou CISP, em francês) bem como sobre a classificação CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, em português, ou CIM, em francês). As versões utilizadas foram **ICPC-2e-v.4.0**, de outubro de 2007, e **CID-10**.

As duas classificações foram adotadas pela WHO-FIC (World Health Organization – Family of International Classifications/Organização Mundial da Saúde (OMS) – Família de Classificações Internacionais) como classificações-padrão, e foram traduzidas em diversas línguas.

A4. Estrutura do Tesauro

O Tesauro articula-se em torno de “**conceitos**”. Um conceito é uma unidade fixa, claramente definida, de noções clínicas (“raciocínio clínico”), como, por exemplo, “bronquite aguda”.

Esses conceitos servem de definições clínicas que se podem utilizar como texto, descrição de sintomas, procedimento, diagnóstico, fator de risco etc. no prontuário médico. Eles são formulados de forma correta no plano linguístico e trilingue, e as versões em francês, holandês e português estão em perfeita conformidade.

Cada conceito é vinculado a pelo menos um par de **códigos CIAP/ CID**. O vínculo a dois ou três pares de códigos é possível, considerando que um mesmo conceito pode ser apreendido sob inúmeros ângulos no que tange à classificação médica (ver explicação sobre a distinção entre etiologia e manifestação).

Excepcionalmente, os códigos relativos aos procedimentos/intervenções não são associados à CID, mas somente a um único código CIAP (ver explicação referente aos procedimentos).

Um vínculo que une os conceitos franceses, holandeses e portugueses a seu(s) par(es) de códigos é criado por meio de um **IBUI** (Identificador Belga Único). Esse IBUI é um instrumento puramente técnico, sem nenhum valor científico ou analítico (ver explicação sobre a estrutura do IBUI).

A cada conceito é associada uma lista de diversos **termos de pesquisa**. Entende-se por termos de pesquisa os do conceito em si, bem como os sinô-

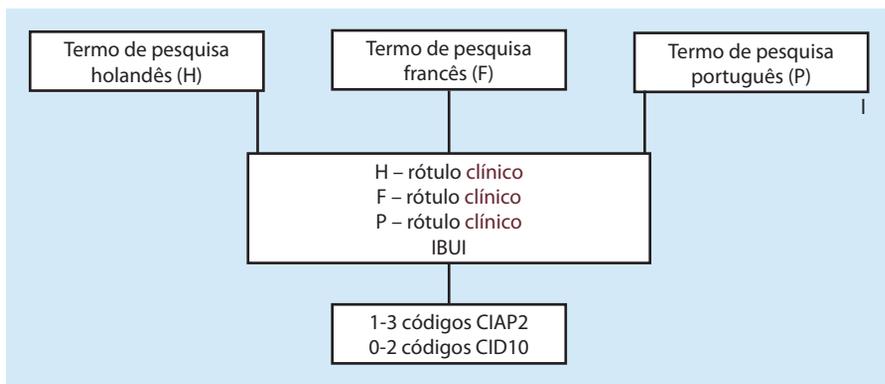




4 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

nimos ou termos úteis para pesquisá-lo. Eles podem, eventualmente, possuir diversas ortografias corretas para um único e mesmo conceito. O IBUI associa essas palavras-chave aos conceitos para cada palavra, separadamente. É evidente que os termos de pesquisa em francês, holandês e português são independentes uns dos outros e não são correspondentes. Apenas determinam o conceito na mesma língua da palavra pesquisada (ver explicação relativa à utilização dos termos de pesquisa).

Esquemáticamente falando, o que se tem é:



B. CONSTITUIÇÃO DO TESAURO

O desenvolvimento do Tesouro destina-se primordialmente a oferecer aos médicos que estejam desenvolvendo o prontuário de pacientes um instrumento que lhes permita transpor os termos utilizados para buscar a codificação adequada em “conceitos” que se aproximem o máximo possível do que o médico quer formular quanto a sintoma / queixa/ diagnóstico / problema / intervenção.

Conceitos e formulações clínicas

As formulações de classificações em si, como os títulos CIAP e CID, frequentemente possuem um caráter muito geral e não têm a precisão que o médico busca na definição do conceito. Isso se explica pelo fato de que as categorizações consistem em uma classificação de conceitos agrupados. Por esse motivo, para cada código CIAP, existem, no Tesouro, diversos conceitos relativos ao mesmo código. Esses conceitos representam, muitas vezes,





aproximadamente a mesma coisa, mas são descritos de forma diferente. Um mesmo código CIAP pode, no entanto, reunir também conceitos muito diferentes, principalmente nas seções “rag-bags” (gíria usada em sistemas de classificação para definir códigos onde se encaixam muitos conceitos; pode ser traduzido literalmente como “bolsa de trapos”), como nas codificações -29 e -99 distribuídas nos capítulos.

Os conceitos que têm um significado diferente, mas que se encontram sob um mesmo código CIAP, apresentarão, na maior parte do tempo, códigos CID diferentes. De fato, muitas vezes, diferentes códigos CID estão vinculados a 1 código CIAP.

Um conceito é mais do que a semelhança entre alguns termos de pesquisa: é a designação linguística correta de uma combinação de palavras a serem pesquisadas.

EXEMPLO 1

Com os termos “Agudo; bronquite” formula-se o conceito “bronquite aguda”.

EXEMPLO 2

Com os termos “Reumatismo; artrite” formula-se o conceito “artrite reumatoide”.

Se acrescentarmos a isso outros detalhes ou termos, a combinação das palavras “reumatismo” e “artrite” pode resultar em 25 outras formulações conceituais diferentes (“formulações clínicas”). A combinação de “agudo” e “bronquite” pode resultar em 24 formulações diferentes.

Durante o desenvolvimento desses conceitos, costuma ser difícil estabelecer uma distinção estrita entre o que é formulado como “conceito distinto” e o que é acrescentado como “termo de pesquisa” a conceitos formulados de forma, por assim dizer, similar, com o mesmo significado médico. Logo, isso pode acabar sendo entendido como um excedente de formulações diversas para um mesmo conceito, e também será possível encontrar um conceito por meio de um termo de pesquisa que, em si, não é formulado no conceito. Os comentários dos usuários têm, e este é um ponto fundamental, um papel importante a desempenhar na orientação da apresentação dos resultados de cada pesquisa, ou seja, quais termos direcionarão aos conceitos e aos códigos CIAP/ CID.

