

# Newsletter da Codificação N.48 - 28 de setembro de 2015

11038

| Inscreva-se na AMACC (<http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Especial:RequestAccount>) | Arquivos  
 ([http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Arquivo\\_das\\_newsletters](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Arquivo_das_newsletters)) | Subscreva ([http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Subscri%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_Newsletter\\_da\\_Codifica%C3%A7%C3%A3o](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Subscri%C3%A7%C3%A3o_da_Newsletter_da_Codifica%C3%A7%C3%A3o)) |

## Tabela de conteúdo

- 1 Editorial
- 2 Competência em Codificação Clínica pela Ordem dos Médicos
- 3 Agrupadores de GDH
- 4 Portaria dos GDH
- 5 Participação de especialistas em atividade normal na produção adicional
- 6 Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC)
- 7 Pequena Cirurgia
- 8 Exceções ao registo
- 9 Portal da Codificação e dos GDH
- 10 Programa de Auditoria da Codificação
- 11 Próximo congresso da AMACC
- 12 Passagem da ICD-9-CM para a ICD-10-CM&PCS
- 13 Cursos de formação em codificação clínica pela ICD-9-CM
- 14 Um tema de codificação: causas externas nas complicações de cuidados médicos e cirúrgicos
- 15 Veja também

## Editorial

A atividade da codificação clínica em Portugal tem dado passos importantes, a comunidade dos médicos codificadores é cada vez mais profissional e fazem falta momentos e elos de ligação entre colegas que se dedicam à mesma atividade e que procuram recursos e ferramentas que são escassos.

O Congresso da Associação dos Médicos Auditores e Codificadores Clínicos (AMACC) é um desses momentos mas só acontece uma vez por ano.

A competência em codificação clínica pela Ordem dos Médicos está em fase adiantada de implementação.

Várias portarias, circulares e despachos foram emitidos nos últimos meses e, porque têm implicações na atividade de codificação clínica, não podem ser ignorados.

A implementação da ICD-10-CM&PCS em Portugal foi adiada para 2017. Que poderemos esperar entretanto?

O número de destinatários da newsletter aumentou com os formandos dos últimos cursos da ICD-9-CM, com as inscrições na AMACC que aconteceram durante o último Congresso e com as candidaturas à competência em codificação clínica. A todos damos as boas-vindas. No entanto, se não estiver interessado em continuar a receber a Newsletter da Codificação, assinala-o, por favor.

## Competência em Codificação Clínica pela Ordem dos Médicos

Os passos mais importantes que levaram à criação desta competência, um processo iniciado já há muitos anos, foram sumariados com detalhe na Newsletter da Codificação N.44 - 29 de junho de 2014.

O período de apresentação de candidaturas à admissão por consenso a esta competência decorreu até 31 de Março de 2015. Foram apresentadas 427 candidaturas provenientes das três secções regionais e das regiões autónomas dos Açores e da Madeira. A avaliação curricular está concluída mas os atrasos mantêm-se porque se verificou uma percentagem significativa de falta de documentos. Vale a pena apontar alguns dos problemas encontrados:

