



Ministério da Saúde

MELHORIA DO REGISTO DA MORBILIDADE NOS CSP

MANUAL DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA

ELABORADO POR:

GRUPO DE TRABALHO PARA O DESENVOLVIMENTO DO

REGISTO DA MORBILIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Novembro de 2010

O grupo de trabalho para o desenvolvimento do registo da morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários tem a seguinte composição:

Dra. Fátima Candoso,

Directora da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), que coordena os trabalhos;

Dr.^a Ana Bicó,

Coordenadora da Unidade Funcional para os Cuidados de Saúde Primários da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da ACSS;

Dra. Ana Pisco,

da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

Dra. Clementina Quelhas e Dra. Vânia Cepeda,

da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.;

Dr. Fernando Gomes da Costa,

da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.;

Dra. Regina Sequeira Carlos,

da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;

Dra. Maria do Carmo Velez,

da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.;

Dr. Renato Santos,

da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.

Índice

Introdução	1
Patologias Seleccionadas	4
Aparelho Digestivo (D)	5
<i>Cancro do Cólon e Recto (D75)</i>	5
<i>Doença do Esófago (D84)</i>	5
Aparelho circulatório (k)	6
<i>Hipertensão Arterial sem Complicações (K86)</i>	6
<i>Hipertensão Arterial com Complicações (K87)</i>	6
<i>Doença Cardíaca Isquémica com Angina (K74)</i>	7
<i>Doença Cardíaca Isquémica com Enfarte (K75)</i>	8
<i>Doença Cardíaca Isquémica sem Angina (K76)</i>	8
<i>Acidente Isquémico Transitório (K89)</i>	9
<i>Trombose / Acidente Vascular Cerebral (K90)</i>	9
Sistema músculo-esquelético (I)	10
<i>Osteoartrose do Joelho (L90)</i>	10
<i>Osteoporose (L95)</i>	10
Psicológico (p)	11
<i>Demência (P70)</i>	11
<i>Distúrbio Ansioso / Estado de Ansiedade (P74)</i>	11
<i>Sensação de Ansiedade / Nervosismo / Tensão (P01)</i>	11
<i>Perturbações Depressivas (P76.x)</i>	12
<i>Depressão (P76.001)</i>	12
<i>Depressão Pós-parto (P76.002)</i>	13
<i>Depressão Reactiva (P76.010)</i>	13
<i>Depressão Endógena (P76.016)</i>	13

<i>Abuso Crónico de Álcool (P15)</i>	14
<i>Abuso Agudo de Álcool (P16)</i>	14
<i>Tabagismo (P17)</i>	15
Aparelho respiratório (r)	16
<i>Bronquite Crónica (R79)</i>	16
<i>Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (R95)</i>	16
<i>Asma (R96)</i>	16
<i>Rinite Alérgica (R97)</i>	17
Endócrino, metabólico e nutricional (t)	18
<i>Diabetes Mellitus Tipo 1 (T89)</i>	18
<i>Diabetes Mellitus Tipo 2 (T90)</i>	18
<i>Alteração Metabolismo Lípidos (T93)</i>	19
<i>Obesidade (T82)</i>	19
<i>Excesso Peso (T83)</i>	19
Aparelho genital feminino (incluindo mama) (X)	20
<i>Cancro do Colo do Útero (X75)</i>	20
<i>Cancro da Mama (X76)</i>	20
Aparelho genital masculino (y)	21
<i>Hipertrofia Prostática Benigna (Y85)</i>	21
Monitorização dos Registos.....	22
Plano de Divulgação.....	24
Calendarização.....	26

Introdução

Na sequência do início de funcionamento do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeado pela Senhora Ministra da Saúde por despacho nº 25/2009, em 9 de Março de 2009, composto por elementos da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) e da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, foi desde logo salientada a importância de se implementar um plano de registo da morbilidade nos CSP com base na ICPC-2-E.

O início do processo de contratualização nos CSP e a perspectiva defendida pelo grupo de trabalho, visam alterar o paradigma vigente do financiamento da capacidade instalada de prestação de cuidados de saúde para um modelo adequado às necessidades em saúde das populações.

As ferramentas que utilizam dados de diagnóstico através de dados administrativos estão bastante generalizadas, tendo um poder preditivo muito superior aos dados demográficos e em muitos casos superam a capacidade explicativa dos custos prévios. A lógica destes modelos é bastante consistente dado que os diagnósticos estão bastante co-relacionados com despesa presente e futura.

Na generalidade apesar da informação sobre os diagnósticos ser recolhida e relatada regularmente, é difícil obter informação completa e apropriada. O pagamento associado a informação sem qualidade pode causar mais prejuízos do que vantagens. Contudo, a obtenção de informação fiável e de qualidade pode ser morosa e dispendiosa.

Em Portugal, a classificação de doenças é utilizada ao nível do internamento hospitalar (base para a classificação em Grupos de Diagnóstico Homogéneo) e ao nível de sistemas de apoio ao médico, nos CSP.