No momento de formular os conceitos (“formulações clínicas”), sempre buscamos o equilíbrio entre a importância de uma “classificação correta” e o que queremos ver publicado como “texto no prontuário médico”. É por essa razão que palavras ou termos foram acrescentados a essas formulações, tendo





6 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

em vista favorecer uma codificação adequada. Alguns desses termos no prontuário podem ser considerados supérfluos, mas são muito úteis, ou ao menos necessários, para identificar claramente as diferenças nas listas de seleção. As formulações de conceito são, portanto, descritas também em função de e em concordância com as codificações e as classificações subjacentes.

Ortografias similares são acrescentadas aos termos de pesquisa, ortografadas das duas maneiras, mas não como formulação de conceitos distintos. Por conseguinte, qualquer que seja a ortografia utilizada, a mesma formulação é gerada.

No que se refere à ortografia de referência, nos baseamos ao máximo naquela que foi utilizada em obras especializadas no assunto (He Groene Boekje – Woordenlijst Nederlandse taal e Het Geneeskundig Woordenboek van Pinkhof, 11^a edição, editada por Bohn Stafleu Van Loghum).

Utilização das expressões “inespecífico” ou “outro(a)(s)... especificado(a)(s)”

Nos códigos CID que terminam por . 9, o termo descritivo “inespecífico” é frequentemente aplicável, embora encontremos as palavras “outro(a)(s)... especificado(a)(s)” nos códigos CID que terminam por . 8. Isso contrasta com os mesmos códigos CID precedentes (.1 a . 7), os quais tratam, geralmente, de uma mesma afecção com definição mais específica.

EXEMPLO

Sinusite aguda

Podemos defini-la com o auxílio de um dos seios da face (etmoidal, maxilar etc.), ou seja, os códigos J01.1 a J01.4.

J01.8 é uma “outra sinusite”, que, no entanto, não é mencionada na lista mais específica de J01.1 a J01.4, e J01.9 é uma “sinusite inespecífica”.

Como não é sempre desejável retomá-las sob forma de texto em um prontuário médico, expressões como “inespecífico” e “outro” foram, na medida do possível, excluídas das formulações de conceito. No entanto, cuidamos para que, nesses casos, não seja gerada uma grande fonte de erros. A expressão “sinusite inespecífica” é, portanto, substituída como conceito por “sinusite”. O fato de não se detalhar a sinusite significa que ela não é, por definição, específica. Isso, no entanto, pode gerar duplas formulações idênticas, mas com códigos diferentes. Tentamos reduzi-las ao máximo, mas é possível que algumas ainda persistam. Se essas duplas formulações parecerem muito confusas, uma outra solução deverá ser encontrada.





Diagnósticos primário e secundário

As palavras “*ao longo de uma outra doença*” no descritivo do conceito significam que uma outra doença ou afecção é relevante, e que esta apresenta uma comorbidade e/ou uma relação causal de efeito significativo. Isso quer dizer que essa outra doença é, de preferência, igualmente mencionada no prontuário, por exemplo, em um outro episódio ou um episódio precedente (ver também diagnósticos primário e secundário abaixo).

O mesmo vale para as *metástases*: quando, por exemplo, um conceito menciona “metástases malignas no parênquima pulmonar”, isso supõe que o tumor primário é conhecido e já está relatado no prontuário. Por outro lado, se há um conceito de “metástases pulmonares malignas de tumor primário desconhecido”, isso significa que nenhum tumor primário foi ainda definido.

Para exemplificar, na “retinopatia diabética” supõe-se que diabetes já tenha sido descrito no prontuário, e, se esse não for o caso, é o momento de fazê-lo. Com efeito, “retinopatia diabética” é um diagnóstico particular, e não deveria ser prescrito em um prontuário sem que anteriormente tenha sido feita menção de “diabetes”.

É o que chamamos de vínculo entre *diagnóstico primário* e *diagnóstico secundário*, os quais são ligados um ao outro no prontuário enquanto elementos de um mesmo problema. Essa abordagem em episódios individuais, cada um com um único diagnóstico, é mais prática do que a abordagem que consiste em dar dois diagnósticos diferentes a um mesmo episódio. Isso pode ser subentendido nos padrões internacionais, tais como CIAP e CID. O Tesouro 3BT não é concebido, no entanto, para identificar essa questão.

Homem/Mulher: os médicos destacam, com razão, que esse tipo de indicação não tem nenhum sentido no prontuário do paciente, pois sabemos, de forma evidente, que se trata de um homem ou de uma mulher. Essas informações foram desde então suprimidas dos capítulos CIAP X e Y do Tesouro.

Algumas perguntas podem ser levantadas no que diz respeito aos transexuais: qual é o sexo do paciente? Devemos levar em conta o *status* cromossômico, o *status* administrativo ou a aparência física? Esse problema exigirá, talvez, novas soluções no futuro.

Do ponto de vista da programação, o prontuário eletrônico deve, de preferência, ter cuidado para que os códigos X e W não possam ser utilizados (nem estarem visíveis) para o homem. Idem para os códigos Y para a mulher. Caso contrário, corre-se o risco de encontrar duas vezes a mesma formulação para um grande número de doenças e formulações de conceito, e de codificar por erro uma endometrite no homem ou uma prostatite na mulher.

Além dos capítulos X e Y, encontramos eventualmente na formulação do conceito a menção “no homem” ou “na mulher”. Essa menção não é suprimida se for indispensável para a escolha da designação e código corretos.





8 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

A tabela de dados IBUI no Tesouro é estruturada de forma a permitir aos programadores saberem muito facilmente quais códigos aplicam-se respectivamente ao homem e à mulher.

Sugestão para os “webmasters”: quando visualizamos um conceito dado, é particularmente útil poder ver, ao mesmo tempo, de qualquer maneira possível, qual código CIAP e CID com os respectivos rótulos é vinculado a esse conceito. Isso estimulará a escolha adequada de conceitos e resolverá o problema que o usuário possa ter da compreensão do significado de duas formulações de conceitos praticamente idênticas cujos códigos diferem.

