

ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DOS DADOS ESTATÍSTICOS HOSPITALARES DISPONÍVEIS NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO EM 1974*

Maria Lucia Lebrão**

RSPUB9-413

LEBRÃO, M. L. *Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 12:234-49, 1978.

RESUMO: Foi analisada a fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares recebidos pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mediante uma amostra sistemática por conglomerado em etapa única, com base nas saídas de pacientes relacionados nos Boletins 101 — "Movimento de Pacientes Saídos" — foram visitados 31 hospitais de assistência hospitalar geral e examinados 7.021 prontuários de pacientes saídos durante um mês. A perda de prontuários foi em média de 19,64%. Houve concordância de dados quanto à idade, procedência, data de admissão e tipo de saída, respectivamente de 97,08%, 96,93%, 98,47% e 99,82%. Relativamente à data de saída, a discordância média foi de 7,43%, com valores de até 65,64% e 82,51% de erro, sendo analisados alguns fatores responsáveis por esses resultados. Quanto aos diagnósticos, verificou-se que há um aumento da relação de diagnósticos por paciente, na medida em que se examinam o Boletim 101 e os prontuários, e que alguns diagnósticos tais como anemias, desnutrição e verminoses apareceram inúmeras vezes nos prontuários sem a devida transcrição no Boletim 101. Em 17,51% dos casos, os diagnósticos registrados nos Boletins não concordaram com os diagnósticos dos prontuários, havendo 458 saídas (6,52%) onde o único diagnóstico registrado era um estado mórbido mal definido, tendo sido possível reduzir, mediante análise dos prontuários, esse número para 174 casos (2,48%).

UNITERMOS: Arquivos médicos. Hospitais. Formulários.

I INTRODUÇÃO

Os dados de saúde são bastante importantes para que se possa planejar os serviços de saúde e de atenção médica e para isso é necessário que sejam atuais e fidedignos para que possam dar indicadores seguros.

Em mortalidade, pelo fato de se ter a declaração de óbito obrigatória,^{1,4} conhece-se, pelo menos quantitativamente, o que representa esse evento em uma população, muito embora a qualidade desses dados deixe a desejar^{1,10}. Apesar disso, as esta-

* Resumo da Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre, 1977.

** Do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil.

tísticas de mortalidade segundo causas têm fornecido importantes subsídios para a caracterização do nível de saúde e para estudos epidemiológicos¹.

Em morbidade, ao contrário, não existe uma única fonte de onde se possa colher a informação, e sempre terá que se contar com os dados vindos de várias fontes¹⁶ que, ao serem somados e superpostos, darão uma idéia da morbidade global, que será tão mais completa quanto maior for o número de fontes de que se disponha e, também, quanto mais precisa for essa informação. Algumas das fontes geralmente utilizadas dão informações bastante incompletas, outras são difíceis e dispendiosas e outras ainda restritas a uma única doença. Uma fonte com que se pode contar por ter o registro sistemático das doenças é o hospital¹⁵. Apesar das críticas e restrições que são feitas às estatísticas hospitalares,² elas costumam, freqüentemente, ser a única fonte de dados de morbidade disponível^{2,12,16}. Um bom sistema de registro no hospital fornece dados fundamentais para a administração interna e para prestação de bom atendimento aos pacientes¹¹, além de informações para o planejamento dos serviços adequados de tratamento e estudos epidemiológicos^{7,17}.

Com relação a dados de morbidade hospitalar, no Estado de São Paulo já existe um sistema centralizado de coleta dessas informações que embora ainda bastante incompleto, permite uma análise do que está ocorrendo nesse setor; é preciso, apenas, que se complemente, atualize e aperfeiçoe esse sistema para que possa permitir o conhecimento total da morbidade hospitalar entre nós.

O prontuário hospitalar constitui a fonte principal desses dados, através das anotações feitas pelo pessoal médico e paramédico. No momento de saída do paciente internado, o médico deve transcrever o(s) diagnóstico(s) e dados importantes dessa internação para uma folha de alta ou folha-resumo. Esse prontuário é encaminhado ao Serviço de Arquivo Médico e

Estatística (SAME) do hospital, onde, entre outras finalidades, é utilizado, no Estado de São Paulo, para a elaboração de um boletim mensal (modelo 101) que, encaminhado à Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde, vai permitir a elaboração de estatísticas de morbidade hospitalar, através das saídas verificadas durante o mês.

Como já foi dito, esse sistema não está preenchendo sua função, pois, além de não conseguir dados da totalidade dos hospitais, não tem seqüência, uma vez que não produz informações que possam ser aproveitadas nas tomadas de decisão.

Além disso, como para todas as outras fontes, tanto de mortalidade como de morbidade, também em relação aos dados provenientes dos hospitais levantam-se dúvidas quanto a sua fidedignidade e precisão. Na literatura nacional encontrou-se, apenas, referência a trabalho de Yazlle Rocha¹⁸, que abordou o problema em situação restrita e diversa da aqui relatada. É válido, pois, indagar em que extensão esses dados estão corretos e em que medida as folhas-resumo e os Boletins 101 contêm todos os diagnósticos anotados no prontuário.

Tentando encontrar resposta às questões acima, foi realizado este trabalho.

2. MATERIAL E METODOS

Mediante um processo de amostragem sistemática por conglomerado em etapa única, aplicado aos Boletins CAH-101 (Movimento de Pacientes Saídos), recebidos mensalmente pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria da Saúde de São Paulo, foram sorteados e visitados 31 hospitais de assistência hospitalar geral e examinados 7.021 prontuários de pacientes saídos durante o mês de outubro. O referido Boletim contém dados referentes a número de registro do paciente, nome, idade, sexo, procedência, estado civil, data de admissão, data de saída, dias de hospitalização, tipo de saída (alta ou óbito) e diagnóstico dos pacientes egressos desses hospitais durante o mês.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de se verificar a correção desses dados, foi feita uma comparação com os prontuários dos pacientes. Os prontuários foram analisados para se verificar a correção da transcrição de variáveis referentes a:

- 1) dados de identificação: idade e procedência;
- 2) dados administrativos: data de admissão e de saída e tipo de saída; e
- 3) diagnósticos.

