

CURSO DE CAPACITAÇÃO

Codificação da Causa Básica do Óbito | CID-10

■ **LIVRO-TEXTO**

1ª edição revisada



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Vigilância em Saúde
Ambiental e Saúde do Trabalhador

CURSO DE CAPACITAÇÃO

Codificação da

Causa Básica

do Óbito | CID-10

■ **LIVRO-TEXTO**

1ª edição revisada

Brasília DF 2024



2024 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br

Tiragem: 1ª edição revisada – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância

de Doenças não Transmissíveis e Promoção da Saúde

Coordenação-Geral de Informações e Análises

Epidemiológicas

SRTV, quadra 701, via W5 Norte, lote D,

Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/>

E-mail: cgiae@saude.gov.br / brfic@saude.gov.br

Diagramação:

Sabrina Lopes – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI

Tamires Felipe Alcântara – Editora MS/CGDI

Ministra da Saúde:

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Ethel Leonor Noia Maciel

Organização:

Angela Maria Cascão – SES/RJ

Hulda Kedma Rodrigues Orenha – CTA BR-FIC

Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes

– Cgiae/Daent/SVSA/MS

Colaboração:

Marli Rocha – Cogep/SAA/SE/MS

Câmara Técnica Assessora para a Gestão da Família

de Classificações, denominada CTA BR-FIC

Revisão técnico-científica:

Antonio Ygor Modesto de Oliveira – CGEVSA/

Daevs/SVSA/MS

Camila P. Damasceno – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Natália P. Lima – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Paola Barbosa Marchesini – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Curso de Capacitação em Codificação da Causa Básica do Óbito – CID-10 : livro-texto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

114 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_codificacao_obito_cid10_livro_texto_1ed.pdf

ISBN 978-65-5993-625-0

1. Mortalidade – codificação. 2. Sistema de Informações sobre Mortalidade. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 314.14(076)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0241

Título para indexação:

Training course in mortality coding – ICD-10: Workbook

SUMÁRIO

Apresentação	5
Estatísticas de mortalidade	6
O que são estatísticas de mortalidade?	6
A Vigilância em Saúde – VS	7
Histórico	7
Informações sobre mortalidade e a Vigilância	8
O codificador em mortalidade	9
O cadastro de codificadores em mortalidade	10
Os cursos de codificação em mortalidade	10
O codificador e a Vigilância do Óbito	12
Sistemas de informações em saúde	13
Sistema de Informações sobre Mortalidade	13
Declaração de Óbito	14
A Declaração de Óbito: bloco a bloco	16
Sistemas corporais	20
Noções básicas sobre sistemas corporais	20
Terminologia médica	23
Conceitos básicos	23
A causa de morte e sua declaração	24
O que é causa de morte?	24
Classificação de doenças	26
Classificação de causas de morte e de doenças	26
A Cid-10	28
Estrutura dos códigos da CID-10	29

Codificação em mortalidade	37
Guia básico para a codificação	37
Regras para a seleção da causa básica de morte	43
Princípio geral – PG	43
Regra de Seleção 1 – RS1	44
Regra de Seleção 2 – RS2	45
Regra de Seleção 3 – RS3	46
Regras de modificação da causa básica (RM)	75
Regra de Modificação A (RMA) – senilidade e outras afecções mal definidas	75
Regra de Modificação B (RMB) – afecções triviais	76
Regra de Modificação C (RMC) – associação	79
Regra de Modificação D (RMD) – especificidade	82
Regra de Modificação E (RME) – estágios precoces e tardios de uma doença	83
Regra de Modificação F (RMF) – sequela	84
Protocolos de codificações especiais em mortalidade	87
Referências	88
Apêndices	90
Apêndice A – Lista de termos incompletos ou inadequados para codificar causas de morte	91
Apêndice B – Prefixos e sufixos mais frequentes	96
Apêndice C – Relação de siglas	98
Apêndice D – Terminologia médica	107
Apêndice E – Definições	112

Apresentação

Apresentamos o livro-texto indispensável para o Curso de Capacitação em Codificação da Causa Básica do Óbito, segundo a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* – 10ª edição (CID-10).

A primeira edição do *Manual* pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD) em parceria com o Ministério da Saúde, lançada em 2007, sob a liderança do renomado professor Ruy Laurenti e equipe, representou um avanço notável no treinamento de codificadores em mortalidade.

Neste guia educacional, adentrou-se no fascinante mundo da análise e interpretação das causas descritas no atestado médico da Declaração de Óbito. A codificação em mortalidade transcende o mero ato de atribuir códigos a condições clínicas; é a arte de transformar os termos naturais descritos pelo médico em códigos, aplicar regras de seleção/modificação e classificar o óbito com a causa básica, segundo a CID-10.

Esta publicação transporta conhecimentos complexos em um formato acessível, guiando tanto os novos aprendizes como os profissionais experientes em direção à codificação da causa básica do óbito. O objetivo final desta produção é a obtenção de estatísticas de mortalidade segundo causas, de maneira uniforme em todo o País, que possibilitarão a comparabilidade dos dados obtidos, nacional e internacionalmente.

A contribuição dos codificadores é de extrema relevância para garantir a obtenção de dados precisos relacionados à mortalidade. Essas informações desempenham papel fundamental no planejamento, no monitoramento e na avaliação de políticas voltadas para a manutenção e o aprimoramento da saúde pública.

Estatísticas de mortalidade

O que são estatísticas de mortalidade?

Estatísticas de mortalidade são a contagem do número de óbitos ocorridos em determinada área, de característica geográfica limitada (município, estado e país), segundo vários critérios, tais como: sexo, idade, lugar de ocorrência, lugar de residência, local (domicílio, hospital etc.) e outros. Entre esses critérios, há um de suma importância, por servir de parâmetro para avaliar as condições de saúde da população: é a chamada **causa de morte**.

Desde 1662, considera-se, nas estatísticas de mortalidade por causa, que cada morte é decorrente de uma só **causa**. No referido ano, o inglês John Graunt fez essa proposta ao elaborar, pela primeira vez, “estatísticas de mortalidade por causa”. Isso surgiu na sua publicação *Natural and Political Observations Made Upon The Bills Of Mortality*, baseada em dados obtidos em Londres.

Na época, era fácil entender e aceitar que uma morte era devida a uma só causa. De fato, predominavam doenças infecciosas e certos tipos de acidentes e violências que hoje chamamos “causas externas”.

Atualmente, com o envelhecimento da população e com a diminuição das doenças infecciosas, nem sempre é fácil aceitar apenas **uma causa** para cada morte. Assim, os mais idosos “acumulam” doenças e as complicações destas (hipertensão, diabetes, arteriosclerose, doença coronariana, acidente vascular cerebral etc.), tornando difícil ao médico, em muitos casos, indicar qual a causa da morte.

Nesse sentido, cada vez mais vem sendo proposta a produção de estatísticas de mortalidade, segundo todas as causas presentes no momento da morte – as causas múltiplas –, sem deixar de considerar, entretanto, “uma causa” como “a mais importante”.

A Vigilância em Saúde – VS

Histórico

Criada em 9 de junho de 2003, pelo Decreto n.º 4.726, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), veio para fortalecer e ampliar as ações de Vigilância Epidemiológica. Realiza análises da situação de saúde e o monitoramento de indicadores sanitários do País, possibilitando o aperfeiçoamento do processo de escolha de prioridades e de definição de políticas, bem como a avaliação dos resultados dos programas de saúde. A SVSA atua, ainda, na construção de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS), bem como com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

Langmuir (1963) define a Vigilância como sendo a observação contínua da distribuição e das tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, a consolidação e a avaliação de informes de morbimortalidade, assim como a regular disseminação dessas informações.

A Portaria GM/MS n.º 1.378 de julho de 2013, define que Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Informações sobre mortalidade e a Vigilância

A Vigilância de Óbitos enquadra-se no conceito de Vigilância Epidemiológica, que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos e a adoção de medidas de prevenção e controle.

As informações sobre mortalidade fazem parte das ações de Vigilância que identificam, investigam, analisam e monitoram os óbitos. Para tanto, sua implementação se dá pelo aumento da quantidade de notificações de óbitos que são captados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) sob a responsabilidade do gestor municipal, migrando para as Secretarias Estaduais os dados que alimentarão os bancos de dados de cada unidade federada (UF) e, posteriormente, do Ministério da Saúde (MS), que acompanha e divulga todos os óbitos, segundo os critérios definidos, com o objetivo de qualificar as informações prestadas.

O codificador em mortalidade

O codificador é um profissional da saúde que desempenha atividade vital. Do seu trabalho depende a construção de estatísticas que nortearão decisões essenciais na saúde.

Interpretam as informações médicas completas descritas no Atestado de Óbito da Declaração de Óbito para determinar a causa básica de morte. Para isso, atribuem às afecções descritas um código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) e, por meio de regras, classificam o óbito.

Ele está inserido na Vigilância em Saúde de um município ou estado e realiza, em conjunto com a equipe de análise da situação de saúde, o monitoramento de indicadores municipais, possibilitando o aperfeiçoamento do processo de escolha de prioridades e de definição de políticas, bem como a avaliação dos resultados dos programas de saúde. As informações sobre mortalidade fazem parte das ações de Vigilância que identificam, investigam, analisam e monitoram os óbitos.

Esse profissional deve se identificar com o serviço, gostar de desafios, ser comunicativo, questionador, usar de muito raciocínio lógico, ser atento e ter uma visão crítica da informação. O codificador está envolvido numa tarefa fascinante.



Sempre que tiver qualquer tipo de dúvida, não hesite em buscar ajuda com outro codificador mais experiente.

O cadastro de codificadores em mortalidade

O Ministério da Saúde concebeu, em 2007, o Cadastro Nacional de Codificadores como um módulo integrado ao SIM alimentado e mantido pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Trata-se de um banco de dados com cerca de 4 mil codificadores cadastrados com status “ativo”, formando uma grande rede de codificadores em mortalidade, que serve de fonte de informação sobre o universo desses profissionais, como: o perfil profissional, o vínculo institucional, o tipo e o local da formação, a participação ou não em atividades de atualização da formação, sob a coordenação e supervisão institucional na estrutura organizacional onde atuam.

O cadastramento e a atualização das informações nesse módulo servem para orientar as políticas de qualificação da atividade de codificação das causas de mortalidade no País, e configuram-se como procedimento obrigatório.



Saiba mais sobre o cadastro de codificadores na Secretaria de Saúde do seu estado! Exija seu cadastro atualizado.

Os cursos de codificação em mortalidade

Para a correta seleção da causa básica do óbito, é necessário capacitar profissionais a respeito das regras de seleção e disposições relacionadas à CID-10. A qualidade dessas informações depende desde a precisão das anotações médicas ao conhecimento do profissional que codifica e seleciona a causa básica de óbito.

No Brasil, o uso da Família de Classificações Internacionais da OMS (FIC-OMS) tem sua história ligada ao Centro Brasileiro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais (CBCD), estabelecido em 1976-2016 pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-Americana da Saúde (Bireme/Opas) e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Nesse contexto, o CBCD participou ativamente de várias atividades relacionadas ao uso da FIC, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, entre elas a realização de cursos de capacitação de codificadores de causa básica do óbito. Inicialmente esses cursos ocorriam na modalidade presencial com uma carga horária de 80 horas.

A partir do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), aumentou de forma importante a demanda de capacitação de codificadores de causas de mortalidade para atuar junto ao SIM, especialmente nos municípios, nas regionais de saúde, ou ainda

no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis pelo processamento dos dados contidos na Declaração de Óbito (DO) dos municípios não descentralizados.

Diante desse novo cenário, no decorrer dos anos, já na vigência da CID-10, o MS, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, assumiu o compromisso de realizar o referido curso em parceria com os gestores das SES, contando com técnicos capacitados, selecionados pelo conhecimento, pela larga experiência e pela disposição para ministrar os cursos. A partir de então, os eventos seriam realizados nas próprias SES solicitantes. Daí em diante, os cursos se mantiveram na modalidade presencial, com carga horária de 64 horas.

Com o passar dos anos, observou-se dificuldade de liberação dos profissionais para a participação integral no curso e assim a carga horária foi modificada para 40 horas.

Ainda com relação à capacitação de codificadores, em 2012 o MS, em colaboração com as Secretarias Estaduais de Saúde, identificou, selecionou e capacitou pedagogicamente, com a orientação de técnicos pedagógicos, 40 profissionais com larga experiência na atividade de codificação em mortalidade, para ministrar e atuar como multiplicadores em cursos de capacitação de codificadores.

De 2016 em diante, o MS firmou parceria com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN/UFRN) para executar o Curso de Capacitação em Codificação em Causa Básica do Óbito – CID-10 junto aos estados, ofertado na modalidade semipresencial, com incremento da carga horária para 64 horas.

Com a pandemia da covid-19, o referido curso precisou ser adaptado e disponibilizado na modalidade totalmente a distância (EaD), mantendo a carga horária de 64 horas com momentos síncronos e assíncronos.

Em 2023, seguindo os moldes internacionais, o curso foi reformulado e passou a ser entregue na modalidade autoinstrucional, mantendo o estímulo à corresponsabilidade junto aos estados pela manutenção das necessidades de capacitação desse profissional em outras modalidades.



Desde 2009, o MS implantou um fórum de discussão pela internet, voltado para codificadores em mortalidade. Esse ambiente virtual suscita a codificadores a possibilidade de compartilhar dúvidas e buscar esclarecimentos com codificadores mais experientes. Atualmente, essa ferramenta passa por ajustes.

Saiba mais em <http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/>.

O codificador e a Vigilância do Óbito

A Vigilância do Óbito compreende o conceito de Vigilância Epidemiológica que engloba o conhecimento dos determinantes de óbitos específicos, como os maternos, infantis, fetais, com causa mal definida, entre outros, e a proposição de medidas de prevenção e controle.

Qualificar as informações para tomada de decisão quanto à evitabilidade e à prevenção das mortes é importante e necessário. O codificador pode apoiar a Vigilância na qualificação da informação e, quando necessário, a reconstrução epidemiológica do atestado de óbito, após criteriosa investigação, com a reclassificação da causa básica do óbito e atualização do SIM.

Sistemas de informações em saúde

Informação é resultante do processamento, da manipulação e da organização dos dados. Sendo assim, os sistemas de informações contribuem para conhecer a realidade em que os serviços de saúde estão inseridos e para orientar as ações visando à saúde da população.

Os sistemas de informações em saúde são também usados como fonte de dados para compor os indicadores de saúde. Entre eles, destacam-se o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informações Hospitalares (SIH); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); o Sistema de Informação de Notificação e Agravos (Sinan).

Sistema de Informações sobre Mortalidade

O SIM foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975. Essa iniciativa estava inserida no conjunto definido como básico e essencial para a criação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica para o País.

O conjunto de ações preconizadas para o funcionamento do SIM está regulamentado pela Portaria SVS/MS n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009.

O SIM é um sistema universal de captação de informações individualizadas de todos os óbitos ocorridos em território nacional. Os dados coletados são transformados em informações, gerando evidências para apoio na tomada de decisão em saúde e no planejamento das ações. Para isso, faz-se necessário o correto preenchimento da Declaração de Óbito, a análise, a codificação correta das causas atestadas na DO, e a classificação da causa básica do óbito, mediante a aplicação das regras de seleção e/ou modificação padronizadas internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), inseridas na Classificação Internacional de Doenças e Agravos (CID).

Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito (DO) é um documento oficial padronizado pelo Ministério da Saúde para atestar a morte de um indivíduo. Esse documento fornece os dados para os Cartórios de Registro Civil, que, na sua atribuição, emitirá a Certidão de Óbito, documento que tem validade jurídica para acesso aos direitos legais.

Os dados de cada DO emitida em território nacional estão disponíveis no SIM. É necessário que todas as variáveis da Declaração de Óbito sejam preenchidas com qualidade e que as vias obedeçam a um fluxo determinado pelo serviço local para que, em tempo oportuno, os dados processados se transformem em informação útil e assim possam subsidiar a atuação dos profissionais nos diferentes serviços de saúde.

A DO está dividida em duas partes: **identificação do falecido e atestado médico para a declaração das causas de morte.**

Na identificação do falecido, também são contempladas variáveis de interesse sociodemográfico.

O atestado médico é constituído por duas partes: Parte I e Parte II.

A Parte I, referente às causas da morte, contém quatro linhas a), b), c), d). Sob as linhas a), b), c) está escrita a frase: “Devido a ou como consequência de”.

A Parte II contém a descrição de outras condições que contribuíram para a morte.

O médico deve declarar a causa básica na última linha preenchida da Parte I e, acima dela, as complicações ou causas intervenientes.



O preenchimento da DO é de responsabilidade do médico, conforme disposto no Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n.º 2.222, de 23 de novembro de 2018, e n.º 2.226, de 21 de março de 2019), e a Resolução n.º 1.779, de 11 de setembro de 2005.

Excetuam-se os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade é atribuída a um médico do Instituto Médico Legal (IML), conforme determina o artigo 162 do Código de Processo Penal,

determina que, em toda morte decorrente de causa externa e/ou suspeita, a Declaração de Óbito (DO) – instrumento-padrão de registro do óbito – seja fornecida por perito legista do Instituto Médico Legal (IML), após necropsia (Oliveira; Souza, 2007).

A DO deve ser emitida pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente ou pelo médico assistente e, na falta destes, pelo o médico substituto ou ainda pelo plantonista para óbitos de pacientes internados sob regime hospitalar. Para óbitos de pacientes sob regime ambulatorial, o médico será designado pela instituição e, para óbitos de pacientes em tratamento sob regime domiciliar, o médico da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Declaração de Óbito: bloco a bloco

BLOCO I – Identificação Composto por 14 variáveis. Destina-se a colher informações sobre a identificação do falecido. O médico deve dar especial atenção a este bloco, dada a importância jurídica do documento.

FIGURA 1 | Bloco I da Declaração de Óbito

O formulário de Bloco I da Declaração de Óbito, intitulado 'República Federativa do Brasil - Ministério da Saúde - 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE - Declaração de Óbito', contém 14 variáveis de identificação. As variáveis são:

- 1 Tipo de óbito: 1 ☐ Fetal, 2 ☐ Não Fetal
- 2 Data do óbito: Hora
- 3 Cartão SUS
- 4 Naturalidade: Município / UF (se estrangeiro informar País)
- 5 Nome do Falecido
- 6 Nome do Pai
- 7 Nome da Mãe
- 8 Data de nascimento
- 9 Idade: Anos completos, Menores de 1 ano (Meses, Dias, Horas, Minutos), Ignorado (9)
- 10 Sexo: M - Masc. ☐, F - Fem. ☐, I - Ignorado (9)
- 11 Raça/Cor: 1 ☐ Branca, 2 ☐ Preta, 3 ☐ Amarela, 4 ☐ Parda, 5 ☐ Indígena
- 12 Situação conjugal: 1 ☐ Solteiro, 2 ☐ Casado, 3 ☐ Viúvo, 4 ☐ Separado judicialmente/divorçado, 5 ☐ União estável, 6 ☐ Ignorada
- 13 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 ☐ Sem escolaridade, 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série), 2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série), 3 ☐ Médio (antigo 2º grau), 4 ☐ Superior incompleto, 5 ☐ Superior completo, Ignorado (9)
- 14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado): Código CBO 2002

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

BLOCO II – Residência Composto por cinco variáveis. Destina-se a colher os dados sobre o endereço habitual do falecido.

FIGURA 2 | Bloco II da Declaração de Óbito

O formulário de Bloco II da Declaração de Óbito, intitulado 'República Federativa do Brasil - Ministério da Saúde - 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE - Declaração de Óbito', contém 5 variáveis de residência. As variáveis são:

- 15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc): Número, Complemento
- 16 CEP
- 17 Bairro/Distrito: Código
- 18 Município de residência: Código
- 19 UF

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

BLOCO III – Ocorrência Composto por sete variáveis. Destina-se a colher informações sobre o local de ocorrência do óbito.

