

Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças

Analysis of information on health data: 1893-1993, a hundred years of the International Classification of Diseases.

Ruy Laurenti*

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25: 407-17, 1991. A análise da mortalidade por causas, bem como da morbidade, necessita de um instrumento que agrupe as doenças segundo características comuns, isto é, uma classificação de doenças. Atualmente está em uso a Classificação Internacional de Doenças da OMS, na sua Nona Revisão. Esta classificação surgiu em 1893; para 1993 está proposta a implantação da Décima Revisão. O trabalho descreve as raízes de uma classificação internacional, fazendo referências a John Graunt, William Farr e Jacques Bertillon bem como à evolução pela qual passou em suas sucessivas revisões. Inicialmente era uma classificação de causas de morte passando a ser, a partir da Sexta Revisão, uma classificação que incluiu todas as doenças e motivos de consultas, possibilitando seu uso em morbidade, sendo que a partir da Décima Revisão se propõe uma "família" de classificações, para os mais diversos usos em administração de serviços de saúde e epidemiologia. O trabalho também apresenta algumas críticas que são feitas à Classificação Internacional de Doenças.

Descritores: Classificação de doenças. Mortalidade. Morbidade.

A mais tradicional e ao mesmo tempo uma das mais importantes dentre as informações para o setor saúde refere-se às estatísticas de causa de morte; nas últimas décadas passaram também a ser elaboradas as estatísticas de morbidade. Para se analisar estatisticamente a frequência de doenças na população é necessário o uso de um instrumento que as agrupe ou classifique segundo determinados critérios, sendo que a primeira classificação de uso internacional foi aprovada em 1893 e, desde então, vem sendo periodicamente revista, chegando-se à décima revisão, aprovada em 1989 e que será posta em uso em 1993. As raízes desta classificação internacional, bem como alguns fatos destes cem anos de uso constitui o objetivo da presente publicação.

Nosografia, Nosologia, Nomenclatura e Classificação

Para se cumprir o principal objetivo da saúde

* Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças - São Paulo, SP - Brasil.

Separatas/Reprints: R. Laurenti - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01255 - São Paulo, SP - Brasil.

Publicação financiada pela FAPESP - Processo Medicinal 90/4602-1.

pública, "... ciência e arte de evitar a doença, prolongar a vida e promover a saúde mediante a atividade organizada da sociedade", é preciso conhecer quais são os problemas de saúde, quais seus tipos e como eles se distribuem na população. Os nomes que a eles são dados e as maneiras de classificá-los fornecem os elementos para seu melhor conhecimento e compreensão.

A classificação de pessoas doentes segundo grupos - qualquer que seja o critério de classificação - bem como os acordos ou definições quanto aos critérios ou limites dos grupos é chamado nosologia. A atribuição de um nome a cada entidade mórbida é chamado nosografia, sendo a reunião desses nomes uma nomenclatura de doenças⁶.

A nosografia tenta traduzir e possibilitar nossa compreensão sobre as causas, sobre a patogênese e sobre a natureza da doença e, segundo Last⁷, é o arcabouço conceitual para o conhecimento sobre os problemas de saúde, fornecendo as bases para o planejamento e a avaliação. Possibilita a todos que tratam da assistência bem como dos problemas de saúde se comunicarem entre si em uma mesma linguagem.

A nosografia ou a nomenclatura de doenças é, portanto, a maneira pela qual um determinado agravo à saúde que tenha determinados sintomas, sinais, bem como alterações patológicas específicas, recebe o mesmo rótulo, que pode também ser cha-

(1) Série comemorativa do 25º aniversário da Revista de Saúde Pública.

mado diagnóstico, em qualquer lugar do mundo. Por definição, uma nomenclatura é um catálogo de termos e, no caso de uma nomenclatura de doenças, cada uma delas deve apresentar um verbete, visto que sua função principal é ajudar a se chegar à expressão mais precisa que descreve o padecimento do doente, isto é, o diagnóstico.

A nosologia, isto é, o agrupamento de doenças segundo características comuns constitui, como se expôs acima, uma classificação e serve, basicamente, para finalidades estatísticas de análises quanto à distribuição das doenças na população.

É comum dizer que "nomenclatura" (nosografia) e "classificação" (nosologia) não são antagônicas mas, antes, têm finalidades distintas e uma boa classificação, obviamente, só pode ser construída se se tiver uma boa nomenclatura.

Nosografias sempre existiram em todas as sociedades, mesmo as mais primitivas, as quais apresentavam teorias sobre a origem natural e sobrenatural da doença e o nome dado a uma doença quase sempre tentava traduzir isso. O conceito de entidade mórbida específica aparece nos textos médicos primitivos hindús, assírios e egípcios, podendo-se citar o Papiro Ginecológico de Kahun (1900 A.C.), o Papiro de Edwin Smith (1600 A.C.), o Papiro de Ebers (1500 A.C.), as tábuas de argila da biblioteca de Nínive do rei Assurbanipal (668-626, A.C.) e o Charaka Samhita (100 A.D.), sendo que o texto hindú conhecido como Sushruta Samhita (600 A.D.) apresenta uma classificação ordenada de doenças e lesões¹¹. Este último, portanto, é ao que tudo indica, a mais antiga proposta de classificação de doenças e lesões.

Classificação de Doenças

Ao se obter uma uniformização terminológica, isto é, quando se passou a ter nomenclatura de doenças, passou-se a ter uma linguagem comum o que permitiu uma melhor troca de informação sobre o conhecimento de uma doença específica quanto à sua história natural, maneiras de diagnosticar e tratar, bem como, prevenir. Muito importante foi a possibilidade de serem feitas comparações e verificar diferenças nas freqüências das doenças em áreas distintas, surgindo então as análises epidemiológicas dos diferentes agravos à saúde, o que trouxe grande contribuição à prevenção.

A descrição de numerosas outras doenças que passaram a acometer o homem, sendo que grande número delas eram também causas de morte, foram tornando as nomenclaturas muito extensas e de difícil uso no estudo estatístico da mortalidade por causa. O estudo estatístico da mortalidade por causa, como entendemos atualmente, iniciou-se no século XVII com John Graunt, como será descrito

mais a frente, e no século XIX teve um grande impulso, particularmente na Inglaterra, com William Farr que foi um dos grandes incentivadores à criação de uma classificação de doenças de uso internacional.

