

Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): A revisão do final do século

Ruy Laurenti¹

Em 1893 foi adotada, pela primeira vez, uma classificação de causas de morte de uso internacional. William Farr, da Inglaterra, Marc D'Espine, da Suíça e Jacques Bertillon, da França, muito trabalharam para conseguir uma classificação de causas de morte que fosse adotada universalmente (1).

O Instituto Internacional de Estatística, em reunião realizada em Viena em 1891, encarregou a elaboração de uma classificação de causas de morte a um comitê, sob a presidência de Jacques Bertillon. Tal informe foi apresentado e aprovado na reunião seguinte, realizada em Chicago em 1893 (2). A Classificação de Bertillon, como passou a ser conhecida, recebeu grande aprovação e foi adotada por vários países e por muitas cidades isoladamente.

Na Região das Américas essa classificação foi usada por primeira vez no México, na elaboração das estatísticas de mortalidade de San Luiz de Potosi. Em 1898, em uma reunião da American Public Health Association, o uso da Classificação de Bertillon foi recomendado para os Estados Unidos da América, Canadá e México assim como sua revisão decenal (2).

Em reunião de 1899, Jacques Bertillon relatou os progressos quanto ao uso da classificação adotada em 1893 e o Instituto Internacional de Estatística, em uma resolução, "toma nota, com satisfação, de que o sistema de nomenclatura de causas de óbito, que lhe fora apresentado em 1893, tenha sido adotado por todas as administrações de estatísticas da América do Norte, por uma parte da América do Sul e por algumas nações da Europa", e "Aprova, pelo menos em linhas gerais, o sistema de revisão decenal proposto pela American Public Health Association na sua reunião de Ottawa (1898) (2).

Em 1900, o governo francês convocou a primeira Conferência Internacional para a Revisão da Classificação de Bertillon ou Classificação de Causas de Morte, em Paris. Na ocasião foi realçada a vantagem de revisões decenais ficando o governo francês encarregado de convocar reuniões para as seguintes revisões: Segunda, em 1909, Terceira, em 1920, Quarta, em 1929 e Quinta, em 1938.

Na década de 1940, a Organização Mundial da Saúde assumiu a responsabilidade pelas revisões sucessivas, a saber: Sexta, em 1948, Sétima, em 1955, Oitava, em 1965, e Nona, em 1975.

A Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, CID-10, foi aprovada pela Conferência Internacional

¹ Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Ruy Laurenti, Director, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, Brasil.

para a Décima Revisão, em 1989, e adotada pela Quadragésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde que recomendou sua entrada em vigor em 1º de janeiro de 1993 (3).

Por várias razões não foi possível à totalidade dos países colocar em uso a CID-10 em 1993; grande parte deverá fazê-lo em 1995 e 1996 e os demais em anos subseqüentes.

Espera-se, assim, que até o final deste século todos os países já estejam utilizando a Décima Revisão para estatísticas de mortalidade por causa e estatísticas de morbidade para internações hospitalares, consultas ambulatoriais, etc. Esta é a classificação que deverá estar em uso nos primeiros anos do século XXI e, quase certamente, durante toda a sua primeira década.

Na Região das Américas, como se comentou acima, a Classificação Internacional de Doenças vem sendo utilizada desde o fim do século passado observando-se, inclusive, que a proposta de revisões decenais partiu da American Public Health Association. A Décima Revisão passará a ser utilizada nos países das Américas em 1995 ou em anos subseqüentes. A Organização Pan-Americana da Saúde tem longa tradição em questões ligadas ao uso desse instrumento estatístico e epidemiológico em praticamente todos os países da Região, e está envidando grandes esforços para a implantação desta nova revisão, inclusive coordenando as ações dos três Centros Colaboradores da OMS para a Classificação de Doenças existentes nas Américas: Caracas, São Paulo e Washington.

Características da Décima Revisão — CID-10

A principal característica desta revisão talvez seja a sua expansão. O aumento do número de categorias e subcategorias, isto é, de códigos de três e quatro caracteres foi, de fato, muito grande. Para compreender bem esse fato, é interessante fazer um retrospecto histórico como se descreve a seguir.