FIGURA 3 | Bloco III da Declaração de Óbito

O formulário de Bloco III da Declaração de Óbito, intitulado 'República Federativa do Brasil - Ministério da Saúde - 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE - Declaração de Óbito', contém 7 variáveis de ocorrência. As variáveis são:

- 20 Local de ocorrência do óbito: 1 ☐ Hospital, 2 ☐ Outros estab. saúde, 3 ☐ Domicílio, 4 ☐ Via pública, 5 ☐ Outros, 6 ☐ Aldeia indígena, 7 ☐ Ignorado (9)
- 21 Estabelecimento: Código CNES
- 22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc): Número, Complemento
- 23 CEP
- 24 Bairro/Distrito: Código
- 25 Município de ocorrência: Código
- 26 UF

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

BLOCO IV – Fetal ou menor de 1 ano Composto por dez variáveis. Bloco específico para óbitos fetais e menores de 1 ano. São dados extremamente importantes para estudos da saúde materno-infantil.

FIGURA 4 | Bloco IV da Declaração de Óbito

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE									
IV Fetal ou menor que 1 ano	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída)	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		Código CBO 2002				
	0 ☐ Sem escolaridade	3 ☐ Médio (antigo 2º grau)	Ignorado						
	1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série)	4 ☐ Superior incompleto							
	2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)	5 ☐ Superior completo							
30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto					
1 ☐ Única	1 ☐ Vaginal	1 ☐ Antes 2 ☐ Durante 3 ☐ Depois 9 ☐ Ignorado							
2 ☐ Dupla	2 ☐ Cesáreo								
3 ☐ Tripla e mais	9 ☐ Ignorado								
9 ☐ Ignorado	9 ☐ Ignorado								
35 Peso ao nascer	36 Número da Declaração de Nascido Vivo								

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

É destinado ao preenchimento de dados apenas na ocorrência de óbito fetal ou de menores de 1 ano; caso contrário, deve-se passar para o Bloco V (“Condições e causas da morte”). Ressalta-se que a variável “Número da Declaração de Nascido Vivo” (campo 36) não será preenchida para os óbitos fetais.

BLOCO V – Condições e causas do óbito Composto por quatro variáveis. Este bloco é destinado às condições e causas que provocaram o óbito. Nele são informados os diagnósticos que levaram à morte, ou contribuíram para que ela ocorresse, ou estiveram presentes no momento do óbito.

FIGURA 5 | Bloco V da Declaração de Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
V Condições e causas do óbito	37 A morte ocorreu	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necrópsia?		
	1 ☐ Na gravidez 3 ☐ No abortamento 5 ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 9	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado		
	2 ☐ No parto 4 ☐ Até 42 dias após o término da gestação 8 ☐ Não ocorreu nestes períodos				
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID			
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b				
	c				
	d				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Dar especial atenção a óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) preenchendo o campo 37, visando estudos de mortalidade materna.

BLOCO VI – Médico Composto por sete variáveis. Este bloco é destinado à coleta de dados sobre o médico que preenche e assina a DO.

FIGURA 6 | Bloco VI da Declaração de Óbito

VI Médico	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico 1 ☐ Assistente 2 ☐ Substituto 3 ☐ IML	44 Município e UF do SVO ou IML	UF
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	46 Data do atestado	47 Assinatura		

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

! Deve ser preenchido de maneira legível, pois trata-se de documento oficial, cujo responsável é o médico.

BLOCO VII – Causas externas Composto por cinco variáveis. Destina-se a colher dados sobre as prováveis circunstâncias de morte não natural. Os campos deverão ser preenchidos sempre que se tratar de morte decorrente de lesões causadas por homicídios, suicídios, acidentes ou mortes suspeitas.

FIGURA 7 | Bloco VII da Declaração de Óbito

VII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)								
	48 Tipo 1 ☐ Acidente 2 ☐ Suicídio 3 ☐ Homicídio 4 ☐ Outros			50 Acidente de trabalho 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	51 Fonte da informação 1 ☐ Ocorrência Policial Nº. 2 ☐ Hospital 3 ☐ Família 4 ☐ Outra	Ignorado 9			
	52 Descrição sumária do evento					53 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 ☐ Via pública 2 ☐ Endereço de residência 3 ☐ Outro domicílio	4 ☐ Estabelecimento comercial 5 ☐ Outros 6 ☐ Ignorada		
	54 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)						Número	Bairro	Município

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

! São informações com fins epidemiológicos e constituem-se como um complemento ao Bloco V (“Condições e causas do óbito”), correspondente ao Capítulo XX da CID-10 – “Causas externas de morbidade e de mortalidade”.

BLOCO VIII – Cartório Composto por cinco variáveis. Destina-se a colher dados referentes ao Cartório de Registro Civil.

FIGURA 8 | Bloco VIII da Declaração de Óbito

VIII Cartório	53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data	57 UF
	56 Município				

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

BLOCO IX – Localidade sem médico Composto por duas variáveis. Destina-se ao preenchimento no caso de óbito ocorrido em localidade sem médico.

FIGURA 9 | Bloco IX da Declaração de Óbito

IX Localid. S/ Médico	58 Declarante	59 Testemunhas
		A B

Versão 01/14 - 3ª impressão 11/2021

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.



Nessa situação, o preenchimento ficará a cargo do Cartório de Registro Civil com assinatura de duas testemunhas.

Mais informações sobre o preenchimento correto da DO podem ser encontradas na publicação *Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento* (2022), disponível no endereço eletrônico: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_manual_preenchimento.pdf.

Sistemas corporais

Noções básicas sobre sistemas corporais

Sistemas corporais é o conjunto de células similares que formam os tecidos. O corpo possui quatro tecidos básicos que formam as estruturas viscerais/órgãos. Um sistema é o agrupamento de órgãos e estruturas que podem estar em várias regiões do corpo, mas com funções em comuns.

1) ESQUELÉTICO, ARTICULAR

O sistema esquelético é constituído por ossos do esqueleto, perióstio e ligamentos que os prendem às articulações. O sistema articular é composto por articulações móveis e fixas, além de cápsulas articulares, membranas sinoviais e discos/meniscos.

ARTICULAÇÕES – são a união entre dois ossos, possibilitando maior gama de movimentos ao segmento corporal destes.

2) MUSCULAR

Composto por músculos que movem o esqueleto, a face e demais estruturas que dão formato ao corpo. O músculo cardíaco e a musculatura lisa das paredes viscerais também compõem o sistema muscular.

MÚSCULOS ► são tecidos que se caracterizam por ampla flexibilidade, pela capacidade de contração e alongamento das suas células.

TENDÕES ► são feixes de fibras, formadas num tecido conjuntivo denso e modelado, encontrando-se orientadas para direções bem definidas, de modo a oferecer alta resistência em relação às forças que atuam sobre o tecido.

Os sistemas esqueléticos e muscular formam o **sistema locomotor**. Esse sistema apresenta a estrutura óssea como estrutura de sustentação de todo o corpo, tendo como base a movimentação e a proteção de órgãos vitais e uma estrutura muscular que possibilita justamente os movimentos do corpo e a força aplicada nos diversos segmentos, a velocidade e a precisão de tais movimentos.

Relativamente à estrutura óssea, consideramos a divisão em cabeça, tronco e membros compreendendo: a cabeça, na extremidade superior do esqueleto, sustentada pela coluna vertebral; o tronco, na região central do corpo, abrangendo a coluna vertebral e as costelas; os membros, superiores e inferiores, compreendendo os braços, antebraços, punhos e mãos, e, abaixo, as pernas e os pés; as cinturas, escapular (acima) e pélvica (abaixo).

COLUNA VERTEBRAL ► é uma estrutura flexível composta por 33 vértebras, localizadas em quatro regiões distintas: região cervical, região torácica ou dorsal, região lombar e região sacrococcígea. A coluna vertebral, no ser humano, cumpre três finalidades: sustentação da parte superior do corpo; amortecimento de forças que incidem sobre o esqueleto; mobilidade da parte superior do corpo, a partir da cintura pélvica. A cintura pélvica localiza-se na parte inferior do tronco, representando o conjunto de elementos que formam a bacia ou a pelve.

MEMBROS SUPERIORES ► são formados pelo conjunto dos seguintes principais ossos: úmero, rádio, ulna, carpo e os dedos das mãos. As articulações principais são o cotovelo e o punho.

MEMBROS INFERIORES ► são formados pelo conjunto, de cima para baixo, dos principais ossos: fêmur, tíbia e fíbula, além do tarso e dos dedos dos pés. As principais articulações são o joelho e o tornozelo.

3) CARDIOVASCULAR OU CIRCULATÓRIO

Tem como função principal levar nutrientes e oxigênio às células do organismo, retirando os resíduos produzidos pelo metabolismo e levando-os até aos órgãos responsáveis por sua eliminação. O principal órgão do sistema é o coração, mas as artérias, os capilares e as veias também fazem parte dele.

4) RESPIRATÓRIO

É composto pelos pulmões – corpos localizados na região do tórax, um de cada lado do coração – e pelas vias aéreas superiores (do nariz até a laringe) e inferiores (da traqueia até os espaços aéreos dos pulmões). Juntamente com o sistema circulatório, é responsável pelo fornecimento de oxigênio a todos os tecidos do corpo. O sistema é protegido pelas costelas, e o conjunto inteiro é conhecido como caixa torácica. Tem como tarefa principal a respiração.

5) LINFÁTICO

Sistema de vasos que auxiliam as veias na drenagem de líquidos tissulares em direção ao coração. Dado o grande volume de líquidos (60% do corpo humano), as veias não são capazes de drenar sozinhas esses líquidos. As filtrações da linfa pelos linfonodos ocorrem por todo o corpo.

6) NERVOSO

É a parte do organismo que transmite sinais entre as suas diferentes partes e coordena as suas ações voluntárias e involuntárias. Composto pelo sistema nervoso central (encéfalo e medula espinhal) e periférico (nervos).

7) ENDÓCRINO

Composto por glândulas secretoras de hormônios que são lançados na linfa e no sangue, atuando em várias partes do corpo mantendo o equilíbrio de funções metabólicas em vários sistemas.

8) TEGUMENTAR

A pele é o órgão deste sistema. Contém glândulas, receptores nervosos, vasos, células imunológicas, anticorpos, camadas de células e queratina atuando em conjunto na proteção do corpo dos fatores ambientais.

9) DIGESTÓRIO

Com a função de quebra, digestão e absorção de nutrientes provenientes dos alimentos, o sistema digestório começa na boca e vai até o ânus. A excreção de resíduos também faz parte das funções deste sistema. Possui glândulas associadas (fígado, pâncreas e sistema biliar).

10) URINÁRIO

Responsável pela conservação de água no corpo, também tem a função de manter neutro o equilíbrio ácido-base dos fluidos corporais. Tem os rins como órgãos principais do sistema e os ureteres, bexiga e uretra que fazem a excreção da urina.

11) REPRODUTOR MASCULINO e FEMININO

Sistemas envolvidos com a produção e a secreção de hormônios sexuais, além da formação, da proteção e do transporte de células germinativas (espermatozoide no homem e óvulo na mulher). Na mulher, este sistema também é responsável pela condução das células germinativas masculinas até o local da fecundação, manutenção do embrião/feto e sustento do recém-nascido.

Terminologia médica

Conceitos básicos

É de fundamental importância que os profissionais codificadores conheçam os termos médicos para que não haja nenhum problema tanto na interpretação de prontuários e prescrições médicas consultadas numa investigação quanto nos diagnósticos contidos na Declaração de Óbito.

Cada termo deve ter um significado único aceito pela comunidade científica, facilitando, assim, o intercâmbio de informação em nível internacional.

Os termos médicos geralmente estão formados de radicais (raiz), que são a parte principal do termo, complementado com prefixos e sufixos derivados dos idiomas gregos e latim.



Veja no Apêndice D a lista de algumas terminologias médicas.

A causa de morte e sua declaração

O que é causa de morte?

Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, foi criado um Comitê para propor definições sobre as condições e causas de óbito, de forma a se obter “estatísticas de mortalidade por causas uniformes em todos os países”.

A OMS também assumiu a responsabilidade pelas revisões decenais da “Classificação de Causas de Morte”, atualmente *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde* (CID), 11ª revisão.

Na primeira revisão da CID feita pela OMS, a CID-6, estão incorporadas as definições de interesse às **estatísticas de mortalidade por causas**. As revisões sucessivas – CID-7 (1955), CID-8 (1965), CID-9 (1977) e a atual CID-10 (1990) – incorporam todas as definições e as recomendações quanto à elaboração **de estatísticas de mortalidade por causas**. Assim:

- A **causa da morte** que aparece nas estatísticas continuou uma só, isto é, **a cada morte somente se atribui uma causa**, o que vinha ocorrendo desde 1662.
- Essa causa, por proposta da OMS desde a CID-6, é denominada “**causa básica da morte**”.



A definição de causa básica é a seguinte: “Causa básica da morte é (a) doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (OMS, 2008b).

A definição deixa bem clara a existência de dois grandes grupos de causas básicas: **causas naturais**, são as doenças tais como as conhecemos (as doenças infecciosas, cardíacas, renais, respiratórias, próprias da gravidez, da pele etc.); e as **causas não naturais** ou **causas externas**, representadas pelos acidentes (todos os tipos) e pelas violências – homicídios, suicídios, intervenção legal e operações de guerra.

As complicações da causa básica são chamadas **causas intermediárias**, e a última delas de **causa terminal**.

O modelo proposto e adotado pela OMS, e aceito internacionalmente a partir da CID-6, inclui itens referentes à identificação do falecido e outras variáveis de interesse administrativo e demográfico. Essas partes podem variar de país para país, entretanto a parte médica da DO é igual em todo o mundo. É chamada de **Atestado Médico** para a **declaração das causas de morte**.

O **Atestado Médico** que foi proposto, e vem sendo usado desde 1950, é constituído por duas partes: I e II. Para a Parte I, foram propostas três linhas: a), b) e c) (Figura 10).

A partir da CID-10, a OMS propôs uma quarta linha na Parte I (linha d). O Brasil, em 1999, adotou a inclusão dessa linha.

Na Parte II, devem estar descritas as **causas contribuintes** (afecções ou complicações) que não fazem parte da cadeia de eventos que, a partir da causa básica, levaram à morte.

FIGURA 10 | Modelo internacional do Atestado de Óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 A morte ocorreu 1 ☐ Na gravidez 3 ☐ No abortamento 5 ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 ☐ Ignorado 2 ☐ No parto 4 ☐ Até 42 dias após o término da gestação 8 ☐ Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado		39 Necropsia? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
	a Causa imediata ou terminal Devido ou como consequência de:				
	b Causa intermediária Devido ou como consequência de:				
	c Causa intermediária Devido ou como consequência de:				
d CAUSA BÁSICA DA MORTE Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, não estando, entretanto, relacionados com o estado patológico que a produziu.					
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		É a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.			

Fonte: OMS, 2008b.

Classificação de doenças

Classificação de causas de morte e de doenças

Toda vez que se quer apresentar estatisticamente uma variável (sexo, idade, local de óbito, causa de morte etc.) e a frequência (número de vezes) de suas características, estas deverão ser **classificadas**.

Assim, a variável **sexo** é classificada em: masculino, feminino e ignorado. Da mesma forma, a variável **local do óbito** tem suas características classificadas em: hospital, outros estabelecimentos de saúde, domicílio, residência, via pública, outros e ignorado.

Entretanto, quando a variável apresenta grande número de características, é necessário que se tenha uma classificação adequada, ou seja, que essas características estejam agrupadas em “classes” (daí o termo classificação). No interior dessas “classes”, cada característica consistirá, isoladamente, no que se chama **categoria**.

A variável **doença** tem um número muito grande de categorias e, por essa razão, para apresentar causas de morte, é necessário utilizar uma **classificação de doenças, lesões ou circunstância do óbito**.

Uma classificação de doenças é um sistema que agrupa categorias (doenças) segundo critérios preestabelecidos.

A classificação atualmente utilizada no Brasil (CID-10), como as precedentes revisões, é uma classificação estatística, ou seja, que contém um número limitado de categorias com códigos respectivos, mutuamente exclusivos. É uma classificação hierárquica, quanto à sua estrutura, com subdivisões para grupos (ou agrupamentos) de doenças e, nestes, categorias (doenças) e subcategorias (especificações de doenças).

Uma primeira “classificação” de causas de morte foi feita por John Graunt ao apresentar os dados de mortalidade para a cidade de Londres, em 1662. Desde aquela ocasião até o final do século XIX, várias classificações foram propostas, mas nenhuma conseguiu ser “internacional”, isto é, ser usada por todos os países, para permitir a comparabilidade.

Desde a primeira classificação (1883) até a 5ª revisão (CID-5, 1938), tratava-se de classificação de **causas de morte**, isto é, incluíam-se somente as **doenças mortais**. A partir da CID-6, passou-se a ter uma classificação que incluía todos os tipos de doenças e lesões, e não somente doenças que causavam morte.

A revisão em uso (CID-10) é bastante ampla, como indica o próprio nome “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”, ou seja, não se trata simplesmente de uma classificação de doenças.

A história da CID, de 1883 à atual CID-10, é muito importante, devendo ser de conhecimento do codificador.

RECOMENDA-SE LER:

História do desenvolvimento da CID: Item 6 do Volume 2 da CID-10.

LAURENTI, R. Análise da Informação em Saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, 40717,1991. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000600001>.



A CID-10 é uma publicação que o codificador deve conhecer com detalhes, por ser este seu instrumento de trabalho.

A CID-10

A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) apresentou grande expansão em relação às revisões anteriores, com um maior número de categorias e subcategorias. Esse aumento não decorre do fato de terem sido descritas novas doenças, mas em razão de muitas delas passarem a ser apresentadas ou descritas, com mais especificações ou manifestações, o que possibilita melhor uso em **morbidade**.

Antes da 10ª revisão da CID, não havia atualizações entre as revisões. No relatório da Conferência Internacional para a 10ª revisão, em 1989, que aprovou a CID-10, é recomendado que “a OMS endosse o conceito de um processo de atualização no período entre duas revisões e considere os mecanismos para que esta atualização seja colocada em prática”. Estes mecanismos foram estabelecidos, através da criação em 1997 do **Grupo de Referência de Mortalidade (Mortality Reference Group – MRG)**.

Como em revisões anteriores (CID-9, CID-8, CID-7 etc.), é uma classificação multiaxial, isto é, não apresenta um único eixo (ou orientação) classificatório. Assim, existem capítulos cuja orientação é dada por abordar doenças infecciosas; outros tratam de doenças por localização; outras etiologias (não infecciosas); doenças próprias de períodos específicos da vida humana (perinatal, gravidez/parto/puerpério) etc.

Atualmente, o Ministério da Saúde, por meio do Centro Colaborador da Opas/OMS para a Família de Classificação Internacional BRA-90, representa o Brasil na interlocução com o MRG. Entre as atribuições, destacam-se a revisão de tabelas internas, as implementações de atualizações da CID-10, a tradução da CID-11, a elaboração de material didático para cursos de codificação e para contribuir para melhorar a qualidade na utilização da família de classificações, apoiando procedimentos de garantias de qualidade para os produtos das classificações, terminologias e produtos-padrão (CTS), em coordenação com a OMS.



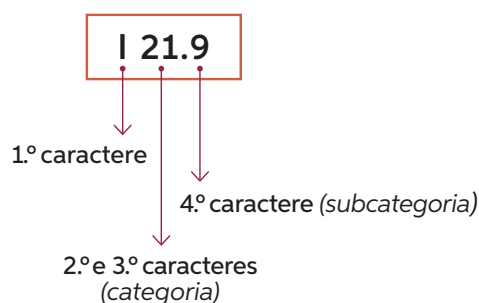
Para mais informações, visite:
<http://plataforma.saude.gov.br/ctabrfic/>.