Além da verificação da correção da transcrição das variáveis citadas acima, os prontuários foram lidos em busca de outros diagnósticos chamados "ocultos", ou seja, resultados de exames complementares ou outras informações por vezes contidas na anamnese, exame físico e/ou anotação de evolução do caso e no relatório de enfermagem. Ao final, os diagnósticos foram codificados usando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID), 8ª Revisão¹⁴.

3.1 *Perdas de Prontuários*

Houve uma perda de prontuários durante o trabalho considerada grande, por razões as mais diversas, como falta de interesse por parte dos dirigentes dos hospitais e, também, por haver uma grande diferença entre o tratamento dado aos prontuários de pacientes do INPS e pacientes indigentes ou particulares. Enquanto os primeiros são guardados por interesse econômico (prestação de contas), os segundos, freqüentemente, não existem.

Do total de prontuários esperados — 8.737 — não foram encontrados 1.716 (19,64%), havendo nos hospitais perdas entre os extremos de 0% e 75,29% cuja distribuição é apresentada na Tabela 1.

Para efeito de amostragem, apesar da perda de 19,64% de prontuários, a precisão das estimativas continuou aceitável. No entanto, do ponto de vista do hospital, individualmente, essa perda não deveria

TABELA 1

Número e percentual de hospitais segundo a percentagem de perda de fichas de identificação e de prontuários.

Fonte informação % perda	Fichas de identificação	Prontuários
0 — 10	18 (58,06%)	10 (32,25%)
10 — 20	9 (29,03%)	8 (25,81%)
20 — 30	3 (9,68%)	6 (19,35%)
30 — 40	—	1 (3,23%)
40 — 50	1 (3,23%)	5 (16,13%)
50 — 60	—	—
60 — 70	—	—
70 — 80	—	1 (3,23%)
Total	31 (100,00%)	31 (100,00%)

ocorrer. Em estudo realizado em hospitais da Escócia, a fim de verificar a acurácia dos dados recebidos pelo órgão central, Lockwood² teve uma perda de apenas 0,2%.

Em um dos hospitais, a perda de 75,29% se deveu ao fato de que, anexo ao hospital, há um asilo de velhos, mantido pela mesma entidade, que os "interna" periodicamente no hospital, para receber a subvenção do Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções (CEAS) da Secretaria da Promoção Social do Governo do Estado de São Paulo. Nesse caso, o hospital não faz prontuários desses pacientes, somente registrando-os no livro de internações.

Por outro lado, houve sub-registro de saídas nos Boletins 101, fato que infelizmente só pode ser comprovado em dois hospitais, sendo que em um deles foi de 13,47%. Em dois outros hospitais os recém-nascidos patológicos não eram acrescentados no Boletim 101, quando deveriam sê-lo.

3.2 Dados de Identificação

Foram considerados como identificação os itens idade e procedência. Não houve preocupação quanto a número de registro ou nome do paciente pois, inúmeros hospitais tinham o arquivo ainda nominal, ou no mapa havia apenas as iniciais. A única preocupação foi saber se seria possível reaver esses prontuários, no caso de se precisar fazer um levantamento. A esse respeito, é interessante notar que, na maioria dos hospitais, se não se souber qual o mês de saída, não é possível reaver o prontuário apenas com o nome do paciente, pois não há ficha-índice e os pacientes recebem números diferentes a cada internação.

3.2.1 Idade do Paciente

Em relação a esse item, há pouco a analisar, dada a alta percentagem de concordância (97,08%). Pode-se concluir que os erros encontrados são casuais, ou devi-

dos à desatenção dos funcionários e, ocorrem, geralmente, por inversão de número no momento da datilografia, por esquecimento da especificação de dias ou meses, o que leva sempre a se considerar como "anos" e, ainda, por uso de ficha do paciente desatualizada, em caso de internações sucessivas.

3.2.2 Procedência do Paciente

A média de erro encontrada (3,07%) pode ser considerada casual, sendo dessa grandeza apenas pelo alto peso de um hospital, com 24,66% de erro que, talvez por desconhecer o significado do termo procedência, colocava todos os pacientes como procedentes da própria cidade onde se localiza o hospital. Outro hospital, por atender quase exclusivamente casos de acidentes de trabalho, anotava como procedência o local de trabalho do paciente e essa informação era passada para o Boletim 101. Nesse caso nem foi possível conferir o dado, porque não havia o endereço da residência do paciente e considerou-se como 100% correto, visto que não havia discordância entre o Boletim e o prontuário. Dessa forma, mesmo tendo uma concordância de 100%, do ponto de vista epidemiológico essa informação é falha.

No trabalho realizado na Escócia³, o erro encontrado nesse item foi da ordem de 5,21%, devendo-se fazer a ressalva, no entanto, de que naquele país a informação chega a um nível de detalhamento muito maior do que o nosso.

3.3 Dados Administrativos

3.3.1 Data de Admissão

A data de admissão tem importância na medida em que é utilizada para o cálculo do tempo de permanência. Neste trabalho, encontrou-se baixa percentagem de erro (1,53%), considerando-se o total de internações para o conjunto de hospitais estudados. A variação observada foi de 0% a

5,35%. Lockwood⁵ encontrou, com relação à mesma variável, 1,63% de incorreção, o que não difere em muito do resultado encontrado neste trabalho.

3.3.2 Data de Saída

Ao contrário da data de admissão, este item apresenta incorreção muito grande (Tabela 2). No total de prontuários vistos o erro médio encontrado foi de 7,43%, variando entre os extremos de 0% e 82,51%.