“*Na criança*”, “*no adolescente*” e outras indicações de idade no descritivo do conceito:

É importante ressaltar que a idade, no momento do diagnóstico, determina automaticamente, por assim dizer, que se trata de uma criança ou não. Dessa forma, contrariamente aos sintagmas “homem” e “mulher” (que muito raramente trocam ao longo da vida), a idade muda e a designação permanece, o que não é sem consequências sobre a interpretação posterior do conceito: sendo criança, a pessoa recebe uma designação particular (relacionada essencialmente – e de maneira não-fortuita – a problemas comportamentais e à psiquiatria), a qual assume um sentido completamente diverso quando aplicado a um adolescente ou a um adulto.

Se suprimirmos as palavras “na criança”, quem pode imaginar o que resultará dessa designação daqui a 20 anos? As idades ou faixas etárias mencionadas em uma designação fazem parte da definição médica do problema, e a designação pode ter consequências totalmente diferentes em função do valor agregado dessa precisão. As indicações de idade desempenham, de fato, uma função das mais importantes quanto ao histórico do paciente: dessa forma, uma psicose possui um valor muito diverso ao se manifestar em um adolescente, em uma criança, em um adulto ou em uma pessoa idosa.

A expressão “*criança nascida viva*” é válida para todos os códigos CIAP W92, enquanto que o CIAP W93 refere-se a um grande número (quase todos) de conceitos idênticos, mas com a menção “*criança natimorta*”. Optamos aqui por não acrescentar a expressão “*criança nascida viva*” aos conceitos codificados W92. Por outro lado, acrescentamos a expressão “*criança natimorta*” aos conceitos W93 a fim de indicar claramente a diferença e evitar as escolhas erradas.

Os termos “*maligno*”, “*benigno*” e “*congênito*” foram acrescentados a diversos conceitos com o objetivo de prevenir qualquer escolha errônea, embora o termo em si possa, às vezes, parecer supérfluo na formulação do conceito. Isso demonstra também que esses três exemplos de termos podem ser úteis como complementos de pesquisa, mas não podem, em hipótese alguma, ser-





vir de termos de pesquisa “isolados”. Uma descrição mais aprofundada é necessária.

- maligno(s): 319 possibilidades
- benigno(s): 124 possibilidades
- congênito(a)(s): conjunto de 510 possibilidades

Observação relativa à *utilização da conjunção “ou”* nos conceitos (ex: agudo ou subagudo):

Trata-se aqui, ou em qualquer parte, de um compromisso entre uma classificação e uma designação médico/paciente supergranular e individual. A referida conjunção significa, portanto, que o conceito pode incluir tanto um quanto o outro, ou até mesmo os dois.

Uma outra questão que se impõe é saber se uma designação contendo a expressão “agudo ou subagudo” é incômoda para o médico na realização de seu prontuário.

A noção “ou” comporta também, por vezes, nuances realmente pertinentes ou reúne coisas que não se distinguem sempre por inteiro ou que não se podem manifestar por meio de um único conceito.

Quaisquer ressalvas ou observações concretas a esse respeito são bem-vindas.

Descrições do tipo “doença de” ou “síndrome de” + nome próprio

O site <http://www.whonamedit.com/search.cfm> ilustra a complexidade desse descritivo diagnóstico. Pode-se observar a que ponto a lista das síndromes e dos nomes próprios associados a doenças é vasta. Da mesma forma, uma série de mais de 10 denominações diferentes para uma única e mesma afecção não tem nada de excepcional. Integrar todas ao Tesouro representaria um número incalculável de formulações. Optamos, portanto, de preferência, por um único complemento (“doença” ou “síndrome”) ao nome próprio, sem acrescentar a ele todas as extensões corretas ou possíveis. Esse modo de denominação foi aplicado sempre que possível no Tesouro atual. Certas vezes, no entanto, os termos de pesquisa foram ampliados. Se isso revelar-se útil para os usuários, a equipe responsável poderá realizar uma generalização maior desta abordagem.

A escolha entre “doença” e “síndrome” é muitas vezes, bastante arbitrária e não é objeto de nenhuma sistemática muito precisa. Da mesma forma, o setor da terminologia médica tende, cada vez mais, a abandonar esse antigo modo de denominação baseada em epônimos em benefício de formulações bastante vinculadas ao conteúdo para a denominação de doenças.





10 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Para tornar a ferramenta mais simples possível, e para evitar que o número de formulações não seja extrapolado, decidimos utilizar no Tesouro o modo de formulação mais comum (o que já é conhecido da equipe de redação). Em caso de dúvida, tanto “síndrome” quanto “doença” foram acrescentados aos termos da pesquisa.

Procuramos, na medida do possível, não manter um simples nome próprio como conceito, embora, às vezes, isso tenha sido inevitável.

Etiologia x Manifestação

Muitos conceitos podem ser codificados de diversas maneiras, uma vez que eles são retomados em vários momentos na classificação.

- Ex.: A rubéola pulmonar pode ser classificada no capítulo relativo às infecções das vias respiratórias (CIAP, capítulo R; CID, capítulo J), como “pneumonia”, ou no capítulo sobre doenças infecciosas gerais (CIAP, capítulo A; CID, capítulo B), como “rubéola”. O adjetivo “pulmonar” refere-se à aparência clínica da doença (“manifestação”), enquanto a rubéola está relacionada ao aspecto “etiologia”.
- Ex: No conceito “Artrite psoriática”, o termo “psoriático” traduz a visão etiológica (CIAP, capítulo S; CID, capítulo L) e “artrite” (CIAP, capítulo L; CID, capítulo M) define a localização ou manifestação.

É evidente que essas duas visões de codificação são diferentes, mas ambas estão corretas. Para resolver esse problema, o Tesouro oferece como solução vincular essas duas codificações à mesma formulação de conceito. Em outras palavras, se “artrite psoriática” for escolhida como conceito, isso significará codificá-la automaticamente tanto como “psoríase” quanto como “artrite”. Temos aqui, portanto, a possibilidade de unir uma única informação a diversos códigos CIAP (máximo 3) e diversos códigos CID (máximo 2) (ver estrutura do Tesouro).

Lista dos procedimentos ou intervenções

A lista de extensões dos códigos *30 a *69 do CIAP abrange atualmente um pouco mais de 1.500 procedimentos diferentes. Nenhum desses códigos é vinculado a CIDs.

Quais são esses procedimentos?