Estrutura dos códigos da CID-10

A CID-10 está estruturada com códigos alfanuméricos compostos por uma letra seguida de dois números, para cada categoria, e um terceiro número para subcategorias.

- **1º caractere:** 1 dígito de A até Z.
- **2º e 3º caractere:** 2 dígitos (00 até 99). Tem-se assim uma categoria com três caracteres. Muitos desses códigos estão divididos em subcategorias (4º caractere), que possibilitam especificações ou detalhamentos de uma doença ou manifestação.
- **4º caractere:** 1 dígito (0 até 9) representando uma subcategoria; vem sempre colocado após o ponto. Algumas categorias não possuem esta subcategoria.

Exemplo:



Até a 9ª edição, a CID era composta por dois volumes, porém a CID-10 é composta por três volumes:

Volume 1 – Lista tabular

Apresenta uma explicação sobre os “Centros Colaboradores da OMS para Classificação de Doenças”, o “Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças”, a “Lista Tabular de Categorias de Três Caracteres” e a “Lista Tabular de Inclusões e Subcategorias de Quatro Caracteres”.

A “Lista de Categorias de Três Caracteres” serve para o codificador ter uma ideia geral de todos os 22 capítulos, com os agrupamentos e categorias de cada um deles.

QUADRO 1 | Capítulos da CID-10

Capítulos	Títulos	Códigos
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00 – B99
II	Neoplasias (tumores)	C00 – D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	D50 – D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E50 – E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00 – F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00 – G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00 – H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	H60 – H95
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00 – I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00 – J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00 – K93
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00 – L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00 – M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00 – N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00 – O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00 – P96
XVII	Malformações congênicas, deformidades e anomalias	Q00 – Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório NCOP	R00 – R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00 – T99
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	V01 – Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00 – Z99
XXII	Códigos para propósitos especiais	U00 – U99

Fonte: OMS, 2008a.

Observe, no Quadro 1, que o número de categorias varia conforme o capítulo, dependendo, é claro, do número de doenças, das condições a que pertencem ou se fazem parte da finalidade do capítulo.

Capítulo: é um conjunto de agrupamentos de doenças relacionadas, sendo estes formados por categorias e subcategorias.

Agrupamento: é um conjunto de categorias e respectivas subcategorias. Todas as categorias de um agrupamento referem-se a doenças próximas ou semelhantes, ou então apresentam alguma característica em comum.

Categoria: é um código com três caracteres.

Subcategoria: é a subdivisão de categoria com um quarto dígito para caracterizar especificações da categoria.

Volume 2 – Manual de Instrução

Contém disposições para registro, codificação e instruções práticas para codificadores de mortalidade e morbidade, com diretrizes para apresentação e interpretação de dados.

O Volume 2 é composto por:

- Introdução e instruções para utilização dos Volumes 1 e 3.
- Guias, orientações e regras para codificação de mortalidade.
- Guias para registro e codificação de morbidade.
- Apresentação de estatísticas e definições para uso em estatísticas vitais e de mortalidade.
- História da CID.

Volume 3 – Índice alfabético

Neste volume, o codificador inicia a busca pelos códigos.

Contém todos os termos que se encontram na Lista Tabular (Volume 1), e outros que não se encontram sob as categorias e subcategorias, porém sinônimos daqueles aí existentes. Existem, inclusive, certos termos regionais, isto é, de uso restrito ao País. Para cada termo, simples ou composto, há um código na Lista Tabular.

O Volume 3 apresenta as seguintes partes:

- **Introdução:** explica as finalidades, a estrutura e as convenções usadas no índice, que são de grande importância para o trabalho do codificador.
- **Seção 1:** contém todos os termos relativos às doenças, suas complicações, manifestações etc. Apresenta também todas as **consequências** das causas externas (acidentes e violências), isto é, o que se chama **natureza da lesão**: tipo de lesão, traumatismos etc. Ainda na seção 1, encontram-se os **motivos de consulta** – razões ou motivos para entrar em contato com os serviços de saúde.
- **Seção 2:** apresenta, em ordem alfabética, as causas externas (circunstâncias que causaram a lesão): acidentes de todos os tipos, homicídios e suicídios.
- **Seção 3:** é o índice alfabético das drogas e dos produtos químicos que podem causar morbidade ou mortalidade. É apresentado sob a forma de tabela.

Pode-se dizer que, na **seção 1**, estão incluídas todas as **causas naturais** e, na **seção 2**, todas as **causas não naturais**, ou acidentes e violências, também conhecidos como **causas externas**.

O Índice apresenta os termos e suas adjetivações ou modificações.

Em cada página, há duas colunas de termos e estes podem ser:

- **Termos principais:** são geralmente os nomes de doenças, manifestações ou sintomas. Estão localizados à esquerda de cada coluna e em negrito (Figura 11). Exemplo:
 - **Arteriosclerose** – I70. 9
 - **Cefaleia** (dor de cabeça) – R51
 - **Astenia** (cansaço) – R53
- **Termos modificadores:** são palavras ou termos que modificam os termos principais, estando indicados sob estes, à direita. Geralmente referem-se a localizações (anatômicas) ou circunstâncias, que modificam o código principal. Modificadores que não afetam o código principal aparecem entre parênteses (), após este termo. Todos os modificadores aparecem em ordem alfabética, exceto quando aparece “**com**”, que sempre está em primeiro lugar.

EXEMPLO:

Codificar **hérnia inguinal bilateral com gangrena e obstrução** – hérnia é o termo principal e todos os outros são modificadores. Identificado o termo principal, acompanhar a série de indentações (termos modificadores), até que todas as descrições diagnosticadas estejam cobertas ou terminadas.

FIGURA 11 | Volume 3 da CID-10

ÍNDICE ALFABÉTICO DE DOENÇAS E NATUREZA DA LESÃO	
→ Hérnia – continuação → - indireta (inguinal) – ver Hérnia, inguinal → - inguinal (direta) (dupla) (externa) (funicular) (indireta) (infantil) (interna) (intersticial) (oblíqua) (escrotal) (deslizamento) K40.9 → - - com → - - - gangrenada (com obstrução) K40.4 → - - - obstrução K40.3 → - - - bilateral K40.2 → - - - com → - - - - gangrena (e obstrução) K40.1 → - - - - obstrução K40.0 → - - - - unilateral K40.9	Hérnia – continuação - mesentérica (interna) – ver Hérnia, abdominal - mesocólon – ver Hérnia, abdominal - músculo (bainha) M62.8 - núcleo pulposo – ver Deslocamento, disco intervertebral - oblíqua (inguinal) – ver Hérnia, inguinal - obstrutiva (ver também Hérnia, por localização, com obstrução) K46.0 - - gangrenada (com obstrução) (ver também Hérnia, por localização, gangrenada) K46.1 - obturador – ver Hérnia, abdominal com localização especificada NCOP

Fonte: OMS, 2008c.

Os códigos numéricos estão apresentados após os termos e podem aparecer como categorias de três caracteres, ou estar subdivididos em subcategorias com o quarto caractere apropriado, ou apresentar um ponto e traço (-.); nesse último caso, está orientando o codificador a procurar o quarto caractere sob a categoria na Lista Tabular.

Convenções da CID-10

Existem na CID-10 algumas abreviaturas, pontuações, símbolos e termos instrucionais, que necessitam ser muito bem compreendidos pelos seus usuários, tais como:

a) Termo de inclusão

Sob o título dos capítulos, dos agrupamentos, das categorias e subcategorias, pode existir certo número de outros termos diagnósticos, conhecidos como “termos de inclusão”. Eles aparecem como exemplos ou como guias para o que deve ser codificado sob aquele capítulo, agrupamento, categoria ou subcategoria.

VER COMO EXEMPLO:

- Sob o Capítulo I “Inclui” doenças em geral reconhecidas como contagiosas ou transmissíveis.
- Sob o agrupamento Tuberculose (A15-A19) “Inclui” infecções por *Mycobacterium tuberculosis* e *Mycobacterium bovis*.
- Sob a categoria A02 “Inclui” infecção ou intoxicação alimentar devidas a outras espécies de *Salmonella* que não a *Salmonella typhi* e a *Salmonella paratyphi*.
- Sob a subcategoria A03.1 “Inclui” shigelose do grupo B.

b) Termo de exclusão

Alguns capítulos, agrupamentos, categorias e subcategorias apresentam uma ou mais condições precedidas pela palavra “Exclui”. Isto significa que essas condições ou termos não devem ser aí codificados; isto é, devem ser codificados em outro lugar.

EXEMPLO:

Q61 – Doença cística do rim

Exclui: cisto adquirido do rim (N28.1) Síndrome de Potter (Q60.6)

c) Glossário com descrições

O Capítulo V – “Transtornos Mentais e Comportamentais” – dispõe de um glossário descritivo, para indicar o conteúdo das rubricas, e servir como orientação, uma vez que a terminologia desses transtornos varia conforme o país e a escola psiquiátrica seguida, podendo o mesmo nome ser utilizado para outra condição.

EXEMPLO:

F20 – Esquizofrenia

d) Duplo código: “O Sistema Cruz e Asterisco” († e *)

Existem códigos que apresentam uma combinação: um é identificado por uma cruz (†) e outro por asterisco (*). O sistema em questão é utilizado da seguinte forma: O código † é utilizado para uma determinada doença e o código * para as manifestações dessas doenças.

Dessa forma, o código * não pode ser utilizado para causa básica de morte, podendo ser utilizado somente para morbidade.

EXEMPLO:

A170†- Meningite Tuberculosa (G01*)

e) Parênteses

Estes são usados, no Volume 1, de quatro maneiras distintas:

- Para incluir termos ou palavras suplementares, que poderão se seguir ao termo diagnóstico indicado sem afetar, no entanto, o código que se atribuiu a este.

Exemplo: I10 Hipertensão essencial (primária)

- Para incluir o código que deverá ser atribuído a um termo de exclusão.

Exemplo: B25 – Doença por citomegalovírus

Exclui: infecção congênita por citomegalovírus (P35. 1)

- Para incluir o código de categorias de um determinado agrupamento.

Exemplo: Anemias nutricionais (D50 – D53)

- Para incluir o código cruz (†) em uma categoria asterisco (*) e vice-versa.

Exemplo: B01.1(†) Encefalite por varicela (G05.1*)

No Volume 3, os parênteses são usados de forma semelhante ao Volume 1, para incluir modificadores que não interferem no código do termo principal.

EXEMPLO:

Hipertensão (arterial) (benigna) (maligna) (maligna) (flutuante)

f) Colchetes []

- Para incluir sinônimos, palavras alternativas ou frases explicativas.

Exemplo: Ver A30 Hanseníase [doença de Hansen] [Lepra]

Exemplo: C21.8 – Lesão invasiva do reto, ânus e do canal anal. [ver nota 5, Volume 1]

- Para fazer referência a um conjunto de subdivisões de quarto caractere comum a um grupo de categorias.

Exemplo: Ver F10.- [ver nota abaixo de F10 no Volume 1]

g) Dois-pontos

Utilizado em listas de termos de inclusão e exclusão, para indicar que um ou mais desses termos necessitam ser completados (termos compostos).

Exemplo: G71.0 Distrofia muscular

Distrofia muscular (das):

- autossômica recessiva, infantil, semelhante a Duchenne ou Becker
- benigna [Becker]
- cintura escapular e pélvica

h) Chave { }

Utilizada em alguns termos de inclusão e exclusão, servindo para indicar que alguns deles poderiam ser qualificados por um ou mais dos termos após a chave.

EXEMPLO:

Ver I24.0 {ver abaixo de I24.0 no Volume 1}

i) SOE

Significa “Sem Outra Especificação”. Os codificadores precisam ser cuidadosos, para codificar um termo como “não qualificado (não especificado)”; isto somente poderá ser feito quando ficar evidente não existir informação que possibilite a especificação.

EXEMPLO:

K14.9 Doença da língua, sem outra especificação
Glossopatia SOE

j) NCOP

A sigla significa “**não classificado em outra parte**”, sendo colocada após um termo quando este não tem especificação com categoria ou subcategoria própria. Geralmente são para indicar códigos de categorias residuais. No Volume 1, aparece a frase por inteiro. No Índice, Volume 3, aparece a sigla NCOP.

EXEMPLO 1: Ver K73 – Hepatite crônica, **não classificado em outra parte** no Volume 1.

EXEMPLO 2: Ver Q66.9 – Deformidade -pé --congénita **NCOP**, no Volume 3.

k) “E” em títulos

O “E” significa “e/ou”.

EXEMPLO: S49. 9 Traumatismo não especificados do ombro e do braço

Nesse caso e em semelhantes, o “E” indica:

- traumatismo não especificado do ombro; ou
- traumatismo não especificado do braço; ou
- traumatismo não especificado do ombro e do braço.

l) Ponto e traço

Quando aparece no código de uma categoria, significa que esta tem quatro caracteres.

EXEMPLO: Ver no Índice Diabetes E14.-, em seguida ver na Lista tabular E14, que remete para o quarto caractere.

m) Referências cruzadas

Utilizada no índice, após um termo, as indicações “ver” e “ver também”.

Quando isso ocorrer, o codificador deve observar o seguinte:

- **“Ver”**: requer que o codificador use o código referente a outro termo.

EXEMPLO:

Insuficiência

→ cardíaca

→ valvular – ver Endocardite

- **“Ver também”**: direciona o codificador para ver outro termo (após o “ver também”), visto que a informação ou o diagnóstico a ser codificado contém especificação não encontrada sob o termo em questão.

EXEMPLO:

Insuficiência

→ miocárdica – ver também insuficiência cardíaca I50.9



É necessária a utilização dos Volumes 1 e 3, conjuntamente, quando se procura codificar um termo. Deve-se ter cuidado para não cair na “armadilha” de se codificar um diagnóstico, diretamente a partir do índice alfabético (Volume 3).

Codificação em mortalidade

Para produzir estatísticas de mortalidade segundo **causas de morte**, é necessário codificar e seleccionar, em cada atestado de óbito, a **causa básica da morte**.

Dado o diagnóstico (termo, causa e doença), **codificar** é atribuir a ele um determinado código existente na Lista Tabular.

Portanto, ao codificar, realizam-se duas operações, a saber:

- Atribuir um código ao diagnóstico.
- Classificar esse diagnóstico. Cada código (categoria ou subcategoria) tem seu lugar na Classificação.



O codificador, tendo em mãos uma DO, deverá ler cuidadosamente todas as informações ali registradas. No Bloco V (“Condições a causas do óbito”), deve atribuir um código da CID-10 a cada afecção registrada.

Guia básico para a codificação

- 1 – Ter em mãos os Volumes 1, 2, 3 e protocolos de codificações especiais em mortalidade.
- 2 – Atribuir um código inserido no **Índice Alfabético** (Volume 3), seguindo a localização de todas as afecções informadas na DO pelo médico, reconhecendo cuidadosamente todas as possíveis convenções da CID-10.
- 3 – Uma vez obtido o código, ir à **Lista Tabular** (Volume 1) para verificar se corresponde ao código adequado.

3.1 – Causa natural, (doenças, lesões, traumatismos, bem como outros motivos de consulta, Capítulos I a XXI), consultar a seção 1 do Índice.

3.2 – Causa externa (lesão ou outro evento classificável no Capítulo XX), consultar a seção 2 do Índice.

4 – Após analisar se existe uma sequência lógica na Parte I do atestado de óbito, inserir o código para cada afecção registrada. Observar que a afecção será codificada obedecendo os critérios de orientação da Cid-10 (fetal, neonatal, materno, procedimento etc.).

5 – Aplicar as regras de **seleção da causa básica da morte**.

5.1 – A causa básica, se descrita em sequência lógica, deve ser declarada sempre na **última linha preenchida** do atestado e, acima dela, suas complicações.



Antes de selecionar a causa básica do óbito, é necessário compreender seu conceito.

• Sequência

O termo “sequência” refere-se a duas ou mais afecções registradas em linhas sucessivas na Parte I, sendo cada afecção uma causa aceitável daquela registrada na linha acima dela.

Quando o médico declara corretamente a causa básica da morte, existindo uma sequência “lógica” ou “aceitável”, é fácil selecionar a causa básica, pois os diagnósticos devem ser declarados em linhas sucessivas na Parte I.

EXEMPLO 1:

Parte I a) Broncopneumonia
b) Caquexia extrema
c) Metástases generalizadas
d) Câncer de estômago

Parte II –

Neste exemplo, a sequência informada é aceitável ou lógica.

EXEMPLO 2:

Parte I a) Broncopneumonia	2 dias
b) Septicemia	5 dias
c) Infecção secundária	10 dias
d) Miíase cutânea generalizada	semanas

Parte II – Desnutrição grave
– Anemia ferropriva

Existe uma sequência lógica na Parte I, e a última causa informada (linha d) é a causa básica da morte.

Nas informações médicas das causas, quando corretamente atestadas como nos exemplos acima, não existe dificuldade em selecionar a causa básica.

Entretanto, infelizmente, nem sempre é assim. De fato, veja-se o exemplo:

Parte I a) Câncer de intestino
b) Diabetes mellitus
c) Anemia
d) –

Parte II –

Mesmo o mais inexperiente codificador reconhece, claramente, que não há sequência lógica. De fato, uma anemia não causa diabetes, bem como este não leva ao câncer de intestino, ou seja, o câncer não é devido ao diabetes e este não é devido à anemia, portanto essa última não pode ser a causa básica.

- **Duração da afecção**

O tempo declarado entre o início da doença (ou das complicações) e a morte deve ser levado em consideração quanto à probabilidade da sequência:

EXEMPLO 1:

Parte I a) Septicemia	12 dias
b) Broncopneumonia	3 dias
c) Acidente vascular cerebral hemorrágico	10 dias
d) –	

Embora a sequência pudesse ser aceita, não o é, em decorrência da indicação do tempo.

EXEMPLO 2:

Parte I a) Septicemia
b) Broncopneumonia
c) Acidente vascular cerebral hemorrágico
d) –

Parte II –

Não existe indicação de tempo, e, dessa maneira, aceita-se a sequência.

É muito pequena a frequência em que o médico declara o **tempo** (a duração da afecção) na DO.

- **“Sumamente improvável”**

Essa é uma expressão, ou jargão, bastante usada na aplicação da CID para codificar mortalidade.

O codificador que não é médico e, principalmente aqueles que estão iniciando a codificação, tem grande dificuldade em saber se uma sequência informada pode ser aceita ou não.

Entretanto, há um guia para a interpretação de aceitação de sequência (que está no Volume 2, item 4.2.2. Esse guia, “Interpretação de ‘sumamente improvável’”, que deve ser sempre consultado, apresenta 15 itens (de {a} a {o}).

A orientação é muito clara, e o codificador lendo atentamente não terá dúvidas. Exemplo:

Parte I a) Caquexia

b) Metástases

c) Câncer de fígado

d) Hepatite crônica (por vírus)

Parte II –

No Volume 2, considera-se “sumamente improvável” o seguinte:

(c) uma neoplasia maligna informada como “devido a” qualquer outra doença, exceto pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); portanto não se aceita a sequência do exemplo.

NOTA:

1) ler atentamente o item 4.2.2 do Volume 2;

2) sempre que houver dúvidas quanto à aceitação de uma sequência, ler esse item.

- **Presunção de causa intercorrente**

Para se aceitar uma sequência, não é preciso estarem declaradas todas as consequências entre a causa básica e as outras causas. O exemplo torna mais fácil o entendimento:

EXEMPLO 1:

Parte I a) Coma

b) Acidente vascular cerebral hemorrágica

c) Hipertensão arterial

d) Nefrite crônica

Parte II –

A sequência informada é aceitável e bastante clara. Suponha-se:

- Parte I
- a) Coma
 - b) Acidente vascular cerebral hemorrágico
 - c) Nefrite crônica
 - d) –

Parte II –

A nefrite crônica não leva diretamente ao acidente vascular, entretanto poder-se presumir uma causa intercorrente (no caso hipertensão arterial).

