

Edição 2022.2



CIAP-3 Manual do Usuário

Orientação sobre como codificar dados de saúde na Atenção Primária

Huib ten Napel & Kees van Boven

Tradução: Gustavo Gusso e Vinicius de Almeida

O uso da CIAP-3 de forma padronizada

As formas de codificação da informação utilizando a CIAP variam um pouco de acordo com o tipo de informação que está sendo registrada, por exemplo, motivo de consulta, problema de saúde, funcionalidade, relacionado à funcionalidade ou intervenção. Para promover o registro consistente e, portanto, melhor comparabilidade dos dados entre os serviços, sugere-se os seguintes padrões.

As regras de codificação são baseadas nas regras de codificação das classes da CIAP-2 e complementadas pelas regras de codificação das classes dos novos capítulos da CIAP-3.

Recomenda-se que você abra o navegador com a classificação enquanto estuda o manual da CIAP-3 no site

<https://brasil.icpc-3.info/>.

Para mais informações sobre a CIAP-3, consulte a versão completa do Manual do Usuário e Classificação da CIAP-3:

<https://www.routledge.com/ICPC-3-International-Classification-of-Primary-Care-User-Manual-and-Classification/Boven-Napel/p/book/9781032053394>

Visão Geral dos Capítulos do Manual

- 01 Quais são as características únicas da CIAP?
- 02 Padrão para uso em motivo de consulta
- 03 Padrão para uso em problemas de saúde e episódios de cuidado não relacionados a doença
- 04 Padrão para uso em funcionalidade e aspectos relacionados à funcionalidade
- 05 Padrão para uso em processos de cuidado (intervenções)
- 06 Padrão para uso de extensões regionais, códigos de emergência e demais extensões
- 07 CIAP - Conceitos importantes
- 08 Estrutura proposta para a descrição dos encontros

Características únicas

Capítulos

A CIAP 3 está dividida em dezenove capítulos sendo que quatorze representam a localização do problema e/ou doença. Isso facilita o uso para profissionais de saúde. Para além dos capítulos relativos aos diferentes sistemas do corpo, existem capítulos para as questões gerais, para a prevenção, o planejamento familiar e o exame geral, para os problemas sociais, para as questões de funcionalidade e relacionadas à funcionalidade e um capítulo para as intervenções. A capacidade de captar prevenção/planejamento familiar, questões não especificadas, problemas sociais e informações sobre atividades e participação é de extrema importância para compreender o que acontece na atenção primária. A escolha das classes é baseada na estrutura que combina motivos de consulta com doenças/problemas de saúde, participação, atividades, funções, intervenções/procedimentos e fatores ambientais. Trata-se de uma classificação adaptada à Atenção Primária à Saúde, utilizando conceitos da atenção primária vinculados às demais classificações (incluindo CID-10, CID-11, CIF, ICHI e SNOMED CT).

Sintomas, queixas e doenças

Os capítulos B a W e A são divididos em dois componentes. Os componentes lidam com (S) sintomas, queixas e achados anormais; e (D) diagnósticos e doenças. Muita atenção é dada aos sintomas e queixas do paciente no primeiro componente de cada capítulo como motivo de consulta (MC), o que não é captado pela CID. A vinculação de códigos desde o início de um encontro com o MC até sua conclusão é possível com a CIAP.

Funcionalidade e Relacionado à Funcionalidade

Este capítulo permite uma descrição da funcionalidade e de aspectos relacionados à funcionalidade em cada contato das pessoas com os serviços de Atenção Primária à Saúde. Eles fornecem uma visão geral e contextualizada de cada pessoa em um determinado momento no tempo.

A funcionalidade (de uma pessoa) depende:

1. de funções fisiológicas (incluindo funções psicológicas), divididas nas classes 2F71 a 2F99;
2. do desempenho em tarefas ou ações, representadas nas classes de atividades e participação 2F01 a 2F69.

Os fatores relacionados à funcionalidade descrevem o contexto em que a funcionalidade ocorre e como ou com qual suporte a funcionalidade é realizada. Eles consistem em Fatores ambientais (aspectos de fora da pessoa) e Funções de personalidade (aspectos que diferem uma pessoa da outra). As Funções de personalidade são indicadas pelo próprio paciente e requerem a percepção e expressão do impacto ou papel que uma característica desempenha no contexto de saúde dessa pessoa.

Características únicas - continuação -

Intervenções e processos

Além dos processos diagnósticos e do protocolo terapêutico, programas relacionados a condições, encaminhamentos e administração podem ser registrados com as classes deste capítulo.

Intervenções nos subcomponentes:

- 1 Intervenções de diagnóstico e monitoramento
- 2 Intervenções terapêuticas e preventivas
- 3 Programas relacionados à condições registradas e
- 6 procedimentos Administrativo são utilizados no processo de assistência médica.

Os seguintes subcomponentes não podem ser utilizados da mesma forma, mas continuam a ser em certa medida intervenções:

4 Resultados

e algumas classes de:

5 Consulta, encaminhamento e outros motivos de consulta, tais como:

- 501 Motivo de consulta ou problema iniciado pelo profissional
- 502 Motivo de consulta ou problema iniciado por outro que não o paciente ou o profissional assistente

Motivo de Consulta (MC)

Os pacientes normalmente iniciam a consulta com uma declaração verbal espontânea sobre o motivo pelo qual visitam o profissional de saúde. Isso é chamado de Motivo de Consulta (MC). É o início da interação e precede a interpretação pelos profissionais. O MC é a expressão literal do(s) motivo(s) pelo qual uma pessoa entra no consultório, traduzido em um código CIAP pelo profissional. Representa a necessidade de cuidado por parte dessa pessoa. O MC pode ser apresentado sob a forma de sintomas e queixas ('*dor abdominal, lesão de pele*'), mas também como doenças autodiagnosticadas ('*estou gripado*'), um problema em uma atividade ('*não posso trabalhar*') ou pedidos de uma intervenção específica.

O profissional da atenção primária deve identificar e esclarecer o motivo de consulta (MC) conforme declarado pelo paciente, sem fazer julgamentos quanto à correção ou precisão do motivo. A declaração do paciente é traduzida em um termo classificatório e codificada. Esse uso da classificação é norteado por três *princípios*:

Três princípios:

1. O motivo de consulta deve ser compreendido e acordado entre o paciente e o profissional e deve ser reconhecido pelo paciente como uma descrição aceitável.
2. Uma classe da CIAP escolhida deve ser a mais próxima possível da declaração original do motivo dada pelo paciente e deve representar uma transformação mínima ou nenhuma por parte do profissional. No entanto, o esclarecimento dos motivos de consulta do paciente no âmbito da CIAP é necessário para que a classe mais adequada da classificação possa ser aplicada.
3. A descrição e os critérios de inclusão elencados para as classes a serem utilizadas no registro de problemas de saúde NÃO devem ser usadas, uma vez que o motivo de consulta deve ser documentado do ponto de vista do paciente, baseado inteiramente na declaração do motivo pelo paciente.

Quase todas as partes da classificação são aplicáveis, pois os pacientes podem descrever seus motivos ao procurar atendimento de saúde na forma de sintomas ou queixas, como solicitações de serviços, como questões de atividades ou como problemas de saúde. A maneira pela qual um paciente expressa seu(s) motivo(s) de consulta determina qual capítulo e qual (sub)componente usar, exceto as classes que se enquadram no componente Relacionado à Funcionalidade (2R) e no subcomponente Funcionalidade (2F7). Essas classes podem ser usadas pelo provedor para explorar ainda mais o MC e o episódio de cuidado (EC) para conceitos semelhantes em Sintomas, queixas e achados anormais.

Escolhendo o código do capítulo

Para codificar o MC é necessário primeiro selecionar o capítulo apropriado, atribuir o código alfa correto de um ou dois dígitos e, em seguida, o código numérico de dois ou três dígitos no (sub)componente relevante, como um sintoma ou queixa, um diagnóstico, limitações de atividades e participações ou uma intervenção. Os termos de pesquisa na CIAP-3 on-line devem ser usados quando há incerteza sobre o capítulo ou (sub)componente no qual um motivo não específico para consulta deve ser colocado.

O capítulo A1 é usado para motivos de consulta relacionados à necessidade de imunização ou rastreamento, planejamento familiar, preferências do paciente ou busca ativa de casos. O capítulo A é utilizado para os MCs que se referem a sistemas não especificados ou múltiplos, os capítulos B-W os MCs relacionados com sistemas do corpo e o capítulo Z a MCs relacionados com problemas sociais. Os MCs relacionados aos processos de cuidado encontram-se no capítulo I e MCs relacionados às limitações em atividades e participação no capítulo II.