1. notas curriculares desadequadas a esta competência, elaboradas de forma displicente, aparentemente destinadas a concursos académicos ou da carreira médica que apresentavam, em alguns casos, uma única linha relativa à actividade de codificação clínica.
2. CDs em branco ou ilegíveis, processos incompletos, falta dos requisitos mínimos.
3. Falta de certificação da formação em codificação clínica pela ICD-9-CM - esta formação base era um elemento crítico pois, embora alguns colegas não possuam os certificados de cursos feitos há quase 30 anos, outros apresentaram formações no 'Codefinder' ou no 'WebGDH' ou minicursos de codificação com 8, com 16 ou 35 horas de formação. A formação básica em ICD-9-CM considerada válida tem uma duração mínima de 52 horas.
4. Falta de certificação da formação de reciclagem e/ou de auditoria da codificação clínica - estas eram formações que pontuavam na avaliação curricular. Mas não basta mencioná-las, é necessário certificar a sua frequência.
5. Falta de informação do Núcleo de Codificação Clínica ou do Hospital mencionando quer o período temporal da atividade do candidato, quer identificando as especialidades médicas e/ou cirúrgicas codificadas. Os parâmetros de avaliação da experiência profissional implicavam uma atividade mínima de dois anos, garantiam a pontuação máxima aos candidatos em actividade e pontuavam melhor a experiência de codificação em áreas polivalentes como a medicina e a cirurgia geral. Ora estas informações tinham de ser atestados pelos hospitais. A ACSS apenas certificou o número de episódios codificados, de códigos de diagnósticos e de procedimentos, mas não informou sobre as especialidades nem os anos concretos da atividade.
6. Falta da informação relativa ao número de episódios codificados: esta certificação que podia ser feita quer pela ACSS quer pelo próprio hospital ou hospitais em que o candidato trabalhou terá sido a menos esquecida mas, como é evidente, não era suficiente para atribuir a pontuação prevista na grelha de avaliação curricular ([https://www.ordemdosmedicos.pt/send\\_file.php?tid=ZmljaGVpcm9z&did=15d185eaa7c954e77f5343d941e25fbd](https://www.ordemdosmedicos.pt/send_file.php?tid=ZmljaGVpcm9z&did=15d185eaa7c954e77f5343d941e25fbd)) publicada pela Ordem.



## Agrupadores de GDH

No ano 2013 começou a utilizar-se em Portugal a versão 27 do agrupador AP-DRG depois da utilização, durante um período de sete anos, da versão 21 do mesmo agrupador. Em 1 de janeiro de 2015, na sequência da Circular Normativa n.º 22 de 20/08/2014 (<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CN22.pdf>) os hospitais do SNS passaram a agrupar os seus episódios de internamento com a versão 31 do APR-DRG, uma família diferente de agrupadores, que introduziu alterações significativas nos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) disponíveis, nos seus pesos relativos e, conseqüentemente, na avaliação da produção e do financiamento, e para cujos efeitos os hospitais foram alertados, mas que ainda não terão começado a sentir. No entanto os meses já codificados permitem olhar para a produção agrupada em GDH e avaliar a evolução do índice de casemix do hospital.

Uma das características mais marcantes do agrupador APR-DRG é a divisão de cada GDH em quatro níveis de severidade. A cada nível de severidade corresponde um peso relativo e da forma de distribuição dos doentes pelos quatro níveis de cada GDH resulta o seu peso no índice de casemix final. Tem-se sublinhado, desde o início, que a atribuição do nível de severidade depende dos diagnósticos adicionais codificados. Cabe ao médico responsável pelo doente documentar todas as condições e diagnósticos que foram objeto de atenção, estudo e tratamento durante o internamento. A ausência de menção desta informação na nota de alta impede a codificação de diagnósticos adicionais de comorbilidade, o agrupamento do episódio num nível de severidade adequado à condição do doente e, em última instância, não permite que o hospital seja ressarcido dos custos decorrentes do tratamento dos seus doentes.



<http://www.microdynmed.com/Produ>

## Portaria dos GDH

Em 7 de agosto passado foi publicada a muito esperada Portaria n.º 234/2015 (<https://dre.pt/application/file/69965783>) cuja implementação os hospitais deveriam ter feito desde 1 de janeiro. Mas muito se questionava a legalidade de faturar aos "terceiros pagadores" (os subsistemas como as seguradoras e os seguros de saúde) na ausência de uma publicação oficial que objetivasse a "métrica" (o APR 31) e o preçário (por GDH).

Agravou-se, no entanto, o distanciamento entre a avaliação e o financiamento da produção base e da produção adicional. Enquanto a produção base é faturada por esta nova portaria, baseada no agrupador APR-DRG 31, a produção adicional para efeito de pagamento às equipas que colaboram na recuperação das listas de espera cirúrgicas, processa-se pela Portaria n.º 271/2012 de 4 de setembro (<https://dre.pt/application/file/174914>) que se baseia no agrupador AP-DRG 21. Estes dois agrupadores são muito diferentes, com lógicas separadas por 10 anos de evolução e com números dos GDH que nada têm a ver uns com os outros.