A primeira classificação de uso internacional, de 1893, e as revisões sucessivas até a quinta de 1938, inclusive, eram classificações de causas de morte: excluía, portanto, aquelas doenças não consideradas letais, bem como lesões, traumatismos leves, etc. A partir da década de 1940 começou a haver uma demanda crescente por estatísticas de doenças que motivavam internações hospitalares e consultas ambulatoriais e, desta maneira, passou também a haver necessidade de uma sistematização dessas causas para fins de análise. A Sexta Revisão, aprovada em 1948, passou a incorporar também doenças bem como situações e/ou problemas que eram motivos de assistência médica. Assim, passou-se a ter uma verdadeira classificação de doenças (diagnósticos), de lesões e traumatismos, bem como de motivos de consulta que não eram propriamente doenças. Tendo em vista as necessidades mais atuais de contar com vários aspectos de morbidade, a CID-10 sofreu grande expansão, duplicando praticamente, o número de códigos em relação à CID-9.

A tabela 1 apresenta o número de categorias existentes nas sucessivas revisões, desde a primeira até a mais recente.

Para possibilitar a grande expansão de categorias e subcategorias, a CID-10 passou a ter códigos alfa-numéricos. A única letra do alfabeto não usada é "U". Dessa maneira, cada capítulo tem uma letra havendo alguns com duas como, por exemplo, o capítulo de Doenças Infeciosas e Parasitárias. Outrossim, os códigos para determinada letra podem estar divididos em dois capítulos. O número de capítulos, que da CID-6 à CID-9 era 17, passou para 21, e a numeração deles continua sendo em algarismos romanos — de I a XXI. Esse aumento deveu-se ao fato de o Capítulo VI

TABELA 1. Revisões da Classificação Internacional de Doenças segundo o ano em que foi adotada, ano de uso e número de categorias

Revisões	Ano da conferência que a adotou	Anos de uso	Categorias			Total
			Doenças	Causas externas	Motivos da assistência de saúde	
Primeira	1900	1900–1909	157	22	—	179
Segunda	1909	1910–1920	157	32	—	189
Terceira	1920	1921–1929	166	39	—	205
Quarta	1929	1930–1938	164	36	—	200
Quinta	1938	1939–1948	164	36	—	200
Sexta	1948	1949–1957	769	153	88	1010
Sétima	1955	1958–1967	800	153	88	1041
Oitava	1965	1968–1978	858	182	48	1088
Nona	1975	1979–1992	909	192	77	1178
Décima	1989	1993– ?	1575	373	82	2032

Fonte: Referência bibliográfica 1.

da CID-9 (Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos do Sentido), ter passado, na CID 10, a três capítulos: VI, Doenças do Sistema Nervoso; VII, Doenças do Olho e Anexos; e VIII, Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide. A Classificação Suplementar para Causas Externas, que da Sexta à Nona Revisões era chamada Código E, passou a ser incorporada na Lista Tabular da CID-10 como Capítulo XX. A Classificação Suplementar V passou a ser o Capítulo XXI.

Pode-se dizer que a CID-10 é uma classificação bastante voltada para uso em morbidade. O nome também mudou; até a CID-9 chamava-se Classificação Estatística Internacional de Doenças, passando a denominar-se, a CID-10, de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Desde a CID-6, a apresentação foi sempre em dois volumes: Lista Tabular, Volume I, e o Índice Alfabético, Volume II. A CID-10 passou a ser apresentada em três volumes: o Índice Alfabético é o novo Volume III e o Volume II atual contém, com mais detalhes, toda a parte histórica da CID, suas regras, normas, instruções, etc. (para uso em mortalidade e morbidade) e, parte importante, as definições para uso em estatísticas vitais.

Uma característica da CID-10 que merece ser citada é que em todos os capítulos o número de categorias não ocupadas (categorias vazias ou livres) aumentou. Estas possibilitam a alocação de uma doença que venha a ser descrita e possibilita, também, o uso para alguma especificação que se desejar fazer sobre alguma doença já codificada ou mesmo para certo detalhe sobre determinado diagnóstico em serviços de saúde. Na tabela 2 apresentam-se, além da correspondência entre os capítulos da CID-9 e da CID-10, o número de categorias ocupadas e livres em ambas as revisões.