- Todos os exames clínicos mais frequentes que o próprio médico generalista efetua em seu consultório;





- Todos os exames que o próprio médico generalista pode solicitar, sem passar previamente pelo diagnóstico de um especialista;
- Todas as referências ao longo da primeira linha de tratamento, bem como as linhas dos especialistas, e todas as diversas formas de hospitalização;
- Todos os tipos de diagnósticos e tratamentos comuns que o médico generalista oferece e que ele próprio pratica.

Utilização do Tesouro: listas de seleção

Em função do número de termos de pesquisa digitados para encontrar o conceito desejado, a tela exibe uma lista, longa ou não, de possibilidades. Isso é uma característica dos glossários detalhados.

Uma vez que os redatores do Tesouro não são responsáveis pelo aspecto técnico da implementação dessa ferramenta, não cabe a eles tratar dessas questões. Isso não significa, no entanto, que a estrutura do Tesouro não possa ser adaptada para permitir maior facilidade de utilização.

Algumas sugestões úteis:

- Em caso de palavras simples – ou seja, não-compostas (ex: “diarreia”) – inseridas pelo usuário, organizar a lista de seleção de forma que as formulações de conceito compostas de uma palavra simples apareçam no alto da lista.
- É preferível não desenvolver seu próprio sistema de favoritos de forma exclusiva demais, sob risco de dar lugar a uma simplificação excessiva devido à facilidade de utilização. O preferível, nesse caso, é determinar a ordem da lista, colocando no alto dela as escolhas anteriormente já operadas pelo profissional ou grupo de profissionais. Isso gerará um sistema que permite encontrar de forma mais fácil e rápida esse conceito particular que tenha sido pesquisado em outro momento.
- Permite classificar as listas de seleção por ordem alfabética ou de acordo com o código CIAP ou CID, por exemplo, quando dispomos de um conhecimento de base das estruturas e capítulos da CIAP, é muito mais simples encontrar a formulação correta do conceito, pois identifica-se rapidamente.
- Visualizar os títulos de códigos CIAP e CID no momento da designação de um conceito favorece também uma escolha adequada.
- Os produtores de software poderiam eventualmente vislumbrar, no futuro, a incorporação de uma “estrutura de frequência” por meio de redes de registro.
- Quanto mais precisos forem os termos utilizados, mais curtas são as listas de seleção. Pela mesma lógica, uma combinação melhor de ter-





12 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

mos de pesquisa contribui para tornar a lista mais precisa. Utilizando uma única palavra (gravidez, doença, dor, etc.) corre-se o risco de gerar listas muito pouco práticas.

EXEMPLO 1

O termo de pesquisa "gravidez" foi acrescido em mais de 1.300 formulações de conceito diferentes. Não podemos, portanto, realizar uma pesquisa a partir apenas dessa palavra. O simples diagnóstico de "gravidez" aparece como conceito de "gravidez confirmada" ou pode ser pesquisado por meio do código W78, o que resulta em mais de 23 formulações terminológicas diferentes.

EXEMPLO 2

Palavras como "agudo", "crônico" etc. também aparecem em diversos conceitos e podem servir para reduzir a lista, mas trata-se de termos secundários:

- Bronquite: 96 possibilidades
- Agudo, bronquite: 24 possibilidades
- Agudo, bronquite, purulento: 2 possibilidades
- Purulento, bronquite: 8 possibilidades

EXEMPLO 3

O termo de pesquisa "otite" nas seguintes combinações:

- Otite: 104 possibilidades
- Otite média: 71 possibilidades
- Otite média, aguda: 31 possibilidades
- Otite média, aguda, purulenta: 4 possibilidades

EXEMPLO 4

Febre, como palavra simples, leva a 287 ocorrências, entre as quais também o termo simples acompanhado do código CIAP A03, que deveria, de preferência e de uma forma ou de outra, aparecer no início da lista. Para obter uma escolha mais restrita, basta acrescentar qualquer outro termo que pertença ao conceito, como, por exemplo, hemorrágico (36 possibilidades), intermitente (3 possibilidades), séptico (102 possibilidades) etc.





Os termos de pesquisa são de preferência (e quase exclusivamente) termos específicos da prática assistencial. Palavras como “o”, “a”, “e”, “pequeno”, “grande”, “muito”, “pouco”, etc. não são, por conseguinte, palavras de pesquisa.

Só encontraremos algarismos nos termos de pesquisa se eles forem, de maneira geral, indispensáveis, como, por exemplo, para as anomalias cromossômicas, o IMC (índice de massa corpórea) para a obesidade, os conceitos de QI (quociente de inteligência).

Modificações do Tesouro

Um Tesouro nunca está inteiramente terminado. Ele evolui sempre com o pensamento médico e da prática assistencial, e deve, portanto, estar sempre sujeito a novas adaptações. Da mesma forma, tendo sido concebido pelo homem, ele não é infalível e pode conter erros. No desenvolvimento de um Tesouro correto e de fácil utilização, a participação dos usuários é indispensável. Espera-se, portanto, que um máximo de observações sejam transmitidas. Dessa forma, o produto poderá continuar a evoluir e a ser aperfeiçoado. É igualmente importante que os técnicos encarregados de implementar o Tesouro nos *softwares* levem em conta o caráter prático das adaptações. O Tesouro não tem por objetivo guiar os técnicos em sua forma de proceder quanto a isso.

A cada adaptação do Tesouro, os idealizadores garantem a disponibilização não somente do Tesouro em sua totalidade, mas também dos seguintes arquivos:

- lista de todas as modificações: todos os IBUIs que foram modificados
 - modificações no nível da codificação;
 - adaptações realizadas nos termos de pesquisa;
 - adaptações realizadas na formulação do conceito (ver observação).
- lista dos IBUIs a serem suprimidos quando um IBUI de referência (novo ou que permaneceu) é sempre mencionado
- lista dos novos IBUIs

Observação: a partir da versão prevista para o início de 2008, cuidaremos com bastante afinco para que as formulações de conceito permaneçam constantes. Isso quer dizer que, se uma designação sofrer modificações de sentido, criaremos um novo IBUI em vez de modificar o IBUI existente. O antigo IBUI poderá então ser mencionado na lista dos IBUIs a serem suprimidos, tendo como referência o novo IBUI.

As modificações (futuras) realizadas nas formulações de conceito vão se referir, portanto, quase unicamente, aos erros de linguagem ou das adaptações ortográficas, e não de novas significações.