A análise estatística de uma variável com grande número de categorias - como é o caso da variável doença - só é possível classificando essas categorias. Uma classificação de doenças é um sistema que agrupa as doenças análogas, semelhantes ou afins, segundo uma hierarquização ou eixo classificatório. Uma classificação estatística de doenças implica, portanto, um conjunto de grupos de diagnósticos ou doenças, visto que o interesse principal são os agrupamentos e não os casos individualizados como em uma nomenclatura.

Em uma classificação o número de categorias tem que ser restringido e sempre deve estar prevista a possibilidade de incluir um novo diagnóstico dentro de um agrupamento já existente.

Segundo numerosos estudiosos do assunto há unanimidade quanto a atribuir ao inglês John Graunt o primeiro estudo estatístico de doenças, no caso análise da mortalidade por causa. Esse estudo apareceu na clássica e sempre citada publicação de 1662 "Natural and Political Observation Made Upon the Bills of Mortality", onde analisou a mortalidade de Londres, a partir dos dados registrados nas paróquias, segundo algumas variáveis, como sexo, idade, procedência e - o grande feito! - causa.

Graunt listou 83 causas de morte as quais incluíam algumas explicitamente etiológicas ("shot", "smothered and stifed", "drowne", "plague"); outras levando a algum tipo de indicação da patogenia ("apoplex", "excessive drinking", "measles", "quinsey", "worms") e outras referindo-se principalmente às circunstâncias que causaram a morte ou os sintomas e sinais que a precederam ("abortive and stillborn", "aged", "cancer" "convulsion", "surfet")⁷. Comentando a lista elaborada por Graunt, Last diz o seguinte: "... mostra a dificuldade - ainda hoje existente - de construir uma nosografia que apresente um conceito uniforme de doença. Somos incapazes de escapar de uma classificação híbrida onde algumas condições referem-se ao conhecido ou suposto etiológicamente, outras aparecem segundo a morfologia ou a fisiopatologia, bem como outras segundo o sistema afetado ou ainda circunstâncias externas"⁷.

Quando se comenta sobre classificação de doenças, a lista de Graunt é sempre citada como uma das primeiras ou mesmo a primeira tentativa ou proposta. É importante, porém, frisar que não se tratava realmente de uma classificação mas, muito mais de uma nosografia, isto é, uma listagem de doenças ou sintomas sem nenhum agrupamento formalizado. Isto pode ser observado na reprodução

Causas de Morte elaboradas por John Graunt a partir
das Listas de Mortalidade de Londres

- | | |
|--|---|
| 1. Abortive and stillborn | 42. Lethargy |
| 2. Aged | 43. Livergrown, Spleen and Rickets |
| 3. Ague and feaver | 44. Lunatique |
| 4. Apoplex | 45. Meagrom |
| 5. Bleach | 46. Measles |
| 6. Blasted | 47. Mother |
| 7. Bleeding | 48. Murthered |
| 8. Bloody Flux, Scouring and Flux | 49. Overlayd and starved at Nurse |
| 9. Burnt | 50. Palsie |
| 10. Calenture | 51. Piles |
| 11. Cancer, Gangrene and Fistula | 52. Plague |
| 12. Canker, Sore Mouth and Thrush | 53. Plague in the Guts |
| 13. Childbed | 54. Planet |
| 14. Chrisomes and Infants | 55. Pleurisie |
| 15. Cold and Cough | 56. Poysoned |
| 16. Colick and Wind | 57. Purples and spotted fever |
| 17. Consumption and Cough | 58. Quinsie and sore throat |
| 18. Convulsion | 59. Rickets |
| 19. Cramp | 60. Rising of the Lights |
| 20. Cut of the Stone | 61. Rupture |
| 21. Dropsy and Tympany | 62. Scal'd-head |
| 22. Drowned | 63. Sciatica |
| 23. Excessive Drinking | 64. Scurvey |
| 24. Executed and Prest to Death | 65. Shingles |
| 25. Fainted in a bath | 66. Shot |
| 26. Falling-Sickness | 67. Smothered and stifled |
| 27. Flox and small Pox | 68. Sores, Ulcers, broken and brused limb |
| 28. Found dead in the Streets | 69. Spleen |
| 29. French-Pox | 70. Starved |
| 30. Frighted | 71. Stitch |
| 31. Gowt | 72. Stone and Strangury |
| 32. Grief | 73. Stopping of the Stomach |
| 33. Hanged and made away with themselves | 74. Surfet |
| 34. Head-Ach | 75. Swine-Pox |
| 35. Impostumes | 76. Teeth and Worms |
| 36. Itch | 77. Thrush |
| 37. Jaundies | 78. Tissick |
| 38. Jaw-faln | 79. Vomiting |
| 39. Killed by several Accidents | 80. Wen |
| 40. King's Evil | 81. Wolf |
| 41. Leprosy | 82. Worms |
| | 83. Sodainly |

da lista original que se segue e está apresentada em inglês exatamente como foi feita por Graunt. É possível reconhecer a maioria dos diagnósticos mas, alguns deles não são tão facilmente identificáveis.

Grenwood⁴ ao historiar as estatísticas médicas, quase que exclusivamente as de mortalidade por causa, no período que vai do século XVII ao século XIX, iniciando com Graunt e indo até Farr, nos dá conta das várias tentativas que foram feitas para se obter uma classificação de doenças. Na maioria das vezes eram classificação de causas de morte, ex-

cluindo-se, portanto, as doenças não letais. Assim, em 1680 Felix Platter elaborou uma sistematização baseada nos sintomas apresentados pelos doentes; o grande médico inglês Sydenham (1624-1689) sugeria que as doenças, à maneira das plantas, deveriam ser agrupadas de acordo com os aspectos identificáveis externamente. Deve-se destacar o famoso médico e botânico sueco Linneu (1707-1778) que criou uma sistematização botânica e zoológica e que também fez uma classificação de doenças, o "Genera Morborum", à maneira da sugestão de

Sydenham. Outras classificações de doenças foram elaboradas e publicadas na Europa: François Bassier de Lacroix, mais conhecido como Sauvages, em 1768 publicou a "Nosologia Methodica"; Vogel em 1772; Mc Bride em 1772; Cullen em 1785; Crichton em 1804; Parr em 1810; Young em 1813 e Mason Good em 1817. Essas foram as mais conhecidas ou, pelo menos as mais citadas, porém, a rigor, a única que teve um prestígio maior e passou, inclusive, a ser utilizada para finalidades estatísticas foi a de Cullen, denominada "Synopsis Nosologiae Methodicae", que chegou a ser adotada na Inglaterra e País de Gales para classificar as causas da morte⁴.