No âmbito hospitalar salienta-se o trabalho que tem sido realizado ao longo dos últimos anos, com envolvimento da ACSS e os médicos codificadores no desenvolvimento da codificação e classificação dos episódios hospitalares em Grupos de Diagnóstico Homogéneos, episódios de internamento e de ambulatório, bem como das auditorias clínicas realizadas pela ACSS aos hospitais, neste âmbito. A tradição existente no relacionamento entre a ACSS e os médicos hospitalares, tem contribuído de forma decisiva para o sucesso nesta área.

A classificação de doenças ao nível do internamento hospitalar utiliza a ICD-9CM e obedece há vários anos a mecanismos de controlo de qualidade e auditoria. Nos CSP, é utilizada a Internacional Classification of Primary Care version 2 – Electronic (ICPC-2-E) para a codificação de problemas de saúde. A ICPC-2-E permite o mapeamento para ICD-9 ou ICD-10.

Apesar de disponível há vários anos a classificação de diagnósticos nos sistemas de apoio aos clínicos, nunca existiu um real incentivo à sua utilização sistemática, nem qualquer processo de auditoria aos seus registos.

Nesse sentido, e decorrente desta necessidade sentida não só por vários profissionais no terreno como pelos organismos centrais, dada a importância deste tipo de informação para planeamento em saúde, foi

considerado prioritário a constituição de um grupo de trabalho que abordasse esta problemática e avançasse com um plano de registo de doença nas cinco Regiões de Saúde.

Assim, e para a determinação de necessidades em saúde, é crucial iniciar um plano de codificação da carga de doença ao nível dos CSP com base na ICPC-2-E. Para tal, foi constituída uma equipa de âmbito nacional composta por elementos da ACSS, das cinco ARS e da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), que iniciou o seu trabalho em Março de 2010.

São objectivos deste grupo:

- Desenvolver um plano de registo, faseado, a implementar de forma uniforme e sistemática nos CSP;
- Desenvolver um plano de formação nacional para Presidentes dos Conselhos Clínicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- Desenvolver um plano de formação nacional para clínicos dos CSP;
- Desenvolver um plano nacional/regional de auditoria à codificação;
- Acompanhar e monitorizar os registos de morbilidade;
- Propor recomendações para a definição de incentivos/penalizações para a qualidade dos registos.

Com vista a tornar possível no médio prazo a implementação de um modelo de financiamento baseado nas necessidades em saúde da população, suportado por informação de diagnósticos, é fundamental o trabalho em desenvolvimento no âmbito deste grupo.

O envolvimento das Regiões de Saúde neste projecto é também crucial para o sucesso do mesmo, dada a importância que cada ARS terá na sua efectiva implementação em cada um dos seus ACES e na divulgação junto de todos os clínicos que os compõem.

Conhecendo a carga de doença existente em cada ACES e em cada região será possível planear a prestação dos cuidados de saúde de forma efectivamente adaptada às necessidades de cada população. Vários indicadores de mortalidade e morbilidade já monitorizados, mostram grandes assimetrias, mesmo em populações vizinhas. A definição de áreas prioritárias de intervenção, baseadas em carga de doença, permitirá alocar recursos de forma mais eficiente e equitativa, contribuindo para melhores resultados em saúde no futuro.

Sob o ponto de vista de cada clínico, a codificação correcta e homogénea dentro da equipa onde está inserido, permite uma melhor gestão do seu trabalho e da forma como contribui para essa mesma equipa.

A sistematização do registo e a uniformização de critérios, permitirá uma gestão clínica mais rigorosa, a utilização de normas de orientação clínica, critérios de referenciação e protocolos de articulação mais “convergentes” entre os diferentes níveis de cuidados de saúde em diferentes regiões. Assim torna-se possível contribuir de uma forma concreta e passível de ser monitorizada e avaliada com menos dissonâncias, para uma melhor Governação Clínica, quer ao nível individual, da equipa da Unidade Funcional – USF, UCSP, UCC ou outra, do ACES, da Região de Saúde e mesmo do País.

Nesta primeira fase foram definidos 18 grupos de doenças consideradas as mais relevantes, não só pela sua prevalência ou pelo seu significado clínico mas também pelos custos que lhes estão associados. Relativamente a estas doenças, foi feito um levantamento do registo existente, a nível regional, concluindo-se que para a maioria delas este era incipiente, sendo mais sistematizado nos problemas visados nos programas de saúde.

Para cada código ICPC das patologias seleccionadas foram definidos os critérios que devem estar subjacentes ao registo nos CSP, por consenso do grupo de trabalho, com base na referida Classificação Internacional, e que se apresentam neste “Manual de Codificação Clínica” que pretende, numa primeira fase, que o registo das doenças em causa seja realizado de acordo com os mesmos critérios de Norte a Sul do país e de forma sistemática.