Quando a CIAP é usada para registrar MC, cinco regras se aplicam ao uso dos capítulos. Essas regras estão enumeradas a seguir com exemplos de sua aplicação.

Regra 1

Sempre que o paciente fizer uma afirmação específica, use sua terminologia.

Exemplo: Icterícia, na forma de um termo descritivo diagnóstico pode ser encontrado no Capítulo D (sistema digestório), mas o paciente pode apresentar este sintoma como uma cor amarelada da pele (Capítulo S). Se o paciente expressa o problema como icterícia, o código da CIAP é DS13. Se, no entanto, o paciente disser 'minha pele ficou amarela', o código correto seria SS07 (mudança de cor da pele), embora o profissional de saúde tenha certeza de que o diagnóstico é algum tipo de hepatite.

Regra 2

O motivo da consulta deve ser codificado da forma mais específica possível e pode exigir algum esclarecimento por parte do profissional.

Exemplo: A dor torácica pode ser codificada como AS12 (dor torácica), ou como KS01 (dor, pressão, aperto no coração), ou como RS01 (dor no sistema respiratório), ou como LS04 (sintoma ou queixa torácica musculoesquelética). A decisão quanto à seleção correta não se baseia na opinião do profissional quanto ao tipo de dor torácica, mas, sim, na forma como o paciente expressa seu motivo de consulta quando o profissional busca esclarecer.

"*É em todo o meu peito...*" AS12, '*Meu peito dói quando eu tusso*' RS01, '*Eu tenho dor no peito... Acho que é o meu coração*' KS01, '*Tenho dor no peito depois de cair da escada*' LS04.

Regra 3

Quando o paciente é incapaz de descrever sua queixa, o motivo dado pela pessoa responsável é aceitável como o declarado pelo paciente (por exemplo, uma mãe trazendo uma criança ou parentes acompanhando um paciente inconsciente).

Regra 4

Se o paciente indicar limitação nas atividades ou barreira na participação, o grau de redução também deve ser perguntado usando o valor da escala do problema.

Regra 5

Qualquer problema apresentado verbalmente pelo paciente deve ser registrado como motivo de consulta. A codificação múltipla é necessária se o paciente der mais de um motivo. Codifique cada motivo apresentado em qualquer fase da consulta que isso ocorra.

Exemplos:

'Preciso dos meus comprimidos para asma. Além disso, meu joelho dói' -R201, LS14.

Se depois o paciente perguntar: '*O que é esse caroço na minha pele?*' ou disser '*Não consigo subir escadas*', esses também são codificados como motivo de consulta —SS04 e 2F28-PSV3.

Escolhendo o (sub)componente dos capítulos

Sintomas e queixas dos capítulos A a Z

Os motivos mais comuns relatados pelos pacientes para procurarem o serviço de saúde apresentam-se sob a forma de sintomas e queixas. Isso implica que o componente de sintomas, queixas e achados anormais dos capítulos de A a Z serão usados frequentemente. Esses sintomas são específicos para cada capítulo; 'náusea' é encontrado no capítulo Sistema digestório (DS09), enquanto 'espirros' (RS09) está no capítulo Sistema respiratório. Embora a maioria das classes neste componente sejam sintomas específicos do capítulo, alguma padronização foi introduzida para facilitar a codificação.

Padronização das classes de sintomas, queixas e achados anormais dos capítulos A - W

Na maior parte dos capítulos, com exceção do capítulo A1, capítulo Z, capítulo I e capítulo II, o conteúdo dentro do componente -S está organizado da seguinte forma:

- —S01 - —S49 Sintomas e queixas
- —S50 - —S89 Resultados anormais e achados físicos
- —S90 - —S98 Preocupação ou medo de uma doença ou condição (câncer incluído)
- —S99 Outros sintomas, queixas ou achados anormais especificados

A primeira classe de cada capítulo diz respeito ao sintoma dor. Exemplos disso são dor de ouvido (HS01) e dor de cabeça (NS01).

Códigos —S50 e, às vezes, também alguns outros, são usados quando o paciente indica um achado físico anormal em si mesmo. São exemplos:

'Acho que minha pressão arterial está baixa' KS50, *'Tenho baixo peso'* TS50

Códigos —S90 e às vezes também alguns outros, são usados quando o paciente expressa preocupação ou medo de câncer ou alguma outra condição ou doença. São exemplos:

'Tenho medo de ter tuberculose' AS90, *'Estou preocupado que eu tenha câncer de mama'* GS93, *'Tenho medo de doença venérea'* GS92.

Embora o profissional pense que o medo expresso é injustificado ou não lógico, ele representa o motivo de consulta do paciente.

Escolhendo o (sub)componente dos Capítulos - continuação -

Padronização das classes de sintomas e queixas dos capítulos A - W - continuação -

Em cada capítulo, o componente e o código do subcomponente --99 são a classe residual ou 'cesto de trapos' para esse (sub)componente. Este contém classes incomuns e menos usuais que não têm uma classe separada ou não fazem parte dos termos de inclusão de outras classes. Elas também podem ser usadas para classes que não são claramente indicadas. Evita-se utilizar a classe 'não especificada', porque em todos os casos é necessário ser o mais específico possível. Em todos os momentos, os termos do índice devem ser consultados para termos sinônimos em outras classes antes de usar esta classe.

Limitações em Atividades e barreiras em Participação, Subcomponente 2F0 do Capítulo II

As classes 2F01-2F69 devem ser utilizadas quando o motivo da consulta do paciente é expresso em termos de limitações ou barreiras que afetam as atividades e a participação na vida diária e nas funções sociais.



Sempre use o valor da escala do problema.

Exemplos:

'*Eu não consigo subir escadas por causa do gesso que colocaram na minha perna por minha fratura no tornozelo*' 2F28 & PSV.3 e LD36 (Componente D, diagnósticos e doenças).

'*Eu não posso trabalhar no consultório porque não consigo ficar sentado nem por um momento por causa das minhas hemorroidas*', 2F58 & PSV.3, 2F21 & PSV.3 e DD84 (Componente D, diagnósticos e doenças).

Escolhendo o (sub)componente dos capítulos

Componentes das intervenções e processos (intervenções diagnósticas, terapêuticas e preventivas, programas relacionados às condições relatadas, resultados de exames, encaminhamentos ou processos administrativos)

Os motivos de consulta incluídos neste conceito são aqueles em que o paciente:

- a. procura algum tipo de processo de cuidado, como *'estou aqui para fazer um exame de sangue'* (—105)



Ver capítulo 05 para a regra sobre a utilização de um travessão.

Exemplos:

O paciente pode solicitar um determinado procedimento conectado a um problema expresso ou como uma demanda única, tais como:

'Quero que o médico examine meu coração' K102, ou

"Acho que preciso fazer um exame de urina" (—106), ou

'Preciso de uma vacina' (—202)

O esclarecimento por parte do profissional é necessário para descobrir por que o paciente acha que precisa de um exame de urina para selecionar o código alfa adequado. Se for por causa de uma possível infecção da bexiga, o código é U106; se por causa de diabetes, T106. Se o resultado de um raio-X que está sendo solicitado refere-se a uma radiografia contrastada de sistema digestório, D401. O código para um pedido de vacinação contra a rubéola é A202.

- b. solicita um tratamento ou quando o paciente se refere às instruções do médico para retornar para tratamento, procedimento ou medicação específica como motivo de consulta.

Muitas vezes, é necessário um maior esclarecimento por parte do prestador para identificar o código mais adequado.

Exemplos:

'Preciso do meu remédio' (—201). Se o paciente expressar a razão pela qual está tomando a medicação ou o profissional souber o motivo, selecione o código alfa apropriado, por exemplo, para uma infecção de seios paranasais, o código seria R201.

Escolhendo o (sub)componente dos capítulos

Componentes das intervenções e processos (intervenções diagnósticas, terapêuticas e preventivas, programas relacionados às condições relatadas, resultados de exames, encaminhamentos ou administrativos) - continuação -

'*Estou aqui para tirar meu gesso* (—207). Se for evidente que, por exemplo, o paciente teve uma fratura do braço esquerdo, o código alfa correto a ser selecionado seria L.

'*Disseram-me para vir retirar os pontos hoje*' (—207). Embora inicialmente se possa supor que toda remoção de sutura seria no capítulo Pele, o paciente pode ter pontos por conta de uma cirurgia palpebral F207 ou de uma operação de fimose G207.

c. pode solicitar um programa de saúde. Um programa de saúde consiste em uma combinação de várias intervenções relacionadas a uma condição relatada.