As classificações enumeradas acima quase sempre não passavam de exercícios médicos, à maneira de trabalhos acadêmicos, sem aplicações aparentes. Poucas foram realmente utilizadas e quando o eram a utilização era limitada. Não havia uma classificação de uso internacional o que dificultava ou praticamente impedia a comparabilidade internacional sobre frequência de doenças que eram causas de morte.

No século XIX havia um grande interesse em uma classificação de causas de morte que fosse de uso internacional, sendo que várias tentativas nesse sentido foram feitas mas com uma aceitação bastante limitada. Em 1893 surgiu uma classificação que, com suas sucessivas revisões, passou a ser usada internacionalmente como classificação de causas de morte e na metade do século XX passou a ser uma classificação internacional de doenças, mesmo que não fossem causas de morte. É o que se descreve a seguir.

A Classificação Internacional de Doenças

Desde Graunt, em sua publicação de 1662, até praticamente as primeiras décadas do século XX, as informações sobre frequência de doenças eram aquelas advindas das estatísticas de mortalidade por causa. Com exceção de dados sobre as chamadas doenças notificáveis, geralmente doenças infecciosas e epidêmicas, não haviam estatísticas de morbidade, como por exemplo as hospitalares e as de atendimento ambulatorial. Esse é o motivo pelo qual a história das classificações de doenças e, particularmente, a da classificação internacional como a atualmente existente, iniciou-se e por muito tempo continuou como sendo uma classificação de causas de morte.

A necessidade de comparar causas de morte segundo áreas ou regiões de um país e, principalmente, entre países, fez crescer o interesse para se usar uma mesma classificação internacionalmente. Várias tentativas foram feitas nesse sentido, principalmente a partir da segunda metade do século XIX. Nesta questão de uma classificação internacional

de doenças não pode deixar de se mencionar o nome de William Farr. Também inglês como John Graunt ambos podem ser considerados como marcos importantes quando se descreve a história das informações em saúde: um o iniciador das estatísticas de mortalidade por causa e o outro o batalhador que visava melhorar as classificações de doenças então existentes e promover o uso de uma que fosse internacional, bem como o verdadeiro iniciador das estatísticas de saúde particularmente análises das estatísticas de mortalidade.

Realmente não é possível descrever a história de uma classificação internacional de doenças sem referir-se a William Farr (1808-1883) que foi o primeiro médico estatístico do "General Register Office of England and Wales". A partir de 1837 quando assumiu seu posto, além de várias atividades no campo das estatísticas de saúde, procurou tirar o maior proveito possível das classificações então existentes, as quais julgava bastante imperfeitas, assim como elaborar uma classificação e muito trabalhou para se obter uniformização internacional quanto ao uso¹⁰. Farr discutiu bastante no primeiro Relatório Anual do Registro Geral os princípios que deveriam orientar uma classificação estatística de doenças e a importância de se ter uma classificação uniforme e de uso generalizado. Descreveu e comparou as finalidades de uma nomenclatura e de uma classificação e, descrevendo esta última como um método de generalização diz "qualquer classificação que inclua em grupos doenças que tenham bastante afinidade ou que são possíveis de serem confundidas entre si, favorecem a dedução de princípios gerais"⁵.

Ao propor uma classificação para as causas de morte, Farr acentuou que as doenças poderiam ser classificadas de diferentes maneiras visando servir a propósitos estatísticos e quanto à finalidade de estudar causas de morte ele foi influenciado pela maneira como havia feito Linneu em suas classificações hierarquizadas, botânica e zoológica. Farr propôs uma classificação, como se verá a seguir, e que se reconhece como a base estrutural da atual classificação internacional de doenças.

A importância de uma classificação estatística de uso internacional foi reconhecida e fortemente recomendada no Primeiro Congresso Internacional de Estatística realizado em Bruxelas, 1853, e os participantes indicaram William Farr e Marc d'Espine, de Genebra, para realizar a tarefa de preparar uma "nomenclatura uniforme de causas de morte aplicável a todos os países". Em 1855, em Paris, realizou-se o Segundo Congresso Internacional de Estatística e Farr e d'Espine apresentaram listas separadas e baseadas em eixos diferentes de classificação. A classificação proposta por Farr continha 5 classes da seguinte maneira:

- Classe 1 - Doenças epidêmicas, endêmicas e contagiosas
- Classe 2 - Doenças constitucionais
- Classe 3 - Doenças localizadas
- Classe 4 - Doenças do desenvolvimento
- Classe 5 - Doenças ou mortes violentas

Essas classes eram divididas em ordens e, particularmente para a Classe 3, existiam 8 ordens que, como pode ser observado a seguir, foi a matriz para a atual classificação internacional:

- Ordem 1 - Doenças do Sistema Nervoso
- Ordem 2 - Doenças da Circulação
- Ordem 3 - Doenças da Respiração
- Ordem 4 - Doenças da Digestão
- Ordem 5 - Doenças do Sistema Urinário
- Ordem 6 - Doenças da Reprodução
- Ordem 7 - Doenças da Locomoção
- Ordem 8 - Doenças do Sistema Inter-tegumentário

A Lista apresentada por Marc d'Espine agrupava as doenças de acordo com sua natureza (gotosa, hemática, herpética...) e não teve muita aceitação. O Congresso adotou uma Lista de 138 rubricas, mantendo a estrutura proposta por Farr com a inclusão de algumas sugestões de d'Espine. Os Congressos subseqüentes de 1864, 1874, 1880 e 1886 revisaram essa lista. Esta classificação, adotada no Congresso de 1855 e revistas nos seguintes não foi universalmente aceita, mas é preciso destacar que o princípio de agrupar as doenças, principalmente por localização anatômica, como havia sido proposto por Farr, sobreviveu e influenciou fortemente a futura classificação de doenças de uso internacional.¹⁰

Em 1891 o então criado "Instituto Internacional de Estatística", em Viena, substituiu os Congressos Internacionais de Estatística quanto a questões relativas a classificações e, neste ano, formou uma Comissão para preparar uma nova classificação. Essa Comissão estava sob a direção de Jacques Bertillon (1852-1922), de Paris e preparou uma classificação de causas de morte que ficou conhecida como "Classificação das Causas de Morte de Bertillon".

