

Sistema de classificação de doentes em MFRA FAQs

1. Qual é a regra básica de classificação para enviar um doente para MFR-A?..... 2
2. O doente pode ser enviado por mais do que um motivo?..... 2
3. Como diferenciar queixas localizadas isoladas (gonartrose, coxartrose, rizartrose?) de uma poliartrrose? Como classificar em ambos os casos? 2
4. Como classificar um doente com sequelas de AVC de qualquer etiologia?..... 2
5. Como classificar um doente com síndrome do túnel cárpico? 2
6. Como classificar um doente com fibromialgia? 3
7. Como classificar um doente com escoliose? A etiologia da escoliose deve ser considerada na classificação do doente? 3
8. Como classificar doentes com patologias múltiplas?..... 3
9. Como classificar um doente com sequelas de brucelose? 3
10. Como classificar um doente com linfedema? 3
11. O sistema de classificação abrange unicamente doentes maiores de 16 anos. Porquê incluir o código de paralisia cerebral infantil? 4
12. Por que motivo não é possível enviar um doente para a MFRA com diagnóstico de luxação (L80)?
4
13. Porque não é possível classificar um doente nos códigos de “limitação funcional/ incapacidade” das componentes 1 da ICPC? 4
14. Porque não é possível classificar um doente no código N18 do ICPC (paralisia/fraqueza) ? 4
15. Como classificar as perturbações da comunicação verbal? 4
16. Como classificar um doente com síndrome de Guillan Barré? 4
17. Como classificar um doente com algoneurodistrofia?..... 4
18. Como classificar um doente com incontinência?..... 5
19. Como classificar um doente com queimadura? 5
20. Os códigos da CID 10 têm que ser todos preenchidos? 5
21. A forma de classificar o doente influencia o seu grupo de classificação e o posterior financiamento dos cuidados?..... 5
22. A forma de classificar o doente influencia o tipo de tratamentos que o prestador vai fazer ao doente?
5

1. Qual é a regra básica de classificação para enviar um doente para MFR-A?

Ao encaminhar um doente para a MFR-A deve estar subjacente que esta área de intervenção se focaliza na abordagem à incapacidade resultante de uma determinada patologia. Deste modo, no processo do doente deve constar a doença de base mas o diagnóstico que deve ser codificado (sempre que possível) é o que o médico de família entende que deve ser tratado pela MFR-A dentro dos mapeamentos possíveis.

Exemplos:

AVC isquémico ➡ sequelas de AVC

Distrofia muscular ➡ escoliose

2. O doente pode ser enviado por mais do que um motivo?

O doente deve ser enviado por uma única situação objetiva. De qualquer modo, o sistema de classificação (*coresets* da CIF) define, na totalidade, o perfil de funcionalidade do doente, se mais de que uma patologia estiver presente.

3. Como diferenciar queixas localizadas isoladas (gonartrose, coxartrose, rizartrose?) de uma poliartrrose? Como classificar em ambos os casos?

Só se deve classificar como gonartrose ou coxartrose ou rizartrose quando a queixa é única. A classificação é L90 (ICPC) (osteoartrose do joelho) mapeando para M17 (CID 10) (gonartrose) entrando no GI2 (incapacidade associada a alterações do tecido conjuntivo) e CS2 que permite não só determinar a gravidade do problema como localiza-lo através do código “s” (estruturas do corpo).

Deve ser considerado como poliartrrose sempre que existam queixas múltiplas ainda que desfasadas no tempo. Esta última situação é classificada em L91 (ICPC) (outras osteoartroses), mapeando para M15 (CID 10) (poliartrroses) entrando no GI2, que permite localizar as estruturas do corpo lesadas através dos códigos “s”.

4. Como classificar um doente com sequelas de AVC de qualquer etiologia?

O doente com AVC deve ser classificado com K91 (ICPC- doença vascular cerebral) mapeado para o I69 (CID10- sequelas de doença vascular cerebral).

A gravidade da dependência é determinada pelos códigos CIF “b e “d” e os códigos “s” determinam a localização nas estruturas do cérebro.

Se apenas existirem problemas de comunicação (fala e ou linguagem) esta situação é determinada nos códigos “d” (d 330-falar).

Se existirem apenas problemas de deglutição será preenchido o código d 560 (beber).

5. Como classificar um doente com síndrome do túnel cárpico?

No caso de um doente que sofre do síndrome do túnel cárpico este é classificado em N93 (ICPC-síndrome do canal cárpico) mapeando para G56.0 (CID 10-síndrome do túnel cárpico).

Os códigos CIF a preencher só serão relativos ao membro superior (punho e mão).

6. Como classificar um doente com fibromialgia?

Apesar da fibromialgia ter um código na CID 10 (M79.7), este não se encontra mapeado para a ICPC. Assim, o código a utilizar é o L18 (ICPC-dores musculares), mapeado para a CID 10 (M79.1-mialgia). Os códigos “s” da CIF localizam as queixas nas estruturas do corpo.

7. Como classificar um doente com escoliose? A etiologia da escoliose deve ser considerada na classificação do doente?

O motivo de envio para a MFR-A pode ser uma escoliose idiopática ou resultante de uma doença de base. Ambas são codificadas com L85 (ICPC-deformação adquirida da coluna) e M41 (CID 10-escoliose) ficando associadas à incapacidade 3 (incapacidade associada a alterações posturais).