14 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

NOTA 1

Todos os algoritmos citados aqui em relação com o número de formulações de conceito ou de termos de pesquisa são exatos apenas no dia em que o presente texto foi redigido. Com efeito, em razão das adaptações realizadas em permanência no Tesouro, esses dados podem, em qualquer outro momento, ser diferentes.

NOTA 2

Os redatores do Tesouro solicitam formalmente a todos os usuários e desenvolvedores de *softwares* que transmitam o máximo de comentários críticos e complementares. Somente trabalhando dessa forma será possível obter, aos poucos, um instrumento cada vez mais adequado à prática cotidiana da Medicina Geral e atenção primária à saúde. A equipe de redação agradece desde já a todos pela colaboração no aperfeiçoamento do produto. Os comentários e sugestões dos utilizadores do Tesouro no Brasil devem ser enviados ao representante deste país no *Wonca International Classification Committee (WICC)*, Gustavo Gusso, pelo e-mail ciabrasil@gmail.com. Ele se encarregará de traduzir e transmitir todas as sugestões para o grupo de trabalho responsável pela atualização do Tesouro.

C. CLASSIFICAÇÕES CIAP E CID

A CIAP é a classificação mais apropriada e reconhecida no cenário internacional, e abrange especificamente a área da medicina geral, principalmente a sistematização dos motivos de consulta e diagnósticos.

Nomenclatura

Contém todos os termos do jargão profissional médico.

Um *Tesouro* é uma compilação de termos: uma organização sistemática de noções oriundas de uma língua, concebida de forma a poder fornecer facilmente um panorama das palavras cujas significações são similares. Uma distinção é feita entre sinônimos, palavras que descrevem uma noção mais vasta, e palavras cujo sentido é mais estrito.

Os *sistemas de classificação* oferecem uma estrutura que permite agrupar conceitos denomináveis em função de critérios definidos. Eles não incluem necessariamente todos os termos e não são, portanto, o equivalente de uma nomenclatura.

O CIAP contém uma nomenclatura, e o Tesouro oferece um conjunto de termos e conceitos organizados na CIAP, que são por sua vez vinculados a partir desta a última CID.





A Wonca dispõe dos direitos de autor no que tange ao CIAP, e a utilização e a implementação do CIAP-2 no Tesouro belga (3BT) acompanham essa versão oficial. No futuro, o 3BT será adaptado de forma contínua a fim de permanecer em conformidade com a versão oficial da Wonca, e essa versão seguirá por sua vez as adaptações realizadas na CID.

Tanto do lado francofônico quanto do lado holandês e português, o grupo de trabalho responsável pelo Tesouro é representado na WICC (Wonca International Classification Committee). Essa última é responsável pela evolução do CIAP e pelas adaptações que são realizadas.

No Tesouro, o mapeamento entre CIAP e CID está, portanto, em concordância perfeita com a versão oficial da Wonca, e não pode a partir de então, em hipótese alguma, ser adaptado ou modificado! A Wonca detém igualmente os direitos de copyright para todas as informações complementares da CIAP (como os critérios de inclusão), e o Tesouro segue rigorosamente essa versão. Todas as observações a esse respeito podem ser transmitidas à equipe de redação do Tesouro, que poderá por sua vez submetê-las à WICC e discutir a respeito.

CID-10

O Tesouro provisoriamente não retomou a estrutura da CID-10 em sua integralidade, em vista da abrangência desta classificação que extrapola a atenção primária. Dessa classificação somente a parte vinculada a CIAP se encontra no Tesouro.

A CID-10 compreende também informações de inclusão e de exclusão e os códigos são estruturados de forma hierárquica: quanto mais dígitos, maior o número de detalhes e maior é a granularidade.

O código CID-10 é composto no mínimo (igualmente no Tesouro) por uma letra e dois algarismos, eventualmente seguidos de um ponto e de um outro algarismo.

Nenhum dos códigos CID-10 é totalmente “acessível” até o nível de algarismos mais baixo, e nenhum dos acessos existentes na CID-10 é integrado ao Tesouro. Somente as formulações mais comuns e utilizáveis para a primeira linha aparecem atualmente no Tesouro. A CID compreende de fato grandes partes que não são muito pertinentes do ponto de vista dos tratamentos de primeira linha.

Da mesma forma, os termos de inclusão e de exclusão, bem como todas as demais informações complementares da CID-10, não são integrados ao Tesouro.

No futuro, a CID será provavelmente tornada acessível de forma mais no Tesouro: ex. Capítulo CID XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos V01-Y98), todas as malignidades possíveis com seus tipos histo-





16 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

lógicos (morfologia dos neoplasmas), etc. A dificuldade residirá, no entanto, na complexidade dos critérios de inclusão e de exclusão de duas classificações diferentes, nas contradições em nível dos conceitos e na estrutura bastante diferente das duas classificações. (Ver também a observação relativa a CID no âmbito da utilização de procedimentos)

Capítulos CID

A classificação é dividida em 21 capítulos. O primeiro caractere do código CID é uma letra. Em princípio, uma letra é atribuída a cada capítulo. Existem exceções.

A letra D é utilizada nos capítulos II (neoplasmas) e III (Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e certos distúrbios do sistema imunológico). Encontramos a letra H nos capítulos VII (Doenças do olho e seus anexos) e VIII (Doenças da orelha e da apófise mastoide).

Os capítulos I, II, XIX e XX recorrem mais de uma letra para os primeiros caracteres de seus códigos.

Cada capítulo comporta um número de categorias de três caracteres suficientes para dar conta do conteúdo; alguns dos códigos disponíveis não são utilizados, deixando assim uma margem para futuras revisões e extensões da classificação.

Os capítulos I a XVII se referem às doenças e outras afecções. O capítulo XVIII compreende os sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outro lugar. O capítulo XIX refere-se a lesões traumáticas, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas. Os três capítulos restantes incluem os temas que por hora mapeiam dados diagnósticos. O capítulo XX (Causas externas de morbidade e de mortalidade) servia originalmente para classificar as causas das lesões e envenenamentos. A partir da CID-9, esse capítulo passou também a ser utilizado para qualquer causa externa determinada de doenças e outras afecções. Finalmente, o capítulo XXI (Fatores que influenciam o estado de saúde e motivos de procura aos serviços de saúde) classifica os dados que explicam porque uma pessoa não-doente entra em contato com os serviços de saúde. Esse capítulo também trata das circunstâncias nas quais um paciente recebe tratamento em um dado momento, ou tratamentos destinados a essa pessoa.