Patologias Seleccionadas

HIPERTENSÃO

K86	Hipertensão Arterial
K87	Hipertensão Arterial com complicações
K87.01	Hipertensão Arterial com lesão cardíaca
K87.02	Hipertensão Arterial com lesão vascular
K87.03	Hipertensão Arterial com lesão renal
K87.04	Hipertensão Arterial com lesão do olho
K87.05	Hipertensão Arterial com lesão cerebral

DOENÇA CARDÍACA ISQUÉMICA

K74	Doença Cardíaca Isquémica com Angina
K75	Doença Cardíaca Isquémica com Enfarte
K76	Doença Cardíaca Isquémica sem Angina

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

K89	Acidente Isquémico Transitório
K90	Acidente Vascular Cerebral

OSTEOARTROSE DO JOELHO

L90	Osteoartrose Joelho
-----	---------------------

OSTEOPOROSE

L95	Osteoporose
-----	-------------

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS

R79	Bronquite Crónica
R95	DPOC
R96	Asma

RINITE ALÉRGICA

R97	Rinite Alérgica
-----	-----------------

DOENÇA DO ESÓFAGO

D84	Doença Esófago
-----	----------------

NEOPLASIAS

D75	Cancro do Cólon e Recto
X75	Cancro do Colo do Útero
X76	Cancro da Mama

DEMÊNCIA

P70	Demência
-----	----------

DISTÚRBO ANSIOSO

P74	Distúrbio Ansioso
P01	Sensação de Ansiedade/ Nervosismo/ Tensão

PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

P76.001	Depressão
P76.002	Depressão pós-parto
P76.010	Depressão reactiva
P76.016	Depressão endógena

ABUSO DE ÁLCOOL

P15	Abuso Crónico de Álcool
P16	Abuso Agudo de Álcool

TABAGISMO

P17	Tabagismo
-----	-----------

DIABETES

T89	Diabetes Mellitus tipo1
T90	Diabetes Mellitus tipo2

ALTERAÇÃO DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS

T93	Alteração Metabolismo Lipidos
-----	-------------------------------

EXCESSO DE PESO

T82	Obesidade
T83	Excesso Peso

HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA

Y85	Hipertrofia Prostática Benigna
-----	--------------------------------

APARELHO DIGESTIVO (D)

Cancro do Cólon e Recto (D75)

Códigos ICD10: C18, C19, C20, C21

Critérios: aparência histológica característica

Considere: outras neoplasias malignas (quando a localização primária é desconhecida) D77; neoplasias de benignidade ou malignidade desconhecida (quando a histologia não se encontra disponível) D78.

Doença do Esófago (D84)

Códigos ICD10: K20, K21, K22, K23

Inclui: acalásia, divertículo esofágico, síndrome de Mallory-Weiss, esofagite, refluxo, ulceração esofágica.

Exclui: cancro do esófago D77; hérnia de hiato D90; varizes esofágicas K99.

APARELHO CIRCULATORIO (K)

Hipertensão Arterial sem Complicações (K86)

Códigos ICD10: I10

Crítérios¹: duas ou mais leituras em cada consulta, ao longo de duas ou mais consultas, com tensão arterial média; sem sinais de envolvimento secundário do coração, rim, olho ou cérebro

Categoria	Sistólica	Diastólica	Codificação
Grau 1 - Hipertensão	140-159 e/ou	90-99	86.01
Grau 2 - Hipertensão	160-179 e/ou	100-109	86.02
Grau 3 - Hipertensão	≥ 180 e/ou	≥110	86.03
Hipertensão sistólica isolada	≥140 e/ou	<90	86.04

Considerere: pressão sanguínea elevada K85

Inclui: hipertensão essencial; hipertensão NE; hipertensão idiopática

Exclui: hipertensão com complicações K87, hipertensão durante a gravidez W81

Notas:

1. Tratando-se de uma criança, consultar as tabelas de tensão arterial para crianças
2. Em caso de hipertensão secundária, codifique a causa subjacente

Hipertensão Arterial com Complicações (K87)

Códigos: ICD10: I11, I12, I13, I15, I67.4

Crítérios²: níveis de tensão arterial correspondentes aos definidos em K86, e alterações cardíacas (hipertrofia, insuficiência), renais (albuminúria, azotemia), oculares, ou cerebrais devido a hipertensão.

¹ Conforme Guidelines de 2007 da Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

² Guidelines de 2007 da Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

Relativamente ao tipo de complicações considerar:

Código	Tipo de Lesão	Critério
87.01	Lesão Cardíaca	Hipertrofia ventricular esquerda, isquémia ou arritmia confirmadas por ECG
87.02	Lesão Vascular	Aterosclerose assintomática confirmada por ecodoppler das carótidas ou índice tornozelo braço sugestivo de lesão vascular periférica (< 0,8)
87.03	Lesão Renal	Proteinúria ou clearance de creatinina com valores anormais
87.04	Lesão do Olho	Hemorragia na retina ou exsudados ou papiledema
87.05	Lesão Cerebral	Deterioração de funções cerebrais diagnosticadas pela aplicação de testes de função cognitiva

Inclui: hipertensão maligna

Exclui: hipertensão sem complicações K86

Notas:

1. Tratando-se de uma criança, consultar as tabelas de tensão arterial para crianças
2. Em caso de hipertensão secundária, codifique a causa subjacente

Doença Cardíaca Isquémica com Angina (K74)

Códigos ICD10: I20, I24.0, I24.8, I24.9

Crítérios: história e sinais electrocardiográficos ou imagiológicos de antigos enfartes do miocárdio; ou sinais de isquémia do miocárdio no ECG em repouso ou de esforço; ou detecção por investigação de estenose da artéria coronária ou aneurisma ventricular, em que o doente apresente queixas de precordialgias típicas ou atípicas sugestivas de angina de peito.