Vários fatores podem ser responsáveis por esse fato. O primeiro deles, encontrado em dois hospitais que apresentam, respectivamente, 18,83% e 82,51% de erro, consiste na saída considerada como o dia em que há alta hospitalar, e não o dia em que, verdadeiramente, o paciente desocupa o leito. É fato muito comum em nosso meio, os pacientes dependerem de acompanhantes para saírem do hospital e, às vezes, a comunicação é difícil, o que aumenta a média de permanência desses pacientes.

TABELA 2

Número e porcentagem de informações do item "data de saída" no Boletim 101, segundo hospitais e correção.

Hospitais	Informações	Total	Corretas		Incorretas	
			Nº	%	Nº	%
1		324	263	81,17	61	18,83
2		119	119	100,00	—	—
3		373	373	100,00	—	—
4		292	280	95,89	12	4,11
5		149	143	95,97	6	4,03
6		498	498	100,00	—	—
7		29	29	100,00	—	—
8		252	233	92,46	19	7,54
9		378	375	99,21	3	0,79
10		348	344	98,85	4	1,15
11		79	76	96,20	3	3,80
12		189	182	96,30	7	3,70
13		227	78	34,36	149	65,64
14		319	319	100,00	—	—
15		333	333	100,00	—	—
16		446	440	98,65	6	1,35
17		52	51	98,08	1	1,92
18		197	197	100,00	—	—
19		300	293	97,67	7	2,33
20		306	306	100,00	—	—
21		33	33	100,00	—	—
22		393	392	99,75	1	0,25
23		170	167	98,24	3	1,76
24		319	313	98,12	6	1,88
25		223	39	17,49	184	82,51
26		300	288	96,00	12	4,00
27		353	335	94,90	18	5,10
28		116	115	99,14	1	0,86
29		318	310	97,48	8	2,52
30		169	133	78,70	36	21,30
31		279	240	86,02	39	13,98
Total		7.883	7.297	92,57	586	7,43

Em outros dois hospitais, a informação de alta era totalmente forjada, para aumentar a permanência do paciente e, desta forma, aumentar o auxílio financeiro recebido do CEAS. Em um deles, acrescentava-se sistematicamente três dias às altas dos pacientes indigentes.

Dessa forma, é impossível fazer qualquer análise de média de permanência por doença e suas implicações, ou pretender usar essa informação para o planejamento de hospitais. Estar-se-ia subestimando ou superestimando a necessidade de leitos para determinada doença ou especialidade; obstetrícia, por exemplo, é o caso mais freqüente onde se tem que conhecer a média de permanência para se determinar a necessidade de leitos. A importância de se estabelecer padrões locais ou regionais de tempo de hospitalização, mais condizentes com a realidade que se vive, fica postergada diante de resultados tão discrepantes.

Lockwood⁵ encontrou um erro de 3,58%, praticamente a metade do observado aqui. No entanto, deve-se lembrar que a grande maioria dos hospitais escoceses é governamental, não tendo, por essa razão, interesse em forjar datas de saída inverídicas. Nos dois hospitais governamentais desta amostra, os erros encontrados foram menores do que 1%, na data de saída.

3.3.3 Tipo de Saída

Dado que as possibilidades eram alta e óbito, aqui se verificou quantas vezes a alta foi anotada como óbito e vice-versa, o óbito anotado como alta. Os resultados mostram que a incorreção relativa a esse item é muito pequena, em média 0,18%, provavelmente decorrente de distração dos funcionários no momento da transcrição, uma vez que não há aqui influência de fatores econômicos ou administrativos. No levantamento realizado na Escócia⁵ esse erro foi da ordem de 0,60%.

3.4 Diagnósticos

Embora por exigência do INPS o registro dos dados tenha melhorado, pois através deles se faz o pagamento pelos serviços prestados, a qualidade dos diagnósticos pareceu bastante duvidosa. Essa opinião se baseia no fato de que, em alguns hospitais, verificou-se que os diagnósticos estavam realmente fundamentados em dados clínicos e laboratoriais aparentemente fidedignos, podendo, pois, ser confiáveis, mas, em outros, não havia nenhuma anotação para comprovação do diagnóstico registrado, o que levou à sua aceitação sem margem de discussão quanto à sua autenticidade.

Por outro lado, o INPS através de sua forma de pagamento — as Unidades de Serviço — tem propiciado diagnósticos forjados e operações desnecessárias. Mello⁹ analisa este assunto e comenta pesquisa realizada em Nova York a respeito das aberrações na esfera da medicina privatizada. Esse mesmo autor, em outro trabalho⁸, mostrou esse fato, também verificado neste trabalho, no qual se encontrou inclusive um prontuário com diagnóstico de “cesariana por desproporção céfalo-pélvica” e anexo um resultado de RX relatando a ausência de desproporção, com bacia e feto de dimensões normais. Em um dos hospitais, constatou-se que dos 185 partos, 70 foram cesáreas (37,84%), e em todas as parturientes submetidas a essa cirurgia, havia sido realizado, pelo próprio hospital, um exame hematológico, série vermelha. A anemia observada, em grande parte dos casos da ordem de 70% de hemoglobina, trazia como consequência uma transfusão sangüínea, procedimento de modo algum inócuo e com indicação bastante discutível.

Em outra ocasião, segundo depoimento de médico, os diagnósticos encontrados nos prontuários do INPS atendidos por ele eram apenas para satisfazer os exigências do Instituto, sendo as informações reais guardadas em fichas particulares que ele mantinha consigo. Ainda o mesmo médico informou que freqüentemente criava sinais e/ou sintomas para justificar cirurgias, caso

contrário o INPS glosa o pagamento. Não se acredita que a atitude deste profissional seja isolada ou única, mas apenas que houve neste caso a oportunidade de se conseguir algum tipo de informação por comunicação pessoal. Dessa forma, muito mais do que verificar a correção da transcrição de informações, acredita-se ser importante verificar a correção do diagnóstico propriamente dito; e, aqui, a preocupação não ficaria apenas na qualidade da informação mas, principalmente, na qualidade da assistência médica que se sente deteriorar a cada dia. Quantos procedimentos cirúrgicos são efetuados exclusivamente por causa das "unidades de serviço" sem o menor respeito pelo paciente e a sua saúde?