Bertillon era o chefe dos serviços de estatísticas da cidade de Paris, função semelhante a que tinha tido William Farr na Inglaterra, e a classificação que elaborou apresentava 14 grupos ou capítulos; este último nome persiste até hoje para as grandes divisões da Classificação Internacional de Doenças. Os 14 capítulos tinham, em conjunto, 161 categorias ou causas de morte.

A Classificação de Bertillon foi adotada em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística e recomendado o seu uso internacionalmente, o que foi

adotado por vários países. É considerada a primeira classificação internacional de causas de morte. É interessante apresentar como eram identificados seus 14 capítulos e que está a seguir, devendo-se notar que os capítulos estavam ordenados segundo números romanos, tradição que se segue até hoje.

Classificação de Bertillon

- I - Doenças Gerais
- II - Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos do Sentido
- III - Doenças do Aparelho Circulatório
- IV - Doenças do Aparelho Respiratório
- V - Doenças do Aparelho Digestivo
- VI - Doenças do Aparelho Geniturinário e de seus Anexos
- VII - Estado Puerperal
- VIII - Doenças da Pele e do Tecido Celular
- IX - Doenças dos Órgãos da Locomoção
- X - Vícios de Conformação
- XI - Primeira Idade
- XII - Velhice
- XIII - Afecções Produzidas por Causas Externas
- XIV - Doenças Mal Definidas

Observando-se a terminologia utilizada por Bertillon, alguns comentários podem ser feitos. Assim, o termo "afecção" tornou-se um jargão ainda hoje muito utilizado entre os usuários da Classificação Internacional de Doenças porém com o significado amplo de "doença", "diagnóstico", "patologia", "lesão". Bertillon utilizou-o no Capítulo XIII (Affection) com o significado de "lesão" ou mesmo "conseqüência", diferenciado de "doença" (Maladie) utilizado nos outros capítulos. Quase certamente foi o introdutor da terminologia "Doença Mal Definida" ou pelo menos, a partir dele, passou a ser muito utilizado, visto que pela primeira vez apareceu e continua aparecendo nas sucessivas revisões da Classificação Internacional. Na Classificação de Farr, mostrada também nesta apresentação, existiam 5 classes, todas com terminologia que expressam causas "bem definidas": Além dessas, Farr deixava um resíduo que chamou de "Ignorado Estatístico", não utilizando a terminologia "Mal Definida". Voltando-se bastante no tempo verifica-se que para Graunt, em sua lista de causas de morte, não existiam causas mal definidas. Ou melhor, ele não listou a expressão "causa ignorada" ou "mal definida", ainda que muitos diagnósticos que aparecem em sua lista, atualmente para nós, são realmente mal definidos ("Bleeding", "Colick", "Convulsion", "Spleen" e muitos outros).

Ainda como comentário à Classificação de Bertillon nota-se que foi empregado o termo "Envelhecimento" (Capítulo XII) ("Viellesse") sendo

que nas últimas revisões da Classificação passou-se a utilizar mais "Senilidade".

A Classificação de Bertillon teve uma primeira revisão em 1900 e a segunda em 1909, seguindo-se o que havia sido proposto quando foi pela primeira vez aprovada em 1893, isto é, as revisões deveriam, na medida do possível, serem feitas, aproximadamente, a cada dez anos. Quando desta segunda revisão ("Lista de Mortalidade de Bertillon - Segunda Revisão", como era usualmente conhecida) Bertillon escreveu os seguintes comentários a respeito do uso internacional, como nos conta Wells¹¹. "Todos os países de língua inglesa e de língua espanhola no mundo estão agora unidos quanto à adoção da Lista Internacional. Todo o hemisfério ocidental, incluindo as Américas do Norte, Central e do Sul; Austrália e Nova Zelândia; China, Japão e Índia Britânica, na Ásia; Egito, Argélia e África do Sul na África; e muitos países da Europa estão atualmente ou muito brevemente estarão entre aqueles que desejam uma uniformidade internacional".

A Classificação de Bertillon foi usada pela primeira vez nas Américas na elaboração das estatísticas de mortalidade de São Luiz de Potosi, México, pelo médico Jesus E. Monjarás e, em 1898, a Associação Americana de Saúde Pública, recomendou a adoção da mesma pelos oficiais de registro do Canadá, Estados Unidos e México, bem como sugeriu sua revisão a cada dez anos⁶. No Brasil não foi ainda recuperada a informação quanto ao início do uso sendo que, no Estado de São Paulo, o órgão que elaborava as estatísticas de mortalidade usava a Classificação de Bertillon na primeira década do século XX.

As revisões da Lista Internacional de Causas de Morte, da Primeira à Quinta, foram convocadas pelo Governo francês e eram aprovadas nas chamadas "Conferência Internacional de Revisão da Classificação de Bertillon" ou "Classificação Inter-

nacional de Causas de Morte". Bertillon continuou sendo o grande incentivador e trabalhador sendo que as três primeiras revisões (1900, 1910 e 1920) foram efetuadas sob sua direção, tendo falecido em 1922 aos 71 anos de idade.