Para fazer o *download* da CID 10 e obter mais informações acesse a página: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

A versão inglesa da CIAP-2e-v.4.0 pode ser baixada no seguinte endereço: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage___1062.aspx





Estrutura da CIAP

A CIAP possui uma estrutura biaxial, em que o primeiro eixo é composto por 17 capítulos relativos a sistemas e órgãos designados por uma letra, e o segundo por 7 componentes cuja sistematização é repetida a cada capítulo, apresentando para cada elemento um código de dois algarismos.

Componentes A B D F H K L N P R T S U W X Y Z

1
2
3
4
5
6
7

- A. Geral e não-específico
- B. Sangue, órgãos hematopoiéticos e aparelho imunológico
- D. Digestivo
- F. Visual
- H. Auditivo
- K. Circulatório
- L. Musculoesquelético
- N. Neurológico
- P. Psicológico
- R. Respiratório
- S. Cutâneo
- T. Endócrino, metabólico e nutricional
- U. Urológico
- W. Gravidez, parto e planejamento familiar
- X. Genital feminino e seios
- Y. Genital masculino e seios
- Z. Problemas sociais

- *Componente 1* = códigos -01 a -29: sintomas e queixas (linguagem do paciente)
- *Componente 2* = códigos -30 a -49: procedimentos diagnósticos e preventivos
- *Componente 3* = códigos -50 a -59: procedimentos terapêuticos e medicações
- *Componente 4* = códigos -60 a -61: resultados de testes





18 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

- *Componente 5* = códigos -62: administrativo
- *Componente 6* = códigos -63 a -69: referências e outros motivos de consulta
- *Componente 7* = códigos -70 a -99: diagnósticos e doenças, em uma ordem fixa e baseada na etiologia: doenças infecciosas, neoplasias, traumatismos, anomalias congênicas e outras doenças.

As seções dos componentes 2 a 6 são idênticas para todos os capítulos, e somente a versão belga foi provisoriamente de 40 para mais de 1.550 códigos a partir da adição de subcódigos, criados pelo acréscimo de um ponto e de dois algarismos suplementares no fim do código CIAP original. Trata-se da lista de procedimentos (ver implementação e utilização de códigos de procedimento).

Todos os demais códigos CIAP dos componentes 1 e 7 contêm sempre uma letra e dois algarismos, e somente esses códigos são vinculados a códigos CID.

Os códigos CIAP dos componentes 1 e 7 (sintomas/ queixas/ diagnósticos) estruturam-se da seguinte forma:

- Os códigos 1-29 (componente 1) descrevem principalmente sintomas e queixas, utilizando uma linguagem próxima da linguagem do paciente. Os sintomas mais gerais para o sistema/aparelho corporal em questão (capítulo CIAP indicado pela primeira letra) são citados em primeiro lugar, portanto, essencialmente os códigos -01 a -20:

Ordem dos códigos mais comuns:

- 01: dor (para o aparelho corporal específico)
- 26: medo de câncer
- 27: medo de ter uma outra doença
- 28: limitação da função/incapacidade
- 29: outro sintoma/queixa

Essa série é idêntica em todo o capítulo, mas se aplica concretamente ao aparelho anatômico em questão.

Os códigos 70-99 (componente 7) descrevem basicamente os diagnósticos e doenças, seguindo, sempre que possível, a mesma ordem em cada capítulo:

- Infecções
- Neoplasias
- Traumatismos
- Anomalias congênicas
- Outros diagnósticos

Somente o capítulo Z (Problemas sociais) não contém o componente 7.





Utilidade prática da CIAP

No início, a codificação CIAP era útil sobretudo em escala universal, em função de estudos de morbidade e registros, para explorar o campo de ação do médico generalista. Por sua implementação no prontuário informatizado e sua ligação a um Tesouro e às descrições de conceito, ela apresenta um interesse muito maior no plano prático. Ela se tornou hoje um instrumento que serve para a codificação no prontuário do paciente, bem como para a organização de socorro a eles, como a prevenção, a definição do perfil de risco, a comunicação com os outros prestadores de socorro, a assistência especializada etc. – muitos elementos que requerem uma classificação e uma denominação de qualidade.

Além disso, cada vez mais sistemas especializados disponíveis on-line (ex: diretrizes baseadas em evidências, revisões não sistemáticas para médicos generalistas) são codificados com CIAP como palavras-chave, de forma que os códigos diagnósticos (ou outros) do prontuário podem servir de guia para obter diretamente *on-line* a diretriz correta durante a consulta, poupando, assim, um trabalho exaustivo de pesquisa. Uma outra vantagem é que, a partir de seus próprios termos de pesquisa em uma língua, pode-se obter diretrizes em inglês, sem que seja necessário digitar corretamente o termo de pesquisa em inglês.

O CIAP não é, no entanto, uma classificação bibliográfica nem um sistema terminológico bibliográfico. O CIAP não pode, portanto, em hipótese alguma, substituir os códigos dos Descritores em Ciências da Saúde ou DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Utilização prática da CIAP

Com o auxílio do Tesouro, é possível codificar dados do prontuário de forma muito fácil, o que permite utilizá-los como instrumento de organização. A fim de poder tirar proveito integral das vantagens oferecidas pela codificação, é indispensável, no entanto, observar as regras de utilização e dispor de certo conhecimento da estrutura da CIAP.

No prontuário, onde é feito um relatório de cada contato e onde é realizada uma classificação por episódio de cuidado, é importante distinguir três tipos de dados:

- Motivo da consulta
- Avaliação, apreciação ou diagnóstico
- Intervenções (o processo de tratamento)





20 Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Algumas regras para o registro do motivo de consulta:

- Seja o mais detalhado possível (eventualmente após ter solicitado detalhamentos ao paciente). Ex.: dor no peito: capítulos A, K, L, R, X ou Y?
- Siga sempre a terminologia do paciente (ex.: “estou amarelo” – S08 ou icterícia = D13);
- Em alguns casos, a queixa é formulada por um acompanhante;
- Qualquer problema manifestado verbalmente pelo paciente em pessoa é registrado como motivo da consulta. Não se inclui aí a “anamnese” completa, sendo essa já uma parte do exame e com dados objetivos;
- Podem ser formulados como motivo da consulta tanto sintomas ou queixas quanto procedimentos e diagnósticos; o importante aqui é o que o paciente diz ou solicita, mesmo que não seja “medicamente” correto. Todos os códigos CIAP podem ser, portanto, utilizados. Quando o paciente formula um “diagnóstico” como motivo da consulta, precisamos nos adequar à designação do paciente nessa seção do prontuário, mesmo que ela esteja incorreta;
- Se o próprio paciente não indicar nenhum motivo da consulta, o médico formula, como motivo da consulta, a razão pela qual esse episódio permanece aberto. Exemplos:
 - episódio em andamento iniciado pelo médico (CIAP *64);
 - consulta de acompanhamento (CIAP *63).