8. Como classificar doentes com patologias múltiplas?

No caso de patologias múltiplas, como por exemplo AVC com doença respiratória ou AVC com gonartrose ou enfarte de miocárdio com poliartrose, a lógica subjacente à classificação deverá estar focalizada no problema que interfere mais na funcionalidade do doente à data da consulta.

Deverá ser esse o diagnóstico ICPC e CID 10 o qual, por sua vez, determina o respetivo CS. Este último vai refletir toda a problemática do doente relativamente à sua funcionalidade.

Não obstante ser esta a lógica de classificação todas as comorbilidades devem estar registadas de forma a constarem na folha de prescrição.

Exemplos:

- Um indivíduo com sequelas de AVC há três anos e que surge na consulta por síndrome de ombro doloroso é classificado com L92 (ICPC) mapeando para M75 (CID 10-lesões do ombro) ao qual corresponde o CS2 (doenças musculoesqueléticas). No seu preenchimento devem estar contempladas todas as alterações à funcionalidade, quer as que resultam do ombro doloroso quer as que resultam do AVC.
- Um indivíduo com sequelas de AVC com quatro anos de evolução e que surge na consulta por dor no joelho (gonartrose) é classificado em L90 (ICPC) que mapeia para o M17 (CID 10-gonartrose) e para o CS 2 (doenças musculoesqueléticas) seguindo o procedimento do exemplo anterior.

9. Como classificar um doente com sequelas de brucelose?

No caso de existir uma sequela resultante de Brucelose (lesão vertebromedular), a classificação é feita no A78 (ICPC - outra doença infecciosa) mapeando para B94.9 (CID10-sequelas de doenças infecciosas ou parasitárias).

10. Como classificar um doente com linfedema?

No caso de linfedema (de qualquer etiologia) é colocado o código k99 (ICPC) que mapeia para I89 (CID 10) e, por sua vez, para o CS3.

11. O sistema de classificação abrange unicamente doentes maiores de 16 anos. Porquê incluir o código de paralisia cerebral infantil?

Os indivíduos maiores de 16 anos com paralisia cerebral são incluídos no código N99 (ICPC), mapeando para G80 (CID 10) embora a denominação neste último código seja “paralisia cerebral infantil”.

12. Por que motivo não é possível enviar um doente para a MFRA com diagnóstico de luxação (L80)?

Pretende-se que o diagnóstico seja o mais objetivo possível para o doente ser encaminhado para a MFRA assim:

- a) Se a luxação tem, concomitantemente, uma fratura classificar em fraturas
Ex: Luxação do ombro com fratura do úmero L76 (ICPC) mapeia para S42.2 (CID10)
- b) Se tem défice de força nos músculos que interessam a articulação luxada classificar em L19 (ICPC) mapeando para M62.5 (CID10)
- c) Se tem défice da amplitude articular (contratura da articulação) classifica-se em L99 (ICPC) mapeando para M95.8 (OU se for possível acrescentar a incapacidade 2 no M24);
- d) Se tem luxações resultantes de artrite reumatoide classificar em L88 que mapeia para M0;

13. Porque não é possível classificar um doente nos códigos de “limitação funcional/ incapacidade” das componentes 1 da ICPC?

Pretende-se que o diagnóstico seja o mais específico possível para o doente ser encaminhado para a MFRA.

14. Porque não é possível classificar um doente no código N18 do ICPC (paralisia/fraqueza) ?

Pretende-se que o diagnóstico seja o mais específico possível, por exemplo: lesão periférica de nervo radial N94 (ICPC) mapeando para G56.3 (CID10) ou paralisia facial periférica, N91 mapeando para G51.

15. Como classificar as perturbações da comunicação verbal?

As perturbações da comunicação nas quais se incluem as da linguagem (afasias) e as da fala (disartrias) são todas classificadas no código da ICPC N19 mapeando para R47.
No caso da gaguez os códigos são P10 mapeando para F985.

16. Como classificar um doente com síndrome de Guillan Barré?

Um doente com síndrome de Guillan Barré é classificado em N94 mapeando para G61, polineuropatia inflamatória.

17. Como classificar um doente com algoneurodistrofia?

Um doente com algoneurodistrofia é classificado em L99 mapeando para M89.

18. Como classificar um doente com incontinência?

Depende da etiologia. No caso da incontinência de stress U04 mapeando para N39.3
N caso de bexiga neurogénica U99 mapeando para N31.1

19. Como classificar um doente com queimadura?

No caso de um doente que sofreu uma queimadura é classificado em A81 (ICPC-politraumatismo/ferimentos múltiplos) mapeando para T29 (CID10-queimaduras e corrosões de múltiplas regiões do corpo).

20. Os códigos da CID 10 têm que ser todos preenchidos?

Não. Por defeito estão a 0 o que significa que o doente não tem problema naquele item específico. De qualquer modo, para lhe ser prescrito MFR terá de ter um problema (pelo menos) nas funções do corpo, um nas atividades e participação e, por sua vez, tem de estar definida a localização com os códigos s. Sem estar pelo menos um preenchido o sistema não permite criar a requisição.

21. A forma de classificar o doente influencia o seu grupo de classificação e o posterior financiamento dos cuidados?

Sim. A forma de classificar o doente irá no futuro influenciar o financiamento dos cuidados que lhe são prestados.

22. A forma de classificar o doente influencia o tipo de tratamentos que o prestador vai fazer ao doente?

Não. A classificação é, genericamente, uma caracterização da funcionalidade ou da incapacidade que deriva de uma doença. O prestador terá a liberdade clínica para prestar os cuidados que entender necessários para aquele doente.

Junho 2014