Exemplo:

'*Eu vim para o meu programa de diabetes*' (T308).

d. solicitar especificamente os resultados de exames realizados anteriormente.

Este subcomponente deve ser utilizado quando o paciente estiver solicitando especificamente os resultados de exames realizados anteriormente. O fato de os resultados poderem ser negativos não afeta o uso desse componente. Muitas vezes, o paciente solicita o resultado do exame e suas consequências e busca mais informações sobre o problema subjacente. Nesse caso, considere também usar o código adicional —203 (educação para a saúde, aconselhamento).

Exemplos:

'*Vim ver o resultado do meu raio-X do tornozelo*' (L401).

'*Preciso do resultado do meu exame de sangue*'. Se o teste foi para anemia, codifique B401; se é para hipercolesterolemia, T401; se o paciente não pode especificar, A401.

'*Devo pegar o resultado do meu exame de urina e levar ao urologista. Eu também quero saber o que ele vai fazer e quais exames e tratamento eu posso esperar*' (U401, U203).

Escolhendo o (sub)componente dos capítulos

Componentes das intervenções e processos (intervenções diagnósticas, terapêuticas e preventivas, programas relacionados às condições relatadas, resultados de exames, encaminhamentos ou administrativos) - continuação -

'Quero saber os resultados dos exames feitos pelo especialista'

—402. A classe —402 deve ser usada quando o paciente pede o resultado de um exame ou teste de outro prestador.

e. o motivo da consulta é “ser encaminhado a outro prestador”;

Se o motivo da consulta do paciente for ser encaminhado para outro prestador, —505 encaminhamento para outro prestador da atenção primária; —506, encaminhamento para especialista, clínica ou hospital; e —599, outras consultas, encaminhamentos e motivos de consulta especificados podem ser usados para esse fim. Se o paciente declarar que seu motivo de consulta é "*ter sido enviado por outra pessoa...*", use —502.

f. o motivo de consulta para um problema iniciado pelo prestador

Quando um profissional inicia um episódio ou toma a iniciativa de acompanhar um episódio já existente de um problema de saúde, como hipertensão, obesidade, alcoolismo ou tabagismo, será apropriado codificar o motivo de consulta como —501, motivo de consulta ou problema iniciado pelo profissional. Se o prestador aconselhou o paciente a voltar para uma consulta de controle, esse código não deve ser usado. Muitas vezes, o uso de —102, exame ou avaliação de saúde parcial, é o código apropriado.

Exemplos.

Um paciente se apresenta com uma orelha obstruída devido à cera, que é removida. O profissional mede sua pressão arterial (portanto, não um MC mencionado pelo paciente) e constata que ela estava alta, e o paciente também recebe orientações sobre tabagismo. Os motivos de consulta do paciente e os problemas e tratamentos relacionados seriam registrados da seguinte forma:

HS06 (sensação de ouvido tapado), HD66 (cerúmen no ouvido em excesso), H204 (remoção de cerúmen).

K501 (iniciado pelo prestador), KS51 (pressão arterial elevada), K102 (verificação da pressão arterial).

P501 (iniciado pelo prestador), PS14 (abuso de tabaco), P203 (conselhos para parar de fumar).

Escolhendo o (sub)componente dos capítulos

Componentes das intervenções e processos (intervenções diagnósticas, terapêuticas e preventivas, programas relacionados às condições relatadas, resultados de exames, encaminhamentos ou administrativos) - continuação -

g. as razões administrativas para a procura pelo sistema de saúde incluem coisas como exames exigidos por terceiros (alguém que não seja o paciente), formulários de seguro que exigem preenchimento e discussões sobre a transferência de registros.

Exemplos:

"Preciso que este formulário de seguro médico seja preenchido" (A601).

'Minha fratura resolveu e preciso de um atestado para voltar a trabalhar' (L601).

Escolhendo o (sub)componente dos capítulos

Diagnóstico e problemas do Capítulo A – W

Somente quando o paciente expressa o motivo de consulta como um diagnóstico ou uma doença específica é que ele deve ser codificado no Componente D dos Capítulos A – W.

O motivo da consulta de um paciente que é sabidamente portador de diabetes, mas vem com queixa de fraqueza, não deve ser codificado como diabetes, mas como o problema expresso: '*fraqueza*' (AS04). No entanto, se o paciente afirma que compareceu para falar sobre sua 'diabetes', o diagnóstico 'diabetes' deve ser codificado como seu motivo de consulta (TD71 ou TD72).

Se o paciente nomeia um motivo de consulta na forma de um diagnóstico que o profissional sabe que não está correto, o MC 'errado' do paciente é codificado em vez do 'correto' dos médicos.; por exemplo, um paciente apresentando um motivo de consulta "enxaqueca", quando o profissional sabe que é cefaleia tensional, ou um paciente que é conhecido por ter pólipos nasais apresentando "*rinite alérgica*".

Exemplos:

'*Estou aqui por causa da minha hipertensão*' (KD73).

'*Venho todo mês para artrite no quadril*' (LD78).

Regra geral

Classes de mais de um componente, ou mais de uma classe do mesmo componente, podem ser usadas para a mesma consulta se mais de um motivo for apresentado pelo paciente.

Exemplos:

'*Estou com dores abdominais desde ontem à noite e vomitei várias vezes*' DS01, DS10.

'*Tenho algumas dores abdominais e acho que posso estar com apendicite*' DS06, DD72.

Regras gerais para a codificação de problemas de saúde e cuidados não relacionados a doença

Problemas de saúde

Após a anamnese e o exame físico, o profissional de saúde faz um diagnóstico/avaliação que indica o episódio de cuidado em que ocorre o encontro. O diagnóstico/avaliação é o ponto de vista do profissional de saúde. O rótulo do episódio pode ser um sintoma, uma doença ou problema, um problema em atividade ou participação ou um episódio de cuidado não relacionado a doença, como consultas relacionadas à necessidade de imunização, a exames de rastreamento específicos e à promoção da saúde. O título do episódio nunca deve ser uma classe de processo, intervenção, funcionalidade ou relacionado à funcionalidade.

Para melhorar a confiabilidade da codificação de problemas de saúde usando a CIAP-3, quase todas as classes têm informações adicionais para orientar seu uso: descrições, termos para inclusão e exclusão, termos de indexação e, às vezes, dicas e notas de codificação. Estes são explicados no Capítulo 4 do livro: CIAP-3 Manual e Classificação.

Regras gerais para codificação de problemas de saúde e episódios de cuidados não relacionados a doença

Os usuários são estimulados a registrar, durante cada encontro, todo o espectro de problemas e episódios de cuidado manejados nesse encontro, incluindo problemas orgânicos, psicológicos, sociais, problemas em atividades e participação, na forma de episódio(s) de cuidado. O registro deve estar no mais alto nível de refinamento do diagnóstico em que o usuário esteja confiante e que atenda à descrição ou critério de inclusão para essa classe. Em qualquer sistema de dados é necessário ter critérios claros e específicos para a forma como os problemas de saúde ou episódios de cuidados são registrados. Isso se aplica particularmente à relação entre a condição subjacente e as suas manifestações, quando ambas podem estar disponíveis como classes na classificação. Essa relação é melhor ilustrada por um exemplo:

Um paciente com doença cardíaca isquêmica também pode ter fibrilação atrial e ansiedade resultante.

Deveria ser padrão incluir as manifestações como episódios de cuidado separados que exigem manejo diferente, e, no exemplo acima, a fibrilação atrial e a ansiedade seriam registradas como episódios de cuidado adicionais.

Alguns sistemas eletrônicos aceitam que os problemas sejam codificados com um código de intervenção/processo. **Isso não é recomendado ou correto.** As intervenções ocorrem sempre em um EC e, como indicado anteriormente, o episódio de cuidado pode, por exemplo, relacionar-se à necessidade de imunização ou rastreamento. As intervenções realizadas nesses episódios de cuidado devem ser codificadas com os Códigos de Intervenção do Capítulo I - Intervenções e Processos, e não com as classes do Capítulo A1.

Regras gerais para a codificação de problemas de saúde e cuidados não relacionados com a doença

Na CIAP, a *localização* dentro de um sistema do corpo precede a etiologia, de modo que, ao codificar uma condição que, devido à sua etiologia, pode ser encontrada em vários capítulos (por exemplo, trauma), o capítulo apropriado deve ser usado.