A identificação da unidade nosológica que deve ser financiada pela Portaria 271/2012 é fundamental e pode ter pouco a ver com o episódio de internamento global em que possa estar inserida. E dado que a licença do agrupador AP-DRG 21 que os hospitais utilizavam para determinar o(s) GDH(s) para pagamento às equipas, caducou no fim do mês de março passado, percebem-se as dificuldades por que passam as Unidades Hospitalares de Gestão dos Inscritos para Cirurgia (UHGIC).

## Participação de especialistas em atividade normal na produção adicional

A Portaria n.º 260-B/2015 de 24 de agosto (<https://dre.pt/application/file/70094306>) veio permitir que médicos especialistas que integram equipas no âmbito da atividade normal possam intervir na produção adicional por autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante proposta fundamentada do órgão máximo de gestão da instituição ou serviço do SNS, na qual se demonstre que a carência de tais profissionais inviabiliza a constituição das tais equipas.

## Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC)

Pela Portaria n.º 179-A/2015 de 16 de junho (<https://dre.pt/application/file/67495506>) foi apresentado um plano de intervenção em cirurgia através do qual se pretende facilitar a realização de um conjunto de cirurgias: da mama, da próstata, de hérnia discal, de prótese da anca e de catarata.

A publicação inicial trazia erros de codificação os quais foram corrigidos através da Circular Normativa n.º 11 de 21/07/2015 ([http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n.%C2%BA%2011.DPS.2015%20\(21.07.2015\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20n.%C2%BA%2011.DPS.2015%20(21.07.2015).pdf)).

## Pequena Cirurgia

Através da Circular Normativa Nº 32/2014/DPS/ACSS de 22-12-2014 ([http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f\\_364445\\_2.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f_364445_2.pdf)) a ACSS estabeleceu o conceito de **Pequena Cirurgia** que durante muitos anos utilizou o critério dos 50k (do Código de Nomenclatura e Valor Relativo da Ordem dos Médicos). A pequena cirurgia passa a definir-se como a "Cirurgia que, embora executada em condições de segurança e assepsia e com recurso a anestesia local, dispensa a sua realização numa sala de bloco operatório, o apoio direto de um ajudante, a monitorização anestésica e a estadia em recobro, tendo alta imediata após a intervenção. Inclui-se a lesão com menos de 3 cm depois de formolizada e os tecidos circundantes, em caso de exérese de lesão da pele, com exceção de tumores malignos." A mesma definição foi publicada na portaria dos GDH (234/2015).

A publicação deste conceito deu lugar a algumas dúvidas que foram colocadas à ACSS e de cujo esclarecimento resulta o seguinte: independentemente do local da lesão, das suas dimensões e, até da sua natureza, benigna ou maligna, o procedimento de exérese é considerado pequena cirurgia se não necessitar de bloco operatório, apoio de ajudante ou de anestesista, monitorização ou estadia em recobro.

A aplicação deste conceito é fundamental na triagem do que deve ser inscrito no módulo (linha de produção) de Bloco Operatório e, conseqüentemente, passível de faturação por GDH. As pequenas cirurgias não devem ser codificadas e agrupadas em GDH e só podem ser faturadas pelo Anexo III da portaria dos GDH.

É importante não esquecer, no entanto, que um procedimento não "cirúrgico" pode ser realizado no bloco operatório de acordo com **critérios de boa prática clínica**. A portaria 234/2015 apresenta esta salvaguarda nas seguintes especialidades:

- Cirurgia Maxilo-facial
- Dermatologia
- Cirurgia Oral
- Ginecologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Urologia

É interessante verificar também que, apesar da indicação "Os procedimentos de Ortopedia com indicação de "GDH de Ambulatório" que, de acordo com critérios de boa prática clínica, devam ser realizados em bloco operatório são faturados por GDH de ambulatório, coluna G do Anexo II", não está contemplada no Anexo III, por exemplo, a mudança dos gessos de tratamento da luxação congénita da anca, realizada em crianças no bloco operatório, nem existe da Tabela II - GDH Médicos de Ambulatório nenhum GDH que inclua estas situações.