Considere: dor atribuída ao coração K01

Inclui: angina provocada pelo esforço, angina de peito, angina com espasmos; dor torácica isquémica; angina instável.

Exclui: doença cardíaca isquémica sem angina K76

Doença Cardíaca Isquémica com Enfarte (K75)

Códigos ICD10: I21, I22, I23, I24.1

Critérios³: O termo enfarte do miocárdio deverá ser utilizado quando houver evidência de necrose miocárdica num quadro clínico consistente com isquémia miocárdica. Sob estas condições, os seguintes critérios confirmam o diagnóstico de enfarte do miocárdio:

Detecção de subida e/ou descida de marcadores cardíacos (preferivelmente troponina) em pelo menos um valor acima do percentil 99 do referencial de limite superior, juntamente com evidencia de isquémia do miocárdio com, pelo menos, um dos seguintes:

- Sintomas de isquémia
- Alterações do ECG indicadoras de isquémia recente (alterações não preexistentes de ST-T ou de bloqueio de ramo esquerdo)
- Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG
- Imagiologia evidenciando perda não preexistente de miocárdio viável, ou nova anomalia da dinâmica do músculo.

Considerare: dor atribuída ao coração KO1, angina de peito K74, doença cardíaca isquémica crónica K76

Inclui: enfarte do miocárdio especificado como tendo sido agudo, ou 4 semanas (28 dias) após o começo

Exclui: enfarte do miocárdio antigo ou tratado K74, K76

Notas: possível código duplo K74 ou K76

Doença Cardíaca Isquémica sem Angina (K76)

Códigos ICD10: I25

Critérios: história mais ECG, ou manifestações imagiológicas de um enfarte do miocárdio antigo; ou evidência no ECG em repouso ou de esforço de isquémia do miocárdio; ou evidência, por investigação, de estenose da artéria coronária; ou aneurisma ventricular com sinais de isquémia miocárdica, sem história de angina de peito.

Inclui: aneurisma cardíaco, doença cardíaca arteriosclerótica ou aterosclerótica, doença coronária, cardiomiopatia isquémica, enfarte do miocárdio antigo, isquémia miocárdica silenciosa, sem história de angina de peito.

Exclui: doença cardíaca isquémica com angina K74

³ De acordo com a definição de enfarte agudo do miocárdio da Sociedade Europeia de Cardiologia, publicada em 2007

Acidente Isquémico Transitório (K89)

Códigos ICD10: G45

Critérios: sintomas de hipofunção cerebral temporária (menos de 24 horas), aparecimento repentino, de origem presumivelmente vascular, sem sequelas; com exclusão de enxaqueca, equivalente de enxaqueca, ou epilepsia

Considere: desmaios / síncope A06

Inclui: insuficiência basilar; “drop attacks”; acidentes isquémicos transitórios (AIT); amnésia geral transitória

Exclui: acidente cerebrocardiovascular K90, enxaqueca N89, sopro carotídeo K81

Notas: código duplo com K91

Trombose / Acidente Vascular Cerebral (K90)

Códigos ICD10: G46, I60, I61, I62, I63, I64

Critérios: sinais e sintomas de uma perturbação da função cerebral, presumivelmente de origem vascular, com duração superior a 24 horas ou provocando a morte dentro das quatro semanas (28 dias) após o aparecimento

Inclui: apoplexia; embolia cerebral / enfarte / trombose / oclusão / estenose / hemorragia cerebral; acidente vascular cerebral (AVC), hemorragia subaracnoideia

Exclui: isquémia cerebral transitória K89; hemorragia intracraniana traumática (N80)

Notas: código duplo com K91

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO (L)

Osteoartrose do Joelho (L90)

Códigos ICD10: M17

Critérios: manifestação imagiológica característica; ou perturbações das articulações com duração mínima de três meses, sem sintomas constitucionais, e três ou mais das seguintes manifestações: edema intermitente; crepitação; rigidez ou limitação dos movimentos; VS, testes reumatóides e ácido úrico normais; idade superior a 40 anos.

Considere: sintomas das articulações L20; artrite NE L91

Inclui: osteoartrite secundária a displasia ou a traumatismo

Osteoporose (L95)

Códigos ICD10: M80, M81, M82

Critérios: sinais imagiológicos característicos

Inclui: fracturas patológicas devido a osteoporose

PSICOLÓGICO (P)

Demência (P70)

Códigos ICD10: F00, F01, F02, F03, G30

Critérios: síndrome devido a uma doença do cérebro, geralmente de natureza crónica e/ou progressiva, com perturbações clinicamente significativas das funções do córtex superior (memória, pensamento, orientação, compreensão), mas sem afectar a consciência.