Todos os episódios de cuidados não relacionados a problemas de saúde, por exemplo, planejamento familiar, prevenção, exame de rotina, etc., estão listados no capítulo A1.

- O capítulo A (geral) só deve ser considerado se o local não for especificado ou se a doença afetar mais de dois sistemas do corpo.
- Os capítulos B - W fornecem classes específicas com base no sistema do corpo ou órgão envolvido na doença e na etiologia.
- As condições que acompanham e afetam a gravidez, ou o puerpério, são geralmente codificadas com o Capítulo W, mas uma condição não é codificada com o Capítulo W simplesmente porque a paciente está gestante; ela deve ser codificada para a classe apropriada no capítulo que representa o sistema do corpo envolvido.
- Todos os problemas sociais, identificados como motivo de consulta ou como problema, estão listados no componente (ZC) do Capítulo Z.
- Os problemas em Atividades e Participação estão listados no Subcomponente 2F0 do Capítulo II.

Regras específicas para codificar problemas de saúde usando critérios de inclusão (ver também o Capítulo 4 do livro: CIAP-3 Manual e Classificação):

Regra 1

A codificação dos diagnósticos deve ocorrer no mais alto nível de especificidade possível para aquele encontro com o paciente.

Regra 2

A descrição contém as informações necessárias para permitir a codificação para essa classe.

Regras gerais para a codificação de problemas de saúde e cuidados não relacionados com a doença -cont.-

Regra 3

Consulte a descrição e inclusão após a formulação do diagnóstico. Não são diretrizes para o diagnóstico e **não** devem ser utilizadas como guia para decisões terapêuticas.

Regra 4

Se a descrição e a inclusão não se encaixarem, pesquise no browser inserindo o(s) termo(s) na caixa de pesquisa.

Regra 5

Para aquelas classes sem descrição, consulte a lista de termos de inclusão e os termos de indexação na classe e considere quaisquer termos de exclusão.

Codificação dupla

A dupla codificação só é recomendada para algumas classes se o registro da manifestação ou causa for clinicamente importante. Por exemplo, na classe FD67 (retinopatia) recomenda-se também codificar o agente causador conhecido, por exemplo, diabetes TD71 – TD72 ou hipertensão KD73 – KD74 .

A dupla codificação é aconselhada na *Nota* dessas classes.

No browser da CIAP -3 há uma opção para pesquisar e selecionar mais de um código, incluindo extensões de códigos específicos. Esses códigos podem ser copiados para a área de transferência e colados em um documento ou sistema eletrônico.

Enriquecendo a CIAP-3 com uma perspectiva de funcionalidade

Com as classes do Capítulo II, é possível descrever aspectos da funcionalidade e relacionados à funcionalidade de todos os contatos das pessoas (primeiro e de acompanhamento) com o sistema de saúde na atenção primária e comunitária. As classes adquirem significado quando o paciente faz uma afirmação sobre elas, por exemplo, se o paciente experimenta uma barreira em participação ou uma limitação em uma atividade. Ou se o paciente tiver um problema de funcionalidade (comprometimento) em sua energia, memória, equilíbrio.

As classes do capítulo II são relacionadas com a pessoa e não se relacionam especificamente com um Episódio de Cuidado (EC). O registro das classes relacionadas à funcionalidade e relacionado à funcionalidade pode ocorrer dentro e fora da EC. Todas as classes de funcionalidade cadastradas devem estar sempre envolvidas na análise dos episódios de cuidado.

Funcionalidade e Relacionado à funcionalidade juntos oferecem uma "imagem" descritiva ou "instantânea" da pessoa em um determinado momento no tempo. A relação entre funcionalidade e relacionado à funcionalidade e outros componentes só pode ser compreendida no contexto mais amplo da estrutura da CIAP-3.

Seleção das classes

Os itens funcionalidade e relacionado à funcionalidade são um subconjunto selecionado de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS, que fornece uma visão geral de uma pessoa em uma abordagem pessoa-em-contexto, em um determinado momento no tempo.

Quando indicado nas referências das classes, um conjunto específico de itens está disponível na forma de uma ferramenta para a avaliação da funcionalidade (e incapacidade). Esses conjuntos podem ser considerados como implementações da CIF em um caso de uso específico.

- Em primeiro lugar, há o World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) da OMS, que está disponível em www.psychiatry.org/dsm5 (https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_WHODAS-2-Self-Administered.pdf). O WHODAS 2.0 é um instrumento de aplicação geral para a avaliação de dificuldades decorrentes de condições de saúde/saúde mental. Recomenda-se que esse instrumento de avaliação seja utilizado para a coleta de dados de incapacidade para adultos com 18 anos ou mais.

Seleção de classes - continuação -

- Para uso específico em serviços de atenção primária à saúde, a Primary Care Functioning Scale (PCFS) foi desenvolvida e validada para pacientes na atenção primária com morbidade crônica e multimorbidade de 50 anos ou mais. O PCFS está disponível no site icpc-3.info (<https://icpc-3.info/documents/extra/pcfs.pdf>). As propriedades psicométricas da PCFS foram estabelecidas e a PCFS também pode ser usada como um instrumento de medida válido e confiável. Novas pesquisas com o PCFS são necessárias para estudar se o PCFS também é um instrumento viável, eficiente e prático para uso em todo o domínio da atenção primária [1,2].
- Além disso, o 'Arrêts de Travail en médecine générale à partir de la Classification Internationale de Fonctionnement' (ATCIF) foi desenvolvido para a prescrição de atestados médicos. Em muitos países, a prescrição de licenças médicas é frequentemente utilizada na atenção primária à saúde/medicina de família. A utilização da CIAP-3 para a prescrição de licenças médicas, em vez da abordagem médica tradicional, apoia e modifica a forma como os profissionais de saúde e os pacientes se comunicam no contexto do trabalho.

As questões desses três questionários foram discriminadas como classes no Capítulo II e seu uso é incentivado sempre que relevante, como itens separados ou pontuados com o WHODAS 2.0, o PCFS ou o ATCIF.

Caso seja necessário maior detalhamento sobre aspectos da funcionalidade e relacionados à funcionalidade do que aquele disponível na seleção de itens apresentada, a CIF da OMS deve ser consultada.

Acesso à classificação da CIF: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/> ou <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>

Componente Funcionalidade

A **funcionalidade de uma pessoa** pode ser definida pela complexidade de componentes como as funções fisiológicas dos sistemas do corpo e funções psicológicas, características anatômicas de partes do corpo como órgãos, membros e seus componentes e a execução de tarefas ou ações por um indivíduo ou o envolvimento de uma pessoa em uma situação de vida.

As funções fisiológicas dos sistemas do corpo e as funções psicológicas são referidas como **Funções do Corpo** (nível do corpo e do sistema do corpo).

As características anatômicas de partes do corpo, como órgãos, membros e seus componentes são referidas como **Estruturas do Corpo** (nível do corpo).

Componente Funcionalidade - continuação -

As estruturas anatômicas propriamente ditas não são classificadas na CIAP-3. Na CIAP-3, os termos anatômicos estão harmonizados com o Foundational Model of Anatomy (FMA) e, portanto, com a mesma terminologia na CIF e na CID-11.

A execução de tarefas ou ações por um indivíduo é referida como **Atividades** (nível da pessoa).

O envolvimento de uma pessoa em uma situação de vida é referido como **Participação** (nível da pessoa em um contexto social).

Do ponto de vista da Atenção Primária à Saúde, as Atividades e a Participação são a **parte central para a formação de uma abordagem centrada na pessoa**. Isso significa que na CIAP-3 o subcomponente Atividades e Participação vem em primeiro lugar, seguido pelo subcomponente Funcionalidade.

Regra 1

As classes do subcomponente **Atividades e Participação** podem ser codificadas como MC, EC /problema, informações ligadas a um MC e EC ou como parte de questionários. Sem uma pontuação de valor, essas classes são de pouca importância no contexto de funcionalidade e não devem ser usadas para codificar funcionalidade. É necessário perguntar sobre a gravidade do problema se o paciente não expressá-la espontaneamente.

Exemplo:

'*Não consigo escrever, não consigo mais segurar minha caneta*' 2F25 Uso fino da mão com a extensão PSV.3 problema completo.