Utilização do CIAP para o registro de diagnósticos

- Para fins de maior credibilidade, os critérios de inclusão (ver explicações complementares a respeito da CIAP) devem ser rigorosamente respeitados.
- Quando três aparelhos/sistemas ou mais são envolvidos, a codificação deve ser feita, de preferência, no capítulo A.
- Se o código ou título da CIAP não for suficientemente preciso, pode-se recorrer aos códigos CID vinculados ao código CIAP específico. O problema se impõe unicamente quando os dados são completados diretamente por meio da CIAP, e não quando se trabalha via Tesauro, considerando a dupla codificação automática (CIAP e CID) de cada conceito.
- A codificação do diagnóstico é efetuada com a especificidade mais elevada possível quanto ao encontro em questão;
- Deve ser feita uma distinção entre a hipótese e o diagnóstico. Na seção do diagnóstico, este é especificado de acordo com a certeza do médico





nesse momento, e em conformidade com os critérios diagnósticos. Em caso de dúvida, utilizam-se formulações mais gerais (sintoma/queixa). Na análise dos dados e na definição do perfil de risco do paciente, é crucial evitar qualquer confusão entre hipótese e diagnósticos (certezas).

- Ex.: um nódulo na altura do seio não é um câncer mamário até que isso tenha sido diagnosticado com suficiente precisão. Durante a investigação, o diagnóstico permanece como “nódulo no seio”.
 - Ex.: “sede excessiva” pode ser um sinal de diabetes, mas enquanto o diagnóstico não for estabelecido, convém continuar mencionando “sede excessiva” e não “diabetes” como rótulo do episódio.
- Os procedimentos não devem ser diagnósticos: os códigos CIAP *30 a *69 são todos intervenções iniciadas por uma ou outra razão. Esses códigos se referem apenas às intervenções (antes ou depois do diagnóstico, exame ou planejamento) ou para o motivo da consulta, e, em geral não servem para designar um episódio ou diagnóstico. Trata-se, portanto, de designar o diagnóstico somente com auxílio dos códigos CIAP 1 a 29 e 70 a 99, precedidos pela letra correspondente ao sistema ou órgão afetado.
- Ex.: para o código de vacinação *44 utilizado para diversas vacinas, o episódio é, em geral, denominado “A98: prevenção”. No Tesouro, essa denominação abrange toda uma série de formulações ou rótulos (*labels*) que a dividem (*granulam*) em vacinações. O código *44 é mapeado na seção “Intervenções”.
- Em razão de uma diferença em termos de desenvolvimento conceitual da CID com relação à CIAP, a CID se refere aos procedimentos contidos no componente 7 do CIAP (ex: parto) porque é unicamente vinculado aos componentes 1 e 7;
- Quando o problema ou afecção requer tratamentos particulares ou uma abordagem particular é anotado como um episódio ou diagnóstico bem específico;
- Ex.: Paciente que sofre de uma doença isquêmica do coração, de fibrilação atrial, e de crises de angústia delas decorrentes: essas manifestações requerem uma abordagem especial e representam, portanto, três episódios ou diagnósticos específicos.
 - Ex: Paciente que sofre de diabetes e de uma complicação temporária do diabetes: trata-se de episódios distintos que pertencem, no entanto, a um mesmo problema global.





As regras complementares da CIAP

Diferentes seções de informações foram acrescentadas aos componentes 1 e 7 de diversos códigos CIAP Possibilidades:

- definição
- inclusão
- exclusão
- consideração
- nota

Os critérios de inclusão visam a uma maior coerência quanto à codificação. Eles não exercem função de definições ou critérios diagnósticos para serem usados com o paciente, mas pretendem ser compatíveis com estes. Eles se destinam a realizar, da melhor forma possível, a **utilização correta da codificação**. Esses critérios se baseiam, na medida do possível, em critérios clínicos, evitando, assim, precisar realizar outros testes ou análises. Eles também devem depender o mínimo possível da tecnologia, considerando que a disponibilidade de tais meios difere bastante de um país para outro e ao longo do tempo. Isso favorece uma melhor utilização desses critérios nos consultórios de Medicina Geral do mundo inteiro. Para uma utilidade otimizada, é preferível privilegiar a concisão à limitação.

Os critérios de inclusão NÃO DEVEM ser levados em conta no âmbito dos motivos da consulta, MAS, SIM, para especificar o diagnóstico ou o problema. Os motivos da consulta dependem exclusivamente das palavras do paciente, que deveriam concordar com o que se registra no prontuário neste campo diferente do diagnóstico dado pelo profissional, que pode ou não ter a concordância do paciente.

Da mesma forma, esses critérios servem de fio condutor não para estabelecer o diagnóstico, mas para garantir uma codificação adequada.

No momento de nomear um problema ou um diagnóstico, recomenda-se examinar todas as notas acrescentadas ao código CIAP específico, a fim de contribuir para uma utilização correta da classificação CIAP. Se, ao utilizar o Tesouro, uma grande parte desse trabalho for útil por meio da formulação dos conceitos contidos nele, estes não são, contudo, uma garantia em si, e, por essa razão, um controle continua sendo recomendado por meio da consulta dos critérios de inclusão/exclusão bem como das demais notas de cada código da CIAP.

D. INFORMAÇÕES TÉCNICAS

As informações técnicas a seguir aplicam-se aos *webmasters* que fazem o *upload* do arquivo nos prontuários eletrônicos:





A base de dados só pode ser modificada pelo Grupo de Trabalho que coordena o Tesouro.