Considere: senilidade P05, outros sintomas psicológicos P29

Inclui: doença de Alzheimer, demência senil

Distúrbio Ansioso / Estado de Ansiedade (P74)

Códigos ICD10: F41.0, F41.1, F41.3, F41.8, F41.9

Critérios: ansiedade clinicamente significativa que não se restringe a nenhum ambiente ou situação específica. Manifesta-se como episódios de pânico (ataques recorrentes de extrema ansiedade não limitada a nenhuma situação, com ou sem sintomas físicos) ou como uma ansiedade generalizada e persistente, não associada a nenhuma situação específica e com sintomas físicos variáveis.

Considere: ansiedade / nervosismo, / tensão P01

Inclui: neurose ansiosa, pânico

Exclui: ansiedade com depressão P76, ansiedade NE P01

Sensação de Ansiedade / Nervosismo / Tensão (P01)

Critérios: sentimentos relatados pelo doente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis mas mais ou menos normais para sentimentos que são tão perturbadores para o doente que este procura ajuda de um profissional.

Inclui: ansiedade NE, sentir-se ameaçado

Exclui: perturbação de ansiedade P74

Perturbações Depressivas (P76.x)

Crítérios: Distúrbio importante do estado de espírito no sentido da depressão. O estado de espírito, a energia e a actividade diminuem, assim como a alegria, o interesse e a concentração. O sono e o apetite são normalmente alterados e a auto-estima e a confiança diminuem

Considere: Sensação de depressão P03

Inclui: neurose / psicose depressiva; misto de ansiedade e depressão; depressão reactiva; depressão pós-natal / puerperal.

Exclui: reacção aguda ao stress P02.

Depressão (P76.001)

Em episódios depressivos típicos de todas as três variedades (leve, moderado e grave), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a fadiga aumentada e actividade diminuída. Outros sintomas comuns são:

- Concentração e atenção reduzidas,
- reduzida auto-estima e auto-confiança,
- ideias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio),
- visões sombrias e pessimistas do futuro,
- ideias ou actos de auto-agressão ou suicídio,
- distúrbios de sono,
- diminuição do apetite.

Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite.

O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda de libido.

Inclui: episódios isolados de um(a): depressão, psicogénica, reactiva, reacção depressiva.

Exclui: quando associados com transtornos de conduta – transtornos de adaptação, depressivo recorrente.

Depressão Pós-parto (P76.002)

Esta classificação deve ser usada somente para os transtornos mentais associados ao puerpério (início no prazo de seis semanas do parto)

Depressão Reactiva (P76.010)

O diagnóstico da depressão reactiva surge quando há uma resposta desajustada a uma situação geradora de grande tensão emocional. Assim, a perda de um familiar, um divórcio, a instabilidade financeira, ou o aparecimento de uma doença grave são estímulos suficientemente intensos e capazes de estar na base da manifestação desta forma de depressão.

Nota: Nem todas as pessoas expostas a este tipo de dramas sofrem de depressão. Cada uma das situações - estímulo identificadas, podem gerar respostas diferentes em pessoas diferentes. Por exemplo, a morte de um familiar próximo pode implicar reacções emocionais diferentes nos membros de uma família, sem que isso implique que as pessoas possam ser rotuladas de mais fortes ou mais fracas. Aquilo que diferencia a tristeza profunda (resposta ajustada à situação dramática) da depressão reactiva (resposta desajustada) é a intensidade e a duração dos sintomas.

Depressão Endógena (P76.016)

Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas é:

- Humor deprimido ou
- Perda do interesse ou prazer.

Nota: não incluir sintomas devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

1. **Humor deprimido** a maior parte dos dias, quase todos os dias, indicado por relato subjectivo (por ex. sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex. chora muito). Nota: em crianças ou adolescentes, pode ser humor irritável;
2. **Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos** por todas ou quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjectivo ou por observação feita por outros);
3. **Perda ou ganho significativo de peso** sem estar em dieta (por ex. mais de 5% do peso corporal em 1 mês ou diminuição ou aumento de apetite quase todos os dias. Nota: em crianças considerar falha em apresentar ganhos de peso esperados;
4. **Insónia ou hipersónia** quase todos os dias;
5. **Agitação ou retardo psicomotor** quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjectivas de inquietação ou de estar mais lento);

6. **Fadiga ou perda de energia** quase todos os dias;
7. **Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada** (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente);
8. **Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão**, quase todos os dias (por relato subjectivo ou observação feita por outros);
9. **Pensamentos de morte recorrentes** (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Abuso Crónico de Álcool (P15)

Códigos ICD10: F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, G31.2

Critérios: perturbação devida ao consumo do álcool e que resulta em um ou mais dos seguintes: uso nocivo com prejuízo para a saúde clinicamente importante, dependência, estado de privação, ou distúrbio psicótico.