3.4.1 *Diagnósticos existentes no Boletim 101 e no Prontuário*

Nas 7.021 saídas, encontraram-se 8.020 diagnósticos no Boletim 101, compreendendo uma relação de 1,14 diagnósticos por paciente (Tabela 3). Quando se verifica os prontuários, encontra-se um total de 10.227 diagnósticos, com a proporção de 1,46 diagnósticos por paciente. Isto poderia ser devido ao descaso do médico na transcrição dos diagnósticos para a folha de alta, de onde é retirada a informação, o que, se corrigido, permitiria aos escriturários a cópia de maior número de diagnósticos para o Boletim 101. Isto poderia ser ainda melhorado se esses funcionários fossem informados ou treinados, pois verificou-se, também, que eles deixaram de copiar diagnósticos constantes na folha de alta. Essa "escolha" dos diagnósticos por parte dos escriturários é totalmente arbitrária e decorre, entre outros fatores, da falta de treinamento desses funcionários no uso da Classificação Internacional de Doenças. Frequentemente diante de diagnósticos duplos como "gastrenterocolite + desidratação" eles escolheram o segundo, talvez por imaginarem ser o mais grave ou importante, desconhecendo, no entanto, que segundo as regras de codificação da CID, o diagnóstico de "desidratação" é colocado

no capítulo XVI, "Sintomas e Estados Mór-bidos Mal Definidos". Deve-se levar em conta que esses diagnósticos mal definidos (categorias 780-796 da CID), quando apresentados em uma das listas especiais, utilizadas usualmente para tabulação, são incluídos todos em um só item, exceto na lista C, que apresenta alguns desses diagnósticos separadamente. Ocorre, porém, que raramente, entre nós, esta lista é utilizada, sendo usada geralmente a lista A ou mesmo a B.

O INPS edita o 1º volume da CID³ sem conter os termos de inclusão e exclusão das diferentes categorias; esse volume é distribuído aos hospitais com os quais mantém convênio e, o fato de os funcionários tomarem contato com a Classificação sem o menor treinamento quanto ao seu uso, e desconhecendo o 2º volume da mesma, faz com que apareçam erros na codificação dos diagnósticos.

O comportamento dos hospitais, quanto à média de diagnósticos por paciente, depende de sua capacidade de fazer exames complementares e, também, de sua especialidade. Por exemplo, nos hospitais n.ºs. 1 e 7, segundo a Tabela 3, as proporções de diagnósticos por paciente praticamente não se alteraram quando vistos no Boletim e prontuário, pois, sendo essencialmente maternidade, não há, geralmente, pesquisa de qualquer outro diagnóstico durante a internação.

3.4.2 *Diagnósticos segundo a Lista A da Classificação Internacional de Doenças*

Quando se comparam os diagnósticos (segundo a Lista A da CID) existentes nos prontuários e Boletim 101, verifica-se que alguns grupos se sobressaem quanto à relação prontuário/Boletim. É o caso das verminoses (A-42 e 43) que aparecem 3,70 vezes mais; a desnutrição (A-65) 3,38; as anemias (A-67), 5,50; as infecções urinárias (A-111), 1,61; a hipertensão arterial (A-82), 2,37. Tais diagnósticos constituem, nitida-

TABELA

Número de prontuários examinados e número de diagnósticos encontrados nos Boletins 101 e prontuários e respectivas relações, segundo os hospitais.

Hospitais	(1) Total de prontuários examinados	(2) Nº diagnós- ticos no Boletim 101	(3) Relação (2)/(1)	(4) Nº diagnós- ticos no prontuário	(5) Relação (4)/(1)
1	324	324	1,00	334	1,03
2	116	118	1,02	177	1,53
3	364	425	1,17	553	1,52
4	274	278	1,01	431	1,57
5	86	98	1,14	111	1,29
6	497	557	1,12	506	1,62
7	29	30	1,03	30	1,03
8	142	147	1,04	154	1,08
9	377	382	1,01	441	1,17
10	194	244	1,26	282	1,45
11	79	81	1,03	98	1,24
12	132	157	1,19	157	1,19
13	217	258	1,18	333	1,53
14	291	320	1,10	415	1,43
15	222	264	1,19	414	1,86
16	443	554	1,25	724	1,63
17	52	68	1,31	85	1,63
18	197	209	1,06	229	1,16
19	289	302	1,04	338	1,17
20	296	378	1,28	431	1,46
21	33	33	1,00	42	1,27
22	391	603	1,54	979	2,50
23	166	187	1,13	232	1,40
24	305	362	1,19	467	1,53
25	223	223	1,00	295	1,32
26	216	262	1,21	317	1,47
27	349	371	1,06	419	1,20
28	89	98	1,10	111	1,25
29	309	349	1,13	433	1,40
30	42	47	1,12	58	1,38
31	277	291	1,05	331	1,19
Total	7.021	8.020	1,14	10.227	1,46

(3) — Relação entre o número de diagnósticos no Boletim 101 e número de prontuários.

(5) — Relação entre o número de diagnósticos no prontuário e número de prontuários

mente, um grupo de doenças que, raramente, são por si mesmas motivo de internação hospitalar acompanhando com freqüência outras doenças consideradas principais. No entanto, quanto ao diagnóstico "parto normal" (A-118), embora a diferença seja mínima, ocorreu maior número de vezes no Boletim do que nos prontuários. Isto é devido ao fato de que várias vezes esse diagnóstico, na realidade, era "falso trabalho de

parto" ou "parto complicado" (A-117). Desta maneira, foram retirados os diagnósticos "parto normal" da relação de diagnósticos dos prontuários, isto é, do grupo A-118 e acrescentados em igual número nos grupos A-117 e A-113.