Regra 2

As classes no subcomponente **Funcionalidade** do componente **Funcionalidade** podem ser usadas para explorar mais profundamente um MC ou queixa e não podem ser usadas como MC ou EC. A queixa tontura, cansaço, esquecimento proferida pelo paciente é codificada com as classes de sintomas e queixas dos sistemas orgânicos e não com uma classe de funcionalidade. Embora alguns nomes de classe no subcomponente Funcionalidade se sobreponham a nomes de classe no componente Sintomas, queixas e achados anormais e se refiram ao mesmo fenômeno, eles servem a um propósito ou função diferentes.

Componente Funcionalidade - continuação -

Exemplo:

'Estou tonto' MC NS09.

Explorando a tontura pelo **prestador**: “*É uma sensação pesada de estar girando ou de desequilíbrio?*”

Paciente: '*é mais girando, mas não o tempo todo*' 2F83 Tontura com extensão PSV.1 Problema leve/moderado.

Uma "tontura" como **uma incapacidade** (Problema em uma função: 2F83) pode ser usada de forma descritiva para entender até que ponto uma pessoa experimenta a tontura como um problema. Sem codificar a incapacidade ou o nível da incapacidade, a tontura é apenas um elemento textual, difícil de rastrear. A codificação como funcionalidade torna a tontura, e as mudanças nela, rastreáveis, disponíveis para discussão e mensurável.

Componente Relacionado à Funcionalidade

Os fatores relacionados à funcionalidade descrevem o contexto em que a funcionalidade ocorre e como ela é executada. Eles são compostos pelos **fatores ambientais** em que a pessoa vive (fora da pessoa) e pelas **características pessoais** em que uma pessoa difere de outra pessoa. Funções de Personalidade requerem a própria percepção e expressão da pessoa e até que ponto uma característica pessoal desempenha um papel no contexto de saúde da pessoa.

Regra 3

As classes do componente **Relacionado à Funcionalidade** são usadas apenas para explorar mais a fundo um MC ou queixa ou um Problema do EC.

Exemplo

"*Minha filha tem Covid-19, o que devo fazer para não me infectar?*" MC AP20, solicitando conselhos para um EC/problema AP50
Contato e exposição a doenças transmissíveis.

E se o prestador quiser registrar as condições de **vida** no contexto de prevenção de infecção, o código 2R04 Habitação deve ser usado com uma escala.

Componente Relacionado à Funcionalidade - continuação -

Regra 4

Funções de Personalidade só devem ser utilizadas se fornecidas pela própria pessoa e com consentimento para uso ou reutilização. Não é para expressar a opinião do profissional de saúde sobre a pessoa.

Regra 5

As classes do subcomponente **Fatores ambientais** *não se destinam* a codificar dados sociodemográficos e contextuais. Claro, pode ser importante saber se alguém mora sozinho, que profissão tem, se vive na pobreza etc. No entanto, o significado dessa informação é mais de “fundo”, sociodemográfica. Descreve o contexto do paciente e tem o mesmo valor que, por exemplo, idade, sexo, país de nascimento, etc.

Exemplos

Não ter um trabalho remunerado não significa que isso seja um problema para o paciente.

Se for um problema para o paciente, o código de classe é ZC17 Problema de desemprego.

Para explorar o problema do desemprego pode ser utilizada uma classe 2F58 Trabalho remunerado com a escala de extensão.

Se não for um problema, a **CIAP-3 não é usada** para registrar essas informações.

Componente Relacionado à Funcionalidade - continuação -

Caso clínico:

Uma mulher de 31 anos vem à noite para uma consulta não agendada. Paciente: "Estou com dor no tornozelo". História: Ela teve trauma pela manhã. No exame, um tornozelo inchado devido a um hematoma extenso. Para descartar uma possível fratura maleolar, recomenda-se um raio-X. A paciente se recusa. Ela está desempregada, pertence a uma classe social baixa, baixa escolaridade e não tem plano de saúde. Além disso, ela é mãe solteira, com uma filha pequena, de 12 anos, para cuidar. No final, a paciente e seu médico optam por colocar um simples curativo em seu tornozelo, esperando que isso seja suficiente para resolver o problema.

Codificando este encontro:

O MC é LS15 sintoma ou queixa do tornozelo. Durante o exame físico codifique L102; há achados que indicam fratura do maléolo. O diagnóstico é uma possível *fratura de maléolo (LD36)* e a conduta não é um raio-X como seria de se esperar, mas apenas um *curativo L211*. Nesse contexto, o registro e a codificação correspondente a não ter seguro saúde (*2R19 extensão FBV.6 Seguro social, barreira completa*) por falta de dinheiro é um fator importante que explica a conduta.

Neste caso, o contexto do paciente é amplamente relatado: *mãe solteira, baixa escolaridade, classe social baixa, desempregada, etc.* Todas essas informações não estão relacionadas com sua recusa em fazer um raio X. O que está diretamente relacionado a isso é que ela não tem seguro de saúde por falta de dinheiro. E esse fato é importante para o cuidado oferecido nesse episódio assistencial. Os demais contextos pessoais (mãe solteira, baixa escolaridade, classe social baixa e desempregada) não são codificados.

Avaliação da funcionalidade e a CIAP

Na versão anterior da CIAP (versão 2), a classe **Função limitada / incapacidade —28**, era uma rubrica padrão em todos os capítulos, mas quase nunca usada. O status funcional medido com gráficos COOP/WONCA poderia ser codificado nesta rubrica com a adição de um dígito extra [3]. Mas essa abordagem foi considerada problemática, uma vez que o estado funcional diz respeito ao paciente como um todo e não ao problema de saúde em um capítulo específico. A relação tornou-se difícil de interpretar caso haja mais de um problema ativo, pois a comorbidade dificulta a interpretação.

Nas classes do componente Funcionalidade e Relacionado à Funcionalidade da CIAP-3 dá-se ao profissional de saúde a oportunidade de descrever a funcionalidade e aspectos relacionados à funcionalidade de todos os contatos (primeiro e acompanhamento) referentes ao paciente. Há referências indicadas para questionários como o PCFS, WHO-DAS 2.0 e ATCIF que podem ser usados fora de um encontro com um MC ou EC específico. Por exemplo, o PCFS pode ser usado para todos os pacientes acima de 50 anos com multimorbidade, o WHO-DAS 2.0 como uma ferramenta geral aplicável para a avaliação de dificuldades devido a condições de saúde/saúde mental para adultos e o ATCIF para prescrições de atestados médicos. São todas diferentes aplicações das classes da CIF no contexto da CIAP-3.

A qualidade de vida ou o bem-estar geral não são avaliados com a CIAP-3. No entanto, como descrito acima, é possível descrever a funcionalidade relacionada à saúde de uma pessoa fora do EC. Dessa forma, a funcionalidade fica disponível durante cada encontro e pode fornecer informações para a tomada de decisões, a definição de metas e a medição de resultados.

Referências

1. S.A.E. Postma, K. van Boven, H. ten Napel, D.L. Gerritsen, W.J.J. Assendelft H. Schers, T.C. olde Hartman. The development of an ICF-based questionnaire for patients with chronic conditions in primary care, *Journal of Clinical Epidemiology*, 103 (2018) p92-p100, Elsevier, Accepted 7 July 2018; Published online.
2. Simone A.E. Postma, Henk Schers, Jules L. Ellis, Kees van Boven, Huib ten Napel, Hugo Stappers, Tim C. olde Hartman Debbie .L. Gerritsen. Primary Care Functioning Scale showed validity and reliability in patients with chronic conditions: a psychometric study, *Journal of Clinical Epidemiology*, 125 (2020) p130-p137, Elsevier, Accepted 13 May 2020; Published online.
3. van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten F W M M, van Duijn N P, and Meyboom-de Jong B. Measuring functional health status with the COOP-WONCA Charts: a manual. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, The Hague, 1995

Processo de cuidado, intervenções

A CIAP pode ser usada para codificar as intervenções no processo de cuidado com quase todas as classes do Capítulo I. No entanto, o Componente 4 “Resultados” e algumas classes do Componente 5 “Consulta, encaminhamento e outros motivos de consulta”, a saber, —501 e —502, não podem ser usados como intervenção. Eles *podem* ser usados como um MC.

As classes de processo são amplas e gerais ao invés de específicas. Por exemplo, um exame de sangue (—105), mesmo que relacionado a apenas um sistema do corpo (por exemplo, cardiovascular, K105), pode abranger uma grande variedade de testes diferentes, como enzimas, lipídios ou eletrólitos.

Nos Componentes 1, 2, 6 e na parte do Componente 5 que pode ser utilizada para classificar o processo de cuidado, os códigos de classe são padronizados ao longo dos capítulos no nível de três dígitos. O código alfa do capítulo correto deve ser adicionado pelo provedor que está codificando. Embora os procedimentos não possam ser usados como EC, há, no entanto, algumas exceções e um número limitado de rubricas no capítulo W que contêm procedimentos como parto e aborto induzido.