Inclui: síndromes alcoólicas do cérebro, psicose alcoólica, *delirium tremens*.

Nota: O consumo de 24 g de álcool, no homem, e de 16g, na mulher, são considerados valores de baixo risco no adulto saudável, desde que não se excedam por dia e repartidos pelas duas principais refeições. Considera-se que qualquer consumo durante a gravidez é um consumo com risco.

Corresponde no DSM IV a Dependência Alcoólica.

Abuso Agudo de Álcool (P16)

Códigos ICD10: F10.0

Critérios: perturbação devida ao consumo de álcool que leva a intoxicações agudas, com ou sem uma história de abuso crónico

Inclui: embriaguez, Binge Drinking (consumo esporádico excessivo)

Nota: O consumo de 24 g de álcool, no homem, e de 16g, na mulher, são considerados valores de baixo risco no adulto saudável, desde que não se excedam por dia e repartidos pelas duas principais refeições. Considera-se que qualquer consumo durante a gravidez é um consumo com risco.

Corresponde no DSM IV a Abuso de Álcool.

Tabagismo (P17)

Códigos ICD10: F17

Critérios: consumo de pelo menos um cigarro por semana, para fumadores com idade igual ou superior a 15 anos, ou perturbação devida ao consumo de tabaco que leva a uma ou mais intoxicações agudas, uso com prejuízo clinicamente grave para a saúde, dependência ou estado de privação.

Considere: factores de risco NE A23

Inclui: problemas de tabagismo

APARELHO RESPIRATÓRIO (R)

Bronquite Crónica (R79)

Códigos ICD10: J41, J42

Crítérios: tosse com expectoração quase diária durante pelo menos 3 meses/ano durante pelo menos 2 anos; ferveores / roncos à auscultação do tórax durante estes episódios.

Considerere: tosse R05; expectoração/mucosidade anormais R25; bronquite NE R78

Exclui: enfisema, doença pulmonar obstrutiva crónica (pulmão, vias respiratórias) R95; bronquiectasias R99

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (R95)

Códigos ICD10: J43, J44

Crítérios: evidências objectivas de obstrução das vias respiratórias, não aliviada ou apenas parcialmente aliviada pelos broncodilatores.

Considerere: outros problemas respiratórios R04

Inclui: enfisema; obstrução crónica das vias respiratórias, do pulmão, doença pulmonar; limitação crónica das vias respiratórias

Exclui: bronquite crónica R79, asma R96, bronquiectasias R99, fibrose quística T99

Asma (R96)

Códigos ICD10: J45, J46

Crítérios: episódios recorrentes de obstrução aguda e reversível dos brônquios com ruído e/ou tosse seca; ou testes diagnósticos que satisfaçam os critérios de asma.

Considerere: respiração ruidosa R03, tosse R05

Inclui: bronquite ruidosa, hiperreactividade brônquica

Exclui: bronquiolite R78, bronquite crónica R79, enfisema R95

Rinite Alérgica (R97)

Códigos ICD10: J30

Inclui: febre dos fenos, alergia nasal, rinite vasomotora.

Exclui: infecção respiratória superior R74, rinite NE R83

ENDÓCRINO, METABÓLICO E NUTRICIONAL (T)

Diabetes Mellitus Tipo 1 (T89)

Códigos ICD10: E10

Critérios: Hiperglicémia persistente por deficiência da produção de insulina pelo pâncreas ou aumento da resistência à insulina, que habitualmente se apresenta em crianças e jovens, com início súbito; ausência de história familiar, com provável etiologia auto-imune. O tratamento normalmente é baseado na Insulina.

O diagnóstico é confirmado por um dos meios seguintes:

- sintomas clássicos de diabetes, como poliúria, polidipsia e perda rápida de peso, juntamente com aumento inequívoco da glucose plasmática;
- níveis de glucose sanguínea em jejum de 7mmol/l (126mg/dl) ou superior em duas ou mais ocasiões;
- níveis de glucose sanguínea sem ser em jejum de 11mmol/l (200mg/dl) ou superior em duas ou mais ocasiões;
- um teste de tolerância à glucose oral (75mg glucose diluída em 2dl de água) com um valor de glucose plasmática entre uma a duas horas de 11mmol/l (200mg/dl) ou mais, e glucose plasmática às duas horas de 11mmol/l (200mg/dl) ou mais.

Considerare: hiperglicémia A91; diabetes tipo 2 T90; hiperglicémia induzida por medicação A85; diabetes gestacional W85

Inclui: diabetes juvenil

Diabetes Mellitus Tipo 2 (T90)

Códigos ICD10: E11, E12, E13, E14

Critérios⁴: Hiperglicémia persistente por diminuição da produção de insulina pelo pâncreas ou aumento da resistência à insulina, que habitualmente se apresenta em doentes adultos, com componente genética significativa e, geralmente, associada a outros factores de risco cardiovasculares, como, obesidade, dislipidémia, HTA e aterosclerose. O tratamento pode incluir antidiabéticos orais como insulina, mediante cada caso clínico.