Nas tabelas, cada termo de pesquisa é associado a um IBUI por meio do qual o usuário pode acessar uma ou mais formulações clínicas contidas na base de dados. A combinação de termos de pesquisa permite obter a designação clínica desejada.

Tabela dos termos clínicos

IBUI

Termo Português: conjunto de palavras em português escritas na língua materna do médico e utilizáveis como rótulo no prontuário eletrônico

CIAP2_Código1	o 1º código CIAP-2 anexado ao descritivo clínico
CID10_Código1	o 1º código CID-10 anexado ao descritivo clínico
CIAP2_Código2	o 2º código CIAP-2 anexado ao descritivo clínico
CID10_Código2	o 2º código CID-10 anexado ao descritivo clínico
CIAP2_Código3	o 3º código CIAP-2 anexado ao descritivo clínico

Tabela dos códigos da CIAP-2

Código CIAP2	código CIAP-2
Componente	componente ao qual pertence o código na CIAP
Título	designação do código em português
CIDs 10 possíveis	possibilidades de códigos da CID10 vinculadas e este código CIAP
CID10 ideal	código da CID10 mais comumente vinculado a este código CIAP
definição	definição do conceito
critérios de inclusão	critério(s) de inclusão
critérios de exclusão	critério(s) de exclusão
considerar	referências a outros conceitos análogos
nota	observações

Observação: caso o *software* utilize apenas a tabela dos códigos, para o mapeamento a CID é possível utilizar apenas a coluna “CID ideal” levando a um mapeamento 1 para 1. O Tesouro, por detalhar cada conceito contido em cada código da CIAP, fornece um mapeamento mais preciso com até três códigos da CIAP e dois da CID para cada conceito.





Tabela dos IBUIs substituídos ou deletados

Um IBUI pode ser considerado como “doravante inútil”. Pode ocorrer também de o exame do tesouro revelar que registros não devam mais ter seu lugar da mesma maneira. Uma vez o erro sendo constatado, o IBUI é substituído pelo Grupo de Trabalho responsável. Esses IBUIs podem, no entanto, já ter sido utilizado em um prontuário médico e deve ser, portanto, sempre acessível. Para isso, será disponibilizada, junto com novas versões, um arquivo dos “IBUIs DELETADOS ou SUBSTITUÍDOS” compreendendo os IBUIs que podem ser *acessíveis*, mas *que não podem mais ser utilizados na atualização de um prontuário*.

Utilização dos IBUIs no software

Quando um usuário escolher uma designação (formulação de conceito), sempre associada a um IBUI específico, o objetivo é que **todos** os códigos CIAP e CID que estejam relacionados a ela (a lista é, por conseguinte, diferente para o homem e a mulher) sejam salvos de forma a poder servir para análises posteriores e/ou para a organização do sistema do prontuário (prevenção, perfil de risco, contra-indicações de medicamentos, vínculos para procedimentos de auxílio à decisão ou diretrizes, recomendações, normas, *guidelines* etc.).

Fontes

O *Tesouro* foi desenvolvido na Universidade de Amsterdã, no âmbito do projeto “Aanpassing ICPC, integratie en implementatie van ICPC-2 en ICD-10 (CM)”, financiado pelo “Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport”.

Em 2006-2007 foi criada a base de dados LOCAS: Software de Codificação e de Aquisição de Sinônimos desenvolvido por CARE EDITIONS asbl: M. B. DENDEAU, M. JAMOULLE e M. ROLAND.

Sob solicitação do *Ministério da Saúde Pública da Bélgica*, e sob a coordenação dos doutores Marc BANGELS¹, Jan DEMAENEER² e Michel ROLAND³, o *Tesouro* foi fundamentalmente refeito tornando-se adequado para a utilização clínica.





Os autores desse trabalho são:

- Para a versão francesa: M. DE JONGHE⁴, M. B. DENDEAU⁶ e N. KACENELENOGEN⁴
- Para a versão holandesa: M. VERBEKE⁵, M. P. VANHOVE⁶, S. DEROOSE⁵ e D. SCHRANS⁵
- Para a versão brasileira: G. GUSSO⁷ e D. KNUPP⁸, H. LIRA⁹, É. FIGUEIREDO⁹

1. Ministério da Saúde Pública belga
2. Professor na “Universiteit Gent”
3. Professor na Universidade Livre de Bruxelas
4. Colaborador na Universidade Livre de Bruxelas
5. Colaborador na “Universiteit Gent”
6. Especialista em Informática
7. Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
8. Preceptor-chefe da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Odilon Behrens
9. Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Odilon Behrens

Lista das abreviações utilizadas

- 3BT: Belgian Multilingual Multiclassified Tesauro
- CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária
- CID: Classificação Internacional de Doenças
- PMI: Prontuário Médico Informatizado
- WHO-FIC: World Health Organization – Family of International Classifications
- Wonca: World Organization of Family Doctors
- IBUI: Identificateur Belge Unique
- WICC: Wonca International Classification Committee







ÍNDICE

- A. Introdução
- A1. Definição
- A2. Objetivo do Tesouro como instrumento
- A3. Classificação de referência
- A4. Estrutura do Tesouro
- B. Constituição do Tesouro
- Conceitos e designações clínicas
- Ortografias similares e corretas
- Utilização das expressões
 - “inespecífico” ou “outro(a)(s)... especificado(a)(s)”: Diagnósticos primário e secundário
 - “-ao longo de outra afecção/doença”
- Metástases
- Homem/Mulher
- Sugestão para os “webmasters”
- “Na criança”, “no adolescente”
- As expressões “nascido vivo(a)(s) e “natimorto(a)(s)”
- Os termos “maligno”, “benigno” e “congenito”
- Utilização da conjunção “ou”
- “Doenças de” ou “síndrome de”
- Codificações de Etiologia x Manifestação
- Lista dos procedimentos ou intervenções
- Utilização do Tesouro: listas de seleção
- Modificações do Tesouro
- C. Classificações CIAP e CID
- CID-10
- Capítulos CID
- Estrutura CIAP
- Utilidade prática da CIAP
- Utilização prática da CIAP
- As regras complementares da CIAP
- D. Informações técnicas
- Tabela dos termos clínicos
- Tabela dos Códigos da CIAP
- Tabela dos IBUIs substituídos ou deletados
- Utilização dos IBUIs no software
- Fontes
- Lista das abreviações utilizadas