Esta e várias outras situações tratadas no bloco operatório e que não necessitam de internamento constituem produção válida dos hospitais e não podem ser desconsideradas (nem retiradas) da produção apenas porque não encaixam nos "GDH de ambulatório".

## Exceções ao registo

Com a Circular Normativa Nº 6/2015/DPS/ACSS de 2/4/2015 ([http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f\\_399596\\_2.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f_399596_2.pdf)) a ACSS voltou a definir as linhas de produção em que determinados episódios de cuidados devem enquadrar-se. As "exceções ao registo" eram já conhecidas da Circular Informativa N.º 1/2010/UOFC de 22/2/2010 (<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Informativa%20N1%202010.pdf>) mas agora foram atualizadas e tipificadas.

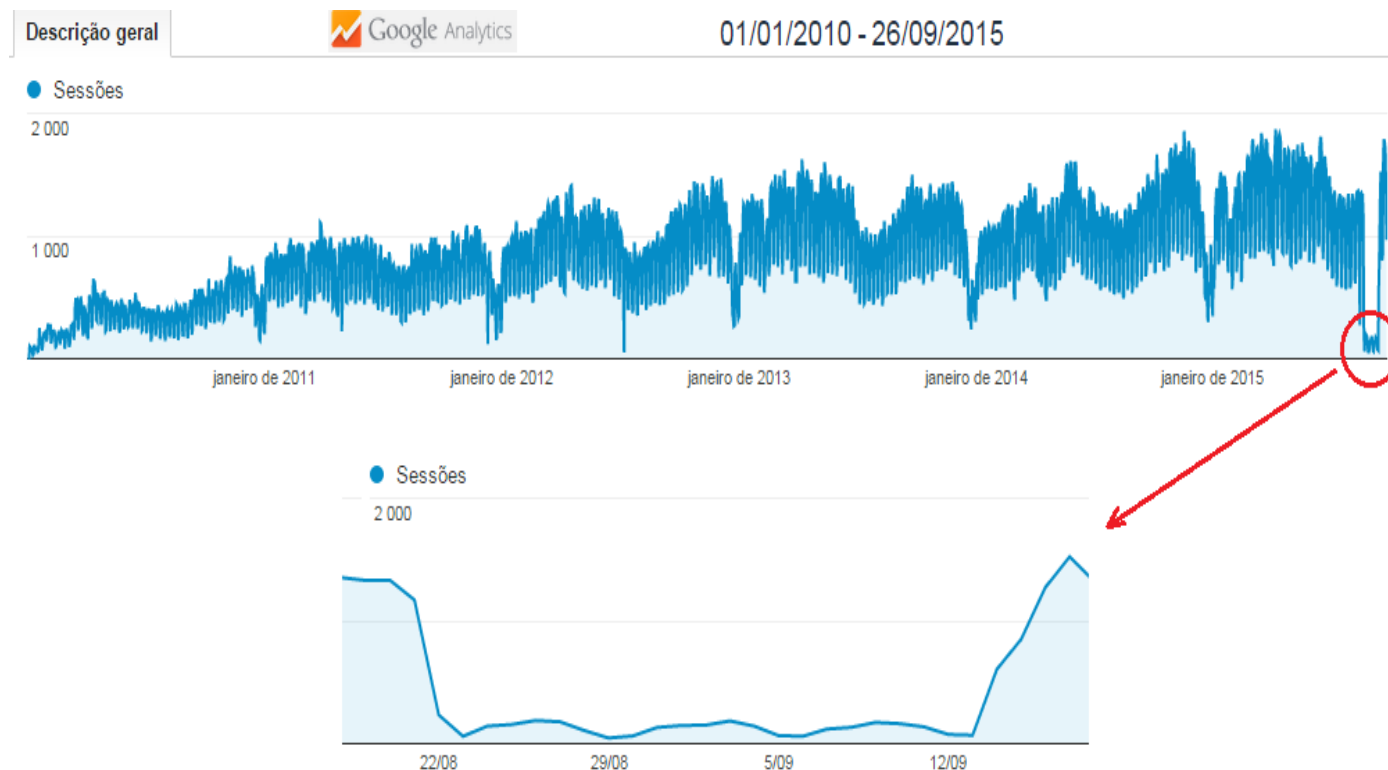
Define-se em que tipo de episódio determinados procedimentos de ambulatório (de zero dias) podem acontecer para que sejam considerados válidos e faturáveis. Assim, e tipicamente, os procedimentos de realização em ambiente de assépsia, ditos "cirúrgicos", devem ser registados no módulo do bloco - cirurgia do ambulatório, mesmo que o agrupador os agrupe num GDH Médico: cateterização venosa para diálise renal, remoção de cateter de diálise peritoneal, esterilização masculina, inserção ou extração de acesso vascular totalmente implantável, extrações dentárias e alguns procedimentos no colo uterino. E vários procedimentos de hemodinâmica, os quais, não tendo obrigatoriedade de registo no módulo do bloco - cirurgia de ambulatório, podem ser registados e faturados nos módulos de admissão direta, consulta externa e hospital de dia.