A partir da Sexta Revisão, a de 1948 e posta em uso em 1950, a responsabilidade pelos trabalhos de revisão, publicação e divulgação da Classificação Internacional de Doenças, passou a ser da Organização Mundial de Saúde. "A Conferência da Sexta Revisão Decenal constituiu o princípio de uma nova era no campo internacional das estatísticas vitais e sanitárias. Além de aprovar uma longa lista para mortalidade e morbidade e estabelecer regras internacionais para seleção da causa básica de morte, recomendou a adoção de amplo programa de colaboração internacional no campo da estatística vital e sanitária, inclusive a criação de comissões nacionais especializadas que se encarregassem de coordenar o trabalho de estatística no país e de servir de enlace entre os serviços de estatísticas nacionais e a Organização Mundial de Saúde".⁶

As Revisões e a Mudança de Objetivos da Classificação Internacional de Doenças

Partindo-se da Classificação de Farr, adotada pelo Congresso Internacional de Estatística em 1855 e que continha 126 códigos para causas de morte (doenças) e 12 códigos para causas externas (total de 138 códigos) e da Classificação de Bertillon, adotada em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística com um total de 161 categorias, sendo 150 para doenças e 11 para causas externas, as revisões seguintes sempre contaram com número crescente de categorias, exceto da terceira para a quarta em que se observou redução de 5 categorias e da quarta para quinta que tiveram igual número, como pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1 - Revisões da Classificação Internacional de Doenças segundo o ano em que foi adotada, anos de uso e número de categorias

Revisões	Ano da Conferência que a adotou	Anos de uso	Categorias			Total
			Doenças	C. Externas	Motivos Assist. 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	1.010
Sétima	1955	1958-1967	800	153	88	1.041
Oitava	1965	1968-1978	858	182	48	1.088
Nona	1975	1979-1992	909	192	77	1.178
Décima	1989	1993-2002(?)	1.575	373	82	2.032

O que chama a atenção na evolução das revisões é o grande aumento de categorias da Quinta para Sexta Revisão. Esta última deixou de ser a "classificação de causas de morte de Bertillon" para ser uma "classificação de doenças, lesões e de causas de morte da OMS" incluindo-se motivos de consultas que não por doenças presentes no momento da consulta.

O que ocorreu é que a Classificação Internacional de Doenças (CID) começou como um instrumento estatístico para enumerar e analisar as causas de morte sem incluir, portanto, as doenças não-mortais. Ainda hoje essa é uma de suas principais funções e seu único uso em numerosos países. Farr e Bertillon reconheciam a necessidade de se ter outras classificações para estudar a doença nos vivos sendo que o último chegou a produzir uma versão de sua classificação de mortalidade para ser usada nos registros de morbidade. Quando a OMS assumiu as revisões, a partir da Sexta em 1948, esta foi bastante expandida visando classificar morbidade além de mortalidade. Essa decisão não foi tomada simplesmente sem antes haver sido bastante discutida a questão de se ter ou não duas classificações distintas: uma para mortalidade e outra para morbidade. Optou-se por uma só e muitos dos problemas que hoje defrontamos poderiam ter sido evitados se houvesse sido decidido por duas distintas. A atual revisão, Nona, e principalmente a que se seguirá a partir de 1993, são mais classificações para morbidade, dificultando o uso para mortalidade dada a extensão devida ao grande número de especificações, tanto que o próprio nome da CID-10 passou a ser "Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde".

Durante a preparação da Oitava Revisão houve pressões por parte de alguns países, particularmente aqueles que vinham elaborando há tempos estatísticas de morbidade (hospitalar, ambulatorial, para pagamentos de procedimentos segundo diagnósticos e outros) no sentido de que a classificação fosse muito mais voltada para esses usos. Esse objetivo não foi muito atingido na Oitava Revisão, mas pretendeu-se atingí-lo na Nona, que foi bastante expandida, se não no número total de categorias mas, particularmente, nas chamadas subcategorias, muitas das quais foram criadas para possibilitar várias especificações ou manifestações de uma mesma doença (categoria). Além deste fato a Nona Revisão passou a ter, para muitas doenças uma "dupla classificação" quando se atribuiu um código (assinalado com uma cruz+) para a etiologia da doença e usado para mortalidade e outro código (assinalado por um asterisco) para a manifestação ou manifestações (mais de um asterisco, isto é, para um código de etiologia pode haver várias subcategorias de asterisco uma para cada manifestação).

Este fato é um tanto paradoxal, isto é, uma sistematização ou classificação em que um dos objetos a ser classificado, no caso doença ou diagnóstico, pode aparecer em dois ou mais lugares. Esta, porém, foi uma concessão feita no sentido de se ter uma classificação possível de ser utilizada para morbidade. Levou, por outro lado, a ser bastante criticada e criando algumas dificuldades para sua utilização. E o pior é que não satisfaz plenamente, fazendo com que alguns países, como os Estados Unidos, mantivessem e melhorassem uma adaptação clínica - a chamada modificação clínica da CID (ICD-CM, International Classification of Diseases - Clinical Modification).

A Décima Revisão - CID-10 - aprovada em 1989 e que está sendo recomendada para ter sua implantação em 1993 ampliou enormemente o número de categorias e, particularmente subcategorias, visando satisfazer plenamente aos usuários em morbidade. Comentários sobre ela são feitos a seguir.

A Classificação Para o Século XXI: A Décima Revisão (CID-10)

Tendo-se em vista a necessidade de maior número de códigos para os vários usos em morbidade, houve, como se disse acima, uma grande expansão da CID-10 tendo, inclusive, sido necessária a transformação dos códigos que passaram a ser alfa-numéricos para possibilitar a citada expansão. Verifica-se que na CID-9 haviam 1.281 possibilidades de categorias, das quais apenas 1.178 utilizadas, passando na CID-10 a 2.499, com 2.032 utilizadas.

A CID-10, que passou a chamar Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, diferentemente do que vinha ocorrendo desde a CID-6, será apresentada em três volumes sendo que o I conterá a chamada Lista Tabular de Categorias de Três Dígitos (uma letra e dois algarismos) e de subcategorias com um quarto dígito; o II que conterá toda parte referente ao Atestado Médico da Causa de Morte, as regras internacionais para codificar mortalidade, as regras de morbidade, as definições, recomendações e regulamentação, assim como as listas especiais para tabulação. O volume III será o Índice Alfabético.