A seguinte regra para o uso de cada componente do Capítulo I reforçará a descrição das classes dos componentes.

Regra

Sempre que um código for mostrado precedido por um traço (—), selecione o código do capítulo nos capítulos de A a Z. Use o capítulo A quando nenhum capítulo específico puder ser selecionado. Todos os códigos devem começar com um código alfa para serem completos. Se o episódio for uma classe do Capítulo A1, use o código alfa de dois dígitos do componente em vez de A1.

Exemplo:

Biópsia será codificada —108, para o *sistema digestório* D108; para *pele*, S108. Medicação prescrita será codificada como —201. Um paciente solicitando *medicação* para *asma*: R201. Uma paciente solicitando *medicação* para *contracepção oral*: AF201.

O princípio mais importante no processo de codificação é codificar todas as intervenções que ocorrem durante o encontro e que têm uma relação lógica com o episódio de cuidado. Para maior especificidade, um quinto dígito pode ser introduzido. Veja os exemplos ou consulte a ICHI.

Processo de cuidado, intervenções – continuação -

Exemplo 1

- —207 Reparo, sutura ou gesso
- L207.1 Aplicação do gesso ou o código ICHI PZX. LC.AH
- L207.2 Remoção de gesso

Convenção para codificação: L207.1

- L significa Componente **Sistema Musculoesquelético**
- —207 significa **Reparo/fixação/sutura/gesso**
- .1 significa **Aplicação de molde (apenas)** – este quinto dígito pode ser acrescentado localmente (ver seção 05-6)

Código ICHI

- PZX. LC.AH = Aplicação de gesso e tala

Exemplo 2

- —112 Endoscopia diagnóstica
- D112 Endoscopia diagnóstica do sistema digestório
- D112.1 Gastrosopia ou o código ICHI KBF.AE.AD

Convenção para codificação: D112.1

- D significa **Sistema digestório**
- —112 significa **Endoscopia diagnóstica**
- .1 significa **Gastrosopia (apenas)** - este quinto dígito pode ser acrescentado localmente (ver seção 05-6)

Código ICHI

- KBF.AE.AD = Gastrosopia

Processo de cuidado, intervenções – continuação -

Mais de um código de processo pode ser usado para cada encontro, mas é extremamente importante ser consistente. Por exemplo, medir a pressão arterial, que é rotina para hipertensão, pode ser codificado como K102 em todas as ocasiões. Os exames de rotina, completos ou parciais, tanto para os sistemas do corpo como para o capítulo geral, também devem ser codificados com consistência. Mais adiante há alguns exemplos de definições para exames completos e parciais que foram usados em um contexto específico. No entanto, é essencial que cada país desenvolva uma definição do que constitui um 'exame ou avaliação de saúde parcial' e um 'exame ou avaliação de saúde completa' para essa cultura e que essas definições sejam utilizadas de forma coerente. Isso garantirá que o que está contido em cada 'exame de saúde parcial' ou 'exame de saúde completa' nesse país também tenha consistência.

Definições:

Exame completo

O termo 'exame completo' refere-se a um exame que contém os elementos de avaliação profissional que, por consenso de um grupo de profissionais locais, refletem o padrão habitual de cuidados. Este exame será completo em relação ao sistema do corpo (por exemplo, olho, Capítulo F) ou como um exame geral completo (Capítulo A).

Exame parcial

O termo 'exame parcial' em qualquer capítulo, refere-se a um exame parcial dirigido ao sistema ou função específica do órgão adequado. Quando mais de dois sistemas estão envolvidos em um exame limitado ou incompleto, ele é designado geral (Capítulo A). A maioria dos encontros incluirá um exame parcial para avaliar doenças agudas e simples ou consultas de retorno para doenças crônicas. A seguir, alguns exemplos:

Exame geral completo, check-up geral: A101

Exame neurológico completo: N101

Exame parcial geral, verificação limitada em vários sistemas do corpo, como respiratório e cardiovascular e neurológico: A102

Exame parcial de um sistema do corpo, medindo a pressão arterial: K102

Processo de cuidado, intervenções – continuação -

Os seguintes procedimentos são considerados pelo Comitê de Classificação WONCA como sendo *incluídos* em exames de rotina a serem codificados nas rubricas —101 e —102 em vez de codificados separadamente:

- inspeção, palpação, percussão, ausculta
- acuidade visual e fundoscopia
- otoscopia
- sensibilidade vibratória (exame do diapasão)
- função vestibular (excluindo provas calorimétricas)
- toque retal e exame vaginal
- exame especular vaginal
- aferição da pressão arterial
- laringoscopia indireta
- altura/peso

Todos os outros exames devem ser incluídos em outras .

Processo de cuidado, intervenções – continuação -

Componente -1 Intervenções de diagnóstico e monitoramento

Uma intervenção diagnóstica é uma intervenção clínica destinada a diagnosticar e monitorar a doença, condição ou lesão de um paciente.

Componente -2 Intervenções terapêuticas e preventivas

Os procedimentos preventivos abrangem uma vasta gama de atividades de cuidados de saúde, incluindo vacinações, rastreios, avaliação de riscos, educação e aconselhamento. A codificação de tratamento e medicamentos é usada para classificar os procedimentos feitos no local pelo prestador de atenção primária. Não se pretende que seja usado para documentar procedimentos feitos por prestadores a quem o paciente foi encaminhado, para os quais seria necessária uma lista muito mais extensa de procedimentos.

Componente -3 Programas relacionados às condições registradas

Esses programas de saúde consistem em uma combinação de várias intervenções, como perguntas durante a anamnese, exames de sangue e urina, espirometria, aconselhamento e opções de conduta, realizadas no centro de saúde.

Em geral, vários profissionais de saúde estão envolvidos num "programa". Isso implica que um plano de cuidados precisa refletir a abordagem integrada de todos os profissionais de saúde envolvidos. Isso também poderia ser chamado de modo biopsicossocial de trabalhar e pensar.

Para compreender exatamente o que foi feito no contexto do programa, as intervenções do componente -3 devem ser codificadas separadamente.

Os programas do componente -3 já dispõem de um prefixo para os capítulos a que se aplicam.

Componente -4 Resultados

O componente -4 não se relaciona a processos ou intervenções.

Processo de cuidado, intervenções – continuação -

Componente -5 Consulta, encaminhamento e outros motivos de consulta

Consultas e encaminhamentos para outros prestadores da atenção primária, médicos, hospitais, clínicas ou agências para fins terapêuticos ou de aconselhamento devem ser codificados neste componente. Também os motivos de consulta e problemas iniciados pelo prestador (- 501), ou por outro que não seja o paciente ou o prestador (- 502) devem ser codificados com classes desse componente.

Para maior especificidade, um quinto dígito ou referências a tabelas de encaminhamento usadas localmente podem ser adicionados, por exemplo:

—503 Consulta com um profissional de atenção primária

—503.1 Enfermeiro

—503.2 Fisioterapeuta

—506 Encaminhamento para especialista, clínica ou hospital

—506.1 Internista

—506.2 Cardiologista

— 505 Encaminhamento para outro profissional de atenção primária

—505.1 Enfermeiro

—505.2 Fisioterapeuta

Componente -6 Administrativo

Esse componente é projetado para classificar os casos em que o fornecimento de um documento ou formulário por escrito pelo prestador para o paciente ou outro serviço é garantido por regulamentos, leis ou protocolos existentes. A elaboração de uma carta de referência só é considerada um serviço administrativo quando é a única atividade realizada durante o encontro, caso contrário, está incluída no Componente 5. Escrever um plano de cuidados pode ser codificado com o código da rubrica —602.

Extensões regionais (Capítulo III)

Embora a CIAP tenha sido desenvolvida anteriormente para fornecer uma classificação para a Atenção Primária à Saúde em nível Internacional, suplementando ou completando o conjunto de classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), também é reconhecido que particularmente as necessidades regionais e nacionais de Atenção Primária à Saúde devem ser atendidas. A CIAP-3 ampliou seu conteúdo, portanto, para responder às necessidades nacionais e regionais de codificação.