São regras a ter em consideração pelos gestores do departamento de doentes e que os auditores internos não devem ignorar pois são os primeiros a dar-se conta de "episódios inválidos" quando lêem as listagens de auditoria interna.

## Portal da Codificação e dos GDH

Durante parte do passado mês de agosto e a primeira metade do mês de setembro o Portal da Codificação e dos GDH (<http://portalcodgdh.min-saude.pt/>) esteve fora de serviço. Não foi dada qualquer explicação, que conheçamos, para esta ausência mas os efeitos foram notórios conforme transpareceu dos muitos telefonemas e e-mails recebidos. A todos quantos se manifestaram junto da ACSS e, desse modo, contribuíram para o restabelecimento deste serviço aqui fica o agradecimento da comunidade dos codificadores portugueses. Relewa-se, no entanto, um e-mail da Assessoria de Comunicação da ACSS, datado de 14 de setembro, referindo apenas que "o Portal da Codificação Clínica e dos GDH reentrou em funcionamento hoje."

Os testemunhos que temos atestam uma utilização intensa e progressiva deste recurso na atividade diária da codificação clínica, a qual é também demonstrada pelas estatísticas do Google Analytics nas quais se pode verificar o período de paragem:



É interessante, também, saber que entre as páginas mais procuradas estão as das abreviaturas: A-H, I-Q e R-Z.

## Programa de Auditoria da Codificação

O programa Auditor, que utilizámos desde 1996 como ferramenta de auditoria da codificação clínica, ficou desatualizado com a entrada em funcionamento do agrupador APR-DRG, tendo a ACSS decidido que "as funcionalidades relativas ao sistema de auditoria interna à codificação clínica pela ICD-9-CM seriam enquadradas no âmbito da aplicação WebGDH, permitindo assim criar sinergias, reduzir as redundâncias e as tarefas duplicadas em termos do trabalho dos profissionais e colocar cada vez mais enfoque na codificação clínica que assegura a caracterização da morbilidade hospitalar e respetivas auditorias internas".

Dos iniciais 8 alertas e mensagens de auditoria na versão 3.5 de julho de 2014, o WebGDH conta atualmente, na sua versão 3.8, com 47. Os auditores internos dos hospitais do SNS anseiam por muito mais. A dificuldade que resulta da implementação dum novo agrupador, a



crecente exigência de qualidade da codificação clínica e a pressão dos gestores hospitalares queixando-se da diminuição do índice de casemix são razões bastantes para a urgência de alternativas credíveis e funcionais ao velho programa "Auditor".