No início da década de 1980, surgiu a descrição de uma síndrome muito importante tanto por sua gravidade, sua frequência crescente e seus aspectos sociais — a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, AIDS. A CID-10 incorporou, no Capítulo I (Doenças Infecciosas e Parasitárias) um agrupamento de categorias intitulado Doenças pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com cinco categorias (B20 a B24) e um total de 25 subcategorias.

Outra doença descrita, e que aparece na nova revisão, é a febre purpúrica do Brasil, infecção sistêmica causada pelo *Haemophilus aegyptius*.

TABELA 2. Correspondência entre capítulos da CID-9 e da CID-10 e número de categorias de três dígitos, segundo os capítulos das duas revisões

Capítulo	CID-9	Capítulo	CID-10	Categorias de três dígitos			
				Ocupadas		Livres	
				CID-9	CID-10	CID-9	CID-10
I	011-139	I	A00-B99	121	170	18	32
II	140-239	II	C00-D49	92	135	8	15
III	240-279	IV	E00-E99	37	73	3	31
IV	280-289	III	D50-D99	10	34	...	14
V	290-319	V	F00-F99	30	78	...	23
VI	320-359	VI	G00-G99	35	67	5	30
...	360-379	VII	H00-H99	20	47	...	13
...	380-389	VIII	H60-H99	10	24	...	16
VII	390-459	IX	I00-I99	58	77	12	25
VIII	460-519	X	J00-J99	50	62	10	38
IX	520-579	XI	K00-K99	48	71	12	28
X	580-629	XIV	N00-N99	47	84	3	16
XI	630-679	XV	O00-O99	46	75	4	25
XII	680-709	XII	L00-L99	26	72	4	29
XIII	710-730	XIII	M00-M99	30	79	...	20
XIV	740-759	XVII	Q00-Q99	20	86	...	16
XV	760-779	XVI	P00-P99	20	59	...	37
XVI	780-799	XVIII	R00-R99	20	88	...	4
XVII	800-999	XIX	S00-T99	190	195	10	8
...	E800-E999	XX	V01-V99	...	...	...	...
...	...	...	W00-W99	...	...	...	...
...	...	...	X00-X99	...	...	...	...
...	...	...	Y00-Y99	192	375	8	24
...	V01-V82	XXI	Z00-Z99	77	84	5	18

CID-9: I—Doenças infecciosas e parasitárias; II—Neoplasia; III—Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários; IV—Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos; V—Transtornos mentais; VI—Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; VII—Doenças do aparelho circulatório; VIII—Doenças do aparelho respiratório; IX—Doenças do aparelho digestivo; X—Doenças do aparelho geniturinário; XI—Complicações da gravidez, do parto e do puerpério; XII—Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; XIII—Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; XIV—Anomalias congênitas; XV—Algumas afecções originadas no período perinatal; XVI—Sintomas, sinais e afecções maldefinidas; XVII—Lesões e envenenamentos. Causas externas (E800-E999) e Contatos com serviços de saúde (V01-V082).

CID-10: I—Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II—Neoplasias; III—Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários; IV—Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; V—Transtornos mentais e comportamentais; VI—Doenças do sistema nervoso; VII—Doenças do olho e anexos; VIII—Doenças do ouvido e da apófise mastóide; IX—Doenças do aparelho circulatório; X—Doenças do aparelho respiratório; XI—Doenças do aparelho digestivo; XII—Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII—Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; XIV—Doenças do aparelho geniturinário; XV—Gravidez, parto e puerpério; XVI—Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII—Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII—Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; XIX—Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; XX—Causas externas de morbidade e de mortalidade; XXI—Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Para algumas doenças continua a existir, na CID-10, uma dupla classificação que se convencionou chamar de códigos de cruz (+) e de asterístico (*), o primeiro para a etiologia e o segundo para a manifestação de uma doença.