Da mesma forma que os códigos centrais da CIAP-3 são selecionados com base na frequência internacional, os códigos de Extensão Regional são baseados na frequência de classes e códigos nos registros da Atenção Primária nacional e regional. Além disso, classes e códigos da lista Global Burden of Disease (GBD), necessários para alcançar uma cobertura mundial de problemas de saúde, foram incluídos nas Extensões Regionais. No momento, existem extensões regionais para a África, Europa e América do Sul. Outras Regiões estarão disponíveis quando indicadas por uma Região específica.

Caso uma solicitação de um novo código para uma classe seja enviada por mais de duas regiões (grandes), essa classe, após um procedimento de atualização completo, pode ser aceita como um código de 4 dígitos na classificação principal.

Em princípio, as classes/códigos nacionais ou regionais são parte da Inclusão de uma classe da versão principal (capítulos A1-II) da CIAP-3, onde o código de 6 dígitos já é apresentado.

Recomenda-se o uso do código de 6 dígitos, sempre que for utilizado o termo de inclusão específico. Isso evitará a necessidade de inventar códigos nacionais para termos já contidos na CIAP-3 e apoiará o intercâmbio de dados.

Exemplos:

‘*Febre de Lassa*’ AD14.05 em extensão africana e visível no núcleo da CIAP como inclusão em AD14

‘*Escarlatina*’ AD24.09 em extensão europeia e visível no núcleo da CIAP como inclusão em AD24

‘*Doença causada pelo Zika vírus*’ AD14.08 em extensão sul-americana e visível no núcleo da CIAP como inclusão em AD14

‘*Portador de hepatite B*’ AP80.01 em extensão africana e sul-americana e visível no núcleo da CIAP como inclusão em AP80



Para evitar que as mesmas queixas e doenças recebam códigos diferentes nas extensões regionais, a aplicação de um novo código regional é coordenada centralmente.

Códigos de emergência (capítulo IV)

O capítulo IV contém classes com códigos para novas doenças que podem ser usadas em situações de emergência de importância epidemiológica, dado o risco de propagação (nacional ou internacional) de infecções. Esses códigos são alinhados com os códigos CID. Na versão atual do CIAP-3, há 9 classes vazias disponíveis.

Códigos de extensão (Capítulo V)

Os Códigos de Extensão são fornecidos como códigos suplementares ou posições adicionais para dar mais detalhes ou significado ao código inicial, se assim for desejado. Os Códigos de Extensão não devem ser usados sem um código inicial. Na versão atual da CIAP-3 há três categorias, das quais duas se aplicam a classes específicas: **Escala de Valor e Temporalidade**

Escala de Valor

Atualmente 5 categorias são utilizadas na CIAP-3:

- *Valor de Escala de Consentimento (CSV)* é utilizado por um paciente para expressar o nível de concordância em relação às Funções da Personalidade (2R3). Sem esses valores, as Funções da Personalidade (estabilidade psíquica, confiança etc.) não têm significado específico.
- *Valor Facilitador ou de Barreira (FBV)* é utilizado por um paciente para expressar o nível como facilitador ou barreira das classes que compõem o ambiente em que a pessoa vive (moradia, saneamento, família imediata, etc).
- *Volume Expiratório Forçado (VEF)* é uma razão calculada para a indicar o volume de ar exalado em condições forçadas no primeiro segundo de expiração (VEF1). Também é chamada de ‘capacidade vital em pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica’.
Os critérios GOLD ou escala de gravidade são desenvolvidos pela Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease.
- *New York Heart Association (NYHA)* é uma escala que fornece uma maneira simples de classificar a gravidade da insuficiência cardíaca.
- *Escala de Valor do Problema (PSV)*. Na CIAP-3 não é feita distinção entre ter um problema com uma função ou uma atividade ou participação (ler, dirigir, vestir-se).

Para os componentes de Funcionalidade, as escalas de valor são expressas em termos do valor do nível ou impacto do problema. Usar esses valores em um determinado ponto no tempo ou ao longo de um período informa sobre a situação real da funcionalidade ou do momento da pessoa. Os valores também podem ser usados para a definição de metas e avaliações intermediárias do progresso.

Códigos de extensão (Capítulo V) - continuação -

Temporalidade

Curso

Ao indicar a duração de um transtorno, é feita uma distinção entre doenças com curso agudo, subagudo e crônico. A delimitação entre as 3 categorias não é clara. Normalmente, um período de 4 semanas é usado para condições agudas (segundo o dicionário WONCA, menos de 4 semanas), subaguda para duração entre 1 mês e 3 a 6 meses, e crônica por uma duração de mais de 3 a 6 meses (segundo o dicionário WONCA, uma doença ou deficiência que dura 6 meses ou mais).^[1]

Causalidade

Causalidade

É apresentado no Capítulo V para fins informativos apenas para abordar a causalidade de classes dentro de um componente. A vários desses tipos de classe foi atribuída uma cor específica que é mostrada na classificação. A coloração também é usada para a versão impressa resumida para aumentar o valor informativo. Embora tenha mais critérios listados na classificação, a causalidade será indicada em diferentes cores nesta versão resumida para:

- Infecioso
- Neoplásico
- Lesão (trauma)
- Congênito
- Outro diagnóstico

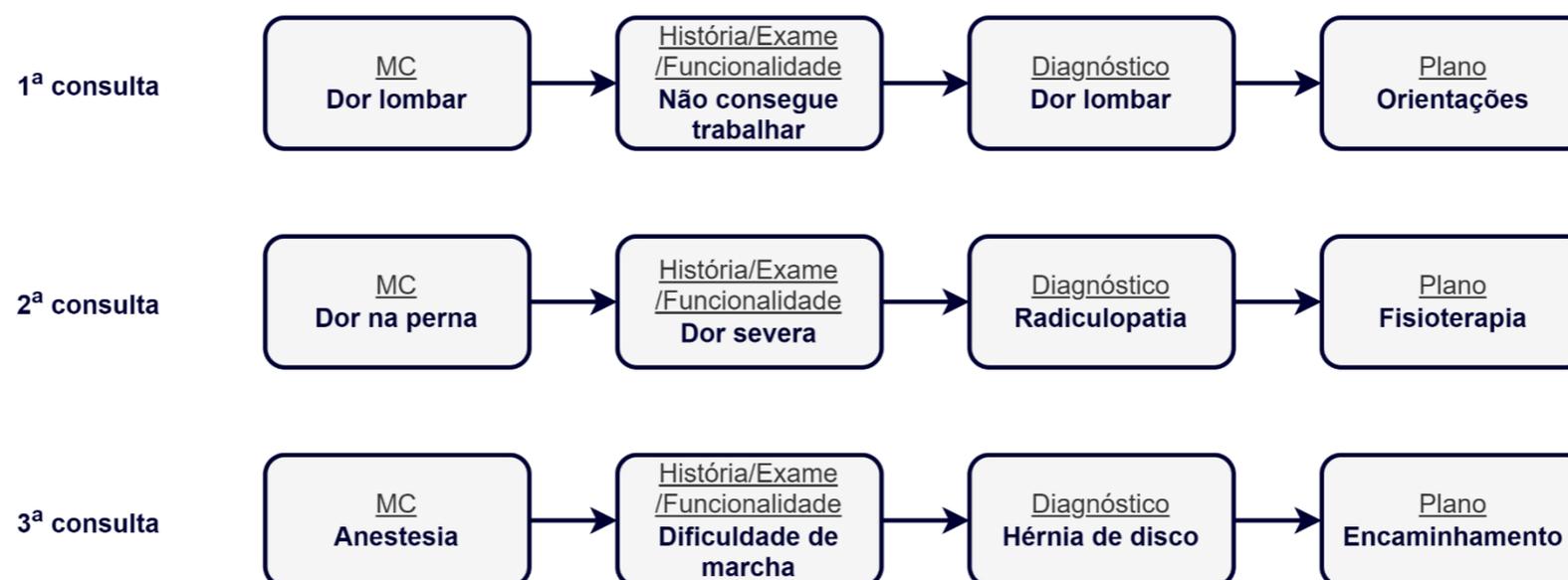
Referência

1. Bentzen N (ed.). An international glossary for general/family practice. Fam.Pract. 1995; 12:341-369.

Episódio de Cuidado (EC)