Aqui fica expressa a nossa esperança de que o WebGDH "*continue a evoluir em breve para mais alertas, incluindo, também, alguns alertas específicos do agrupador APR*" e que "*de forma célere e expedita, se proceda à implementação e disponibilização do conjunto de alertas que já identificámos como essenciais*".

## Próximo congresso da AMACC

O 8º Congresso Nacional da Associação dos Médicos Auditores e Codificadores Clínicos (AMACC) está agendado para 26 e 27 de fevereiro de 2016 (sexta e sábado) e decorrerá no Centro Hospitalar da Cova da Beira - Hospital Pero da Covilhã, conforme proposta da Dr.ª Margarida Ascensão aprovada em Assembleia-Geral de 27 de fevereiro de 2015.

Não é cedo demais para os preparativos. Se pensa que pode partilhar as suas experiências e *expertise* na codificação, faça uma proposta à organização do congresso e prepare a sua apresentação! Escreva para [amacc@med.up.pt](mailto:amacc@med.up.pt)

## Passagem da ICD-9-CM para a ICD-10-CM&PCS

A data anunciada para a substituição da ICD-9-CM pela ICD-10-CM / PCS como sistema de classificação de diagnósticos e de procedimentos nos hospitais de SNS foi alterada para 1-01-2017, de acordo com o Despacho n.º 9090/2015 de 13-08-2015 (<https://dre.pt/application/file/69998950>) do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Este despacho alega a "complexidade, o grau de inovação e as necessidades de desenvolvimento identificadas na estratégia de implementação deste projeto, essencialmente ao nível dos Sistemas de Informação", e pretende que não seja comprometido "o normal funcionamento das instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde no período em que se encontra a ser implementado o novo sistema de codificação clínica".

Enquanto se continua a desenrolar a preparação dos sistemas de informação hospitalares, a cargo dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), a equipa responsável pela preparação dos médicos codificadores também já deu passos importantes na preparação e calendarização da necessária formação. O núcleo central de formadores estudou a ICD-10-CM (classificação dos diagnósticos) e a ICD-10-PCS (classificação dos procedimentos) através da frequência de 35 módulos de *e-learning* da American Health Information Management Association (AHIMA) (<http://academy.ahima.org/>).

Este núcleo irá ser responsável pela formação dos colegas que, em cada hospital, irão organizar, por sua vez, a formação interna dos seus médicos codificadores. Prevê-se que estas ações não deverão acontecer antes do último trimestre de 2016, uma vez que, se a formação for precoce e não seguida de experiência, o esquecimento das novas regras e conceitos é mais que certo...

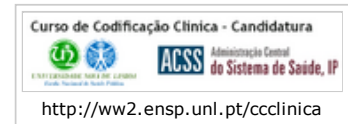


<https://www.pdresources.org/blog/d-to-the-icd-10-cm/>

## Cursos de formação em codificação clínica pela ICD-9-CM

Os últimos quatro cursos da ICD-9-CM foram realizados na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) entre outubro de 2014 e janeiro de 2015 numa parceria entre a ENSP e a ACSS. Na sequência do adiamento da implementação da ICD-10-CM&PCS em Portugal tornou-se evidente a conveniência de mais cursos de codificação clínica. Estão agendadas duas formações: a primeira entre 26-30 outubro e 9-13 de novembro, e a segunda de 16-20 de novembro e de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2015.

São 10 dias de formação intensiva que, em consenso dos formandos, não são suficientes para as necessidades sentidas. Os comentários recebidos dos primeiros quatro cursos foram tidos em conta e refletir-se-ão seguramente na organização dos próximos dois.



## Um tema de codificação: causas externas nas complicações de cuidados médicos e cirúrgicos

A codificação das complicações de cuidados médicos utiliza códigos próprios do aparelho ou sistema em que a complicação se insere, ou usa códigos da secção das complicações (996-999) do capítulo 17 Lesão e Intoxicação. Assim, e por exemplo, a infeção devida a banda gástrica codifica-se com 539.01 dentro do Capítulo 9 do Aparelho Digestivo, e a infeção do local de inserção de um cateter venoso central codifica-se com 999.33 da secção das complicações.