EXEMPLO 2:

- Parte I
- a) Septicemia
 - b) Aborto
 - c) –
 - d) –

Parte II –

Supõe-se que o aborto se infectou e levou à septicemia.

EXEMPLO 3:

- Parte I
- a) Congestão pulmonar
 - b) –
 - c) Infarto agudo do miocárdio
 - d) –

O infarto leva a uma insuficiência ventricular esquerda (causa intercorrente presumível) e à congestão pulmonar.

EXEMPLO 4:

- Parte I
- a) Insuficiência renal aguda
 - b) Doença isquêmica do coração
 - c) –
 - d) –

Parte II –

Aceita-se a causa intercorrente presumível insuficiência cardíaca congestiva que leva à insuficiência renal aguda.

NOTA: ler item 4.2.1, Volume II.

Ao codificar a causa básica, o codificador deverá seguir atentamente os **seguintes passos**:

- a. Ler atentamente a DO, não somente a Partes I e II, mas também a idade, o sexo e outros itens relevantes.
- b. Verificar se existe alguma inconsistência entre causa e sexo, causa e idade, entre outros.
- c. Verificar se há sequência lógica nas linhas da Parte I.

a)

b)

c)

d)

- d. Quando houver existência de alguma dúvida, deverá procurar esclarecimento junto ao médico que atestou o óbito (telefone, e-mail, carta).
- e. Duração da afecção – o tempo declarado entre o início da doença (ou das complicações) e a morte deve ser levado em consideração quanto à probabilidade de sequência.
- f. Buscar o código das afecções no Volume 3 – Índice Alfabético.
- g. Localizar esse código no Volume 1 – Lista Tabular, e verificar se existem notas de “Inclusão” ou “Exclusão”.
- h. Verificar se o código selecionado não faz parte daqueles que não devem ser usados em codificação de mortalidade (essa lista se encontra no Volume 2 da CID-10, no Apêndice 7.1 – lista de afecções improváveis de causar a morte).
- i. Quando a causa básica selecionada for algum diagnóstico incompleto, ou ficar claro que é uma complicação, pedir esclarecimento junto ao médico.

EXEMPLO:

Cardiopatia – Qual?

Insuficiência cardíaca (congestiva) – Qual a cardiopatia de base?

Hepatopatia – Qual?

Acidente vascular cerebral – Isquêmico ou hemorrágico?

Septicemia – Qual a causa que motivou?

Coma – Qual a causa que produziu?

Esmagamento do tórax – Qual o tipo da causa externa?

- j. Aplicar as regras para selecionar a causa básica.

Regras para a seleção da causa básica de morte

QUADRO 2 | Regras para a seleção da causa básica

REGRAS DE SELEÇÃO	REGRAS DE MODIFICAÇÃO
Princípio Geral (PG)	Regra de Modificação A (RMA)
Regra de Seleção 1 (RS1)	Regra de Modificação B (RMB)
Regra de Seleção 2 (RS2)	Regra de Modificação C (RMC)
	Regra de Modificação D (RMD)
Regra de Seleção 3 (RS3)	Regra de Modificação E (RME)
	Regra de Modificação F (RMF)

Fonte: OMS, 2008b.

Ao selecionar uma afecção como causa básica pelo PG, RS1 ou RS2, esta deve ser considerada como uma causa básica **“temporária”**, que poderá sofrer alterações pela aplicação da RS3 ou por alguma das Regras de Modificação (Quadro 2).

Princípio geral – PG

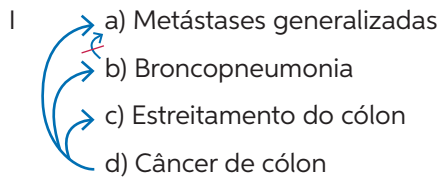
Quando existir uma única causa na última linha informada e ela der origem a todas as afecções acima dela, ela é a causa básica.

EXEMPLO 1:

- Parte I
- a) Fibrilação ventricular
 - b) Infarto do miocárdio
 - c)
 - d)

A causa declarada em b é por PG, a causa antecedente originária (ou causa básica selecionada).

EXEMPLO 2:



Nesse exemplo, existe somente uma causa declarada em último lugar, porém sem uma sequência (de fato, o que existe em **b** não dá origem àquilo que está em **a**). Mesmo que o atestado não tenha sido corretamente preenchido, pode-se aplicar o PG, desde que a afecção informada em último lugar possa dar origem a todas as afecções acima dela, independentemente de estas terem ocorrido em uma ordem causal direta.



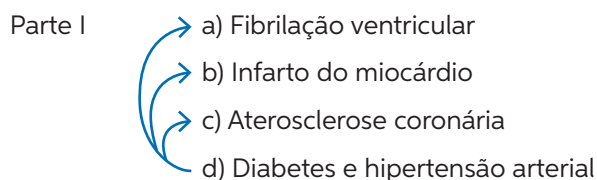
O PG deve ser aplicado quando existir somente uma causa informada em último lugar, e esta pode dar origem a todas as causas mencionadas anteriormente.

Vá ao caderno de exercícios específicos para PG e pratique!

Regra de Seleção 1 – RS1

Quando o PG não puder ser aplicado, e houver uma sequência que termine na afecção mencionada em primeiro lugar da Parte I, selecionar a causa que originou essa sequência. Caso tenha mais de uma sequência terminando na afecção mencionada primeiro, selecionar a causa originária (inicial) da sequência mencionada primeiro.

EXEMPLO 1:

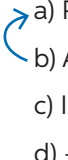


Há duas causas em último lugar (linha d), logo não se pode aplicar o PG. Têm-se duas sequências informadas:

Diabetes → aterosclerose coronária → infarto do miocárdio → fibrilação ventricular.
Hipertensão arterial → aterosclerose coronária → infarto do miocárdio → fibrilação ventricular.

Seleciona-se “Diabetes” como causa básica, já que ela dá origem à primeira sequência informada.

EXEMPLO 2:

- Parte I
- 
- a) Parada cardiorrespiratória
 - b) Aterosclerose coronária
 - c) Influenza
 - d) –

Parte II –

Ainda que exista uma só afecção em último lugar, não se aplica o PG porque essa causa não dá origem às causas informadas acima dela.

Aplica-se a RS1 e seleciona-se “Aterosclerose coronária”.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RS1 e pratique!

Regra de Seleção 2 – RS2

Quando não se puder aplicar o PG ou a RS1, em razão de não existir sequência informada terminando na afecção mencionada em primeiro lugar no atestado, selecionar a primeira afecção informada.

EXEMPLO 1:

- I
- 
- a) Queda de escada
 - b) Câncer de estômago
 - c) Coma
 - d) Infarto do miocárdio

II Diabetes. Hipertensão arterial.

Não há sequência lógica. Não há uma sequência que termina na primeira causa informada. Não se pode aplicar o PG nem a RS1, aplica-se a RS2; portanto “Queda de escada” é a causa básica selecionada.

EXEMPLO 2:

- Parte I
- 
- a) Diabetes
 - b) Câncer de pulmão. Metástases.
 - c) Caquexia
 - d) Hipertensão arterial

Por RS2, “Diabetes” é selecionada.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RS2 e pratique!

Regra de Seleção 3 – RS3

Quando a afecção selecionada por PG, RS1 ou RS2 for obviamente uma **consequência direta** de outra afecção informada, quer na Parte I ou na Parte II, seleciona-se essa afecção primária.

1º parágrafo ► o sarcoma de Kaposi, o tumor de Burkitt e quaisquer outras neoplasias malignas dos tecidos linfático, hematopoético e correlatos, classificáveis em C46.- ou C81-C96, devem ser considerados como consequência direta da doença pelo HIV onde esta for informada (Quadro 3). Essa presunção não deve ser feita para outros tipos de neoplasia maligna.

QUADRO 3 | Sarcoma Kaposi e doença pelo HIV

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
C46.0 – C46.9	B20.0	B24
C81.0 – C96.9	B20.0	B24

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

2º Parágrafo ► **ganha nova redação – a partir das discussões do MRG (Mortality Reference Group).** Os intervalos das doenças infecciosas especificados na redação original “Qualquer doença infecciosa classificável em A00-B19, B25-B49, B58-B64, B99 ou J12-J18 deve ser considerada como consequência direta da doença pelo HIV informada” passam a ser os descritos no Quadro 3 a seguir.

QUADRO 4 | Doenças infecciosas e doença pelo HIV

Causa Básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
A01.0 – A05.0	B20.0	B24
A05.2 – A19.9	B20.0	B24
A24.0 – A32.9	B20.0	B24
A40.0 – A69.9	B20.0	B24
A71.0 – A74.9	B20.0	B24
A81.0 – A81.9	B20.0	B24
A88.0 – A89	B20.0	B24
A93.0 – A94	B20.0	B24
A96.8 – A96.9	B20.0	B24
A99	B20.0	B24
B00.0 – B02.9	B20.0	B24
B07 – B15.9	B20.0	B24
B18.0 – B19	B20.0	B24
B25.0 – B25.9	B20.0	B24
B27.0 – B49	B20.0	B24
B58.0 – B89	B20.0	B24
B94.8 – B94.9	B20.0	B24
B99	B20.0	B24

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

3º parágrafo ► algumas complicações pós-operatórias (pneumonia [qualquer tipo], hemorragia, tromboflebite, embolia, trombose, septicemia, parada cardíaca, insuficiência renal, [aguda], aspiração, atelectasia e infarto) podem ser consideradas como consequências diretas de uma operação, a menos que a cirurgia tenha sido levada a efeito quatro semanas ou mais antes da morte (Quadro 5).

QUADRO 5 | Algumas complicações pós-operatórias e operação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
E89.0 – E89.9	Y60.0	Y84.9
G97.0 – G97.9	Y60.0	Y84.9
H59.0 – H59.9	Y60.0	Y84.9
H95.0 – H95.9	Y60.0	Y84.9
I97.0 – I97.9	Y60.0	Y84.9
J95.0 – J95.9	Y60.0	Y84.9
K91.0 – K91.9	Y60.0	Y84.9
M96.0 – M96.9	Y60.0	Y84.9
N99.0 – N99.9	Y60.0	Y84.9
T80.0 – T88.9	Y60.0	Y84.9
T98.3	Y60.0	Y84.9

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

4º parágrafo ► qualquer pneumonia, de J12 a J18, deve ser considerada como uma consequência óbvia de afecções que prejudicam o sistema imunitário. Pneumonias em J18.0 e J18.2-J18.9 devem ser consideradas como uma consequência óbvia de doenças consumptivas (tais como tumores malignos e desnutrição) de doenças que levam à paralisia (tais como hemorragia cerebral ou trombose cerebral), bem como de doenças respiratórias graves, doenças transmissíveis e traumatismos graves (Quadro 6).

Pneumonias em J18.0 e J18.2-J18.9, J69.0 e J69.8 devem também ser consideradas como uma consequência óbvia de doenças que afetam o processo de deglutição.

QUADRO 6 | Pneumonia e doenças consumptivas, doenças que levam a paralisia, doenças respiratórias graves, doenças transmissíveis e traumatismos graves

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
J12.0 – J18.9	B20.0	B24
J12.0 – J18.9	C81.0	C96.9
J12.0 – J18.9	D45	D47.9
J12.0 – J18.9	D61.0	D61.9
J12.0 – J18.9	D70	
J12.0 – J18.9	D71	
J12.0 – J18.9	D80.0	D80.9
J12.0 – J18.9	M30.0	M35.9
J12.0 – J18.9	T45.1	
J18.0 – J18.9	A02.2	
J18.0 – J18.9	A02.9	
J18.0 – J18.9	A06.9	
J18.0 – J18.9	A15.0	A19.9
J18.0 – J18.9	A20.2	
J18.0 – J18.9	A20.9	
J18.0 – J18.9	A21.2	
J18.0 – J18.9	A21.9	
J18.0 – J18.9	A22.1	
J18.0 – J18.9	A22.9	
J18.0 – J18.9	A24.1	
J18.0 – J18.9	A24.4	
J18.0 – J18.9	A27.0	A27.9
J18.0 – J18.9	A31.0	
J18.0 – J18.9	A31.8	
J18.0 – J18.9	A31.9	
J18.0 – J18.9	A33	A37.9
J18.0 – J18.9	A39.0	A39.9
J18.0 – J18.9	A42.0	
J18.0 – J18.9	A42.9	
J18.0 – J18.9	A43.0	
J18.0 – J18.9	A43.9	

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
J18.0 – J18.9	A48.1	
J18.0 – J18.9	A48.4	
J18.0 – J18.9	A50.0	A50.9
J18.0 – J18.9	A52.0	A52.9
J18.0 – J18.9	A54.8	A54.9
J18.0 – J18.9	A70	
J18.0 – J18.9	A80.0	A99
J18.0 – J18.9	B00.3	B00.4
J18.0 – J18.9	B00.7	B00.9
J18.0 – J18.9	B01.0	B02.1
J18.0 – J18.9	B02.7	B02.9
J18.0 – J18.9	B03	B06.9
J18.0 – J18.9	B15.0	B25.0
J18.0 – J18.9	B37.1	
J18.0 – J18.9	B37.5	B38.2
J18.0 – J18.9	B38.4	B40.2
J18.0 – J18.9	B40.7	B42.0
J18.0 – J18.9	B42.7	
J18.0 – J18.9	B42.9	
J18.0 – J18.9	B43.1	
J18.0 – J18.9	B44.0	B45.1
J18.0 – J18.9	B45.7	B46.9
J18.0 – J18.9	B50.0	B55.0
J18.0 – J18.9	B56	B57.1
J18.0 – J18.9	B58.2	B58.3
J18.0 – J18.9	B59	
J18.0 – J18.9	B66.4	
J18.0 – J18.9	B67.1	
J18.0 – J18.9	B78.7	
J18.0 – J18.9	B90.0	B90.9
J18.0 – J18.9	B94.1	
J18.0 – J18.9	C00.0	C97
J18.0 – J18.9	D37.0	D48.9

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
J180 – J18.9	E40	E46
J18.0 – J18.9	E64.0	
J18.0 – J18.9	R64	
J18.0 – J18.9	D57.0	D57.1
J18.0 – J18.9	D76.0	D76.9
J18.0 – J18.9	E55.0	
J18.0 – J18.9	E64.0	E64.3
J18.0 – J18.9	E74.0	E76.9
J18.0 – J18.9	F01.0	F03
J18.0 – J18.9	F50.0	
J18.0 – J18.9	F73	
J18.0 – J18.9	G12.0	G12.9
J18.0 – J18.9	G20.0	G24.2
J18.0 – J18.9	G25.8	G41.9
J18.0 – J18.9	G52.1	G52.9
J18.0 – J18.9	G60.0	G93.1
J18.0 – J18.9	G93.4	G98
J18.0 – J18.9	I60.0	I69.8
J18.0 – J18.9	J01.0	J06.0
J18.0 – J18.9	J10.0	J11.8
J18.0 – J18.9	J20.0	J22
J18.0 – J18.9	J40	J70.9
J18.0 – J18.9	J84.0	J86.9
J18.0 – J18.9	K21.0	K22.9
J18.0 – J18.9	M00.0	M00.9
J18.0 – J18.9	M05.0	M08.9
J18.0 – J18.9	M30.0	M35.9
J18.0 – J18.9	M45.0	M46.9
J18.0 – J18.9	M60.0	M61.2
J18.0 – J18.9	M62.3	
J18.0 – J18.9	M72.6	
J18.0 – J18.9	M80.0	M80.9
J18.0 – J18.9	M84.0	M84.9

continua

conclusão

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
J18.0 – J18.9	M86.0	M87.9
J18.0 – J18.9	N04	
J18.0 – J18.9	P27.0	P27.9
J18.0 – J18.9	Q00.0	Q07.9
J18.0 – J18.9	Q20.0	Q24.9
J18.0 – J18.9	Q31.0	Q35.9
J18.0 – J18.9	Q37.0	Q37.9
J18.0 – J18.9	Q39	Q41
J18.0 – J18.9	Q77	Q81.9
J18.0 – J18.9	Q85.0	Q99.9
J18.0 – J18.9	S02.0	S02.9
J18.0 – J18.9	S06.0	S09.9
J18.0 – J18.9	S11.0	S19.9
J18.0 – J18.9	S21.0	S29.9
J18.0 – J18.9	S31.0	S39.9
J18.0 – J18.9	S47	S48.9
J18.0 – J18.9	S710	S79.9
J18.0 – J18.9	S87.0	S89.9
J18.0 – J18.9	T01.0	T09.9
J18.0 – J18.9	T14.7	
J18.0 – J18.9	T17.3	T17.9
J18.0 – J18.9	T20.0	T22.7
J18.0 – J18.9	T27.0	T35.7
J18.0 – J18.9	T66	T98.3
J69.0 – J69.9	G12.0	G12.9
J69.0 – J69.9	G20.0	G24.2
J69.0 – J69.9	G25.8	G41.9
J69.0 – J69.9	G52.1	G52.9
J69.0 – J69.9	G60.0	G93.1
J69.0 – J69.9	G93.4	G98
J69.0 – J69.9	I60.0	I69.8
J69.0 – J69.9	K21.0	K22.9

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

5º parágrafo ► qualquer doença descrita ou qualificada como “embólica” pode ser presumida como consequência direta de trombose venosa, flebite ou tromboflebite, doença valvular do coração, fibrilação atrial, parto ou qualquer operação (Quadro 7).

QUADRO 7 | Doença embólica e trombose venosa, flebite ou tromboflebite, doença valvular do coração, fibrilação atrial, parto ou qualquer operação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
I26.0 – I26.9	I82.0	I82.9
I26.0 – I26.9	I01.0	I01.9
I26.0 – I26.9	I07.0	I09.9
I26.0 – I26.9	I33.0	I33.9
I26.0 – I26.9	I36.0	I38
I26.0 – I26.9	I48	
I26.0 – I26.9	I51.3	
I26.0 – I26.9	Q22.0	Q22.9
I26.0 – I26.9	O02.1	
I26.0 – I26.9	O03.0	O07.9
I26.0 – I26.9	O22.2	O22.3
I26.0 – I26.9	O42.0	O42.9
I26.0 – I26.9	O60	O84.9
I26.0 – I26.9	O87.0	O88.8
I26.0 – I26.9	T82.0	
I26.0 – I26.9	T82.2	
I26.0 – I26.9	T82.6	
I26.0 – I26.9	Y60.0	Y69
I26.0 – I26.9	Y83.0	Y84.9
I74.0 – I74.9	I01.0	I01.9
I74.0 – I74.9	I05.0	I06.9
I74.0 – I74.9	I09.0	I09.9
I74.0 – I74.9	I33.0	I35.9
I74.0 – I74.9	I38	
I74.0 – I74.9	I48	
I74.0 – I74.9	I51.3	

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
I74.0 – I74.9	O02.1	
I74.0 – I74.9	O03.1	O07.9
I74.0 – I74.9	O22.2	O22.3
I74.0 – I74.9	O42.0	O42.9
I74.0 – I74.9	O60	O84.9
I74.0 – I74.9	O87.0	O88.8
I74.0 – I74.9	Q23.0	Q23.9
I74.0 – I74.9	T82.0	
I74.0 – I74.9	T82.2	
I74.0 – I74.9	T82.6	
I74.0 – I74.9	Y60.0	Y69
I74.0 – I74.9	Y83.0	Y84.9
I63.0 – I63.9	I01.0	I01.9
I63.0 – I63.9	I05.0	I06.9
I63.0 – I63.9	I09.0	I09.9
I63.0 – I63.9	I33.0	I35.9
I63.0 – I63.9	I38	
I63.0 – I63.9	I48	
I63.0 – I63.9	I51.3	
I63.0 – I63.9	O02.1	
I63.0 – I63.9	O03.0	O07.9
I63.0 – I63.9	O22.2	O22.3
I63.0 – I63.9	O42.0	O42.9
I63.0 – I63.9	O60	O84.9
I63.0 – I63.9	O87.0	O88.8
I63.0 – I63.9	Q23.0	Q23.9
I63.0 – I63.9	T82.0	
I63.0 – I63.9	T82.2	
I63.0 – I63.9	T82.6	
I63.0 – I63.9	Y60	Y69

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
I63.0 – I63.9	Y83.0	Y84.9
K55.0	I01.0	I01.9
K55.0	I05.0	I06.9
K55.0	I09.0	I09.9
K55.0	I33.0	I35.9
K55.0	I38	
K55.0	I48	
K55.0	I51.3	
K55.0	O02.1	
K55.0	O03.1	O07.9
K55.0	O22.2	O22.3
K55.0	O42.0	O42.9
K55.0	O60	O84.9
K55.0	O87.0	O88.8
K55.0	Q23.0	Q23.9
K55.0	T82.0	
K55.0	T82.2	
K55.0	T826	
K55.0	Y60.0	Y69
K55.0	Y83.0	Y84.9
N28.0	I01.0	I01.9
N28.0	I05.0	I06.9
N28.0	I09.0	I09.9
N28.0	I33.0	I35.9
N28.0	I38	
N28.0	I48	
N28.0	I51.3	
N28.0	O02.1	
N28.0	O03.1	O07.9
N28.0	O22.2	O22.3

continua

conclusão

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
N28.0	O42.0	O42.9
N28.0	O60	O84.9
N28.0	O87.0	O88.8
N28.0	Q230	Q23.9
N28.0	T82.0	
N28.0	T82.2	
N28.0	T82.6	
N28.0	Y60.0	Y69
O88.0 – O88.8	O02.1	
O88.0 – O88.8	O03.0	O07.9
O88.0 – O88.8	O22.2	O22.3
O88.0 – O88.8	O42.0	O42.9
O88.0 – O88.8	O60	O84.9
O88.0 – O88.8	O87.0	O88.8
G06.0	I33.0	I33.9
G06.0	O02.1	
G06.0	O03.0	O07.9
G08	I33.0	I33.9
G08	O02.1	
G08	O03.0	O07.9

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

6º parágrafo ► qualquer doença descrita como secundária deve ser presumida como consequência direta da causa primária mais provável registrada no atestado (Quadro 8).