É interessante notar que, em relação às meningites, há uma diferença de 25 casos no grupo A-72 (meningite) quando se comparam Boletins 101 e prontuários, diferença

essa que foi acrescida ao grupo A-19 (infecções meningocócicas) o que foi devido à especificação de "meningocócica" contida nos prontuários.

A Tabela 4 mostra os dez grupos de causas mais freqüentes, distribuídos segundo a sua posição. Esses grupos apresentam valores que constituem, respectivamente, 62,44% e 56,57% do total de diagnósticos fornecidos pelos Boletins e prontuários, demonstrando, portanto, que esses dez grupos de causas representam a maioria dos diagnósticos nas três fontes. Pela análise desta tabela, encontram-se diferenças importantes, como é o caso das anemias (A-67) que nem aparecem na lista dos diagnósticos dos Boletins 101 e ocupam o 5º posto na lista dos diagnósticos dos prontuários. De fato, esse diagnóstico apareceu 5,50 vezes mais nos prontuários, o que leva à importante conclusão de que a Secretaria da Saúde tem conhecimento de apenas 18,18% desses diagnósticos. Essas anemias, provavelmente, não foram o moti-

vo das internações mas, provocaram, no mínimo, um exame complementar e, provavelmente, uma terapêutica, com todas as atividades intermediárias, cujo custo nunca poderá ser apurado pela Secretaria da Saúde e nem mesmo pelo hospital, pois o diagnóstico não consta dos Boletins 101 e nem das folhas resumo dos prontuários. Por outro lado, se essa é uma doença às vezes simples, que exige apenas uma consulta ambulatorial e administração de medicação ferrosa, outras vezes acarreta uma internação com subsequente transfusão sanguínea.

Tanto nos Boletins, como nos prontuários, os "Sintomas e Estados Mórbidos Mal Definidos" ocupam o segundo lugar, o que é lamentável, uma vez que impede que se conheçam as verdadeiras causas dessas internações. Esse grupo só não ocupou um dos três primeiros postos, nos hospitais nº 17 (acidentes de trabalho), nº 6 (meningite) e naqueles já citados, cuja maior freqüência de internação foi por causas obstétricas. Nos demais hospitais ele oscila entre o primeiro e terceiro postos.

TABELA 4

Dez primeiros grupos de causas no Boletim 101 e nos prontuários.

Causas	Boletim 101		Prontuário	
	Número absoluto	Posto	Número absoluto	Posto
A-118 Parto sem menção de complicações	948	1º	945	1º
A-137 Sintomas e estados mórbidos mal definidos	825	2º	862	2º
A-72 Meningite	486	3º	461	7º
A-117 Outras complicações da gravidez, parto e puerpério	485	4º	538	4º
A-5 Enterite e outras doenças diarréicas	453	5º	582	3º
A-19 Infecções meningocócicas	371	6º	396	8º
A-92 Outras pneumonias	328	7º	364	9º
A-111 Outras doenças do aparelho geniturinário	289	8º	465	6º
A-93 Bronquite, enfisema e asma	213	9º	274	10º
A-115 Outros abortos, ou não especificados	188	10º	(181)	(14º)
A-67 Anemias	(86)	(18º)	473	5º
Total	4.586	(62,44%)	5.360	(56,57%)

Outro aspecto importante relativo às causas, e que merece ser comentado, refere-se aos Acidentes, Envenenamentos e Violências (seção N-XVII da CID). Essas causas apareceram 375 vezes no Boletim, e ocorreram em verdade 450 vezes (pelos prontuários). Portanto, o valor conhecido para essas causas, em nível de Secretaria da Saúde, é 83,33% do real e, se se considerar que esses são casos de caráter emergencial, corre-se o risco de se subestimar a necessidade de leitos para o atendimento desses pacientes. Sabendo-se que uma parcela desses acidentes são do trabalho e, conhecendo-se a intenção dos órgãos governamentais de incrementar a implantação de novos polos industriais, mais uma vez essa informação será preciosa no sentido de se poder prever número de leitos adequado nessas áreas. Não se pode esquecer, também, a importância de tais dados para o estabelecimento de programas de prevenção dos acidentes.

Mesmo não constando da Tabela 4, pode-se dizer que o diagnóstico “desnutrição” (A-65) subiu da posição nº 24 nos Boletins, para o posto nº 11 nos prontuários, sendo omitido em 70,42% das vezes. É desnecessário dizer da importância do conhecimento dessa doença, como causa básica ou associada de mortalidade e/ou morbidade infantil como, aliás, já foi quantificada entre nós pela Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância.¹³

3.4.3 *Concordância dos Diagnósticos entre os Boletins e os Prontuários*

Essa tabulação foi feita considerando-se os diagnósticos registrados nos Boletins 101 e verificando-se se os mesmos estavam também registrados no prontuário. Toda vez que isso ocorria, contava-se como uma concordância e, em caso contrário, uma discordância.

Do total dos diagnósticos registrados nos Boletins 101 (8.020) como se vê na Tabela 5, houve concordância, a nível de 3º dígito ou categoria da CID, em 6.616 ou 82,49%,

variando entre 34,04% e 100%. O complemento daquele valor, isto é, 1.404 (17,51%) representa os diagnósticos existentes nos Boletins e que não tinham correspondência nos prontuários.