As causas externas relativas às complicações de cuidados médicos não são obrigatórias quando o código do diagnóstico pertence aos capítulos 1 a 16 (exceto se existir alguma instrução da ICD-9-CM a solicitá-las) mas devem utilizar-se se a codificação cair dentro do intervalo 996 a 999. A seleção do código de causa externa mais adequado a uma determinada complicação pode fazer-se diretamente na lista tabular (é uma das raras exceções à regra de procurar primeiro no índice alfabético) dentro das secções das *Misadventures* (E870-E876) e das *Abnormal reactions* (E878-E879).

A secção aplicável a um caso de perfuração, laceração, fratura, infeção, deiscência ou qualquer outra complicação depende da existência dum registo de ocorrência. As 'reações anormais' referem-se habitualmente a condições em que não houve acidente ou azar e o que aconteceu depende do doente - **uma reação**. As 'misadventures' referem-se a algo que não deveria ter acontecido e que dependeu do prestador de cuidados como, em especial, a operação errada no doente certo (E876.5), uma operação no doente errado (E876.6), ou a operação correta no lado errado (E876.7) - **um ato**.

No caso das reações anormais o código a selecionar dependerá do tipo de cirurgia, como sejam, por exemplo, uma ressecção de órgão (E878.6), um transplante (E878.0) ou um cateterismo cardíaco (E879.0).

Se a complicação aconteceu em internamento anterior e há tempo suficiente, poderemos estar em presença dum efeito tardio de uma complicação. A codificação do diagnóstico tem codificação própria:

### Late effect

complication (s) of

surgical and medical care (conditions classifiable to 996-999) 909.3

### 909.3 Efeito tardio de complicações de cuidados médicos e cirúrgicos:

mas a causa externa dos efeitos tardios das complicações de cuidados é a mesma do episódio inicial:

### Late effect of

medical or surgical procedure, test or therapy

as, or resulting in, or from

abnormal or delayed reaction or complication – see Reaction, abnormal  
misadventure – see Misadventure



As opiniões expressas nesta newsletter são da responsabilidade do autor e não veiculam necessariamente as posições da ACSS, da AMACC nem da Ordem dos Médicos.

Recebe esta Newsletter porque frequentou uma formação em ICD-9-CM, inscreveu-se na AMACC, no Portal, ou de qualquer outro modo manifestou interesse em a receber.

Participe com informações ou temas para discussão.

Se não quiser receber esta Newsletter, envie um e-mail para amacc(a)med.up.pt com a assunto "unsubscribe".

Se quiser inscrever um colega na lista de subscritores, envie um mail para amacc(a)med.up.pt com a assunto "subscribe" e o seu nome, instituição e endereço de e-mail.

---

## Veja também

Arquivo das newsletters

Obtido em "[http://wiki-farinha.gim.med.up.pt/index.php/Newsletter\\_da\\_Codifica%C3%A7%C3%A3o\\_N.48\\_-\\_28\\_de\\_setembro\\_de\\_2015](http://wiki-farinha.gim.med.up.pt/index.php/Newsletter_da_Codifica%C3%A7%C3%A3o_N.48_-_28_de_setembro_de_2015)"  
Categoria: Ferramentas

---

Ferramentas

---

[Páginas  
afluentes](#)  
[Alterações  
relacionadas](#)  
[Carregar  
ficheiro](#)  
[Páginas  
especiais](#)  
[Versão para  
impressão](#)  
[Ligação  
permanente](#)  
[Contactar  
utilizador](#)  
[Navegar  
pelas  
propriedades](#)

- 
- Esta página foi modificada pela última vez às 21h38min de 28 de setembro de 2015.
  - Conteúdo disponível sob GNU Free Documentation License 1.3.