QUADRO 8 | Doença descrita como secundária embólica e causa primária mais provável

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:		Pergunta	Aplicação da RS3 – resultando em código de combinação ou preferência
	Início faixa	Fim faixa		
K74.4	E84.0	E84.9		
K74.4	Q44.0	Q44.7		
P28.1	P22.0	P22.9		
P28.5	P22.0	P22.9		
C77.0 – C79.8	C00.0	C97		
C80	C00.0	C97	É caso de metástases?	SIM – aplica RS3 NÃO – não aplica RS3

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

7º parágrafo ► ganha nova redação – a partir das discussões do MRG (Mortality Reference Group), com a inclusão da aids para aplicação da RS3. Anemia secundária ou não especificada, desnutrição, marasmo ou caquexia podem ser considerados como consequência de qualquer neoplasia maligna e aids (Quadro 9).

QUADRO 9 | Anemia secundária ou não especificada, desnutrição, marasmo ou caquexia e qualquer neoplasia maligna e aids

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
D50.0 – D53.9	B20.0	B24
D50.0 – D53.9	C00.0	C97
D62	B20.0	B24
D62	C00.0	C97
D68.4	B20.0	B24
D68.4	C00.0	C97
D68.8 – D68.9	B20.0	B24
D68.8 – D68.9	C00.0	C97
D69.5 – D69.6	B20.0	B24
D69.5 – D69.6	C00.0	C97
D69.8 – D69.9	B20.0	B24
D69.8 – D69.9	C00.0	C97
D70	B20.0	B24
D70	C00.0	C97
D72.8 – D72.9	B20.0	B24
D72.8 – D72.9	C00.0	C97
D730 – D84.9	B20.0	B24
D73.0 – D84.9	C00.0	C97
E40 – E46	B20.0	B24
E40 – E46	C00.0	C97
R64	B20.0	B24
R64	C00.0	C97

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

8º parágrafo ► qualquer pielonefrite pode ser presumida como consequência de uma obstrução urinária devida a afecções como hiperplasia de próstata ou estenose uretral (Quadro 10).

QUADRO 10 | Pielonefrite e obstrução urinária devida a afecções como hiperplasia de próstata ou estenose uretral

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
N10	N13.0	N13.9
N10	N20.0	N21.9
N10	N32.0	
N10	N35.0	N35.9
N10	N40	
N10	C61	
N10	C64	C68.9
N10	D30.0	D30.9
N10	D40.0	
N10	D41.0	D41.9
N11.1	N13.0	N13.9
N11.1	N20.0	N21.9
N11.1	N32.0	
N11.1	N35.0	N35.9
N11.1	N40	
N11.1	C61	
N11.1	C64	C68.9
N11.1	D30.0	D30.9
N11.1	D40.0	
N11.1	D41.0	D41.9
N11.9	N13.0	N13.9
N11.9	N20.0	N21.9
N11.9	N32.0	
N11.9	N35.0	N35.9
N11.9	N40	
N11.9	C61	

continua

conclusão

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
N11.9	C64	C68.9
N11.9	D30.0	D30.9
N11.9	D40.0	
N11.9	D41.0	D41.9
N12	N13.0	N13.9
N12	N20.0	N21.9
N12	N32.0	
N12	N35.0	N35.9
N12	N40	
N12	C61	
N12	C64	C68.9
N12	D30.0	D30.9
N12	D40.0	
N12	D41.0	D41.9

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

9º parágrafo ► a síndrome nefrítica pode ser presumida como consequência de qualquer infecção estreptocócica (escarlatina, amidalite estreptocócica etc.) (Quadro 11).

QUADRO 11 | Síndrome nefrítica e qualquer infecção estreptocócica

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
N00.0 – N01.9	A38	
N00.0 – N01.9	A40.0	
N00.0 – N01.9	A40.9	
N00.0 – N01.9	A49.1	
N00.0 – N01.9	G00.2	
N00.0 – N01.9	J02	
N00.0 – N01.9	J03.0	
N00.0 – N01.9	J15.4	
N00.0 – N01.9	J20.2	
N00.0 – N01.9	J20.2	
N00.0 – N01.9	M00.2	
N03.0 – N03.9	A38	
N03.0 – N03.9	A40.0	
N03.0 – N03.9	A40.9	
N03.0 – N03.9	A49.1	
N03.0 – N03.9	G00.2	
N03.0 – N03.9	J02	
N03.0 – N03.9	J03.0	
N03.0 – N03.9	J15.4	
N03.0 – N03.9	J20.2	
N03.0 – N03.9	J20.2	
N03.0 – N03.9	M00.2	
N05.0 – N05.9	A38	
N05.0 – N05.9	A40.0	
N05.0 – N05.9	A40.9	
N05.0 – N05.9	A49.1	
N05.0 – N05.9	G00.2	
N05.0 – N05.9	J02	
N05.0 – N05.9	J03.0	
N05.0 – N05.9	J15.4	
N05.0 – N05.9	J20.2	
N05.0 – N05.9	J20.2	
N05.0 – N05.9	M00.2	

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

10º parágrafo ► a desidratação pode ser presumida como consequência de qualquer doença infecciosa intestinal (Quadro 12).

QUADRO 12 | Desidratação e doença infecciosa intestinal

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:	
	Início faixa	Fim faixa
E86	A00.0	A09

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

CASOS ESPECIAIS

1 – Insuficiência respiratória crônica

Aceita as recomendações do MRG e foram incluídas neoplasias primárias e secundárias do aparelho respiratório. Alterados os intervalos dos códigos em “T” (Quadro 13).

QUADRO 13 | Insuficiência respiratória crônica e neoplasias primárias, secundárias do aparelho respiratório

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:		Pergunta	Aplicação da RS3 – resultando em código de combinação ou preferência
	Início faixa	Fim faixa		
J96.1	A15.0	A16.9		
J96.1	A19.0	A19.9		
J96.1	A31.0			
J96.1	A31.8	A31.9		
J96.1	B24			
J96.1	B90.9			
J96.1	B94.8	B94.9	É caso de doença com comprometimento pulmonar	SIM – aplica RS3 NÃO – não aplica RS3
J96.1	C32.0	C34.9		
J96.1	C39.0	C39.9		
J96.1	C78.0			
J96.1	C78.2	C78.3		
J96.1	E84.0	E85.3		
J96.1	E85.4		É caso de doença com comprometimento pulmonar	SIM – aplica RS3 NÃO – não aplica RS3
J96.1	E85.8	E85.9		

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:		Pergunta	Aplicação da RS3 – resultando em código de combinação ou preferência
	Início faixa	Fim faixa		
J96.1	F17.1	F17.9		
J96.1	G10	G12.9		
J96.1	G23.0	G23.9		
J96.1	G35	G37.9		
J96.1	G58.9			
J96.1	G60.0	G61.0		
J96.1	G70.0	G72.2		
J96.1	G72.4	G72.9		
J96.1	G80.0	G80.9		
J96.1	I69.0	I69.8		
J96.1	J40	J67.9		
J96.1	J68.0	J68.9		
J96.1	J70.1			
J96.1	J70.3			
J96.1	J70.4	J70.9		
J96.1	J84.0	J84.9		
J96.1	J95.3			
J96.1	J98.0	J98.1		
J96.1	J98.4			
J96.1	J98.6			
J96.1	M05.0	M06.9		
J96.1	M08.0	M08.9		
J96.1	M30.0	M35.9		
J96.1	M40.0	M43.2		
J96.1	M4.39			
J96.1	M95.4			
J96.1	P10.0	P11.9		
J96.1	P27.0	P27.9		
J96.1	Q01.0	Q07.9		
J96.1	Q32.0	Q34.9		

continua

conclusão

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:		Pergunta	Aplicação da RS3 – resultando em código de combinação ou preferência
	Início faixa	Fim faixa		
J96.1	Q76.3	Q76.4		
J96.1	Q76.8	Q76.9		
J96.1	Q77.1	Q77.2		
J96.1	Q78.0	Q78.2		
J96.1	Q79.0	Q79.1		
J96.1	T91.0	T91.4		
J96.1	T94.0	T98.3		

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

2 – Diabetes Mellitus

Após aplicação da RS3, tendo o diabetes mellitus como causa básica, deve-se aplicar a RMC segundo as orientações para o quarto caractere da Lista Tabular (Quadro 14).

QUADRO 14 | Diabetes

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
R40.2	E10.9	
R40.2	E11.9	
R40.2	E12.9	
R40.2	E13.9	
R40.2	E14.9	
E15	E10.9	
E15	E11.9	
E15	E12.9	
E15	E13.9	
E15	E14.9	
E87.2	E10.9	
E87.2	E11.9	
E87.2	E12.9	
E87.2	E13.9	
E87.2	E14.9	
E88.8	E10.9	

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
E88.8	E11.9	
E88.8	E12.9	
E88.8	E13.9	
E88.8	E14.9	
N03.0 – N05.9	E10.9	
N03.0 – N05.9	E11.9	
N03.0 – N05.9	E12.9	
N03.0 – N05.9	E13.9	
N03.0 – N05.9	E14.9	
N17.0 – N19.9	E10.9	
N17.0 – N19.9	E11.9	
N17.0 – N19.9	E12.9	
N17.0 – N19.9	E13.9	
N17.0 – N19.9	E14.9	
N26	E10.9	
N26	E11.9	
N26	E12.9	
N26	E13.9	
N26	E14.9	
N28.9	E10.9	
N28.9	E11.9	
N28.9	E12.9	
N28.9	E13.9	
N28.9	E14.9	
N39.1	E10.9	
N39.1	E11.9	
N39.1	E12.9	
N39.1	E13.9	
N39.1	E14.9	

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
H20.9	E10.9	
H20.9	E11.9	
H20.9	E12.9	
H20.9	E13.9	
H20.9	E14.9	
H26.6	E10.9	
H26.6	E11.9	
H26.6	E12.9	
H26.6	E13.9	
H26.6	E14.9	
H30.9	E10.9	
H30.9	E11.9	
H30.9	E12.9	
H30.9	E13.9	
H30.9	E14.9	
H34.0 – H34.9	E10.9	
H34.0 – H34.9	E11.9	
H34.0 – H34.9	E12.9	
H34.0 – H34.9	E13.9	
H34.0 – H34.9	E14.9	
H35.0	E10.9	
H35.0	E11.9	
H35.0	E12.9	
H35.0	E13.9	
H35.0	E14.9	
H35.2	E10.9	
H35.2	E11.9	
H35.2	E12.9	
H35.2	E13.9	

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
H35.2	E14.9	
H35.6	E10.9	
H35.6	E11.9	
H35.6	E12.9	
H35.6	E13.9	
H35.6	E14.9	
H35.9	E10.9	
H35.9	E11.9	
H35.9	E12.9	
H35.9	E13.9	
H35.9	E14.9	
G58.8	E10.9	
G58.8	E11.9	
G58.8	E12.9	
G58.8	E13.9	
G58.8	E14.9	
G58.9	E10.9	
G58.9	E11.9	
G58.9	E12.9	
G58.9	E13.9	
G58.9	E14.9	
G62.9	E10.9	
G62.9	E11.9	
G62.9	E12.9	
G62.9	E13.9	
G62.9	E14.9	
G64	E10.9	
G64	E11.9	
G64	E12.9	

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
G64	E13.9	
G64	E14.9	
G71.8	E10.9	
G71.8	E11.9	
G71.8	E12.9	
G71.8	E13.9	
G71.8	E14.9	
G90.9	E10.9	
G90.9	E11.9	
G90.9	E12.9	
G90.9	E13.9	
G90.9	E14.9	
M79.2	E10.9	
M79.2	E11.9	
M79.2	E12.9	
M79.2	E13.9	
M79.2	E14.9	
I70.2	E10.9	
I70.2	E11.9	
I70.2	E12.9	
I70.2	E13.9	
I70.2	E14.9	
I73.9	E10.9	
I73.9	E11.9	
I73.9	E12.9	
I73.9	E13.9	
I73.9	E14.9	
I77.1	E10.9	
I77.1	E11.9	

continua

continuação

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
I77.1	E12.9	
I77.1	E13.9	
I77.1	E14.9	
I77.9	E10.9	
I77.9	E11.9	
I77.9	E12.9	
I77.9	E13.9	
I77.9	E14.9	
I99	E10.9	
I99	E11.9	
I99	E12.9	
I99	E13.9	
I99	E14.9	
L97	E10.9	
L97	E11.9	
L97	E12.9	
L97	E13.9	
L97	E14.9	
L98.4	E10.9	
L98.4	E11.9	
L98.4	E12.9	
L98.4	E13.9	
L98.4	E14.9	
N49.8	E10.9	
N49.8	E11.9	
N49.8	E12.9	
N49.8	E13.9	
N49.8	E14.9	
N76.8	E10.9	

continua

conclusão

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
N76.8	E11.9	
N76.8	E12.9	
N76.8	E13.9	
N76.8	E14.9	
L92.1	E10.9	
L92.1	E11.9	
L92.1	E12.9	
L92.1	E13.9	
L92.1	E14.9	
R02	E10.9	
R02	E11.9	
R02	E12.9	
R02	E13.9	
R02	E14.9	
M13.9	E10.9	
M13.9	E11.9	
M13.9	E12.9	
M13.9	E13.9	
M13.9	E14.9	
M72.6	E10.9	
M72.6	E11.9	
M72.6	E12.9	
M72.6	E13.9	
M72.6	E14.9	

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

3 – Doenças do fígado

QUADRO 15 | Doenças do fígado

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:		Pergunta	Aplicação da RS3 – resultando em código de combinação ou preferência
	Início faixa	Fim faixa		
K72.0	F10.0	F10.9		K70.4
K72.1	F10.0	F10.9		K70.4
K72.9	F10.0	F10.9		K70.4
K74.0	F10.0	F10.9		K70.2
K74.1	F10.0	F10.9		K70.2
K74.2	F10.0	F10.9		K70.2
K74.4	F10.0	F10.9		K70.3
K74.5	F10.0	F10.9		K70.3
K74.6	F10.0	F10.9		K70.3
K75.9	F10.0	F10.9	É caso de hepatite SOE?	Sim = K70.1 Não = K70.9
K76.0	F10.0	F10.9		K70.0
K76.9	F10.0	F10.9		K70.9

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

4 – Doenças do pâncreas

QUADRO 16 | Doenças do pâncreas

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de:		Aplicação da RS3 – resultando em código de combinação ou preferência
	Início faixa	Fim faixa	
K85	F10.0	F10.9	F10.0 – F10.9
K86.1	F10.0	F10.9	K86.0

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

5 – Caquexia

QUADRO 17 | Caquexia

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de		Código de combinação
	Início faixa	Fim faixa	
R64	E44.0	E46	E41

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

6 – Riscos à respiração

QUADRO 18 | Riscos à respiração

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de	
	Início faixa	Fim faixa
W78.0 – W84.9	G12.0	G12.9
W78.0 – W84.9	G20.0	G24.2
W78.0 – W84.9	G25.8	G41.9
W78.0 – W84.9	G52.1	G52.9
W78.0 – W84.9	G60.0	G93.1
W78.0 – W84.9	G93.4	G98
W78.0 – W84.9	I60.0	I69.8
W78.0 – W84.9	K21.0	K22.9

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

7 – Hemorragia digestiva

QUADRO 19 | Hemorragia digestiva

Causa básica (temporária para aplicação RS3)	Consequência direta de		Código de combinação
	Início faixa	Fim faixa	
K92.0 – K92.2	K25.1		K25.2
K92.0 – K92.2	K25.3		K25.0
K92.0 – K92.2	K25.5		K25.6
K92.0 – K92.2	K25.7		K25.4
K92.0 – K9.22	K25.9		K25.9
K92.0 – K9.22	K26.1		K26.2
K92.0 – K92.2	K26.3		K26.0
K92.0 – K92.2	K26.5		K26.6
K92.0 – K92.2	K26.7		K26.4
K92.0 – K92.2	K26.9		K26.9
K92.0 – K92.2	K27.1		K27.2
K92.0 – K92.2	K27.3		K27.0
K92.0 – K92.2	K27.5		K27.6
K92.0 – K92.2	K27.7		K27.4
K92.0 – K92.2	K27.9		K27.9
K92.0 – K92.2	K28.1		K28.2
K92.0 – K92.2	K28.3		K28.0
K92.0 – K92.2	K28.5		K28.6
K92.0 – K92.2	K28.7		K28.4
K92.0 – K92.2	K28.9		K28.9
K92.0 – K92.2	K22.1		
K92.0 – K92.2	K22.3		
K92.0 – K92.2	K22.6		
K92.0 – K92.2	K22.8		
K92.0 – K92.2	I85.0		
K92.0 – K92.2	I85.9		I85.0

Fonte: Boletim [do] Centro da OMS para a classificação de doenças em português, 2005.

EXEMPLOS 1:

- Parte I
- a) Coma
 - b) Septicemia
 - c) Pneumonia
 - d) –

Parte II Acidente vascular cerebral hemorrágico

Por PG, seleciona-se “Pneumonia” como causa básica. Essa causa pode ser considerada como consequência direta do acidente vascular cerebral hemorrágico informado na Parte II.

EXEMPLO 2:

- Parte I
- a) Choque hemorrágico
 - b) Hemorragia digestiva varizes esofagianas sangrantes
 - c) –
 - d) –

Parte II –

Por RS1, a “Hemorragia digestiva” é selecionada. Por RS3, essa causa é consequência direta, e a nova causa selecionada é varizes esofagianas sangrantes.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RS3 e pratique!