Isto se deveu, na maioria das vezes, à supressão da especificação do diagnóstico por parte do escritor, ao fazer a transcrição para o Boletim. Assim, encontraram-se muitas “hérnias inguinais” ou “escrotais” que foram transcritas como simplesmente “hérnias”; “cesáreas” por determinadas causas que foram transcritas como “cesáreas”. No momento da codificação, esses diagnósticos recebem números diferentes, pois pertencem a categorias diferentes na CID, ainda que dentro de um mesmo agrupamento. No hospital nº 18 quase não havia folha de alta, e as escriturárias, freqüentemente, colocavam diagnósticos condizentes com a especialidade do médico ou diagnósticos dados pelos mesmos. Exemplo: quando não havia folha de alta e o médico responsável era cardiologista, era comum escreverem “insuficiência cardíaca” ou “desidratação” para todas as crianças sem nada anotado na folha de alta.

Um fator freqüente e importante de não concordância é a letra do médico. Numerosas vezes conseguiu-se conhecer os diagnósticos, mas isto só foi possível pelo fato de se tratar de pesquisa executada por profissional médico. Assim, como decorrência, surgiram aspectos interessantes que merecem ser citados, como: “cólica por bicoze renal” que na realidade era “cólica por litíase renal”; orquiepididite que se poderia pensar ser “orquiepididite” se não fosse a paciente do sexo feminino; “psicose maniara” que se tratava de “psicose maníaca”; “cisdrome de Fuso” que se verificou ser “síndrome depressiva”; “infecção de Gerer” que era apenas “infecção há nove meses”.

O fato de os escriturários abreviarem incorretamente os termos indicativos dos diagnósticos, também pode ser lembrado como responsável por alguns erros, Exemplo disso é “gastrite aguda” (catego-

TABELA 5

Número e percentagem de diagnósticos existentes nos Boletins 101, segundo os hospitais e a concordância com os prontuários.

Hospitais	Diagnósticos	Total	Concordância		Discordância	
			Nº	%	Nº	%
1		324	304	93,83	20	6,17
2		118	70	59,32	48	40,68
3		425	351	82,59	74	17,41
4		278	188	67,63	90	32,37
5		98	77	78,57	21	21,43
6		557	515	92,46	42	7,54
7		30	30	100,00	—	—
8		147	80	54,42	67	45,58
9		382	353	92,41	29	7,59
10		244	234	95,90	10	4,10
11		81	73	90,12	8	9,88
12		157	145	92,36	12	7,64
13		258	196	75,97	62	24,03
14		320	246	76,88	74	23,12
15		264	227	85,98	37	14,02
16		554	421	75,99	133	24,01
17		68	50	73,53	18	26,47
18		209	126	60,29	83	39,71
19		302	223	73,84	79	26,16
20		378	346	91,53	32	8,47
21		33	23	69,70	10	30,30
22		603	535	88,72	68	11,28
23		187	165	88,24	22	11,76
24		362	301	83,15	61	16,85
25		223	151	67,71	72	32,29
26		262	213	81,30	49	18,70
27		371	310	83,56	61	16,44
28		98	89	90,82	9	9,18
29		349	296	84,81	53	15,19
30		47	16	34,04	31	65,96
31		291	262	90,03	29	9,97
Total		8.020	6.616	82,49	1.404	17,51

ria 535 da CID) abreviada como GECA (já adotada usualmente como abreviação de "gastrenterocolite aguda", categoria 009 do CID).

O hospital n° 30 apresentou altíssima percentagem de discordância (65,96%) tendo-se verificado, na ocasião, que a escriturária responsável não tinha nenhuma informação sobre o que transcrever para o Boletim 101, em relação ao diagnóstico. Esse mesmo hospital teve alta percentagem

de perda de prontuários e alta percentagem de erro na data de saída.

O INPS exige a codificação dos seus prontuários pela CID sem que tenha treinado o pessoal responsável pelo preenchimento dos formulários. Desta forma, muitas vezes é o médico quem codifica, diretamente, na folha-resumo, nada colocando além do código. Quando é feita a "decodificação", resultam diagnósticos residuais, tais como "outras doenças do aparelho digestivo", "cálculos de outras partes do

TABELA 6

Número e percentual de hospitais segundo a percentagem de perda de fichas de identificação

Hospitais	Total de prontuários	Boletim		Boletim e Prontuário		Redução %
		Nº	%	Nº	%	
1	324	—	—	—	—	—
2	116	5	4,31	—	—	100,00
3	364	65	17,86	22	6,04	66,15
4	274	30	10,95	10	3,65	66,67
5	86	3	3,49	—	—	100,00
6	497	3	0,60	—	—	100,00
7	29	—	—	—	—	—
8	142	13	9,15	1	0,70	92,31
9	377	12	3,18	10	2,65	16,67
10	194	20	10,31	11	5,67	45,00
11	79	28	35,44	10	12,66	64,29
12	132	9	6,82	9	6,82	—
13	217	12	5,53	8	3,69	33,33
14	291	23	7,90	7	2,41	69,57
15	222	9	4,05	1	0,45	88,89
16	443	19	4,29	4	0,90	78,95
17	52	—	—	—	—	—
18	197	24	12,18	13	6,60	45,83
19	289	20	6,92	6	2,08	70,00
20	296	17	5,74	7	2,36	58,82
21	33	10	30,30	1	3,03	90,00
22	391	4	1,02	—	—	100,00
23	166	18	10,84	12	7,23	33,33
24	305	8	2,62	1	0,33	87,50
25	223	8	3,59	—	—	100,00
26	216	13	6,02	9	4,17	30,77
27	349	8	2,29	5	1,43	37,50
28	89	8	8,99	5	5,62	37,50
29	309	64	20,71	22	7,12	65,63
30	42	3	7,14	—	—	100,00
31	277	2	0,72	—	—	100,00
Total	7.021	158	6,52	174	2,48	62,01

aparelho urinário". "outras doenças do estômago e duodeno", não explicitando o que realmente o paciente teve. Muitas vezes esses diagnósticos puderam ser especificados através do prontuário mas também ocorreu de não se conseguir nenhuma outra informação.

Muitos diagnósticos foram conseguidos através das anotações pelo pessoal de enfermagem. Exemplo muito comum foi diarreia. O diagnóstico ficaria apenas como "desidratação", com todas as conseqüências

já comentadas, não fosse a anotação das condições da criança, constando "diarreia" ou "fezes líquidas". Nota-se, claramente, que o pessoal de enfermagem, pela sua própria formação profissional, tem maior consciência da necessidade de se registrar os fatos ocorridos com os pacientes.

Como nem sempre havia o diagnóstico definitivo na folha de alta, etapa intermediária da transcrição, mas, sim o diagnóstico de entrada ou provisório, este era transcrito para o Boletim 101. Na falta de

TABELA 7

Número e percentagem de informações de *todos os itens*, segundo hospital e correção.

Hospitais	Infor- mações	Total	Correção		Incorreção	
			Nº	%	Nº	%
1		324	207	63.89	117	36.11
2		116	61	52.59	55	47.41
3		364	272	74.73	92	25.27
4		274	154	56.20	120	43.80
5		86	60	69.77	26	30.23
6		497	416	83.70	81	16.30
7		29	27	93.10	2	6.90
8		142	62	43.66	80	56.34
9		377	347	92.04	30	7.96
10		194	169	87.11	25	12.89
11		79	68	86.08	11	13.92
12		132	111	84.09	21	15.91
13		217	55	25.35	162	74.65
14		291	212	72.85	79	27.15
15		222	178	80.18	44	19.82
16		443	229	51.69	214	48.31
17		52	35	67.31	17	32.69
18		197	108	54.82	89	45.18
19		289	200	69.20	89	30.80
20		296	259	87.50	37	12.50
21		33	22	66.67	11	33.33
22		391	304	77.75	87	22.25
23		166	138	83.13	28	16.87
24		305	222	72.79	83	27.21
25		223	9	4.04	214	95.96
26		216	162	75.00	54	25.00
27		349	269	77.08	80	22.92
28		80	75	84.27	14	15.73
29		309	230	74.43	79	25.57
30		42	1	2.38	41	97.62
31		277	197	71.12	80	28.88
Total		7.021	4.859	69.21	2.162	30.79

outro dado, até mesmo sinais e/ou sintomas da anamnese do paciente eram transcritos, acarretando diagnósticos bastante diversos daqueles encontrados nos prontuários.

3.4.4 Diagnósticos Mal Definidos

Dos 7.021 prontuários, verifica-se pela Tabela 6 que havia 458 casos (6,52%), em que o único diagnóstico registrado no Boletim 101 era um sintoma ou estado

mórbido mal definido (CID — 780-796); a leitura dos prontuários permitiu melhorar esses diagnósticos, restando apenas 174 mal definidos (2,48%). Estes 174 restantes foram aqueles em que não havia nenhum dado que permitisse caracterizar a doença. Desta forma, conseguiu-se uma redução de 62,01% dos diagnósticos mal definidos, variando essa redução entre os limites de 16,67% e 100%.

Um dos hospitais chama a atenção pela alta percentagem de diagnósticos mal defi-

nidos (30,30%). Os 30,30% correspondiam ao diagnóstico de "desidratação"; entretanto, pela análise de prontuários, verificou-se, posteriormente, que se tratava de casos de intoxicação por inseticidas organo-clorados. O diagnóstico verdadeiro, neste caso, tem grande importância epidemiológica, porém, por falha de transcrição por parte do responsável que colheu apenas um diagnóstico, ele ficou oculto acarretando o seu desconhecimento pelas autoridades sanitárias.

3.4.5 *Transcrição Correta de Saída Completa*

É importante conhecer todas as características do paciente internado (sexo, idade, procedência, tempo de permanência e diagnósticos). Essa importância diz respeito não só aos aspectos administrativos como, também e, principalmente, epidemiológicos.

Epidemiologicamente interessa conhecer não apenas a distribuição dos egressos quanto ao sexo ou quanto à idade ou ainda, apenas, quanto às doenças. Ainda que tal conhecimento possa ser de alguma utilidade, principalmente no planejamento dos serviços de saúde, o importante é conhecer como as doenças se distribuem quanto ao sexo, idade, procedência, tempo de hospitalização. Isto é, é importante conhecer, para cada caso, todas as características em conjunto.

Nos Boletins 101, o que se verificou foi que os casos registrados nem sempre eram completos, entendendo-se como tal o fato de ter todas as características registradas. Além do mais e, talvez, mais importante é que eram anotados incorretamente.

De acordo com a Tabela 7, constatou-se que, apenas, 4.859 (69,21%) dos 7.021 casos examinados apresentavam corretamente todos os itens que deviam estar registrados no Boletim. Lockwood⁶ encontrou 55,3% dos seus casos inteiramente corretos. Porém, é importante lembrar que ele verificou de 16 a 22 itens, quando neste

trabalho apenas foram analisadas 6 variáveis.

Embora cada variável já tenha sido comentada separadamente, cabe chamar a atenção para os hospitais de nºs 8, 13, 25 e 30 que não tiveram, sequer, 50% dos casos transcritos no Boletim, totalmente corretos.

Considerando-se a média mensal de 120.000 saídas dos 350 hospitais que enviam informações e, o valor de 30,79% de saídas incorretas, ter-se-ia, aproximadamente, 36.000 saídas, por mês, com informações incompletas ou incorretas; sem valor, portanto, para estudos epidemiológicos e planejamento em saúde, devendo-se ter sempre presente a importância do alto custo operacional da computação desses dados.

4. CONCLUSÕES

1. A perda de prontuários na amostra estudada pode ser considerada alta — 19,64%.
2. As médias de incorreções encontradas nos dados de identificação — idade e procedência — foram pequenas (2,92% e 3,07%), assim como a incorreção na data de admissão: 1,53%.
3. A média de incorreção encontrada na data de saída foi considerada alta — 7,43%.
4. A transcrição do dado "tipo de alta" foi a que apresentou o menor erro (0,17%).
5. O número de diagnósticos registrados no Boletim difere para menor daquele existente nos prontuários. Assim, a relação diagnóstico/paciente foi 1,14 nos Boletins e 1,46 nos prontuários.
6. Dentre os diagnósticos omitidos nos Boletins 101 destacam-se: anemias, desnutrição, verminose, hipertensão e infecções urinárias.

7. É grande a proporção de diagnósticos mal definidos na maioria dos hospitais.
8. Ainda que não tivesse sido objetivo deste trabalho medir o interesse do médico pelo prontuário e o registro de dados do paciente, o "desenvolvimento" da pesquisa permitiu verificar que, de uma maneira geral, os médicos não dão a devida atenção a esses aspectos.
9. O desconhecimento do uso da Classificação Internacional de Doenças por parte dos funcionários e dos médicos leva a distorções no resultado final da transcrição dos diagnósticos.
10. Foi de, aproximadamente, 30% a proporção de pacientes saídos com algum dos itens incorreto, sendo, portanto, de 70% a fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares recebidos pela Secretaria da Saúde.

RSPUB9/413

LEBRÃO, M. L. [Accuracy analysis of the available hospital statistical data at the S. Paulo State Health Department] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 12: 234-49, 1978.

ABSTRACT: *The objective of this paper was to analyze the accuracy of hospital statistical data collected by means of the "Model 101 Report" of the S. Paulo State Health Department, Brazil. The "Model 101 Report" summarizes the data on discharged patient records and is sent monthly to the Health Department by each hospital in the State of S. Paulo. A one stage systematic cluster sampling of these data was performed. Only general care hospitals entered the sample. Thirty one hospitals with 7,021 medical records of discharged patients in a given month were reviewed. The mean loss percentage of medical records at the sample hospitals was 19.64%, reaching as high as 40.00% or more at some of them. The identifying information and personal data relating to each patient were correct in 97.08% of the cases (age data) and 96.93% of the cases (area of residence). The administrative information was correct in 98.47% of the cases (date of admission) and 99.82% of the cases (discharge status). Only the items of death or routine live discharge were checked. The date of discharge was wrong in 7.43% of the cases, as a mean, reaching as high as 65.64% and 82.51% in two of the hospitals. Some factors potentially responsible for these results were analyzed. There was an increase in the actual number of diagnoses relative to each patient after the medical records were checked. Also diagnoses such as: anemia, malnutrition and parasitosis were present many times in the medical records, without being transcribed to the discharge summary and therefore to the "Model 101 Report". In 1,404 cases (17.51%) the diagnoses on the "Model 101 Report" were erroneous. There were 458 (6.52%) discharges with an ill-defined condition as the unique diagnosis. It was possible to reduce this figure to 174 cases (2.48%) by checking the medical records. Only 69.21% of the forms were considered entirely correct, i.e., with all the items correctly and completely transcribed.*

UNITERMS: *Medical records. Hospitals. Formularies.*

LEBRÃO, M. L. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 12:234-49, 1978.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FONSECA, L. A. M. & LAURENTI, R. A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:21-9, 1974.
2. HEASMAN, H. A. *Projeto de manual sobre estatísticas hospitalares de morbidade*. Washington, D. C., Organização Panamericana de Saúde, 1963. [mimeografado]
3. INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Classificação Internacional de Doenças, revisão de 1965*. Brasília, 1970.
4. LAURENTI, R. & SILVEIRA, M. H. O registro dos fenômenos vitais e dos agravos à saúde relacionados com a população. In: Pareta, J. M. M. et al. *Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976. p. 13-31.
5. LOCKWOOD, E. Accuracy of Scottish hospital morbidity data. *Brit. J. prev. soc. Med.* 25:76-83, 1971.
6. MANUAL da Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos: 8a. revisão, 1965. Washington, D. C., Organização Panamericana de Saúde, 1969. (OPAS-Publ. cient., 190).
7. MASI, A. T. Potencial uses and limitations of hospital data in epidemiologic research. *Amer. J. publ. Hlth*, 55:658-68, 1965.
8. MELLO, C. G. de A epidemiologia da cesariana. *Rev. paul. Hosp.*, 19(3):29-34, 1971.
9. MELLO, C. G. de Assistência Obstétrica no INPS: irracionalidade e desperdício. *Rev. paul. Hosp.*, 23:436-8, 1975.
10. MILANESI, M. L. & LAURENTI, R. O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo. I — Estado atual de certificação médica de causa de óbito no distrito da capital. *Rev. Ass. méd. bras.*, 10:111-6, 1964.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, Ginebra, 1952. *3º informe*. Washington, D. C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1953 (OMS — Ser. Inf. tecn., 53).
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, Ginebra, 1956. *5º informe*. Ginebra, 1957 (Ser. Inf. tecn., 133).
13. PUFFER, R. R. & SERRANO, C. V. *Patterns of mortality in childhood*. Washington, D. C., Pan American Health Organization, 1973. (PAHO. Scient. publ., 262).
14. REGISTROS públicos; Lei nº 6015 de 31 de dezembro de 1973. Com as alterações determinadas pelas leis nº 6.140, de 28 de novembro de 1974 e 6.216, de 30 de junho de 1975. Vigência: 1º de janeiro de 1976. 5a. ed. São Paulo, Ed. Atlas, 1976. (Manuais de legislação Atlas, 8).
15. REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS, 16a., Washington, D. C., 1965. *Metodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1966. (OPAS — Publ. cient., 127).
16. SWAROOP, S. *Estadística sanitaria*. Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1964.
17. USO de información hospitalaria en investigaciones epidemiológicas y de atención médica. *Inf. esp. Div. Est. vital*, Caracas, (26) 1970.
18. YAZLLE ROCHA, J. S. Utilização dos leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 9:477-93, 1975.

Recebido para publicação em 13/09/1977

Aprovado para publicação em 25/10/1977