O diagnóstico é confirmado por um dos meios seguintes:

⁴ De acordo com a ADA (American Diabetes Association, 2006).

- sintomas clássicos de diabetes, como poliúria, polidipsia e perda rápida de peso, juntamente com aumento inequívoco da glucose plasmática;
- níveis de glucose sanguínea em jejum de 7mmol/l (126mg/dl) ou superior em duas ou mais ocasiões;
- níveis de glucose sanguínea sem ser em jejum de 11mmol/l (200mg/dl) ou superior em duas ou mais ocasiões;
- um teste de tolerância à glucose oral (75mg glucose diluída em 2dl de água) com um valor de glucose plasmática entre uma a duas horas de 11mmol/l (200mg/dl) ou mais, e glucose plasmática às duas horas de 11mol/l (200mg/dl) ou mais.

Considere: Anomalia da glicémia em jejum A91.02; Tolerância diminuída à glicose A91.01

Inclui: diabetes NE₇ com início tardio, diabetes tipo2.

Alteração Metabolismo Lípidos (T93)

Códigos ICD10: E78

Inclui: hiperlipidémia; níveis anormais de lipoproteínas; níveis elevados de colesterol e/ou triglicéridos; xantoma

Obesidade (T82)

Códigos ICD10: E66

Critérios: índice de massa corporal igual ou superior a 30

Exclui: excesso de peso T83

Excesso Peso (T83)

Códigos ICD10: E66

Critérios: índice de massa corporal igual ou superior a 25 mas inferior a 30

Exclui: obesidade T82

APARELHO GENITAL FEMININO (INCLUINDO MAMA) (X)

Cancro do Colo do Útero (X75)

Critérios: aparência histológica característica

Considere: outras neoplasias malignas (quando o local primário é incerto) X77; neoplasias quando não há dados histológicos disponíveis X81

Inclui: carcinoma in-situ, neoplasia intraepitelial (CIN) grau 3

Exclui: carcinoma-in-situ X81; neoplasia cervical intraepitelial (CIN) grau 3 X81; esfregaço de Papanicolau anormal CIN graus 1 e 2 X86

Cancro da Mama (X76)

Critérios: aparência histológica característica

Considere: nódulo na mama X19

Inclui: carcinoma intraductal

Exclui: carcinoma-in-situ, X 81

APARELHO GENITAL MASCULINO (Y)

Hipertrofia Prostática Benigna (Y85)

Critérios: próstata aumentada, lisa, dura, revelada por palpação, cistoscopia, ou imagiologia, sem sinais de carcinoma prostático

Considere: sintomas, sinais da micção U01 a U05; retenção da urina U08

Inclui: fibroma; hiperplasia; barra mediana prostática; obstrução da próstata; prostatomegália

Monitorização dos Registos

A monitorização dos registos clínicos e a sua garantia da qualidade é crucial no âmbito de um projecto de melhoria do registo de morbilidade. Só com um acompanhamento sistemático do que está a ser registado pelos clínicos e através da divulgação de resultados é possível melhorar, e afinar a informação que se pretende, tornando possível o planeamento estratégico da actividade no âmbito dos CSP.

Dada a importância desta actividade no âmbito do processo de contratualização encontra-se referido pelo grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização nos CSP, no documento da “Metodologia de Contratualização” para o ano de 2011, que deverá ser feita a monitorização das patologias constantes deste manual, permitindo desta forma a introdução de novos indicadores passíveis de serem contratualizados, no futuro, com as USF/UCSP, por reflectirem áreas onde é necessária algum tipo de intervenção.

A monitorização dos registos clínicos deverá ser feita a dois níveis, a um nível micro, internamente em cada ACES e a um nível macro, em cada região de saúde, o que permitirá em termos nacionais por um lado, o acompanhamento deste projecto e, por outro, introduzir medidas adicionais de divulgação e suporte sempre que se verifique a existência de regiões mais fragilizadas.

Como referido, é essencial que cada ACES consiga internamente e numa primeira fase, incentivar o registo através dos Conselhos Clínicos e coordenadores de USF/UCSP junto de todos os médicos de família, evidenciando as vantagens daí decorrentes para a gestão e organização da actividade das várias Unidades Funcionais, que deverá ser adaptada às necessidades em saúde possibilitando uma resposta eficaz aos problemas da população que tem afectada.

Numa fase posterior, e à medida que os profissionais forem aderindo e melhorando o seu registo clínico, não só pela quantidade de patologias adicionais que passarão a registar mas também pela forma uniforme com que o passarão a fazer (decorrente dos consensos descritos neste manual), passamos à fase da monitorização.

Para monitorizar este tipo de informação, é essencial que internamente nos ACES as UAG façam um acompanhamento mensal/trimestral da evolução do registo, relativamente às patologias seleccionadas, recolhendo informação no SIARS ou outro sistema de informação, ao nível de cada unidade funcional (tentando eventualmente monitorizar ao nível do médico). Esta informação deverá ser analisada no âmbito dos Conselhos Clínicos em articulação com os coordenadores das USF e UCSP, para em conjunto avaliarem o que está a ser registado e, caso seja necessário, encontrarem novas formas de incentivar o registo da carga de doença no ACES.