Regras de modificação da causa básica (RM)

As RM destinam-se a melhorar a utilidade e a precisão das informações de mortalidade e devem ser aplicadas após a seleção da causa antecedente originária.

Para aplicação de uma RM, é necessário que antes tenha sido aplicado uma das regras de seleção (PG, RS1, RS2, RS3).

Regra de Modificação A (RMA) – senilidade e outras afecções mal definidas

Quando a causa selecionada for mal definida e uma afecção classificada em outra parte é informada na declaração, resselecionar a causa da morte (causa temporária), como se a afecção mal definida não houvesse sido informada, exceto se considerarmos que a afecção modificará a codificação. As seguintes afecções são consideradas como mal definidas: I46.9, I95.9, I99, J96.0, J96.9, P28.5; R00-R94 e R96-R99.

Não se inclui na RMA o código “R95 – Síndrome da morte súbita na infância” porque essa síndrome é uma entidade clínica muito importante e que vem aparecendo cada vez mais, particularmente nos países desenvolvidos. Portanto é importante identificá-la nas estatísticas de mortalidade.

EXEMPLO 1:

Parte I

- a) Caquexia
- b) Arteriosclerose generalizada
- c) Senilidade
- d)

Parte II –

Por PG, a “Senilidade” (R54) é selecionada como causa básica “temporária”. Aplica-se a RMA. Assim, tem-se um novo atestado, com aplicação do PG, sendo a “Arteriosclerose generalizada” a causa básica selecionada.

EXEMPLO 2:

Parte I

- a) Pneumonia
- b) Esplenomegalia
- c)
- d)

Parte II –

Por PG, “Esplenomegalia” (R16.1) é selecionada; e, por RMA, ela é ignorada. A causa básica será J18.9 (pneumonia).

Vá ao caderno de exercícios específicos para RMA e pratique!

Regra de Modificação B (RMB) – afecções triviais

O que é uma “afecção trivial”?

Pode-se conceituar como aquela que não é mortal por si mesma. Exemplos: cárie dentária, verruga, hipertrofia de amígdalas, unha encravada, lesões por esforço repetitivo (LER), e outras.

- Quando a causa selecionada for uma afecção trivial, sendo pouco provável que ela, por si só, tenha causado a morte, e existir uma afecção mais grave informada, resselecionar a causa básica como se a afecção trivial não tivesse sido informada.
- Se a morte tiver ocorrido em consequência de uma reação adversa do tratamento da afecção trivial, selecionar a reação adversa.

Reação adversa – é toda reação anormal não esperada. Exemplo: hemorragia gástrica por ingestão de um comprimido de aspirina; edema de glote após ingestão de um antibiótico; urticária gigante após tomar uma medicação etc.

“Reação adversa”, também chamada “reação anormal” ou “evento adverso” ou mesmo “complicação”, para efeito da CID-10, pode ser em consequência a: procedimentos (cirurgia, cateterismo etc.); drogas; produtos biológicos; implantes; transplantes; vacinas; transfusão etc.

Essas reações adversas (anormais ou complicações) são consideradas acidentes, isto é, causas externas. São codificadas no Capítulo XX, nos seguintes agrupamentos:

Y40-Y59 – efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica.

Y60-Y69 – acidentes ocorridos em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos.

Y70-Y82 – incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos médicos.

Y83-Y84 – reação anormal em pacientes ou reação tardia causada por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos, sem menção de acidente ao tempo do procedimento.

EXEMPLO 1:

Parte I a) Unha encravada infectada
 b)
 c)
 d)

Parte II Tétano

Só existe uma causa na Parte I, a qual é selecionada.

Como é trivial, por RMB seleciona-se o “Tétano”.

EXEMPLO 2:

Parte I a) Coma
 b) Choque irreversível
 c) Reação a anestésico local
 d) Verruga (facial)



Parte II –

Por PG, seleciona-se a “Verruga”, que é causa trivial. Por RMB, seleciona-se a “Reação adversa anestésico local” (Y48.3).

Lista de afecções triviais

Esta lista contém códigos mais comuns e serve como um guia (Quadro 20). Algumas das afecções desta lista podem deixar de ser triviais quando começarem a ser mais frequentes em mortalidade.

QUADRO 20 | Lista de afecções improváveis

Código		
A31.1	H20.0 – H43.9	M43.6
A71	H46 – H47.7	M53.0 – M54.9
A74.0	H57.0 – H57.9	M65.0 – M71.9
B00.8	H60.0 – H60.9	M75.0 – M79.9
B07	H61.0 – H61.9	M95.0 – M95.9
B08.1	H80.0 – H80.9	M99.0 – M99.9
B08.8	H83.3 – H83.9	N39.3
B30	H90.0 – H93.9	N46 – N47
B35.0 – B36.9	J00	N60.0 – N60.9
B85	J30.0 – J30.4	N84.0 – N85.9
F45.3	J33.0 – J33.9	N86 – N91.5
F45.4	J34.2	N93.0 – N97.9
F45.8	K00.0 – K11.9	Q10.0 – Q10.7
F45.9	K14.0 – K14.9	Q38.1
F51.0 – F52.9	L20.0 – L20.9	Q65.0 – Q74.9
F60.0 – F69.9	L21.0 – L25.9	Q80.0 – Q80.8
F68.0 – F69	L28.0 – L30.9	Q82.0 – Q84.9
F95.0 – F98.9	L41.0 – L44.9	S00.0 – S09.9
G43.0 – G45.9	L55.0 – L81.9	S10.9 – S90.9
G50.0 – G51.9	L90.0 – L92.9	T09.0
G54.0 – G57.9	L94.0 – L94.9	T11.0
G58.7	L98.0 – L98.3	T14.0
H01.0 – H04.9	M20.0 – M25.9	T20.1
H10 – H18.9	M40.0 – M40.5	T22.1

Fonte: OMS, 2008b.



Encontre, no Apêndice 7.1 do Volume 2 da CID-10, a lista completa de afecções improváveis (triviais) de causar a morte.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RMB e pratique!

Regra de Modificação C (RMC) – associação

Quando por PG, RS1, RS2, ou RS3, seleciona-se uma causa, e esta pode se associar com uma ou mais afecções informadas no atestado. De acordo com as recomendações da CID-10 presentes nos Volumes 1, 2 ou 3, a nova causa básica resultará em um código de associação por combinação ou preferência.

EXEMPLO 1:

Parte I	a) Choque	R57.9
	b) Arritmia cardíaca	I49.9
	c) Doença isquêmica do coração	I25.9
	d) Hipertensão arterial	I10
Parte II	Diabetes mellitus	E14.9

PASSOS A SEGUIR:

1) Há uma sequência que se aceita e está informada somente uma causa em último lugar. Aplica-se o Princípio Geral, e “Hipertensão arterial – I10” é selecionada como causa básica temporária.

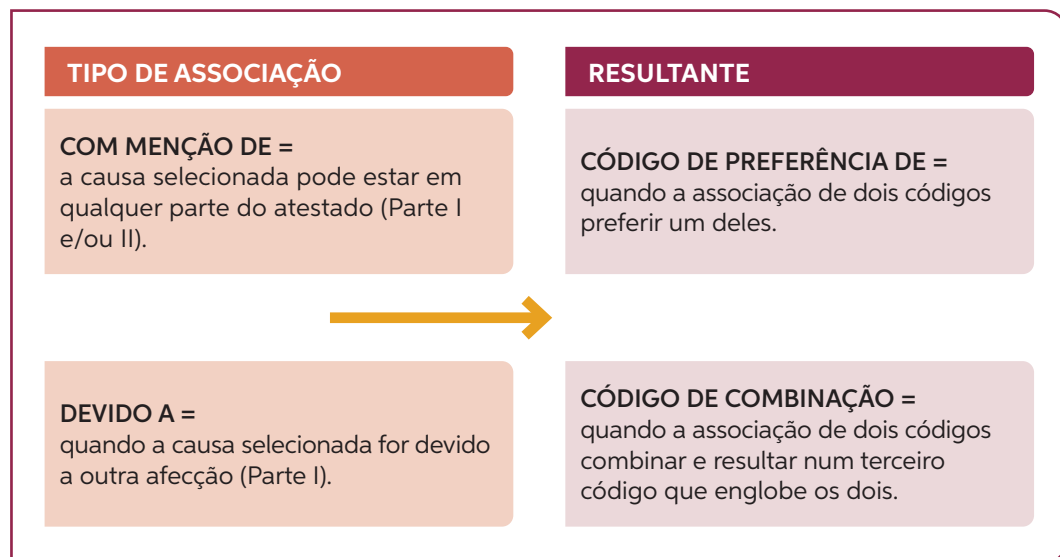
2) Ir ao Volume 2, no item 4.1.11 (“Notas para o uso na codificação de mortalidade segundo causa básica”) ou na Tabela 1 (“Sumário das associações pelo número do código”), que é o resumo das notas (item 4.1.11). Nas notas, o codificador deve procurar o código da causa básica temporária selecionada, no caso o I10.

2.1) No Volume 2, observa-se a orientação de que a categoria “I10” se associa “com menção de” com o agrupamento de categorias (I20-I25), tendo como resultado o código que está sendo associado (código de preferência). No exemplo 1, é a categoria “I25” que já está classificado com a subcategoria “9”.

- analisando as outras afecções informadas no atestado, observa-se que não há orientação de novas associações;
- as associações podem ser “com menção de” e “devido a” (“quando informada como causa antecedente originária de”). O resultado da associação pode ser com código de preferência ou código de combinação. Essas orientações estão definidas na própria CID-10.

Observe a Figura 12 em seguida:

FIGURA 12 | Tipos de associação RMC



Fonte: OMS,2008b.

EXEMPLO 2:

Parte I	a) Insuficiência respiratória	J96.9
	b) Derrame pleural	J90
	c) Bronquite crônica	J42
	d) Enfisema pulmonar	J43.9

Parte II –

PASSOS A SEGUIR:

1) Na linha d, uma só causa é informada, e há uma sequência lógica aceita na Parte I. Aplica-se o Princípio Geral, e “Enfisema pulmonar J439” é selecionada como causa básica temporária.

2) Ir ao Volume 2, no item 4.1.11 (“Notas para o uso na codificação de mortalidade segundo causa básica”) ou na Tabela 1 (“Sumário das associações pelo número do código”), que é o resumo das notas (item 4.1.11). Nas notas, o codificador deve procurar o código da causa básica temporária selecionada, no caso o J43.9.

2.1) No Volume 2, observa-se a orientação de que a categoria J43.- se associa “**com menção de**” com a categoria “J42”, tendo como resultado um código de combinação (J43.- + J42 = J44.-). Analisando as outras afecções informadas no atestado, observa-se que não há orientação de novas associações. Portanto, por PG, tem-se o J43.9 como causa básica que se associa com o J42 e tem como resultado a categoria J44.-. O resultado apresentado indica que existe uma subcategoria. Ir ao Volume 1, na categoria “J44”, e identificar a subcategoria.

EXEMPLO 3:

Parte I	a) Sepses	A41.9
	b) Pneumonia	J18.9
	c) Endocardite	I38
	d) Hipertensão arterial	I10

Parte II –

PASSOS A SEGUIR:

- 1) Há uma sequência aceita iniciada por “Hipertensão arterial”.
- 2) Aplica-se o Princípio Geral, e “Hipertensão arterial – I10” é selecionada como causa básica temporária.

2.1) Ir ao Volume 2, no item **4.1.11 (“Notas para o uso na codificação de mortalidade segundo causa básica”)** ou na **Tabela 1 (“Sumário das associações pelo número do código”)**, que é o resumo das notas (item 4.1.11). Nas notas, o codificador deve procurar o código da causa básica selecionada, no caso o I10.

- no Volume 2, observa-se a orientação que a categoria I10.- se associa “quando informada como causa antecedente originária” do agrupamento de categorias (I34-I38), tendo como resultado o código de preferência. No exemplo 3, é a categoria “I38”;
- analisando as outras afecções informadas no atestado, observa-se que não há orientação de novas associações. Portanto, por Princípio Geral, tem-se o I10 como causa básica que se associa com o I38.

Conflito de Associações:

- quando, em virtude de uma disposição de classificação ou das notas para uso na codificação de causa básica de morte, a causa selecionada estiver associada com uma ou mais outras afecções informadas no atestado, tem-se um “**Conflito de Associações**”.

O que é “**Conflito de Associações**”?

É quando a causa básica inicialmente selecionada associa-se com mais de uma afecção. Pode ser “com menção de” ou “quando informada como causa antecedente originária de” (“devido a”), ou os dois tipos de associações juntas.

EXEMPLO 4:

Parte I	a) Choque	R57.9
	b) Sepses	I49.9
	c) Trombose mesentérica	K55.9
	d) Arteriosclerose	I70.9
Parte II	Trombose cerebral	I63.9

PASSOS A SEGUIR:

1) Por PG, a causa temporariamente selecionada é a “Arteriosclerose” (I70.9). Verifica-se no Volume 2 se existe um ou mais diagnósticos informados na DO que se associem a I70.9.

RMC (I70.9 + K55.0) = K55.0

RMC (I70.9 + I63.9) = I63.9



Observe que ocorreu um conflito de associações. Para resolver o conflito, retire da sequência a arteriosclerose (**somente para resolver o conflito! A arteriosclerose continua a ter o seu código mantido na DO**).

2) Resselecione a causa básica como se a arteriosclerose não tivesse sido informada. A nova causa temporária vai ser trombose mesentérica, que não se associa com as outras causas informadas. Portanto a causa básica desse atestado será por Princípio Geral I70.9, que se associa com o K55.0 (associação “devido a”), tendo como resultado um código de preferência.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RMC e pratique!

Regra de Modificação D (RMD) – especificidade

Quando uma causa selecionada temporariamente descrever uma afecção em termos gerais e for informado no atestado um termo mais preciso sobre a localização ou a natureza dessa afecção, preferira o termo mais informativo ou mais explicativo. Essa regra deve ser aplicada quando o termo geral puder ser considerado como um adjetivo que qualifica o termo mais preciso.

EXEMPLOS DE TERMOS GERAIS

Acidente vascular	Doença respiratória	Lesão ao nascer
Cardiopatias	Hepatopatia	Pneumopatia
Doença congênita	Infecção	Tuberculose

EXEMPLO 1:

Parte I

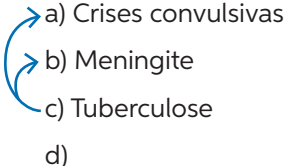
- a) Broncopneumonia
- b) Edema agudo de pulmão
- c) Doença cardíaca
- d)

Parte II Cardiopatia hipertensiva

Por PG, a “Doença cardíaca” é selecionada como causa básica. Na Parte II, existe uma doença cardíaca muito bem especificada. Por RMD, seleciona-se a “Cardiopatía hipertensiva”.

EXEMPLO 2:

Parte I



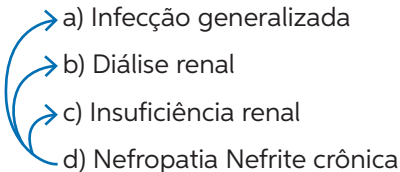
- a) Crises convulsivas
- b) Meningite
- c) Tuberculose
- d)

Parte II –

Por PG, seleciona-se a “Tuberculose”. Esta pode ser considerada um qualificativo de “Meningite”. Seleciona-se “Meningite tuberculosa”.

EXEMPLO 3:

Parte I



- a) Infecção generalizada
- b) Diálise renal
- c) Insuficiência renal
- d) Nefropatia Nefrite crônica

Parte II –

Por RS1, seleciona-se a “Nefropatia”; e, por RMD, seleciona-se a “Nefrite crônica”.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RMD e pratique!

Regra de Modificação E (RME) – estágios precoces e tardios de uma doença

Quando a causa selecionada for um estágio precoce de uma doença e estiver informado, no atestado, um estágio (ou fase) mais avançado da mesma doença, selecionar essa fase mais adiantada.

Essa regra não se aplica a uma forma “crônica”, informada como devido a uma forma “aguda”, a não ser que a classificação (Volume 1 ou Volume 3) dê instruções especiais para este efeito.

A lógica dessa regra é que, ao codificar-se o estágio inicial, se é induzido a pensar que esteja ocorrendo na população aquela doença na sua fase aguda, inicial ou precoce.

EXEMPLO 1:

- Parte I
- a) Insuficiência respiratória
 - b) Mal de Pott
 - c) Tuberculose pulmonar primária
 - d)

Parte II –

Por PG, seleciona-se a “Tuberculose pulmonar primária”. Há uma informação que indica uma complicação tardia e, por RME, seleciona-se o “Mal de Pott”.

EXEMPLO 2:

- Parte I
- a) Broncopneumonia terminal
 - b) Caquexia
 - c) Sífilis terciária
 - d) Sífilis primária

Parte II –

Por PG, “Sífilis primária” é a causa básica selecionada. Por RME, seleciona-se a “Sífilis terciária”.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RME e pratique!

Regra de Modificação F (RMF) – sequela

Quando a causa selecionada for uma forma precoce de uma afecção/doença para a qual a classificação tem uma categoria específica para “**sequela de...**” (sequela daquela afecção selecionada), e existir evidência de que a morte ocorreu como consequência da sequela da doença, selecionar a afecção informada como sendo uma sequela.

Sequelas são complicações permanentes de uma doença ou lesões/traumatismos. A **broncopneumonia** é uma complicação do sarampo, mas não é uma sequela, visto que não é permanente. O **raquitismo** é uma complicação da hipovitaminose D, mas é uma sequela; da mesma maneira, a **hemiplegia** é uma sequela de acidente vascular cerebral, e a **paraplegia/tetraplegia** é uma sequela de lesão medular.

Há declarações de óbito em que o médico informa a doença (afecção) inicial, na sequência, informa uma sequela e, a partir desta, uma complicação que leva à morte. **Nesses casos, deve-se codificar a sequela.** Mesmo que a afecção (ou doença) selecionada como causa básica tenha ocorrido há anos, e **não houver código para sua sequela**, é essa afecção que deve ser codificada (independentemente do tempo).



Lembretes

HEPATITE: não se aceita como curada a não ser que esteja mencionada no atestado. O tempo não determina que é sequela – ela pode estar ativa.

TUBERCULOSE: se mencionada como CURADA ou INATIVA, codificar como sequela.

Sequela: há mais de um ano (o tempo informado no atestado ajuda).

A classificação tem alguns códigos específicos para “sequela” de doenças ou de causas externas. Estes códigos são:

- B90 ▶ Sequelas de tuberculose
- B91 ▶ Sequelas de poliomielite
- B92 ▶ Sequelas de hanseníase (lepra)
- B94 ▶ Sequelas de outras doenças infecciosas
- E64 ▶ Sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais
- E68 ▶ Sequelas de hiperalimentação
- G09 ▶ Sequelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central
- I69 ▶ Sequelas de doenças cerebrovasculares
- O97 ▶ Morte por sequela de causas obstétricas diretas
- Y85 ▶ Sequelas de acidentes de transportes
- Y86 ▶ Sequelas de outros acidentes
- Y87 ▶ Sequelas de lesão autoprovocada intencionalmente, de agressão, ou de um fato cuja intenção é indeterminada
- Y88 ▶ Sequelas de cuidados médicos ou cirúrgicos considerados como causa externa
- Y89 ▶ Sequelas de outras causas externas

EXEMPLO 1:

Parte I	a) Broncopneumonia	
	b) Imobilização no leito	5 anos
	c) Hemiplegia e paraplegia	11 anos
	d) Acidente vascular cerebral isquêmico	11 anos

Parte II –

Por PG, o “Acidente vascular cerebral isquêmico” é selecionado. Entretanto, a morte ocorreu por complicação de sequela deste “Acidente vascular cerebral isquêmico”. Como existe um código específico para sequela de “Acidente vascular cerebral isquêmico”, codifica-se, nesse caso, I69.8.

