

A PRAGMÁTICA DE CODIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS DO PACIENTE¹

THE PRAGMATICS OF CODING OF THE PATIENT'S RECORDS

Virginia Bentes Pinto^a

Camila Regina de Oliveira Rabelo^b

Odete Mayra Mesquita Sales^c

RESUMO

Introdução: A codificação, enquanto etapa de tradução no contexto da indexação do prontuário do paciente, é um esquema complexo de ações – humanas ou automáticas – que busca identificar os diagnósticos primário e secundário e os tratamentos referentes ao estado de saúde da pessoa enferma. Para tanto, adota-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID).

Objetivo: Refletir sobre a codificação de prontuários do paciente como um exercício de indexação no âmbito dos Serviços de Arquivos Médicos e Estatística, visando à recuperação da informação com melhor qualidade. **Metodologia:** Pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, sendo os *corpora* constituídos pelos resumos de alta de três prontuários, totalizando sete volumes. Fez-se a análise de trinta e cinco resumos, com o intuito de identificar as palavras-chave na linguagem adotada pelos médicos para descrever o motivo da internação dos pacientes, as intervenções realizadas e a alta. Em seguida selecionaram-se os termos mapeados, a fim de ser realizada a tradução para a CID-10. **Resultados:** Trinta termos mapeados: três termos referentes a diagnóstico principal: M32 – Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), N18 - Insuficiência Renal Crônica (IRC) e K80.20 – colelitíase (COL). Onze termos para os diagnósticos secundários: N18 – Insuficiência Renal Crônica; T15 – Hipertensão secundária, etc. Quatro termos para procedimentos: OBH1 – Intubação orotraqueal, OTH00Z1 – Transplante renal e OFT44ZZ – Colectomia laparoscópica.

Conclusões: A codificação e a indexação se assemelham tanto teórica quanto pragmaticamente, independentemente do tipo de documento. Concernente aos prontuários, a codificação é fundamental para a gestão hospitalar e para os cuidados do

¹ Artigo baseado no projeto de pesquisa intitulado: Modelização sintagmática para representação indexical em resumos de altas de prontuário do paciente - PQ-CNPq-Processo:307864/2017-0.

^a Doutora em Sciences de l'Information et de la Communication- Institut des Communications et des Média (ICM)- Université Stendhal-Grenoble-3-França. Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC). Email: vbentes@ufc.br.

^b Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal do Ceará (UFC). Email: camilareginarabelo@gmail.com

^c Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Email: mayra.mesquita@gmail.com

paciente, tendo em vista a recuperação da informação com melhor qualidade. Finalmente, entende-se que as dificuldades para tal codificação decorrem da não existência de uma normativa, por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM), norteadora de todos os componentes que deverão estar nos resumos de alta para que a redação destes descreva aspectos relativos ao resumo da anamnese, da evolução, dos procedimentos e da condição de alta do paciente.

Descritores: Codificação de Prontuários do Paciente. Prontuário do Paciente. Codificação. Indexação. Diagnóstico primário. Diagnóstico secundário.

1 INTRODUÇÃO

It is not in the nature of things for any one man to make a sudden violent discovery; science goes step by step, and every man depends on the work of his predecessors. When you hear of a sudden unexpected discovery - a bolt from the blue, as it were - you can always be sure that it has grown up by the influence of one man or another, and it is this mutual influence which makes the enormous possibility of scientific advance. Scientists are not dependent on the ideas of a single man, but on the combined wisdom of thousands of men, all thinking of the same problem, and each doing his little bit to add to the great structure of knowledge which is gradually being erected. (Ernest Rutherford, 1933)¹.

A epígrafe tomada para abrir esta introdução evidencia que as motivações para as pesquisas demandam sempre uma leitura precedente que nos possibilite ter conhecimento acerca do que já foi pesquisado e conseqüentemente nos incite a outras investigações que nos conduzam a novos conhecimentos. Eis aí o caso deste artigo que se propõe a trazer algumas reflexões sobre a codificação, centrando-se no prontuário do paciente.

Desde muito antes da nossa Era cristã, o conceito de codificação acompanha a evolução histórica da humanidade, destacando-se o Código de Urukagina de Lagash, o Código de Ur-Nammu e o Código de Hamurabi, somente para citar alguns. Com a Era citada também surgem outros códigos, por exemplo na Bíblia, como é o caso dos Códigos da Aliança e o Deuteronômio, ambos no Antigo testamento.

Apesar de, em sua origem, a codificação ter uma ligação teórico-prática com as normas da “boa conduta” ou “bons costumes” e com o direito, em uma

¹ Citado por HEYWOOD, Robert B (ed.). Works of the Mind. Chicago: University of Chicago Press, 1947. p. 178.

perspectiva de sistematização das leis, pouco a pouco essa ideia foi ressignificada e, assim, a codificação adentrou outros campos de conhecimentos, como Sociologia, Ciência da Informação, Biblioteconomia, Informática, Computação, Gestão, Ciências da Saúde, entre outros. Nesses campos ela pode ser estudada e aplicada sob o ponto de vista normativo de padronização, representação, organização e recuperação da informação e do conhecimento – ao indexar, reunir ou classificar – com a finalidade de transmitir mensagens e ainda como resultado da ação de codificar. Eis aí a complexidade para se refletir sobre essa temática em uma perspectiva linear ou positivista.

Mas, o que se entende por codificação? A palavra codificação vem do latim *caudex* traduzido por *códex* ou código e *facere* (fazer). Logo, seria o ato de fazer ou elaborar códigos, isto é, o ato de codificar. Para De Grolier (1962, p. 14) “o código pode ser compreendido como um sistema de símbolos para representar a informação e as regras para fazer combinações”. No glossário de Biblioteconomia do Canadá, o termo se refere “[à] ação de atribuir um código ou número a um documento”. Para tal, “habitualmente utilizamos o termo ‘classificação’ para esta ação, uma vez que a atribuição do número que identifica o documento refere-se a um sistema de classificação, seja o sistema Dewey ou o sistema da Biblioteca do Congresso” (QUEBEC, *on-line*, tradução nossa).

No contexto da gestão clínica em saúde, Pérez Mateos, Prieto e Keller (1997, p. 469) defendem que a codificação desempenha papel importante para

garantizar una práctica clínica apropiada, favorecer una organización centrada en las necesidades de los pacientes y en la producción de procesos clínicos, y desarrollar sistemas de información centrados en el proceso asistencial que constituyan herramientas para evaluar la calidad de la gestión clínica

Por serem observados esses aspectos, esta pesquisa foi desenvolvida visando responder o **seguinte questionamento**: que critérios devem ser adotados para a codificação de prontuário do paciente, na perspectiva da recuperação da informação clínica em Serviços de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) das organizações de saúde?

O prontuário do paciente é um dossiê constituído de um conjunto de documentos referentes às condições de saúde de um indivíduo e às ações de cuidados a ele dispensadas, visando ao seu restabelecimento. É um documento

regido por um ordenamento jurídico de sigilo, particular tanto no contexto mundial quanto no dos estados e das nações. Ademais, segue as normativas das organizações de classes da área da saúde (Conselhos Federais de Medicina, Enfermagem, Psicologia etc.) e daqueles envolvidos com o tratamento informacional do prontuário, como é o caso do Conselho Federal de Biblioteconomia e do Conselho Nacional de Arquivo, no caso brasileiro.

Tendo em vista responder à questão desta pesquisa, definimos como **objetivo geral**: refletir sobre a codificação de prontuários do paciente como um exercício de indexação no âmbito dos SAME'S favorecendo o acesso e a recuperação da informação com melhor qualidade, a quem é de direito.

Os objetivos específicos são:

- a) Estudar os resumos ou sumários de alta de prontuários do paciente, a fim de realizar a apropriação dos elementos constitutivos desse documento.
- b) Mapear os sintagmas relativos aos diagnósticos principal e secundário e ao tratamento anotados nos resumos ou relatórios de alta.
- c) Estabelecer a codificação dos achados, por meio da tradução, adotando-se os códigos da CID-10 referentes aos diagnósticos principal e secundário e procedimentos.

Considerando-se esses aspectos, mostramos nessa pesquisa algumas reflexões sobre a relação intrínseca que há entre a codificação e a indexação. Em seguida, em caráter pragmático, apresenta-se um exercício de codificação de prontuários do paciente.

2 CODIFICAÇÃO E INDEXAÇÃO: DOMÍNIOS E ABORDAGENS

Na presente seção, entende-se como necessário retornar ao conceito de codificação e indexação a fim de dirimir dúvidas que possam surgir ao longo da leitura deste artigo. Assim, não cabe conceber que codificação se configura como algo prático e simples, mas como um esquema complexo que pode referir-se tanto a codificar ou decodificar mensagens ou discursos, porém também visando atribuir algum código que possa agrupar coisas ou objetos da natureza.

Na concepção de Foray (2000), a codificação é um esquema de ações que possibilita a conversão do conhecimento, visando maior acesso e recuperação e, naturalmente, maior possibilidade de usos. Além disso, também é “um trabalho de criação, que supõe efetuar novas decomposições e recomposições dos saberes” (p. 40).

Por sua vez, o Diccionario da Real Academia Española (2019) define o código como

Conjunto de normas legales sistemáticas que regulan unitariamente una matéria determinada. Recopilación sistemática de diversas leyes. Combinación de letras, números u otros caracteres que tiene un determinado valor dentro de un sistema establecido. Sistema de signos y de reglas que permite formular y comprender mensajes secretos. Conjunto de reglas o preceptos sobre cualquier matéria. (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2019)

Avançando nesse entendimento, Janicot; Mignon (2012, p. 6, tradução e grifo nosso) dizem que ela, a codificação, pode ser definida como “um processo de armazenamento, *indexação* e distribuição do conhecimento formal, independentemente de qualquer contexto. Para completar esta definição, o conceito de codificação pode ser ampliado para incluir a padronização do conhecimento”. Corroborando essa ideia Gibbs (2012, p. 64, tradução e grifo nosso) diz que “codificar é uma maneira de *indexar* ou categorizar o texto para estabelecer um marco de ideias temáticas sobre ele”.

No contexto da Biblioteconomia dos anos cinquenta, Ranganathan (1951, p. 43, tradução nossa) já trazia uma discussão sobre a codificação mecânica definida como “a tradução dos nomes dos assuntos específicos em símbolos escritos próprios para a representação sobre a forma de conjuntos perfurações [...] que permitam a recuperação mecanográfica” da informação. No campo da Ciência da Informação e da Biblioteconomia, a codificação entra em cena também na perspectiva de representação e organização da informação.