A CID-10 mantém a mesma estrutura da CID-9, tendo-se incorporado a ela, como parte da classificação propriamente dita, a classificação de causas externas que até a CID-9 era chamado "código E" e a classificação de motivos de consulta que não constituem doenças ou lesões (código V da CID-9). Enquanto a CID-9 tinha 17 capítulos e duas classificações suplementares (E e V), a CID-10 passará a ter 21 capítulos, e o motivo deste aumento pode ser verificado na Tabela 2 e que foi baseada em um trabalho sobre comparação entre a CID-

Tabela 2 - Correspondência entre capítulos da CID-9 e CID-10 e número de categorias de 3 dígitos segundo os capítulos da duas revisões

	Capítulos		Categorias de 3 Dígitos			
	CID-9	CID-10	Ocupadas		Livres	
			CID-9	CID-10	CID-9	CID-10
I	(011-139)	I A00-B99	121	168	18	32
II	(140-239)	II C00-D49	92	135	8	15
III	(240-279)	IV E00-E99	37	69	3	31
IV	(280-289)	III D50-D99	10	56		14
V	(290-319)	V F00-F99	30	77		23
VI	(320-359)	VI G00-G99	35	70	5	30
		VII H00-H59	20	47		13
		VIII H60-H99	10	24		16
VII	(390-459)	IX I00-I99	58	75	12	25
VIII	(460-519)	X J00-J99	50	62	10	38
IX	(520-579)	XI K00-K99	48	72	12	28
X	(580-629)	XIV N00-N99	47	84	3	16
XI	(630-679)	XV 000-099	46	75	4	25
XII	(680-709)	XII L00-L99	26	71	4	29
XIII	(710-730)	XIII M00-M99	30	80		20
XIV	(740-759)	XVII Q00-Q99	20	84		16
XV	(760-779)	XVI P00-P99	20	63		37
XVI	(780-799)	XVIII R00-R99	20	91		4
XVII	(800-999)	XIX S00-T99	190	192	10	8
		XX V01-V99				
		W00-W99				
		X00-X99				
		Y00-Y99	192	375	8	24
(V01-V82)	XXI Z00-Z99	77	82	5	18	

CID-9 - I - D. Infec. e Parasit. II - Neoplasias. III - D. Gl. Endoc., Nutr. e Metab. e Transt. Imunit. IV - D. Sangue e Org. Hemat. V - Transt. Mentais. VI - D. Sist. Nerv. e dos Órgãos dos Sent. VII - D. Apar. Circ. VIII - D. Apar. Resp. IX - D. Ap. Digestivo. X - D. Ap. Genit. XI - Compl. Grav., Parto e do Puerpério. XII - D. Pele e do Tec. Cel. Subcut. XIII - D. Sist. Osteomusc. e do Tec. Conj. XIV - Anom. Cong. XV - Algumas Afec. Orig. no Período Perinatal. XVI - Sint., Sinais e Afec. Mal Definidas. XVII - Lesões e Envenenamentos. Causas Externas. (E800 - E999) e Contactos com Serviços de Saúde (V01 - V082).

CID-10 - I - Algumas D. Infec. e Parasit. II - Neoplasias. III - D. Sangue, Org. Hemop. e Transt. Imunit. IV - D. Endoc., Nutr. e Metabol. V - Transt. Ment. e Comport. VI - D. Sist. Nerv. VII - D. olho e Anexos. VIII - D. Ouvido e Pr. Mastoideo. IX - D. Sist. Circul. X - D. Ap. Resp. XI - D. Sist. Digest. XII - D. Pele e Tec. Cel. Subc. XIII - D. Sist. Muscoloesq. e Tec. Conj. XIV - D. Sist. Genitur. XV - Compl. Gravid., Parto e Puerp. XVI - Afec. Período Perinatal. XVII - Malf. Cong., Deform. e Anormal. Cromoss. XVIII - Sint., Sinais e Ach. Laborat. XIX - Lesões, Envenen. e Algumas Outras Conseq. C. Extern. XX - Causas Externas. XI - Contactos com Serv. Saúde.

9 e CID-10 feito por Avilan Rovira², um grande estudioso do assunto.

Ainda que a CID-10 seja a classificação que estará em uso no início do século XXI, o autor desta apresentação não quer com isso dizer que se trata da classificação ideal, bastante lógica e que comprirá - quanto a sua utilização - tudo que se deseja. Ela é do século XXI porque estará em uso, pelo menos na primeira década, e não porque a qualificação "do século XXI" esteja indicando uma classificação perfeita. Ela se expandiu tanto que, em sua maior parte, é desnecessária ao uso em mor-

talidade, o que dificulta seu uso nesta área. Por outro lado, em morbidade, nem todos os usuários estão muito satisfeitos visto que, embora cobrindo - ao que tudo indica - todas as manifestações, especificações e variações das doenças (que têm interesse em morbidade) não responde a certos requisitos específicos de alguns sistemas de pagamentos que cruza diagnóstico com procedimento. Há ainda a discutida questão do uso em assistência primária!

A CID-10 pela sua expansão e, particularmente pelo fato de ser alfa-numérica, vai requerer, obrigatoriamente, quando de sua implantação, grandes

adaptações programáticas quanto aos uso de computadores e serão precisos também mais recursos para reciclagem e treinamento de pessoal. Mesmo a tradução para idiomas nacionais será mais custosa, sem falar nos custos de impressão de muito maior quantidade de material, inclusive porque passa a ter três volumes!

A proposta da OMS aprovada na Conferência da Revisão (1989) e adotada pela Assembléia Mundial de Saúde (1990), pela totalidade dos países, é que a CID-10 seja implantada em 1º de Janeiro de 1993. Poucos países terão condições de conseguir isso! Poderá ocorrer mesmo de alguns somente o conseguirem nos últimos 2 a 3 anos deste século ou até mesmo primeiros do século XXI. Nesse sentido será uma "classificação do século XXI"!

Críticas à Classificação Internacional de Doenças

Existem críticas à CID quer do ponto de vista formal quer do ponto de vista conceitual. Na forma, a crítica que se faz é que ela não é uma verdadeira classificação pois não apresenta um sistema classificatório uniforme. Aliás os próprios organizadores da CID reconhecem esse fato e na introdução do Volume I da Oitava Revisão consta o seguinte "O estabelecimento de um sistema de classificação de doenças e traumatismos, para uso estatístico geral, requer vários ajustes e concessões. Tem até agora fracassado todas as tentativas no sentido de formular uma classificação estritamente lógica das afecções mórbidas. Os diversos títulos da classificação representam, portanto, uma série inevitável de ajustes entre sistemas baseados na etiologia, na localização anatômica, na idade do paciente e nas primeiras manifestações da doença, assim como na qualidade da informação disponível nos registros médicos..." "embora seja impossível atender com uma única classificação todas essas finalidades específicas, é necessário proporcionar uma base comum para uso estatístico geral"⁹.