EXEMPLO 2:

Parte I	a) Acidente vascular cerebral hemorrágico	4 dias
	b) Hipertensão arterial	15 anos
	c) Nefrite crônica	20 anos
	d) Escarlatina	20 anos

Parte II –

Por PG, “Escarlatina” é selecionada. A descrição da nefrite como crônica implica que a escarlatina não está mais na sua fase ativa, portanto, como existe código para sequela de doenças infecciosas, codifica-se B94.8 – “Sequelas de outras doenças infecciosas e parasitárias especificadas”.

EXEMPLO 3:

Parte I	a) Broncopneumonia	
	b) Caquexia	
	c) Estenose de esôfago	
	d) Ingestão intencional de soda cáustica	3 anos

Parte II –

Por PG, seleciona-se a “Ingestão intencional de soda (cáustica)” e, por RMF, seleciona-se e codifica-se a sequela: Y87.0.

Vá ao caderno de exercícios específicos para RME e pratique!

Protocolos de codificações especiais em mortalidade

Desde 2013, o Ministério da Saúde, com o apoio do CBCD, instituiu essa ferramenta importante para o codificador, que tem como objetivo padronizar a codificação em mortalidade visando ao processamento e à seleção da causa básica correta no SIM. Inclui também algumas das atualizações ratificadas pela WHO-FIC e decisões nacionais. Esse protocolo traz orientações específicas para mortalidade materna, mortalidade por complicações de assistência médica e cirúrgica, mortalidade por causas externas, mortalidade por neoplasias, mortalidade por afecções perinatais e codificação de influenza A (H1N1) como causa de mortalidade.

Conheça o *Protocolo de Codificações Especiais em Mortalidade*:

<http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/codificacoes-especiais.pdf>

Aproveite também para conhecer as notas informativas no contexto da covid-19:

<http://plataforma.saude.gov.br/cta-br-fic/>

Vá ao caderno de exercícios específicos para protocolos especiais em mortalidade, covid-19, e pratique!

Referências

BOLETIM [DO] CENTRO DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, v. 27, jan./dez. 2008. ISSN 0110-5877 2005. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/download/SIM/Boletim_27_UNICO_2008.pdf. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: MS, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em 20 jul. 23

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Protocolos de codificações especiais em mortalidade.** Brasília, DF: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Declaração de Óbito:** manual de instruções para preenchimento. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_manual_preenchimento.pdf. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009.** Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. **A Declaração de Óbito:** documento necessário e importante. Brasília, DF: MS, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n.º 1.246, de 8 janeiro de 1988. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Revogada pela resolução CFM n.º 1.931 de 17 set. 2009 que aprova o Novo Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 1574-1577, 26 jan. 1988.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM n.º 1.779, de 5 de dezembro de 2005**. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n.º 1601/2000. Brasília, DF: CFM, 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>. Acesso em: 14 jul. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 211, p. 179, 1 nov. 2018.

LANGMUIR, Alexander D. The surveillance of communicable diseases of national importance. **New England Journal of Medicine**, v. 268, p.182-192, 1963.

LAURENTI, R. et al. **Manual de treinamento**: codificação em mortalidade. São Paulo: FSP/USP, 2004.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de; SOUZA, Luiz Augusto Copati. Causas externas: investigação sobre a causa básica de óbito no Distrito Federal, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 4, dez. 2007. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400003. Acesso em: 20 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Tradução: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças. 10. ed. rev. São Paulo: Edusp, 2008a. v. 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Tradução: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças. 10. ed. rev. São Paulo: Edusp, 2008b. v. 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Tradução: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças. 10. ed. rev. São Paulo: Edusp, 2008c. v. 3.

Apêndices

APÊNDICE A

Lista de termos incompletos ou inadequados para codificar causas de morte

A seguir, encontra-se uma lista de termos que necessitam de esclarecimentos junto ao médico, quando selecionados como causa básica. Serve de guia ao codificador. Sugere-se que o próprio codificador vá acrescentando outros termos, baseados na sua experiência diária.

A lista, obviamente, não é completa, apenas inclui os termos mais comuns.

Termos	Informação adicional necessária
AVC ou AVE	Causa. Tipo (hemorrágico, trombótico, embólico, isquêmico).
Abscesso	Localização. Se possível, causa e micro-organismo.
Abscesso pélvico	Causa (particularmente se foi devido a infecção pós-aborto ou puerperal).
Aderências	Caso seja pós-cirúrgica, qual a causa da cirurgia e há quanto tempo.
Agranulomatose	Causa. Se devido à terapia por medicamentos, especificar por qual causa foi ministrada a medicação.
Amolecimento cerebral	Causa (aterosclerótica, embólica etc.).
Anemia	Primária (qual tipo). Secundária (qual a causa básica).
Aneurisma	Localização (cerebral, aórtico, outras). Causa (arteriosclerose, sífilítica). Roto ou dissecante.
Anóxia (fetal)	Se ocorreu antes ou durante o parto.
Apendicite	Aguda ou crônica. Com peritonite ou com abscesso.
Arteriosclerose Ateroma Aterosclerose	Se associados com hipertensão. Artérias envolvidas (coronárias, cerebral, periféricas).
Arterite	Artéria envolvida. Causa (arteriosclerótica, sífilítica).
Artrite	Tipo (reumatoide, juvenil). Causa. Localização.
Asfixia (fetal)	Se ocorreu antes ou durante o parto.
Aspiração de vômito	Causa (alcoolismo agudo, overdose de drogas, outros).
Atelectasia	Causa.
Bócio	Tipo (simples, tóxico, difuso, uninodular, multinodular).
Broncopneumonia	Primária, hipostática, por aspiração. Causa básica ou terminal.
Bronquite	Aguda ou crônica. Com asma, enfisema etc.
Cálculo	Localização. Com obstrução.
Câncer, carcinoma	Localização primária.
Caquexia	Tipo (congenita, devido à privação de alimento, doença (qual), deficiência de proteínas etc.).

continua

continuação

Termos	Informação adicional necessária
Cardíaca • insuficiência • dilatação • hipertrofia	Causa.
Cardiopatia	Tipo.
Cardite	Localização (miocárdio, endocárdio, pericárdio). Tipo (aguda, crônica, reumática, viral etc.).
Cirrose do fígado	Causa (alcoólica).
Cor pulmonale	Causa básica. Aguda ou crônica.
Coreia	Reumática. Com ou sem envolvimento cardíaco. Tipo (Huntington, gravídica).
Coriza	Complicação que levou à morte.
Curvatura da coluna	Adquirida. Causa. Congênita.
Debilidade (fraqueza)	Causa básica.
Degeneração cerebral	Causa básica.
Degeneração gordurosa	Localização (fígado, coração).
Demência	Causa (senil, alcoólica, arteriosclerótica, Alzheimer).
Dermatite	Tipo. Causa.
Derrame cerebral	Causa básica.
Derrame pleural	Causa (particularmente com tuberculose).
Desnutrição	Congênita. Por doença (especificar). Deficiência de proteína (grau, severidade).
Diabetes mellitus	Tipo. Quais complicações.
Diarreia	Agente infeccioso.
Disenteria	Amebiana. Bacteriana. Outros protozoários.
Doença cardiovascular	Tipo. Qual.
Doença cerebral	Tipo. Qual.
Doença das vias aéreas	Natureza da doença. Obstrutiva.
Doença de inclusão citomegálica	Se devida à aids.
Doença de Paget	Óssea. Mama. Pele (localização). Maligna.
Doença obstrutiva de vias aéreas	Tipo. Crônica. Aguda.
Doença pulmonar (crônica)	Tipo.

continua

continuação

Termos	Informação adicional necessária
Doença renal	Aguda. Crônica. Causa básica (diabetes, outra).
Doença valvar ou valvular	Válvula afetada. Aguda ou crônica. Reumática ou não reumática. Causa.
Doença vascular	Natureza (hipertensiva, periférica). Causa.
Doença vascular periférica	Causa. (ex.: aterosclerose).
Edema pulmonar	Causa (hipostático, secundário à doença cardíaca).
Embolismo. Embolia. Embólico. Embolia pulmonar	Localização. Se pós-cirúrgico, indicar a causa da cirurgia.
Encefalite	Tipo (viral aguda, sequela de virose, pós-imunização, idiopática, meningocócica, supurativa, tuberculosa).
Endocardite	Aguda ou crônica. Localização (valva mitral, aórtica). Causa (reumática, bacteriana).
Esclerose	Coronária, cerebral, disseminada, renal etc.
Esclerose cerebral	Causa básica.
Escoliose	Adquirida ou congênita.
Espondilite	Ancilosante, deformante, gonocócica, sacrilíaca, tuberculosa.
Estenose, estreitamento	Causa. Congênita ou adquirida.
Febre reumática	Ativa ou inativa. Com afecção valvular, cardíaca etc.
Ferimentos	Localização. Causa.
Flebite	Localização. Causa.
Fraturas	Localização. Patológica ou traumática. Se traumática: circunstâncias.
Gangrena	Localização. Tipo: arteriosclerótica, diabética, outra.
Gastroenterite	Causa: infecciosa ou não infecciosa.
Glomerulonefrite	Tipo: aguda, subaguda, crônica, com edema, infecciosa, tóxica (causa). Associada com: hipertensão, arteriosclerose, doença cardíaca, gravidez.
Hematêmese	Causa.
Hematopatia	Tipo.
Hemiplegia	Causa. Duração.
Hemorragia	Localização. Causa.
Hemorragia anteparto (pós-parto)	Causa: placenta prévia, defeito da coagulação, atonia uterina.

continua

continuação

Termos	Informação adicional necessária
Hepatite	Aguda ou crônica. Alcoólica. Do recém-nascido (RN), da gravidez, do parto ou do puerpério. Viral (tipo A, B, C, D, E).
Hidrocefalia	Congênita. Adquirida (causa).
Hipertensão	Se secundária, especificar a causa.
Íleo paralítico	Causa.
Imaturidade	Causa. Complicação levando à morte.
Infarto cerebral	Causa.
Infarto do miocárdio	Agudo. Antigo.
Infecção intestinal	Agente.
Infecção respiratória	Localização. Natureza. Agente.
Infecção séptica	Caso seja localizada, especificar o agente.
Infecção trato urinário	Primária. Secundária. Ureter. Rim.
Influenza (gripe)	Com pneumonia.
Insuficiência cardíaca	Congestiva. Causa.
Insuficiência hepática, do fígado	Causa.
Insuficiência renal	Aguda ou crônica. Causa.
Insuficiência respiratória	Causa.
Lesão	Localização. Tipo. Causa: acidente, suicídio, homicídio etc.
Lesão ao nascer	Localização. Tipo. Causa.
Leucemia	Aguda ou crônica. Tipo.
Linfadenite	Causa.
Linfoma	Tipo.
Melena	Causa.
Meningite	Causa.
Miocardite	Aguda ou crônica. Causa.
Nefrite	Aguda. Crônica. Com edema. Associada com: hipertensão, arteriosclerose, doença cardíaca, gravidez.
Neoplasia Neoplasma	Tipo. Localização.
Obstrução intestinal	Causa.
Oclusão cerebral	Localização. Com infarto. Devida à embolia, à trombose, entre outros.
Oclusão. Obstrução	Causa.

continua

conclusão

Termos	Informação adicional necessária
Paralisia. Paresia	Causa.
Parametrite	Causa. Puerperal. Por aborto.
Peritonite	Causa.
Pneumoconiose	Causa silicose, asbestosis.
Pneumonia	Hipostática. Terminal. Se é causa básica (caso não seja, informar qual a causa básica).
Pneumonia por pneumocisto	Se é devida à aids.
Pneumopatia	Tipo.
Pneumotórax	Causa.
Prematuridade	Causa. Complicação que levou à morte.
Queimadura	Localização. Causa.
Retardo mental	Causa.
Sarcoma de Kaposi	Se é devido à aids.
Senilidade	Com demência, Alzheimer etc.
Septicemia	Causa.
Sífilis	Localização da lesão. Congênita. Precoce. Tardia. Primária. Secundária. Terciária.
Silicose	Associada com tuberculose.
Tétano	Puerperal. Obstétrico (se em mulher de 10 a 50 anos).
Toxemia	Causa. Na gravidez.
Toxoplasmose	Devida à aids.
Trombose	Arterial (qual artéria). Intracraniana. Se pós-operatória, especificar qual cirurgia.
Trombose venosa profunda	Após cirurgia (causa da cirurgia). Devida à inatividade (causa desta).
Tuberculose	Localização primária.
Tumor	Localização. Maligno. Benigno.
Úlcera	Localização.
Úlcera da perna	Causa.
Úlcera péptica	Com hemorragia. Com perfuração.
Uremia	Causa. Na gravidez.
Vasculopatia	Causa. Tipo.

APÊNDICE B

Prefixos e sufixos mais frequentes

Prefixos/ Sufixos	Descrição	Prefixos/Sufixos	Descrição
A, AN	negação, ausência	ALGIA	dor
AMBI	em ambos os lados	ANA	acima, atrás, contra, excesso
ANTE	primeiramente, para adiante	ANTI	contra
AUTO	próprio	BI	dois, duas vezes
BIO	vida	BLASTO	germe
BRADI	lento	BRAQUI	curto
CACO	mal, anormal	CELE	tumoração
CENTESE	punção	CIAN	azul
CIDA	matar	CIRCUM	em torno
CLOR	verde	CO	com
CRIPTO	escondido	CROMO	cor
CRON	tempo	DE, DES	privação, negação
DEXTRO	direito	DIA	através de
DIPLO	duplo	DIS	dificuldade, separação
DOLICO	largo	EC	fora
ECTASIA	dilatação	ECTOMIA	extirpação
EM, ENDO	dentro	EMIA	sangue
EPI	sobre, em cima, depois	ERITRO	vermelho
ESCLERO	duro	ESTENO	estreito, contraído
EU	bem, bom	EX	fora, exterior
FAGO	comer, destruir	FOBIA	medo
GENESE	nascimento, origem	GERI	velhice
GRAFIA	registro	HEMI	metade
HETERO	diferente, desigual	HIDRO	água
HIPER	excesso, sobre, além	HIPO	debaixo, deficiência
HISTO	tecido	HOMO	semelhança
IASE	processo	IATRIA	cura, médico
IDIO	próprio, original	IM, IN	negação, dentro
INFRA	sob, debaixo	INTER	entre
INTRA	dentro	ISCO	reter
ISO	igualdade	ITE	inflamação

continua

conclusão

Prefixos/ Sufixos	Descrição	Prefixos/Sufixos	Descrição
LEPTO	delgado, delicado	LEUCO	branco
LEVO	esquerdo	LIPO	gordura
LISE	dissolução	LITO	pedra, cálculo
LOGO	tratado, ciência	MACRO, MEGA	grande
MALACIA	amolecimento	MANIA	preocupação
META	troca, transformação, depois	MICRO	pequeno
MONO	um, único, simples	NECRO	morto, cadáver
NEO	novo	ODINIA	dor
OIDE	semelhante	OLIGO	pouco, escasso, deficiente
OMA	tumor	OPIA	olho, visão
ORTO	direito, reto, normal	OSE	condição (mórbida?)
PAN	todo, total	PAQUI	grosso, espesso
PARA	ao lado de, acessório	PATIA	doença
PENIA	diminuição	PER	através de, por
PERI	ao redor de	PEXIA	fixação
PIO	pus	PLASIA	formação
PLASTIA	correção	PLEGIA	paralisia
PNEIA	respiração	POLI	muitos
POS	depois	PRE, PRO	antes, anterior
PSEUDO	falso	PTOSE	queda
QUADRI	quatro vezes	RAFIA	costura
RAGIA	romper	RE	detrás, contrário, de novo
REIA	fluxo	RETRO	detrás, atrás
SCOPIA	visão	SEMI	meio, metade
SIM, SIN	união	STOMIA	abrir um orifício
SUB	debaixo, inferior	SUPER, SUPRA	sobre, excesso
TAQUI	rápido	TELE	distante
TERA	monstro	TERAPIA	tratamento
TOMIA	incisão, corte	TRANS	através
TROFIA	nutrição	UNI	um
ULTRA	excesso	URIA	urina
XERO	seco		

APÊNDICE C

Relação de siglas

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
AAA	Aneurisma da aorta abdominal
AAI	Abdome agudo inflamatório
AAP	Abdome agudo perfurativo
AAR	Anomalia anorretal
ACP	Analgesia controlada pelo paciente
AEIV	Aspiração elétrica intrauterina
AEO	Aterosclerose obliterante
AIT	Acidente isquêmico transitório
ALD	Adrenoleucodistrofia
AMV	Aspiração manual a vácuo
ANG	Anoxia neonatal grave
ANM	Anoxia neonatal moderada
ANN	Anoxia neonatal
AP	Atresia pulmonar
ARJ	Artrite reumatoide juvenil
AT	Atresia de tricúspide
ATM	Articulação temporomandibular
ATRV	Anomalia total do retorno venoso
AV	Aspiração a vácuo
AVAS	Aspiração das vias aéreas superiores
AVBEH	Atresia das vias biliares extra-hepáticas
AVC	Acidente vascular cerebral
AVCE	Acidente vascular cerebral encefálico
AVCH	Acidente vascular cerebral hemorrágico
AVCI	Acidente vascular cerebral isquêmico
AZA	Azatioprina (usada com a sigla TX)
BAV	Bloqueio atrioventricular
BAVT	Bloqueio atrioventricular total
BCP	Broncopneumonia
BK	Bacilo de Koch
BK	Tuberculose pulmonar

continua

continuação

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
BPP	Boa perfusão periférica
BPPD	Bursite pré-patelar direita
BV	Baixo ventre
CAPD	Cateterismo especial para diálise peritoneal duradoura
CAPD	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
CBC	Carcinoma basocelular
CCA	Cardiopatia congênita acianótica
CCC	Cardiopatia congênita cianótica
CCC	Colecistite crônica calculosa
CCRC	Colpocistoretocele
CD	Crise depressiva
CEC	Carcinoma espinocelular
CEC	Circulação extracorpórea
CIA	Ciclosporina (usada com a sigla TX)
CIA	Comunicação interatrial
CID	Coagulação intravascular disseminada
CIE	Contraímuno eletroforese
CIG	Grande para a idade gestacional
CIN	Cervical intraepithelial neoplasia
CIV	Comunicação intraventricular
CIVD	Coagulação intravascular disseminada
CMV	Citomegalovírus
CT	Tomografia computadorizada
DI	Desidratação grau I
DII	Desidratação grau II
DIII	Desidratação grau III
DAB	Distúrbio ácido básico
DAC	Doença arteriosclerótica do coração
DBPOC	Doença brônquica pulmonar obstrutiva crônica
DC	Débito cardíaco
DCP	Desproporção cefalopélvica
DCP	Disritmia cerebral paroxística
DCR	Doença crônica respiratória
DDA	Desnutrição, diarreia e anemia

continua

continuação

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
DDA	Doença diarreica aguda
DEEC	Depleção do espaço extracelular
DF	Distócia fetal
DGI	Desidratação grau I
DGII	Desidratação grau II
DGIII	Desidratação grau III
DHE	Distúrbio hidroeletrolítico
DHEG	Doença hipertensiva especificada da gravidez
DHG	Doença hipertensiva da gravidez
DI	Desidratação
DIC	Doença infectocontagiosa
DIC	Doença isquêmica do coração
DIP	Doença infectoparasitária
DIP	Sofrimento fetal
DIU	Dispositivo intrauterino
DLM	Dupla lesão mitral
DM	Diabetes mellitus
DM	Doença meningocócica
DM	Doença mitral
DMH	Doença da membrana hialina
DMID	Diabetes mellitus insulínodépendente
DMNID	Diabetes mellitus não insulínodépendente
DMOS	Deficiência de múltiplos órgãos
DMP	Distrofia muscular progressiva
DMTC	Doença mista do tecido conjuntivo
DNC	Doenças de notificação compulsória
DNPM	Desenvolvimento neuropsicomotor
DNV	Distonia neurovegetativa
DNV	Distúrbio neurovegetativo
DPC	Desnutrição proteica calórica
DPM	Disjunção prótese mitral
DPN	Dispneia
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DPP	Deslocamento prematuro da placenta