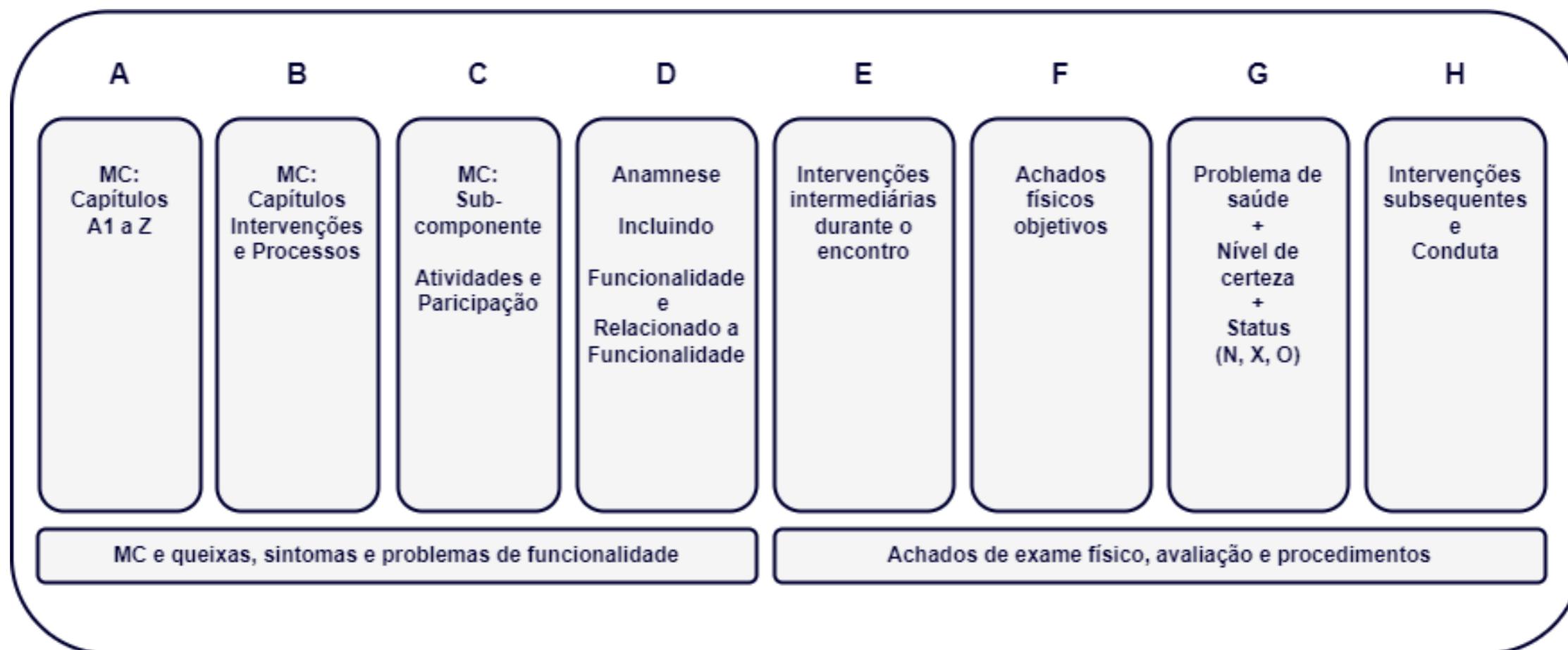
Todo o espectro de problemas (incluindo orgânicos, psicológicos e sociais), prevenção, rastreamento, imunização e planejamento familiar, gerenciados pelo profissional, são registrados na forma de episódios de cuidado. Motivos de consulta, funcionalidade, problemas de saúde, diagnósticos, planejamento familiar, prevenção e processo de cuidado e intervenções moldam o núcleo de um episódio de cuidado que consiste em um ou mais encontros, incluindo mudanças em suas relações ao longo do tempo ("transições"). Um episódio de cuidado, portanto, refere-se a todo cuidado prestado a um problema de saúde, prevenção, imunização e planejamento familiar em um determinado paciente. Se o episódio consiste em três encontros, então o título do episódio (para todos os três encontros desse episódio) é o rótulo do diagnóstico ao final do episódio (ou seja, diagnóstico final). Veja a Figura 1 (o título do EC ao final dos três encontros será hernia de disco). Mudanças no rótulo diagnóstico durante o episódio são relativamente infrequentes, especialmente em episódios de sintomas (episódios de cuidado em que o código classificável mais refinado é um sintoma, não uma doença). O EC permite o agrupamento de informações ao longo do tempo. Os profissionais de saúde podem usar isso para melhorar a continuidade e a coordenação do cuidado. A capacidade de coletar dados usando o EC também cria mais *insights* sobre os processos relacionados a certas condições ao longo do tempo e, portanto, uma maior compreensão do que é necessário e dos custos associados à condição.

Episódio de Cuidado - CIAP-3



Episódios de sintoma

Quando o médico codifica o episódio de cuidado como um episódio de sintoma, isso não significa que o paciente teve queixa de apenas um sintoma dentro desse episódio. Em um paciente com MC "fadiga", o médico tira a história do paciente e o examina. Durante a entrevista, o paciente também pode sofrer de tonturas, tremores e fadiga nas pernas. O médico pode concluir que essas queixas pertencem umas às outras e optar por rotular aquele episódio com o título de "fadiga".



Estrutura proposta - continuação -

Os três elementos básicos originais dos encontros a serem codificados com a CIAP (**motivo de consulta, problema de saúde e intervenções**) enriquecidos com um quarto elemento, **funcionalidade e relacionado a funcionalidade**, foram agora ampliados com oito opções de entrada de dados (**A, B, C, D, E, F, G e H**) para prontuários eletrônicos de pacientes (fig. 2). O motivo de consulta é registrado em três seções: sintomas e queixas do paciente, solicitações de intervenção do paciente e limitações expressas pelo paciente em atividades e barreiras em participação (**A, B e C**). Os motivos de consulta na forma de sintomas, queixas ou problemas de saúde/diagnósticos devem ser distinguidos explicitamente daqueles na forma de solicitações de intervenções, como prescrição, raio-X, encaminhamento ou aconselhamento e daqueles na forma de limitações em atividades ou barreiras em participação. Por que isso é importante: os pedidos de uma determinada intervenção são muitas vezes seguidos por essa intervenção sendo realizada; e quando os pacientes pedem medicação ou um exame de sangue, muitas vezes eles recebem. Uma vez que os pacientes influenciam ativamente os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, é importante documentar explicitamente estes cuidados prestados relacionados.

Parece útil para o futuro registrar também os achados de anamnese, incluindo funcionalidade e informações relacionadas a funcionalidade (**D**), separadamente do MC. Todas as classes relevantes podem ser usadas para este fim. Ressalta-se que a CIAP-3 ainda não inclui uma classificação dos achados físicos objetivos pelo profissional (**F**).

As novas aplicações, codificação de dados de anamnese e achados físicos objetivos, poderiam ser incluídas na estrutura de encontro e de episódio de cuidado de um prontuário eletrônico.

O uso de motivos de consulta e dados de anamnese para estimar probabilidades prévias é claramente muito útil. A diferença *entre* um sintoma expresso pelo paciente como motivo de consulta *ou* levantado pelo médico é mantida, e as probabilidades podem ser calculadas separadamente, se necessário.

Os processos de cuidado são registrados como intervenções intermediárias (aquelas ocorridas durante o encontro, **E**) e, após a identificação do diagnóstico ou problema (**G**), como intervenções subsequentes (**H**).

Um diagnóstico ou problema pode ser identificado como: "**certo**" ou "**incerto**".

Certo significa que o diagnóstico/episódio se encaixa na descrição, incerto significa que o diagnóstico/episódio quase se encaixa, mas não (ainda) completamente.

Estrutura proposta- continuação -

Além disso, recomenda-se indicar se é um problema novo (incidente *N*= Novo), ou se é um problema de saúde já existente (prevalente *O* = Antigo). Caso seja um problema existente, mas registrado pela primeira vez, por exemplo, por causa da mudança de centro de saúde (mudança de casa), recomenda-se o uso de *X*. *X* também indica prevalente, mas usado pela primeira vez pelo novo prestador de saúde.

A diferença entre o que de fato está sendo feito pelo profissional de saúde no momento do encontro e o que se espera é importante para a análise dos dados de utilização, variação interprofissionais e aplicação das diretrizes. Isso permite uma melhor compreensão da mudança das probabilidades prévias no primeiro encontro de um episódio de cuidado para as probabilidades posteriores durante o seguimento.

Para registrar uma maior especificidade nas intervenções, não prevista na CIAP-3, uma classificação de processo mais específica pode ser usada adicionalmente e vinculada à CIAP. Isso poderia ser ATC para —201 e —202, LOINC ou uma lista de testes laboratoriais usada localmente, etc.

Não é viável incluir esse nível de detalhamento na CIAP-3. O desenvolvimento dessas relações é uma atividade contínua.