Na área da saúde, há registros nos quais é discutida a codificação. De Grolier (1962), sob os auspícios da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), fez um “estudo sobre as categorias gerais aplicadas às classificações e codificações de documentos”. Nesse estudo, aponta-se que, na década de quarenta, já havia certa preocupação com a

codificação na área da saúde e traz-se destaque ao *Le code de Desaubliaux*, elaborado por Robert Desaubliaux, entre os anos de 1942-1943. O grupo 12 dessas categorias codifica a espécie humana sob dois pontos de vista: das modalidades da psicologia e da patologia. Outro estudo é de Hans Selve, publicado em 1956, com o título de *Système de Sténographie Symboloque*(SSS), cujo foco volta-se para a fisiologia e a medicina.

Ainda no contexto da saúde, Acedo Gutiérrez *et al.* (2015, p. 146) compreendem que

La codificación es el proceso por el cual la información de una fuente es convertida en símbolos para ser comunicada. Así, la codificación clínica permite unificar y homogeneizar el lenguaje que se utiliza para definir las diferentes categorías nosológicas y los procedimientos. A través de la asignación de un código a una enfermedad, se intenta que los profesionales normalicen el lenguaje que se utiliza en la práctica clínica, es decir que “se llame a lo mismo con el mismo nombre”

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende a codificação como “a atribuição de uma categoria numérica ou alfanumérica a cada uma das diferentes entidades nosológicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos da prática médica, segundo critérios previamente estabelecidos para sua classificação”. (OMS, 2009, p. VIII). Essa orientação da OMS chama atenção para a adoção da codificação, principalmente, no âmbito dos prontuários do paciente.

No entendimento de Rabelo (2019), a codificação do prontuário do paciente consiste na prática da atribuição dos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª edição (CID-10). Essa codificação é referente a doenças e problemas relacionados à saúde do indivíduo. Além disso, ela é feita observando-se os diagnósticos principal, secundário e ações de cuidados registrados pelo médico no resumo de alta. A referida autora explica ainda que a codificação se efetiva por meio da classificação hierarquizada dos possíveis diagnósticos resultantes de todo o processo de raciocínio clínico. Embora efetuado por meio de uma classificação, entendemos que o objetivo de classificar por assuntos refere-se também à criação de estruturas sintagmáticas capazes de serem utilizadas na recuperação da informação. Desse modo, os códigos da CID-10 formam também um conjunto de assuntos que podem representar tematicamente as informações

contidas nos prontuários (RABELO, 2019, p. 19).

Observando esses conceitos de codificação, nas áreas das Ciências da Saúde e Ciência da Informação, percebe-se que eles também têm relações diretas com a indexação. Entendemos que a indexação é um esquema complexo de ações – humanas ou automáticas – com a finalidade de identificar os temas tratados em um documento (verbal ou não verbal) e expressá-los por meio de elementos linguísticos ou outros atributos não verbais que possam representar os referidos temas de modo a favorecer o acesso e a recuperação da informação.

Ainda nesse contexto, Maurel e Champagne (1999, p. 318, tradução nossa) compreendem a indexação como um processo que se configura como “o conjunto de operações que permitem a criação de chaves de acesso reagrupadas em diferentes tipos de index, informatizados ou não”. Eles complementam suas reflexões dizendo ainda que, ela se refere tanto a “seleção de termos e de expressões de indexação em documentos originais ou nos resumos [como também] a sua transcrição em linguagens documentárias, os conceitos depois de serem extraídos a partir da análise dos documentos”. Na mesma linha de raciocínio, a Professora Hudon *et al.* (1998, p. 1, tradução nossa) considera a indexação como “uma operação [intelectual] que consiste em descrever e caracterizar um documento por meio da representação dos conceitos nele contidos [...]”.

Enquanto um esquema de ações complexas, a representação indexical ou simplesmente indexação, demanda leitura – humana ou máquina – a fim de que os temas específicos tratados nos documentos sejam identificados em Linguagem Natural (LN) para que, caso se adotem Linguagens Documentárias (LD), proceda-se a tradução dos conceitos selecionados em LN, de modo a padronizá-los. Também é necessário que seja feito o Controle de Qualidade (CQ) para eliminar as falhas e, assim, possibilitar uma recuperação da informação com menos interferências linguísticas. Portanto, nos prontuários, embora se fale de codificação, a filosofia é a mesma da representação indexical.

Wooster (1964 como citado em LANCASTER, 2004, p. 30) refere-se à indexação como “a atribuição de termos provavelmente relacionados de alguma

forma com o conteúdo intelectual do documento original, para ajudar você a encontrá-lo quando precisar”. Assim, a indexação possibilita a recuperação da informação de forma rápida e objetiva, facilitando a busca pela informação. Para Bentes Pinto, Meunier e Silva Neto (2008), a indexação configura-se como uma ação cognitiva

[...] concernente ao tratamento da informação contida nos documentos, atribuindo-lhes etiquetas que possam representar o seu conteúdo, permitindo, não somente o acesso durante uma busca de informação em bases de dados, mas também que o sujeito possa se deslocar sobre o documento mesmo, em sua natureza concreta, visando à recuperação posterior de seu conteúdo (p. 21).

Todas essas reflexões nos dão subsídios para afirmarmos que tanto no contexto pragmático do cotidiano do sujeito quanto no âmbito científico e tecnológico, nota-se a presença da codificação. Recordamos que este artigo tem mesmo a intenção de trazer à tona que a codificação precisa ser retomada no contexto da Biblioteconomia e da Ciência da Informação, posto que já se evidencia a necessidade de mais reflexões sobre essa temática, principalmente, com a exigência imposta pela área da saúde particularmente no contexto do prontuário do paciente.

3 A TRILHA METODOLÓGICA

Esta é uma pesquisa de cunho exploratório e descritivo e com olhar qualitativo. Nela busca-se compreender as relações entre a codificação e a indexação no âmbito da representação e organização da informação no contexto de prontuários do paciente. Trata-se de um estudo pautado na fenomenologia, já que nosso interesse está em perceber a relação entre a codificação e a indexação na literatura consultada, assim sendo como um fenômeno manifesto revelado.

Com relação ao estudo descritivo, buscamos descrever as características mais importantes concernentes ao tema, tendo como base o Conjunto Mínimo de Dados de atenção à saúde (CMD), institucionalizado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), em 2015, levando em consideração o Diagnóstico Principal, o Diagnóstico Secundário, os

Procedimentos diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos, os medicamentos realizados e a terminologia que descreve o procedimento. (BRASIL, 2016). Por sua vez, Salvador-Oliván (1997), o Conjunto Mínimo Básico de Dados (CMBD) relativos à atenção à saúde vem sendo preconizado desde 1969 pelo Grupo de Estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) que definiu um Conjunto Mínimo Básico de Dados a ser recolhido, pelos hospitais europeus, a partir do prontuário do paciente. Para Salvador–Oliván (1997, p. 9, tradução nossa), o CMBD é o “núcleo mínimo de informação sobre cada paciente” e refere-se ao conjunto de informações “válidas, confiáveis, comparáveis e oportunas [...] recolhidas em cada hospitalização da pessoa enferma.” O autor diz, ainda, que esse conjunto mínimo de dados se configura como uma base de dados com as informações “[...], com as características de ser extensiva (coleta de todas as altas hospitalares) y homogênea em termos de tipo de codificação das variáveis incluídas” (p.10).

Na percepção de Rantucci (2007), o resumo de alta deve oferecer orientação ao paciente de modo que ele possa ter “os maiores benefícios com o uso de seus medicamentos; auxiliar na resolução de problemas existentes; prevenir a ocorrência de problemas futuros, e desenvolver a capacidade do indivíduo para lidar com problemas relacionados ao uso de medicamentos que em seu domicílio”. No entendimento de Pallejà (2012), o resumo de alta do prontuário do paciente trata-se de

um documento que tem a finalidade de deixar escritas as circunstâncias do período de internação do paciente no hospital: o motivo de ingresso, a evolução durante sua internação, os diagnósticos e procedimentos realizados, as intervenções cirúrgicas a que tenha sido submetido, os tratamentos e diagnósticos alcançados, a situação no momento da alta e as indicações e recomendações dadas na saída do hospital. É um texto que, às vezes, tem mais de um redator: o médico que fez o ingresso, o médico (ou os médicos) que seguiu o paciente durante sua internação e o médico que deu alta. Isto faz com que se mesquem diferentes estilos de redação e, inclusive, línguas diferentes (PALLEJÀ, 2012, p. 1, tradução nossa).

Na mesma linha de pensamento, Sá *et al.* (2016, p. 134) afirmam que uma “questão importante é a padronização do resumo de alta, esse é o documento mais utilizado pelo codificador, sendo um bom resumo de alta fundamental para a codificação correta da saída hospitalar.”

Em setembro de 2017, O Ministério da Saúde realizou uma consulta pública, sobre o sumário de alta, na qual define-o como um documento que

apresenta o conjunto dos principais registros realizados durante a permanência do paciente em um atendimento, como evolução clínica, procedimentos assistenciais, intervenções clínicas e diagnósticas, condutas adotadas e iniciadas para seguimento em clínica ou outro estabelecimento de assistência à saúde, e principalmente no final de sua permanência. (BRASIL, 2017, p. 1)

Os *corpora* da pesquisa foram constituídos por três prontuários perfazendo um total de dez (10) volumes. Entretanto, o estudo recaiu somente nos resumos de alta tendo sido analisados trinta e cinco. Conforme a ABNT (2014), o resumo de alta possui como uma das principais finalidades “a transição das informações do cuidado, que será realizado após a internação, promovendo a continuidade da assistência a fim de garantir a segurança do paciente”.

Embora já seja normatizado em vários países e na consulta pública, no contexto brasileiro, o resumo ou sumário de alta ainda não está institucionalizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise da estrutura dos resumos de alta foi realizada com o intuito de identificar as palavras-chave na linguagem adotada pelos médicos para descrever, resumidamente, o motivo da internação dos pacientes, emitir as conclusões dos diagnósticos primário, secundário e as intervenções realizadas. Para tanto, adotamos os mesmos esquemas de indexação de outro documento (análise, tradução e controle de qualidade), observando os princípios de Cutter (1904) para cabeçalhos de assunto, a saber: específico, uso e sindético.

Seguindo o princípio específico, adotamos os sintagmas referentes à nomenclatura completa dos diagnósticos principal, secundário e procedimentos realizados. Em relação ao princípio de uso, optamos por manter a forma de redação usada pelos médicos nos registros dos resumos de alta. Já para o princípio sindético estabelecemos as relações dos diagnósticos principal, secundário e procedimentos, partindo do mais geral para o específico e vice-versa.

Segundo o Glossário de termos utilizados em documentação sanitária do Fondo Social Europeo (2007), o diagnóstico principal refere-se ao

Proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se establece como causa del ingreso en el hospital, aunque durante su estancia apareciesen otras complicaciones importantes o incluso otras enfermedades más severas independientes de la que motivó el ingreso.

O Ministério da Saúde publicou a PORTARIA Nº 1.324, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2014, que, em seu Art. 2º, define Diagnóstico Principal como “a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela admissão do paciente no hospital.” O § 1º da mesma portaria assevera que “o diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do paciente, ele pode ser diferente do diagnóstico de admissão.” Por sua vez, o Art. 3º define que “Diagnóstico Secundário são todas as condições que coexistem no momento da admissão, que se desenvolvem durante o período de internamento ou que afetem a atenção recebida e/ou o tempo de permanência no hospital.” (BRASIL, 2014). Com outras palavras, é aquele que, mesmo não sendo principal, “coexistan con él en el momento del ingreso o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado.” (FSE, 2007). Já os procedimentos referem-se às “técnicas aplicadas al paciente con el fin de filiar el proceso que padece” (FSE, 2007).

Assim, fizemos a leitura dos resumos de alta para identificar os diagnósticos e procedimentos. Embora esse protocolo já esteja estabelecido, para a codificação de prontuários, Chistoni; Hermann; Schneider (1975, p. 176, tradução nossa) argumentam que “As informações contidas no prontuário resultam de análises de fenômenos complexos feitos médicos”² e, nós acrescentamos, ainda, por outros profissionais, principalmente, quanto às evoluções das condições de saúde de uma pessoa enferma. Os autores afirmam também que, em princípio, como essas informações dizem respeito aos pontos “salientes levantados pelos médicos que estabeleceram o prontuário, [elas]

² “Les informations contenues dans le dossier resultent de l'analyse de phenomenes complexes feitos médicos”

constituem um retrato do paciente no momento do exame e, por outro lado, uma história abreviada de sua vida, principalmente no plano patológico do paciente.”
Nesses achados, pode-se também “encontrar uma história da doença ou uma evolução desta. Outras informações são frequentemente obtidas durante o curso do desenvolvimento, com ou sem tratamento, em relação ou não a um tratamento eventual”.

A segunda etapa desta pesquisa constituiu-se da seleção das palavras mapeadas, a fim de ser realizada a tradução para a CID-10, Tomo I: Diagnósticos e Tomo II: Procedimentos. Nessa etapa, a análise resultou em trinta (30) palavras referentes a diagnósticos e procedimentos. A partir daí, passamos à terceira etapa que foi a estruturação conforme os diagnósticos principal, secundário e procedimentos. Os sintagmas concernentes ao diagnóstico principal foram três: Lúpus Eritomatoso Sistemático (LES), para o primeiro prontuário, Insuficiência Renal Crônica (IRC), para o segundo, e Colelitíase (COL), para o terceiro. No que concerne aos diagnósticos secundários, selecionamos onze (11), enquanto que, no contexto dos procedimentos, foram considerados quatro (4). Os resultados encontram-se expostos nas Figuras 1, 2 e 3.

Figura 1 - Quadro de Diagnósticos e procedimentos do Prontuário 1

Pro ntuá rio-1	Diagnóstico Principal		Diagnóstico Secundário		Procedimentos	
	Codificação CID-10	Termo	Codificação CID-10	Termo	Codifi cação CID-10	Termo
M32	Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)		N18	Insuficiência renal crônica	OBHI 0TY00 ZI	Intubação oro-traqueal Transplant e renal
			I15	Hipertensão secundária		
			E03.9	Hipotireoidism o não especificado		
			G04.2	Meningoencef alite		
			G04.2	Meningoencef alite bacteriana não classificada em outra parte		

Fonte: Dados da pesquisa empírica

É importante ressaltar, que no contexto da codificação de prontuários do paciente, muitas vezes parece que se têm poucos termos a serem codificados, tanto em que concerne aos diagnósticos principal, secundário e procedimentos. Para Lojo Vicente (2012, p. 41), tal fato se verifica por que embora que “Cada paciente seja único, os grupos de pacientes tem atributos comuns demográficos, diagnósticos e terapêuticos”.

Na Figura-2, apresentamos outro exemplo de codificação de prontuários de paciente seguindo os princípios estabelecidos para tal. Outro fator a observar é que, na codificação de prontuários deve ser levado em consideração o sintagma completo, haja vista que ele representa a essência daquilo que enuncia.

Figura 2 - Quadro de Diagnósticos e procedimentos do Prontuário 2

Prontuário-2	Diagnóstico Principal		Diagnóstico Secundário		Procedimentos	
	Codificação CID-10	Termo	Codificação CID-10	Termo	Codificação CID-10	Termo
	N18	Insuficiência renal crônica	J90	Derrame Pleural à direita	5AID	Hemodiálise
			J15.9	Pneumonia		
			N07.9	Nefropatia familiar causa desconhecida		

Fonte: Dados da pesquisa empírica

Na década de setenta, Chistoni; Hermann; Schneider (1975, p. 176, tradução nossa), já chamava a atenção para a codificação de informações de prontuários de paciente ao expressar-se; “Supõe-se que todas as informações, incluindo aquelas aparentemente desviantes e inesperadas, devem ser retidas e, portanto, capazes de serem recuperadas secundariamente. Esta é uma opção em princípio.”

Na figura-3 expomos mais um exemplo de codificação de prontuários,

observando-se, naturalmente, os protocolos indicados para tal ação.

Figura 3 - Quadro de Diagnósticos e procedimentos do Prontuário 3

Prontuário-3	Diagnóstico Principal		Diagnóstico Secundário		Procedimentos	
	Codificação CID-10	Termo	Codificação CID-10	Termo	Codificação CID-10	Termo
	K80.20	Colelitíase	E13	Diabetes Mellitus Tipo II	OFT44ZZ	Colecistectomia laparoscópica
		E78.00	hipercolesterolemia			
		I10	Hipertensão arterial			

Fonte: Dados da pesquisa empírica

Acedo Gutiérrez *et al.* (2015, p. 146) argumentam que “La codificación es el proceso por el cual la información de una fuente es convertida en símbolos para ser comunicada.” E no caso da “codificación clínica permite unificar y homogeneizar el lenguaje que se utiliza para definir las diferentes categorías nosológicas y los procedimientos.” Por isso, conforme Santos (2014, p. 16-17) diz, “A cada doença é atribuído um código único, composto por um capítulo (letra), uma categoria com até 2 dígitos numéricos e a subcategoria com até 2 dígitos numéricos”. A autora exemplifica essa estrutura conforme a seguir: se o diagnóstico for Esquistossomose o “código geral [é] B.65- Esquistossomose e é melhor detalhado quando adicionada à subcategoria ou seja à B65.1- Esquistossomose devido ao Schistosoma mansoni- Esquistossomose intestinal.” Com outras palavras, no contexto da codificação de prontuários, a particularidade da doença deve ser predicada para que a essência de cada enfermidade seja particularizada. Santos (2014, p. 16-17) continua com suas reflexões, afirmando que “temos um código único que define exatamente à qual família de patologias a doença do paciente pertence e qual exatamente é sua descrição pela codificação [...]”. Assim, constrói-se uma espécie de taxonomia em que se tem a classe geral da doença e também as suas derivações e “o grau de complexidade nelas inerentes”.

No caso de nosso exemplo, identificamos como diagnóstico secundário,

Diabetes Mellitus Tipo II, cuja CID é E13-Outros tipos especificados de diabetes mellitus. Porém, somente para se ter uma ideia da complexidade, na CID-10, existem 60 códigos para diabetes. Então, o termo que contemple o sintagma completo é fundamental para que não incorra em erros. Com relação aos procedimentos terapêuticos, é preciso se ter o cuidado para não os confundir com exames.

Acedo Gutiérrez *et al.* (2015, p. 157) defendem que “La utilización del sistema de codificación representa una mejora en la gestión de las unidades favoreciendo los estudios clínicos, epidemiológicos, de investigación y la financiación por procesos.” Ademais, no âmbito da gestão, a codificação é fundamental e precisa ser “humanizada”. Para tanto, é necessário que se tenha consciência de que codificar não significa, necessariamente, colocar números no prontuário do paciente, porém que esses expressem fielmente os diagnósticos – primário e secundário, assim como os procedimentos empregados – e isso possa repercutir em melhor cuidado dos pacientes. (p. 158).

No entendimento de Lojo Vicente (2012, p. 38), “Al não se dispor de diagnósticos codificados não podemos aplicar sistemas para medir produção hospitalar de forma más exhaustiva”. Para esse autor, “Disponer de uma codificação de diagnósticos nos proporciona ter o Conjunto Mínimo Básico e Datos (CMBD) e por sua vez os Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD)”. Ainda no contexto da codificação de prontuário, Lojo Vicente (2012, p. 54) argumenta que, por se tratar de um processo leitura, seleção e tradução, a codificação será tanto mais completa, pois quanto “Maior for o conhecimento de ambas as linguagens documental e normalizada da CID, linguagem natural: terminologia médica, melhor [será] a capacidade de codificador para sintetizar a totalidade da informação relevante da fonte documental”. O autor defende ainda que, para que seja possível fazer uma codificação eficaz, faz-se necessário que o relatório ou sumário de alta seja o mais completo possível para evitar erros que possam acarretar prejuízos para os pacientes e para gestores. Também chama atenção que os prontuários estejam sempre à disposição para que possam ser codificados.

Ressaltamos que, embora os resultados desta pesquisa possam ser

percebidos como sendo simples, para se definir o diagnóstico principal, é preciso saber o motivo pelo qual o paciente buscou atendimento em uma organização de saúde. Para tanto, é necessário que se tenha realizado um bom registro de anamnese, resultante do contato inicial do profissional de saúde com o paciente. A redação desse registro é pautada nas anotações colhidas na entrevista inicial que busca a identificação dos motivos que levaram o paciente a procurar atendimento de saúde. Identificado esse diagnóstico, já se tem uma orientação para mapear os diagnósticos secundários que certamente se apresentarão em maior número de palavras.

5 CONCLUSÕES

O desenvolvimento desta pesquisa buscou realizar um exercício de codificação na perspectiva de indexação de prontuário do paciente. Nesse sentido, embora possa ser feita a codificação desses documentos levando-se em consideração a sua totalidade, é preciso entender que os registros de dados se repetem, talvez por excesso de cuidados ou pela normatização dos próprios organismos competentes.

Assim, aplicamos a codificação de prontuários para a estrutura de resumos de alta pautando-nos no Conjunto Mínimo de Dados fazendo-se o recorte somente para os diagnósticos principal e secundário e procedimentos.

Ressaltamos que a codificação e a indexação se assemelham tanto teórica quanto pragmaticamente. Enfatizamos a dificuldade que tivemos para tal codificação devido à não existência de uma normativa por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM) que norteie todos os componentes que deverão estar nos resumos de alta para que sejam bem estruturados, isto é, para que a redação descreva aspectos relativos a um resumo de anamnese sobre a condição de alta do paciente, mesmo que já exista, por parte do Ministério da Saúde, consulta pública direcionada a essa temática.

Ademais, entendemos que a codificação de prontuários pode ser mais um nicho de atuação para os profissionais do campo da Ciência da Informação, particularmente, para bibliotecários e arquivistas, desde que adquiram competência para atuar nesse contexto. Eis aí a necessidade de que sejam

oferecidos cursos nessa direção.

Finalmente, concluímos que, do ponto de vista dos sumários ou resumos de alta, a codificação de prontuários deve ser feita tomando-se por base os sintagmas completos que descrevem os diagnósticos principal, secundário e procedimentos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPQ pelo financiamento da pesquisa. Bolsa de Produtividade em Pesquisa – PQ 307864/2017-0.

REFERÊNCIAS

ABNT. CEE-78. **Informática em saúde** — Sumário de alta de internação Parte 1: Modelo de informação. 2014. Disponível em: <http://www.cee78is.org.br/Downloads/Sum%C3%A1rio-de-Alta-de-Interna%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar.pdf>. Acesso em 20 de nov. 2018.

ACEDO GUTIÉRREZ, M. S.; RODRÍGUEZ SANCHEZ, S.; GONZÁLEZ GARCÍA, E.; SANZ AYÁN M. P.; MARTÍNEZ SALIO, A.; VICENTE FATELA, L. La codificación como instrumento en la gestión clínica de las unidades del dolor. **Rev. Soc. Esp. Dolor**, Barcelona, v. 22, n. 4, p. 145-159, Julio-Agosto 2015.

BENTES PINTO, V.; MEUNIER, J.; SILVA NETO, C. A contribuição peirciana para a representação indexical de imagens visuais. **Enc. Bibli. R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf**, Florianópolis, v. 13, n. 25, p. 15-35, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2008v13n25p15>. Acesso em 05 jul. 2019.

BRASIL. RESOLUÇÃO N.6, DE 25 DE AGOSTO DE 2016 Institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde e dá outras providências. CONASS, 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/12/RESOLUCAO-N_6_16.pdf. Acesso em 10 de jan. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Modelo de Informação: Sumário de Alta. 2020. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/11/Sumario-Alta---Consulta-Publica.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.324, de 27 de novembro de 2014**. Estabelece conceitos de diagnóstico principal e secundário utilizados no Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação

Hospitalar (SISAIH01) Secretária de Atenção à Saúde, 2014. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1324_27_11_2014.html. Acesso em 20 de nov. 2019.

CHISTONI, G.-C.; HERMANN, P.; SCHNEIDER, P.-B. A propos de la codification des dossiers de malades en psychiatrie: Essai de codification des dossiers de malades à l'aide de la methode des mots-clés. **Social Psychiatry**, v. 10, p. 173-188, 1975.

CUTTER, C. A. **Rules for a dictionary catalog**. 4. ed. Washington: Government Printing Office, 1904.

DE GROLIER, E. Étude sur les catégories générales applicables aux classifications et classifications et codifications documentaires. Paris: UNESCO. 1962.

FONDO SOCIAL EUROPEO. **Glosario de términos utilizados en documentación sanitaria**. [2007]. Disponível em: http://incual.mecd.es/documents/20195/1873855/SAN626_3+-+A_GL_Documento+publicado/4b72ca73-20c2-4158-87cd-9a53422be7f8. Acesso em: 15 de jul. 2019.

FORAY, D. **L'économie de la connaissance**. Paris: La Découverte. 2000.

GIBBS, G. **El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa**. Madrid: Ediciones Morata, 2012.

HUDON, M.; et. al. Indexing and documentary languages in archival environments in the era of new information technologies. **Archives**, v. 29, n. 1, p. 75-98, 1998.

JANICOT, C.; MIGNON, S. Knowledge codification in audit and consulting firms: a conceptual and empirical approach. **Knowledge Management Research & Practice**, [s. l.], v. 10, p. 4–15, 2012.

LANCASTER, F. W. **Indexação e resumos: teoria e prática**. Brasília: Briquet de Lemos. 2004.

LOJO VICENTE, J. D. **Clasificación Automática de Documentación Clínica**. 2012. Tese (Doutorado em Computación), Departamento de Computação, Universidade da Coruña, 2012.

MAUREL, D.; CHAMPAGNE, M. La description et l'indexation. In: MAUREL, D.; CHAMPAGNE, M. **Les fonctions de l'archivistique contemporaine**. Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec, 1999, p. 255–371

OMS. **A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

PALLEJÀ, J. F. Els informes mèdics són entenedors per a qui els ha de llegir? **Llengua, Societat i Comunicació**, v. 10, p. 53-62, 2012.

PÉREZ MATEOS, C.; PRIETO, I.; KELLER, I. La acreditación hospitalaria: un reto para la sanidad española. *Med Clin (Barc)* v. 109, p-467-74, 1997.

QUÉBEC. Ministère de l'Éducation et enseignement supérieur. **Glossário**. 2019. Disponível em: <http://www.education.gouv.qc.ca/elevés/lecture-a-lecole/bibliothèques-scolaires/glossaire/>. Acesso em 20 set. 2019.

RABELO, C. R. O. **Representação temática da informação**: reflexões sobre a prática da indexação do prontuário do paciente. 2019. 103f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

RANTUCCI, M. J. **Pharmacists talking with patients**: a guide to patient counseling. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

RANGANATHAN, S. R. **Classification, codification et appareillage de recherché**. Paris: UNESCO, 1951.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Diccionario de la lengua española**. 2019. Disponível em: <http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=ELCyw3bMkDXX2OAvH8Nz>. Acesso em: 16 set. 2019.

SÁ, Márcia M de S.; SILVA, P. R.; FERNANDEZ, R. S.; BALDASSARE, F. P.; OSMO, A. A. Implantação do Sistema de Grupos Relacionados pelo Diagnóstico (Diagnosis Related Groups –DRG). *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE*, 15., 2016. **Anais ...**, Goiânia, 2016.

SALVADOR-OLIVIÁN, J. A. Sistemas de informacion hospitalarios: el C.M.B.D. **Scire**, v. 3, n. 2, jul./dez. 1997, p. 115-130. Disponível em: <http://ibersid.eu/ojs/index.php/scire/article/view/1081/1063>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

SANTOS, A. de F. do A. **Avaliação da qualidade da codificação atribuída aos diagnósticos nas internações em um hospital de pequeno porte no Vale do Paraíba**. 2014. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2014.

THE PRAGMATICS OF CODING OF THE PATIENT'S RECORDS

ABSTRACT

Introduction: Coding as a translation step in the context of indexing The patient's record is a complex scheme of actions - human or automatic - that seeks to identify the primary and secondary diagnoses and treatments related to people's illness status. For this purpose, the International Statistical Classification of Diseases and Health-Related Problems (CID) is adopted. **Objective:** reflect about the codification of the patient's records as an indexing exercise in the context of the Archives and Statistics Services, aiming to recover information with better quality. **Methodology:** Descriptive exploratory research, with a qualitative approach, the *corpora* being constituted by the discharge summaries of three patient's records, totaling seven volumes. Thirty-five (35) discharge summaries were analyzed, in order to identify the keywords in the language adopted by the doctors to describe the reason for the patients' hospitalization, the interventions performed and the discharge. Then the mapped words were selected in order to perform the translation to CID-10. **Results:** thirty (30) words referring to diagnoses, and procedures, being three of them referring to the main diagnosis: M32 - Systemic Lupus Erythematosus (SLE), N18 - Chronic Renal Failure (CRF) and K80.20 - cholelithiasis (COL). For secondary diagnoses, we selected ten: N18 - Chronic Renal Failure; T15 - Secondary hypertension, etc. Four procedures: OBH1 - Orotracheal intubation, OTH00Z1 - Kidney transplantation and OFT44ZZ - Laparoscopic cholecystectomy. **Conclusions:** It is inferred that coding and indexing are similar both theoretically and pragmatically and that there is a need to codify these documents to recover information with better quality. Finally, the difficulties for such codification result from the non-existence of a regulation by the Federal Council of Medicine (CFM) that guides all the components that must be included in discharge abstracts so that their wording describes aspects related to the summary of the anamnesis, evolution, procedures and the patient's discharge condition.

Descriptors: Coding of Patient's Records. Patient's record. Coding. Indexing. Primary diagnosis. Secondary diagnosis.

LA PRAGMÁTICA DE CODIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DEL PACIENTE

RESUMEN

Introducción: la codificación como un paso de traducción en el contexto de la indexación de la historia clínica del paciente es un esquema complejo de acciones, humanas o automáticas, que busca identificar los diagnósticos y tratamientos primarios y secundarios relacionados con el estado de salud de la persona enferma. Con este fin, se adopta la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE). **Objetivo:** reflexionar sobre la codificación de los registros de pacientes como un ejercicio de indexación en los Servicios de Archivos Médicos y estadística, con el objetivo de recuperar la información con mejor calidad. **Metodología:** Investigación exploratoria descriptiva, con un enfoque cualitativo, siendo los *corpora* constituidos por los resúmenes de alta de tres historias clínicas del paciente, que suman siete volúmenes. Se analizaron 35 resúmenes para identificar las palabras clave en el lenguaje adoptado por los médicos para describir el motivo de la hospitalización de los pacientes, las intervenciones realizadas y el alta. Luego seleccionamos las palabras mapeadas, para realizar la traducción a la CIE-10. **Resultados:** treinta (30) palabras que se refieren a diagnósticos y procedimientos, tres que se refieren al diagnóstico principal: M32 - Lupus eritematoso sistémico (LES), N18 - Insuficiencia renal crónica (IRC) y K80.20 - colelitiasis (COL). Para diagnósticos

secundarios, seleccionamos diez: N18 - Insuficiencia renal crónica; T15 - Hipertensión secundaria, etc. Cuatro procedimientos: OBH1: intubación orotraqueal, OTH00Z1: trasplante de riñón y OFT44ZZ: colecistectomía laparoscópica. **Conclusiones:** la codificación y la indexación son similares, tanto teórica como pragmáticamente, y es necesario codificar estos documentos para recuperar información con mejor calidad. Finalmente, las dificultades para dicha codificación resultan de la inexistencia de una regulación por parte del Consejo Federal de Medicina (CFM) que guía todos los componentes que deben incluirse en los resúmenes de alta para que su redacción describa aspectos relacionados con el resumen de la anamnesis, evolución, procedimientos y estado de alta del paciente.

Descriptores: Codificación de Historias clínicas del paciente. Historias clínicas del paciente. Codificación. Indexación. Diagnóstico primario. Diagnóstico secundario.

Recebido em: 26.06.2020

Aceito em: 21.11.2020