Em termos regionais, cada ARS também com base no SIARS, deverá trimestralmente reportar a evolução do registo de morbilidade para as patologias descritas neste manual, por ACES. Esta informação permitirá perceber a evolução de cada agrupamento e o esforço de cada um para melhorar e tornar possível conhecer a carga de doença a nível regional.

Sempre que existam agrupamentos cuja evolução esteja muito aquém da média regional, as ARS deverão estar em condições, suportadas por este grupo de trabalho para apoiar os agrupamentos,

através da divulgação de medidas, utilizadas por exemplo noutros ACES e que contribuíram para uma melhoria eficaz do registo clínico.

É expectável que projectos desta natureza tenham impacto no médio/longo prazo, sendo no entanto razoável que ao fim do primeiro ano exista já evidência de que se está a melhorar e que a taxa de registo seja superior ao ponto de partida.

Plano de Divulgação

O plano de divulgação do projecto para a melhoria do registo de morbilidade nos CSP deverá ocorrer em três momentos distintos:

1) Divulgação pelo Grupo de Trabalho às ARS

Nesta fase o grupo de trabalho deslocar-se-á a cada região de forma a divulgar o Manual de Codificação e explorar em conjunto com as regiões a necessidade e a importância do registo da morbilidade no âmbito dos CSP. Conhecer a carga de doença a nível regional permitirá uma melhor planificação da actividade de cada região de acordo com as suas reais necessidades em saúde.

Em termos nacionais é importante compreender que este registo permitirá alocar recursos de forma mais eficiente e mais equitativa, sendo expectável que a médio prazo seja possível a implementação de um modelo de financiamento com base no risco individual.

É essencial o envolvimento dos Departamentos de Contratualização uma vez que grande parte do acompanhamento e recolha de informação deverá ficar sob sua dependência.

2) Divulgação pelas ARS aos ACES (Conselhos Clínicos)

Conhecendo os objectivos para os quais foi constituído o grupo de trabalho e as vantagens decorrentes da implementação destas orientações, para todos os intervenientes neste processo, é essencial que cada região dê a conhecer e incentive os Conselhos Clínicos, na implementação do Manual de Codificação, pelas vantagens que daí decorrem para a gestão interna de cada ACES.

Nesta fase, considera-se crucial explorar a importância em termos clínicos deste projecto bem como a importância para a gestão e organização das várias equipas que compõem o ACES. O facto de se conhecer bem determinada população que se encontra na dependência de um determinado ACES, permitirá afectar recursos e meios de forma mais eficiente com melhor capacidade de resposta às pessoas que precisam de cuidados.

É essencial motivar os Conselhos Clínicos neste processo pois são os mensageiros e promotores de toda a informação junto dos clínicos que compõem o ACES e que na prática farão o registo da morbilidade.

3) Divulgação internamente em cada ACES

Divulgação e implementação do Manual de Codificação nos ACES, através dos Conselhos Clínicos e Coordenadores das Unidades Funcionais nomeadamente, USF e UCSP, junto de todos os médicos de família, elementos fundamentais para o sucesso do projecto.

É importante nesta fase garantir que os clínicos compreendem a importância de terem um bom registo para um bom conhecimento das suas listas de utentes. É fundamental também realçar a importância de um registo uniforme e realizado de forma sistemática, pois só desta forma, e com o contributo de todos, é possível ambicionarmos conhecer a carga de doença de cada população e consequentemente termos a possibilidade de orientar esforços em determinado sentido tendo por pressuposto a necessidade de cada cidadão.

Calendarização

De forma a viabilizar a implementação no terreno do projecto delineado pelo Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento do Registo da Morbilidade nos CSP a partir de Janeiro de 2011, propõe-se o seguinte calendário:

DATA	FASE DA DIVULGAÇÃO
1ª semana de Dezembro 2010	Divulgação pelo Grupo de Trabalho às ARS, em função das datas propostas pelas regiões
Janeiro de 2011	Divulgação pelas ARS aos ACES (Conselhos Clínicos)
Após terem conhecimento do Manual de Codificação, os Conselhos Clínicos deverão o mais breve possível promover a sua divulgação, internamente no ACES	
Divulgação interna e implementação em cada ACES	

Salienta -se que a primeira fase de reuniões com as regiões será da responsabilidade do Grupo de Trabalho, sendo que a divulgação posterior junto dos ACES deverá ficar sob responsabilidade de cada região que a planificará de acordo com a sua disponibilidade, de forma a cumprir o calendário proposto. As regiões são quem melhor conhece os seus ACES e estarão em melhores condições de fazerem chegar a mensagem deixada pelo grupo, a cada interlocutor no terreno.

O grupo de trabalho estará disponível para apoiar as regiões neste processo sempre que este apoio for considerado necessário, como forma de incentivar os ACES na sua implementação.