Conceitualmente tem sido feitas algumas restrições à CID particularmente quanto ao fato de que segue um esquema "biologicista" e por não apresentar nenhum compromisso quanto a ser um instrumento que favorece uma análise mais profunda do processo saúde-doença. Nesse sentido Breilh e Granda³ comentam que não se pode negar a validade da CID para a clínica e, particularmente, para algumas áreas da administração em saúde, porém, questionam a adoção deste instrumento como o padrão para estudo do processo saúde-doença. Para eles a observação do processo saúde-doença, sob o ângulo da epidemiologia, não se li-

mita apenas à verificação de alterações biológicas ou psíquicas em uma série de indivíduos, afirmando que uma das categorias básicas para estabelecer uma classificação epidemiológica é a classe social.

Os autores têm razão, e ninguém nega, quanto à 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. Comentando o que dizem Breilh e Granda³, Avilan-Rovira¹ considera que para efeitos de avaliação e vigilância, bem como para outros aspectos de promoção da saúde, o que se requer é a identificação da doença e que para esse objetivo a CID satisfaz plenamente e no que diz respeito especificamente aos aspectos sociais diz o seguinte "... Como solucionar a lamentável falta de análise dos dados de morbimortalidade em função das condições sócio-econômicas? Pois bem, assim como se conhecem as taxas de incidência, prevalência e mortalidade por idade, sexo, e lugar de residência, visto essas variáveis estarem também registradas nos atestados, sem que elas tenham que estar incorporadas na estrutura da CID, da mesma maneira os elementos para estabelecer o perfil epidemiológico segundo classe social... pode-se incluir nos atestados como as demais variáveis, para ser objeto de análise". Concordamos com o autor desses comentários quanto a ser desnecessário que as variáveis sociais que são importantes para o perfil epidemiológico se incorporem na estrutura da CID. Seria o mesmo que querer utilizar o sexo e a idade para construir categorias ou subcategorias da CID. É interessante lembrar que desde Farr, iniciando-se com ele e tendo seguimento desde então, são publicadas na Inglaterra estatísticas de mortalidade segundo algumas variáveis sociais e nunca julgou-se necessário ter incorporado à CID categorias e subcategorias de doenças e que incluam classes sociais. A questão se resume, pode-se dizer, em ter-se numeradores e denominadores apropriados, não se tratando, portanto, de uma deficiência da CID.

Há também questionamentos no sentido de que a CID não satisfaz as necessidades para informações de um nível de assistência primária onde é atendida grande proporção dos problemas de saúde. Assim, White¹², ao contestar o uso da CID nesses casos, diz que ela está baseada principalmente nas necessidades e interesses daqueles que lidam com as doenças nas etapas finais da história natural das mesmas, isto é, no nível terciário da assistência. Avilan-Rovira¹ comentando isso diz o seguinte "Ninguém discute o fato de que a CID não é adequada para as estatísticas de assistência primária. Uma grande proporção da demanda ao nível pri-

mário de assistência não pode descrever-se em termos de doença. Como se sabe, muitos desses elementos de demanda são expressos como sintomas, sinais ou suas combinações, o que não é muito fácil categorizá-los em uma classificação baseada principalmente em doenças". É preciso insistir que a CID inicialmente era uma classificação de causas de morte e quando se expandiu para ser uma classificação de doenças pensou-se muito mais no uso em estatísticas de internações hospitalares ou então assistência hospitalar ambulatorial.

Tentando resolver essa situação foram propostas várias classificações para assistência primária, entre as quais as norte-americanas "Reason for Encounter Classification", "National Ambulatory Medical Care-Survey-Reason for Visit Classification" e mesmo uma adaptação da CID, a conhecida ICD-9.CM ("Clinical Modification"). Também bastante conhecida é a Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Assistência Primária, mais conhecida pela sigla em inglês ICHPPC. Porém todas essas não dispensaram o conhecimento da CID havendo sempre um componente para "doença/diagnóstico" baseado nela.

Há também o oposto, isto é, a CID não satisfaz plenamente as estatísticas para especialidades pois, nesse caso, deveria ser muito mais detalhada. Entretanto, se se detalhasse para todas as especialidades, ter-se-ia uma CID "gigante"!

Visando solucionar esses problemas, os "Centros Colaboradores da OMS Para a Classificação de Doenças", juntamente com a OMS, vem, desde os preparativos da Nona Revisão da CID, tentando criar uma "família de classificações", com o que se cobririam todas as necessidades de se obter informações 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, 1989¹³, aprovou a idéia de que somente uma "família" de classificações de doenças e de problemas relacionados à saúde poderia satisfazer as diferentes necessidades e usos em saúde pública.

O núcleo (ou o "core" como é conhecido) desta "família" é a "classificação nuclear" que consiste na CID em nível de três caracteres (ou dígitos), isto é, sem detalhes de especificações em subcategorias e que seria classificação para uso, particularmente, em mortalidade e para alguns níveis e morbidade; a essa classificação nuclear se somaria uma série de outras, algumas relacionadas

hierarquicamente e outras de natureza complementar. O esquema desta "família" de classificações pode ser observado na Figura

Partindo-se de Graunt com sua publicação de 1662, onde apresentou uma "lista de causas de morte", e 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 do século atual elaborou uma "classificação de doenças e causas de morte", chega-se ao século XXI com uma "família" de classificações. Partiu-se, portanto, da necessidade de obtenção de informações sobre mortalidade por causa e se chegou, atualmente, à possibilidade de se obter informações para todos os níveis de assistência à saúde e à doença. É preciso notar, porém, que as classificações componentes desta "família" não contemplam a inclusão de variáveis sociais as quais, ainda que importantíssimas para uma perfeita caracterização do quadro saúde-doença da população, devem ser obtidas por outros métodos e "cruzadas" com as categorias que se desejar em qualquer uma daquelas classificações.

LAURENTI, R. [Analysis of information on health data: 1893-1993, a hundred years of the International Classification of Diseases] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25: 407-17, 1991. The analysis of mortality by cause, as well as of morbidity, calls for an instrument that groups the diseases according to common characteristics, that is to say, a classification of diseases. The WHO International Classification of Diseases, in its Ninth Revision, is currently in use. This classification first appeared in 1893; its Tenth Revision is being proposed for 1993. This present paper describes the origins of this international classification, making special references to John Graunt, William Farr and Jacques Bertillon as well as describing the evolution that has occurred through its successive revisions. Initially it was a classification that included only causes of death. After the Sixth Revision included all the diseases and causes of medical consultations, thus allowing its use in morbidity. For the tenth and later revisions, a "family" of classifications is proposed, for a great variety of uses in health services, administration and epidemiology. Some critical observations on the current international classification of diseases are also presented.

Keywords: Diseases classification. Mortality. Morbidity.

Referências Bibliográficas

1. AVILAN-ROVIRA, J.M. La Clasificación Internacional de Enfermedades en la formación de analistas de información. *Cuad. Esc. Salud públ.*, Caracas, (53): 3-14, 1989.
2. AVILAN-ROVIRA, J.M. Comparación de la novena y decima revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Caracas, 1989. [Trabajo presentado en la

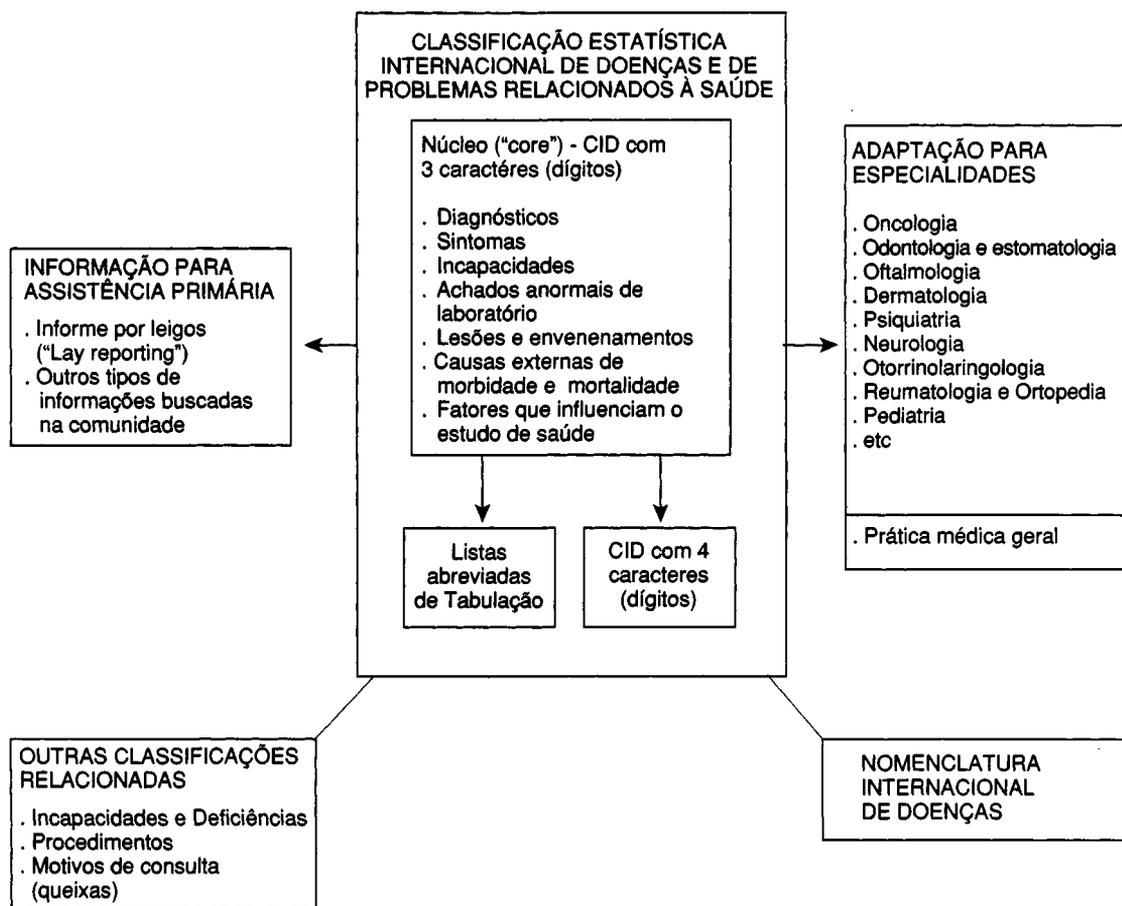


Fig. - Família de Classificações de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela para el ascenso a Profesor Titular - Mimeografado].

- BREILH, J. & GRANDA, E. Investigación de salud en la sociedad. La Paz, Bolivia, Fundación Salud y Sociedad, 1985.
- GREENWOOD, N. *Medical statistics from Graunt to Farr*. Cambridge, U.K., University Press, 1948.
- ISREL, R. A. The history of the International Classification of Diseases. [Apresentado à Conferência da OMS Para a Revisão da Classificação Internacional de Doenças, Genebra, 1989 - Mimeografado].
- LAST, J. M. *Dictionary of epidemiology*. New York, Oxford University Press, 1983.
- LAST, J. M. Nosography: conceptual, epidemiological and statistical implications. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Rockefeller Foundation & World Health Organization. Budapest, Statistical Publishing House, 1984. p. 34-48.
- LAURENTI, R. Classificação de doenças e classificação de causas de morte. *Carisma*, S. Paulo, 2(1): 17-26, 1981.
- MANUAL de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito; 8ª revisão. Washington, D.C., Organização Panamericana de Saúde, 1969. (OPAS - Publicação Científica, 190.)
- MANUAL de Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito: 9ª revisão (1975). Genebra, Organização Mundial de Saúde, 1978.
- WELLS, R. Experiences with the International Classification of Diseases and emerging problems. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Rockefeller Foundation & World Health Organization. Budapest, Statistical Publishing House, 1984. p. 18-33.
- WHITE, K. L. Introduction to health statistics for the year 2000: patients, primary care, populations and pathology. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Rockefeller Foundation & World Health Organization. Budapest, Statistical Publishing House, 1984. p. 12-7.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Conference for the tenth revision of the International Classification of Diseases; (report). Geneva, 1989. (WHO/ICD-10/Rev.Conf/89.19.Rev.1).

Recebido para publicação em 5/11/1991