Na CID-10 houve uma exclusão importante, pelo menos pelas repercussões que teve, particularmente na imprensa leiga — o homossexualismo. Este diagnóstico, que desde a CID-6 estava incluído no capítulo referente a transtornos mentais, foi totalmente excluído da CID-10.

Uma inovação na CID-10, em relação à revisão anterior, foi a criação, no final de alguns capítulos, de categorias para transtornos conseqüentes a operações. Estes constituem problemas de assistência médica e incluem, como exemplos, as complicações ou mesmo doenças endócrinas e metabólicas que surgem após a remoção de um órgão ou após outras afecções específicas, tais como a síndrome de *dumping*, após gastrectomia. Outras complicações pós-operações, não-específicas a um órgão ou sistema, incluindo complicações imediatas como a embolia gasosa e o choque pós-operatório, continuam a ser classificadas no capítulo "Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas".

No Volume I da CID-10, na parte referente ao Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, descrevem-se, com maiores detalhes, todas as características da revisão que ora entra em uso (3).

Quanto às definições usadas em estatísticas vitais, a maioria permanece inalterada, porém é preciso destacar a alteração da definição do período perinatal que, na Décima Revisão passou a ser considerado como iniciando-se a partir da 22ª semana de gestação, quando o feto atinge 500 g, e não mais da 28ª semana.

Outra mudança importante foi a referente à mortalidade materna. Ainda que mantendo a definição anterior apresentada na CID-9: "A fim de melhorar a qualidade dos dados sobre mortalidade materna e possibilitar métodos alternativos de coleta de dados sobre mortes ocorridas durante a gestação ou relacionadas a ela, bem como para incentivar o registro dos óbitos por causas obstétricas ocorridas após os 42 dias do término da gestação, duas definições adicionais para 'mortes relacionadas à gravidez' e para 'morte materna tardia' foram formuladas..." (3).

As regras e normas para codificar mortalidade e morbidade, praticamente não se alteraram.

Comentários em relação à CID-10

Uma crítica que se fez à Classificação Internacional de Doenças e que se mantém em relação à CID-10 é tratar-se de uma classificação imperfeita, visto não existir um eixo classificatório definido. De fato, em alguns capítulos, o eixo é etiológico, em outros é anatômico e ainda em outros — como para as causas maternas e as doença perinatais — é um período particular da vida. Esta é uma crítica feita por peritos em sistemática. Deve-se lembrar que desde a primeira classificação internacional e suas primeiras revisões sempre houve um ajuste de interesses sendo na realidade difícil, senão impossível, obter-se uma sistemática de agrupamento de doenças que obedeça a um único eixo, mesmo que este seja o anatômico, aparentemente o mais simples ou fácil de seguir.

Continuam a existir na CID-10 algumas doenças que ocupam determinadas posições e que causam estranheza. O exemplo clássico é o referente à febre reumática e, particularmente à pneumonia e à gripe. Desde a CID-6 até a CID-10 a febre reumática acha-se incluída no capítulo de doenças do aparelho circulatório, sem que se deixasse de conhecer que essa doença do tecido conjuntivo não corresponde estritamente a nenhum sistema particular. Entretanto, deu-se preferência não às suas complicações mais graves e mais freqüentes que são de localização cardíaca. Em relação à pneumonia e à gripe — doenças infecciosas — as íntimas associações entre elas e as infecções agudas das vias respiratórias superiores, muitas das quais ainda de etiologia desconhecida, fez com que fossem classificadas no aparelho respirató-

rio. Podem-se citar, também, as infecções da pele e do tecido celular subcutâneo, incluídas no capítulo de pele e não de doenças infecciosas.

Poder-se-iam citar vários outros exemplos de doenças que, como nos casos acima comentados, chamam a atenção pela impropriedade de sua colocação na classificação. Porém isso não dificultou ou impediu a realização de análises sobre mortalidade por causas de morte ou diagnósticos de internações hospitalares ou outros. E assim continuará a ser com a CID-10.

Uma crítica feita à CID-10 é que, devido à sua grande expansão, tornou-se difícil usá-la em casos de mortalidade pois, nesta área, não se requer muita especificação ou detalhe. Além disso, por ser a mortalidade o uso mais antigo, mais tradicional e mais internacional da classificação, deveria ter prioridade. Teve-se isto em mente quando da elaboração da CID-10, e chegou-se mesmo a pensar em fazer uma classificação menos detalhada, por exemplo: em nível apenas de categorias de três caracteres para uso exclusivo em mortalidade. Para usos em morbidade far-se-iam expansões e detalhamentos a partir desse núcleo.

Ainda que muito extensa e com finalidades dirigidas principalmente à morbidade geral há, por outro lado, críticas pelos usuários em especialidades (cardiologia, odontologia, gastroenterologia, etc.) pois, nesses casos, não cobre todas as especificações desejadas. Para as especialidades são necessárias adaptações para usos específicos.

Há também questionamentos no sentido de que a Classificação Internacional de Doenças não satisfaz às necessidades em nível de assistência primária à saúde, onde é atendida grande parte dos problemas. Assim, White (4) comenta que a classificação baseia-se principalmente nas necessidades e interesses daqueles que lidam com as doenças nas etapas finais da história natural das mesmas.

Discutindo esse aspecto, Avilan-Rovira (5) diz textualmente... "Ninguém discute o fato de a CID não ser adequada para estatísticas de assistência primária. Grande proporção da demanda em nível primário de assistência não pode ser descrita em termos de doenças. Como se sabe, muitos desses elementos de demanda são expressos como sintomas e sinais ou suas combinações, o que não facilita sua categorização em uma classificação baseada principalmente em doenças." É preciso lembrar que inicialmente a CID era uma classificação de causas de morte e, quando se expandiu para ser uma verdadeira classificação de doenças, pensou-se muito mais em estatísticas de internações hospitalares ou mesmo assistência ambulatorial hospitalar. Houve várias classificações propostas para assistência primária, mas todas incluíam, praticamente, um componente doenças/diagnóstico, não dispensando, portanto, conhecimento da CID (1).

Visto que a epidemiologia não deve se limitar apenas à verificação de alterações biológicas ou psíquicas em uma série de indivíduos, certas restrições têm sido feitas à CID por seguir um esquema "biologicista" sem nenhum compromisso para ser um instrumento que favoreça a análise do processo saúde-doença. Assim, uma das categorias básicas para estabelecer uma classificação de uso em epidemiologia é a classe social (6).

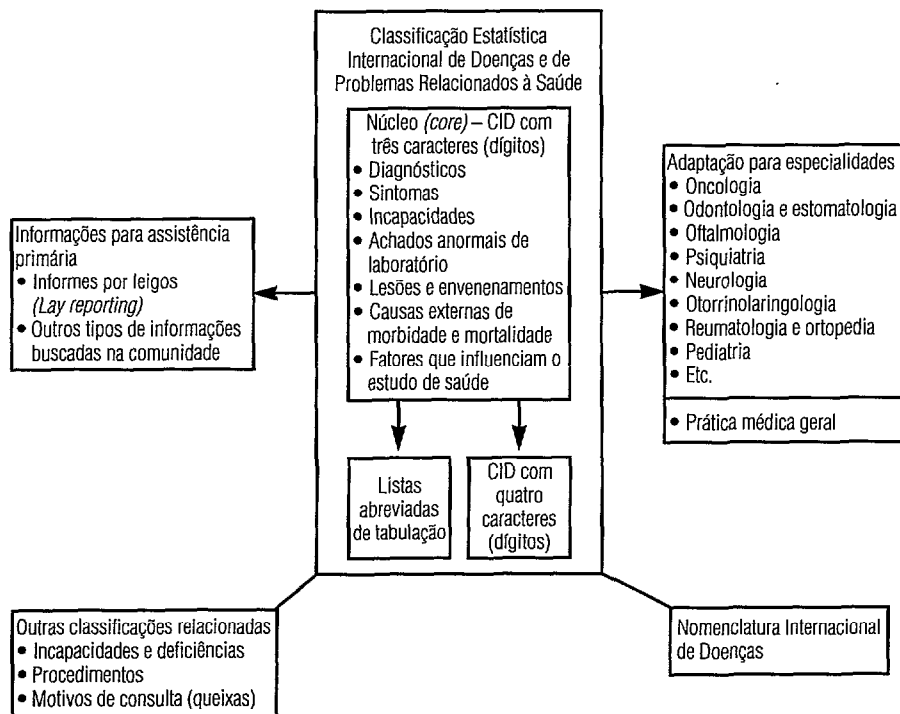
Não se nega a importância da classe social para uma boa caracterização do quadro epidemiológico. Difícil, porém, é entender como uma classificação de doenças pode incorporar a classe social nas suas categorias e subcategorias: seria o mesmo que querer utilizar o sexo e a idade — variáveis importantes para análises epidemiológicas — para construir categorias e subcategorias da CID. É interessante lembrar que, iniciando-se com Farr, publicam-se na Inglaterra estatísticas de mortalidade por causa, segundo variáveis sociais, sem se ter jamais considerado neces-

sário incorporar categorias e subcategorias de doenças que incluíssem classes sociais. Pode-se dizer que a questão se resume em terem-se numeradores e denominadores apropriados, não se tratando, portanto, de deficiência da CID.

Com o intuito de solucionar os vários problemas apontados em relação aos diferentes tipos de usos da CID, a OMS e os Centros Colaboradores da OMS para a Classificação de Doenças vêm tentando criar, desde os preparativos da nona revisão da CID, uma “família de classificações” para obter todas as informações necessárias para a saúde, desde a clássica e tradicional estatística de mortalidade por causa até as informações detalhadas para especialidades médicas, assim como as estatísticas de motivo de consulta em assistência primária. A Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, realizada pela OMS em Genebra, em 1989, aprovou a idéia de que somente uma “família” de classificações de doenças e de problemas relacionados com a saúde poderia satisfazer às diferentes necessidades e usos em saúde pública (3).

O núcleo (ou *core* como é conhecido) desta “família” é a classificação nuclear que consiste na CID em nível de três caracteres, isto é, sem detalhes de especificações em subcategorias, e que seria a classificação para uso particularmente em mortalidade, e para certos níveis de morbidade. A essa classificação nuclear se somaria uma série de outras, algumas relacionadas hierarquicamente e outras de natureza suplementar. O esquema da “família de classificações” apresentado na CID-10 aparece abaixo na figura 1.

FIGURA 1. Família de Classificações de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde



A partir de Graunt, com sua publicação de 1662 onde apresentou uma lista de causas de morte, passando-se por Farr, na segunda metade do século XIX, e por Bertillon, nas duas primeiras décadas do século XX, com suas classificações de causas de morte, bem como pela OMS, que na metade deste século elaborou uma classificação de doenças e causas de morte, chegar-se-á ao século XXI com uma “família” de classificações. Partiu-se portanto da necessidade de obter informações sobre mortalidade por causa e chegou-se à possibilidade de obter informações para todos os níveis de assistência à saúde e à doença.

Na Região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde, que teve papel importante na disseminação do uso da CID, vê-se agora com a tarefa de trabalhar com uma família de classificações junto com a CID-10.

REFERÊNCIAS

1. Laurenti R. Análise de informação em saúde: 1893–1993. Cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev Saude Publica* (São Paulo) 1991;25(6):407–417.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito*. 7ª revisão. Vol. I (versão em português). Washington, DC: 1964.
3. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª revisão. Vol. I (versão em português). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1993.
4. White KL. *Introduction to health statistics for the year 2000: patients, primary care, populations and pathology*. Em: International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Fundação Rockefeller e Organização Mundial da Saúde. Budapeste: Statistical Publishing House; 1984;12–17.
5. Avilan-Rovira JM. La Clasificación Internacional de Enfermedades en la formación de analistas de información. *Cuad Esc Salud Publica* (Caracas): 1989;53:3–14.
6. Breilh I, Granda E. *Investigación de salud en la sociedad*. La Paz, Bolivia: Fundación y Sociedad; 1987. □