continua

continuação

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
DRA	Diástases retoabdominais
DUM	Data da última menstruação
DUAP	Doença ulcerosa ácido péptica
DVP	Derivação ventrículo-peritoneal
EAO	Estenose aórtica
EAP	Edema agudo do pulmão
EAP	Estenose da artéria pulmonar
EIT	Episódio isquêmico transitório
ELA	Esclerose lateral amiotrófica
EM	Estenose mitral
EMP	Estenose mitral pura
EOT	Entubação orotraqueal
EP	Estenose pulmonar
ERVB	Exploração radiológica das vias biliares
ESP	Esclerose sistêmica progressiva
ESV	Extrassístoles supraventriculares
EV	Infusão endovenosa
FA	Fibrilação atrial
FAB	Ferimento por arma branca
FAF	Ferimento por arma de fogo
FAV	Fístula arteriovenosa
FC	Frequência cardíaca
FCC	Ferimento corto-contuso
FMD	Filho de mãe diabética
FR	Febre reumática
GECA	Gastroenterocolite aguda
GIC	Grande para a idade cronológica
GNDA	Glomerulonefrite difusa aguda
HA	Hipertensão arterial
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HD	Hemodiálise
HD	Hipótese diagnóstica
HDA	Hemorragia digestiva alta
HIC	Hipertensão intracraniana

continua

continuação

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
HID	Hérnia inguinal direita
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
HMG	Hemograma
HNP	Hérnia do núcleo pulposo
HP	Hipertensão pulmonar
HPB	Hipertrofia prostática benigna
HTA	Histerectomia total abdominal
HUD	Hemorragia uterina disfuncional
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IAO	Insuficiência aórtica
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
ICO	Insuficiência coronariana obstrutiva
IG	Idade gestacional
IGA	Imunoglobina tipo A
IM	Infarto do miocárdio
IM	Insuficiência mitral
IM	Intramuscular
IMO	Insuficiência de múltiplos órgãos
IMOS	Insuficiência de múltiplos órgãos
IRA	Infecção respiratória aguda
IRA	Insuficiência renal aguda
IRA	Insuficiência respiratória aguda
IRC	Insuficiência renal crônica
IT	Insuficiência tricúspide
ITU	Infecção do trato urinário
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
IVA	Infecção das vias aéreas
IVAS	Infecção das vias aéreas superiores
IVC	Insuficiência vascular cerebral
IVU	Infecção das vias urinárias
KK	Kelly Kenndy (colpoperineoplastia)
LAMGD	Lesão aguda da mucosa gastroduodenal
LER	Lesões por esforços repetitivos

continua

continuação

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
LIC	Larva intercutânea
LLA	Leucemia linfoide aguda
LLC	Leucemia linfoide crônica
LLPD	Linfoma linfótico pouco diferenciado
LMA	Leucemia mieloide aguda
LMC	Leucemia mieloide crônica
LME	Líquido meconial escuro
LTB	Laringotraqueobronquite
MAO	Monoaminoxidase
MAV	Malformação arteriovenosa
MEG	Mal-estar geral
MH	Mal de Hansen (moléstia de Hansen)
MH	Membrana Hialina
MHD	Mal de Hansen, forma dimorfa
MHI	Mal de Hansen, tipo indeterminado
MHT	Mal de Hansen tuberculoide
MHV	Mal de Hansen Virchowiana
MID	Membro inferior direito
MMHG	Milímetros de mercúrio
MIE	Membro inferior esquerdo
MMII	Membros inferiores
MMSS	Membros superiores
MP	Marcapasso
MPP	Má perfusão periférica
MSD	Membro superior direito
MSE	Membro superior esquerdo
MW	Macroglobulinemia Waldenström
NIC	Neoplasma intraepitelial cervical
NL	Normal
NM	Neoplasia maligna
NPP	Nutrição parenteral prolongada
NPT	Nutrição parenteral
NTA	Necrose tubular aguda

continua

continuação

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
OAC	Obstrução arterial crônica
OET	Occipito-esquerdo transverso
OFIU	Óbito fetal intrauterino
OHB	Oxigenoterapia hiperbárica
OMA	Otite média aguda
OMC	Otite média crônica
OPN	Ossos próprios do nariz
PA	Pressão arterial
PAF	Perfuração por (projétil de) arma de fogo
PAN	Poliartrite nodosa
PC	Paralisia cerebral
PCA	Persistência do canal arterial
PCP	Pressão capilar pulmonar
PCR	Parada cardiorrespiratória
PEA	Artrite piogênica
PEESA	Pan-encefalite esclerosante subaguda
PFP	Paralisia facial periférica
PIC	Pequeno para a idade cronológica
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PMD	Psicose maníaco-depressiva
PO	Pós-operatório
POT	Pós-operatório tardio
PP	Placenta prévia
PT	Pré-termo
PTC	Pé torto congênito
PTE	Pré-termo extremo
PTI	Púrpura trombocitopenica idiopática
PVC	Pressão venosa central
QT	Quimioterapia
RCIU	Retardo do crescimento intrauterino
RCU	Retocolite ulcerativa
RCUI	Retocolite ulcerativa idiopática
RDNPM	Retardo do desenvolvimento neuropsicomotor
RGE	Refluxo gastroesofágico

continua

continuação

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
RGE	Refluxo gastroesofágico
RHA	Ruídos hidroaéreos
RHD	Regime de higiene dietética
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RPM	Rotura prematura de membranas
RPP	Regular perfusão periférica
RTU	Revisão transuretral
RTV	Retocolite ulcerativa
RVS	Resistência vascular sistêmica
SALAM	Síndrome da aspiração do líquido amniótico maciça (meconial)
SAM	Sem assistência médica
SAM	Síndrome da aspiração meconial
SAPU	Sem afecções pediátricas de urgência
SARA	Síndrome de angústia respiratória do adulto
SARC	Síndrome de angústia respiratória da criança
SARF	Síndrome da angústia respiratória fetal
SARI	Síndrome da angústia respiratória idiopática
SCNV	Síndrome de compressão neurovascular
SCT	Síndrome do choque tóxico
SFA	Sofrimento fetal agudo
SHG	Síndrome hipertensiva gestacional
SIBE	Síndrome do bebê espancado
SIHAD	Secreção inapropriada de hormônio antidiurético
SIRS	Síndrome da resposta inflamatória sistêmica
SMA	Síndrome da má absorção
SMEG	Síndrome do mal-estar gástrico
SNC	Sistema nervoso central
SSAM	Sopro sistólico em artéria mitral
SSFAO	Sopro sistólico em foco aórtico
TAA	Trombose arterial aguda
TAO	Tromboangeite obliterante
TB	Tuberculose
TBC	Tuberculose

continua

Siglas das afecções	Diagnósticos, doenças ou causas de morte identificados pelas siglas
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TCSC	Tecido celular subcutâneo
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TFG	Taxa de filtração glomerular
TGV	Transposição de grandes vasos
TGVB	Transposição de grandes vasos da base (coração)
TIA	Ataque isquêmico transitório
TP	Trabalho de parto
TP	Tuberculose pulmonar
TPM	Tensão pré-menstrual
TPP	Trabalho de parto prematuro
TPSV	Taquicardia paroxística supraventricular
TRM	Trauma raquimedular
TRO	Terapia de reidratação oral
TSV	Taquicardia supraventricular
TVP	Trombose venosa profunda
TX	Transplante
TX-CD	Transplante com doador morto
TX-VI	Transplante com doador vivo
TXR	Transplante renal
UED	Úlcera duodenal do estômago
UGD	Úlcera gastroduodenal
UM	Última menstruação
VE	Ventrículo
VHS	Velocidade de hemossedimentação
VUP	Válvula ultraposterior
WPW	Síndrome de Wolf-Parkinson-White

APÊNDICE D

Terminologia médica

A

Anemia – condição na qual o nível de hemoglobina no sangue está abaixo do normal.

Apneia – distúrbio do sono caracterizado por interrupções temporárias na respiração durante o sono, resultando em pausas que podem ocorrer repetidamente ao longo da noite.

Anestesia – perda total ou parcial da sensibilidade.

Amnésia – perda da memória.

Anamnese – história do paciente ou de uma doença.

Amenorreia – suspensão da menstruação.

Astenia – perda de força.

Anorexia – inapetência, perda de apetite para alimentos.

Amputação – eliminação de um membro ou parte do corpo.

Artrite – inflamação de uma articulação.

Acidente Vascular Cerebral – entupimento ou rompimento dos vasos sanguíneos do sistema nervoso central.

Ascite – acúmulo de líquidos na cavidade abdominal.

Anasarca – edema generalizado.

Abscesso – coleção de pus.

Asfixia – suspensão da respiração.

Arteriosclerose – endurecimento das artérias.

Aneurisma – dilatação dos vasos.

Amigdalectomia – extirpação das amígdalas.

Anencefalia – ausência de cérebro.

Adenoma – tumor glandular.

Angioma – tumor de vaso.

Arteriosclerose – processo de endurecimento, perda de elasticidade e espessamento progressivo das paredes das artérias.

B

Bilirrubinemia – presença de bÍlis no sangue.

BiÓpsia – retirada de material para diagnóstico.

Bradycardia – pulsação lenta.

Bronquiectasia – dilatação dos brônquios.

Bronquite – inflamação dos brônquios.

Bradipneia – respiração lenta.

C

Cistite – inflamação da bexiga.

Cianose – cor arroxeada das unhas e da mucosa.

Coma – perda da sensibilidade e motilidade.

Caquexia – síndrome que se caracteriza pela perda de peso, atrofia muscular, fadiga, fraqueza e perda de apetite.

Colecistectomia – retirada da vesícula biliar.

Carcinoma – tumor maligno.

Cardiopatias – doença do coração.

Cardiomegalia – aumento do coração.

Cefaleia – dor de cabeça.

Colecistite – inflamação da vesícula biliar.

Choque hipovolêmico – condição médica ou cirúrgica na qual ocorre perda rápida de fluidos que resulta no fracasso de múltiplos órgãos devido à perfusão inadequada.

D

Dispneia – respiração difícil.

Disúria – micção dolorosa.

Dermatite – inflamação da pele.

Doença pulmonar obstrutiva crônica – doença crônica dos pulmões que diminui a capacidade para a respiração.

Desidratação – estado patológico do organismo causado pelo baixo nível de líquido (água, sais minerais e orgânicos) no corpo.

Diabetes – doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue.

Dismenorreia – menstruação dolorosa.

Distonia – distúrbio do tônus muscular.

Desnutrição – doença causada pela dieta inadequada, com falta de nutrientes essenciais.

Dislipidemia – anomalias quantitativas ou qualitativas dos lipídios (gorduras) no sangue.

E

Edema – aumento de líquido intercelular dos tecidos.

Embolia – presença de bolhas de ar na circulação.

Encefalite – inflamação do cérebro.

Endometrite – inflamação da camada interna do útero.

Enfisema – infiltração de ar nos tecidos.

Enterite – inflamação do intestino delgado.

Enterorragia – hemorragia intestinal.

Eritema – vermelhidão mórbida da pele.

Esplenomegalia – aumento do volume do baço.

Eutanásia – morte sem sofrimento.

F

Fibroma – tumor fibroso.

Flebite – inflamação de uma veia.

Falência múltipla de órgãos – deterioração aguda da função de dois ou mais órgãos.

Faringite – inflamação na garganta.

Flatulência – gases no estômago e intestino.

G

Gastrite – inflamação do estômago.

Gastrostomia – formação cirúrgica de um orifício no estômago.

Glicemia – presença de açúcar no sangue.

H

Hemofilia – doença do sangue, congênita, causada por hemorragia, (falta de coagulação).

Hemiplegia – paralisia da metade do corpo.

Hiperglicemia – aumento da taxa de glicose no sangue.

Hipoglicemia – diminuição da taxa de glicose no sangue.

Hematúria – presença de sangue na urina.

Hemostasia – estancamento de uma hemorragia.

Hemólise – destruição das hemácias.

Hipóxia – baixo teor (concentração) de oxigênio.

Hepatite – inflamação do fígado.

Hidrocele – coleção de líquidos na túnica vaginal do testículo.

Hipertermia – elevação da temperatura.

Hipotermia – diminuição da temperatura.

Hiperemese – vômitos incoercíveis.

Hipertensão – aumento da tensão.

Hipotensão – tensão baixa.

Hematêmese – hemorragia proveniente do estômago.

I

Icterícia – derrame de bÍlis no sangue.

Inapetência – falta de apetite.

Infarto agudo do miocárdio – é um processo de morte do tecido de parte do músculo cardíaco por falta de aporte adequado de nutrientes e oxigênio.

Insuficiência respiratória – é uma condição na qual o oxigênio não passa dos pulmões para o sangue em quantidades suficientes.

Incubação – período em que o micróbio fica no organismo sem se manifestar.

Isquemia – falta de circulação.

L

Laparotomia – abertura do abdome para exploração.

Letargia – sonolência.

Leucemia – invasão dos leucócitos no sangue.

Leucopenia – diminuição dos leucócitos no sangue.

Leucocitose – aumento dos leucócitos no sangue.

Lipoma – tumor gorduroso.

Litíase – formação de cálculos.

Leucorreia – corrimento branco.

M

Mastite – inflamação da mama.

Midríase – dilatação da pupila.

Melena – evacuação sanguínea escura.

Miomectomia – retirada de mioma uterino.

Mastectomia – retirada da mama.

Metrorragia – hemorragia uterina.

Mielite – inflamação da medula espinhal.

Miocardite – inflamação do miocárdio.

N

Necrose – morte dos tecidos.

Necropsia – exame cadavérico.

Nefrite – inflamação dos rins.

Neoplasia – formação de tecido novo.

Neurite – inflamação de um nervo.

Nevralgia – dor nervosa.

O

Otite – inflamação do ouvido.

Otalgia – dor de ouvido.

Otorragia – hemorragia do ouvido.

Oftalmia – inflamação do olho.

Oligúria – diminuição da frequência urinária.

Ooforite – inflamação do ovário.

Orquite – inflamação do testículo.

Orquidectomia – retirada dos testículos.

Ortopneia – respiração difícil que obriga o paciente a se sentar.

Osteoartrite – inflamação de uma articulação.

Osteíte – inflamação de um osso.

Osteoma – tumor ósseo.

Otorreia – corrimento purulento do ouvido.

P

Pancreatite – inflamação do pâncreas.

Papiloma – tumor epitelial.

Paraplegia – paralisia dos membros inferiores.

Paresia – paralisia leve.

Pericardite – inflamação do pericárdio.

Pielonefrite – inflamação do bacinete e do rim.

Piócito – célula de pus

Pneumotórax – introdução de ar na cavidade pleural

Pneumonite – inflamação aguda dos pulmões.

Pneumonia – infecção pulmonar de natureza inflamatória.

Q

Queloide – cicatriz tumoração cutânea.

Queratite – inflamação da córnea.

R

Rinite – inflamação da mucosa nasal.

Rinoplastia – plástica do nariz.

Rinorragia – hemorragia nasal.

Retinite – inflamação da retina.

S

Sarcoma – tumor de tecido conjuntivo (câncer).

Septicemia – invasão de germes na corrente sanguínea.

Senilidade – é o processo de envelhecimento.

Sinusite – inflamação do seio nasal.

T

Taquicardia – aumento dos batimentos cardíacos.

Taquipneia – respiração acelerada.

Traqueostomia – abertura da traqueia.

Toxemia – intoxicação no sangue.

Toxicologia – estudo e descrição dos venenos.

Tracoma – conjuntivite causada por vírus, altamente contagiosa.

Trombose – formação de coágulos no interior dos vasos.

Traumatismo cranioencefálico – qualquer agressão que acarrete lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou cérebro.

U

Uremia – intoxicação produzida pelos compostos da urina no sangue.

Uretrite – inflamação da uretra.

V

Varicocele – tumor varicose.

Vitiligo – manchas esbranquiçadas na pele.

X

Xantose – coloração amarela da pele.

Xantorreia – corrimento vaginal de cor amarela.

Xenofobia – aversão a estrangeiros.

Z

Zoonose – doença animal capaz de ser transmitida ao homem.

APÊNDICE E

Definições

Nascido vivo ► é a expulsão completa de um produto de concepção do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, o qual, depois da separação, respire ou dê qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições é considerado uma criança nascida viva.

Óbito fetal ► é a morte de um produto de concepção, antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Período perinatal ► começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso do nascimento é normalmente de 500 g) e termina com 7 dias completos após o nascimento.

Período neonatal ► começa no nascimento e termina com 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em mortes **neonatais precoces**, que ocorrem durante os primeiros 7 dias de vida, e mortes **neonatais tardias**, que ocorrem após o 7º dia e termina com 28 dias completos de vida.

Período pós-neonatal ► inicia aos 28 dias completos de vida após o nascimento e termina aos 11 meses e 29 dias de vida.

Peso ao nascer ► é a primeira medida de peso do feto ou do recém-nascido obtida após o nascimento.

Baixo peso ao nascer ► menos de 2.500 gramas (até 2.499 gramas, inclusive).

Peso muito baixo ao nascer ► menos de 1.500 gramas (até 1.499 gramas, inclusive).

Peso extremamente baixo ao nascer ► menos de 1.000 gramas (até 999 gramas, inclusive).

Idade gestacional ► a medida da gestação a partir do primeiro dia do último período menstrual normal. A idade gestacional é expressa em dias ou semanas completas.

- **Pré-termo** – menos de 37 semanas completas (menos de 259 dias) de gestação.
- **Termo** – de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) de gestação.
- **Pós-termo** – 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais) de gestação.

Morte materna ► é a morte de uma mulher devida a qualquer causa durante a gravidez, o parto ou o puerpério, ou dentro dos 42 dias que se seguem ao final da gravidez, independentemente da duração e do local dela.

Morte materna obstétrica ► é aquela cujo óbito foi causado direta ou indiretamente por condições surgidas em consequência da gestação, do parto ou do puerpério.

Subdivide-se em:

- **Morte materna obstétrica direta** – é aquela devida a complicações obstétricas da gravidez, do parto ou do puerpério, por intervenções, omissões, tratamento incorreto, ou a uma série de eventos resultantes de qualquer das causas anteriores mencionadas. Exemplos: hipertensão gestacional, eclâmpsia na gravidez.
- **Morte materna obstétrica indireta** – é aquela resultante de uma doença preexistente ou que se desenvolve ou se agrava durante a gravidez. Exemplos: mulheres cardiopatas que venham a apresentar insuficiência cardíaca grave durante a gravidez.

Morte materna não obstétrica ► é a morte resultante de causas acidentais ou incidentais não relacionadas com a gravidez e seu manuseio. Exemplos: morte de uma gestante consequente a um atropelamento ou após cirurgia de tumor cerebral.

Morte materna tardia ► é a morte de uma mulher por causa obstétrica direta ou indireta, mais de 42 dias (porém menos de 1 ano) após o término da gravidez ou do parto.

Morte relacionada com a gravidez ► é a morte de uma mulher enquanto grávida ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte.

Causa terminal (ou direta) da morte ► é a primeira afecção ou condição descrita na primeira linha da Parte I do atestado médico na DO. É a complicação final que a pessoa apresentou antes da morte.

Causas intervenientes ► são todas as “complicações” ou “consequências” da causa básica declaradas nas linhas da Parte I do atestado de óbito, acima da causa básica.

Causas contribuintes ► são aquelas condições (afecções ou complicações) descritas na Parte I que não fizeram parte da cadeia de eventos que levaram à morte, porém contribuíram para o óbito. São informadas na Parte II.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
CLIQUE AQUI E RESPONDA A PESQUISA.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal