

Perfil nosológico do Hospital das Clínicas: a importância da qualidade da informação para o gerenciamento em saúde

Jorgete Maria Silva¹, Junia Adriano Wiesel², Mauro Andrea¹, Pedro Silveira Carneiro³

¹Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, ²Serviço de Arquivo Médico, ³Assessoria Técnica,

RESUMO

O presente trabalho relata a experiência das equipes dos Dados Médicos (SAM), Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, Departamento de Medicina Social e Assessoria Técnica do Hospital das Clínicas em relação à coleta de informações e análise dos principais diagnósticos dos pacientes que necessitaram de internação para tratamento no hospital no período de 2008 e 2009. A iniciativa deste trabalho foi a necessidade de se avaliar a qualidade da informação tendo em vista o grande impacto e a importância destes dados para a implementação de novas propostas e estratégias administrativas para a instituição. Foi usado, como instrumento de busca dos diagnósticos de internação, a folha de alta de cada paciente para os períodos analisados e iniciado uma sistemática de avaliação da codificação dos diagnósticos com o objetivo de homogeneizar o procedimento de classificação desses agravos. Foi possível assim corrigir o banco de dados de diagnósticos do ano de 2009 para a elaboração do Perfil Nosológico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e avaliar o ganho na qualidade de informação a partir dessa correção. A análise dos dados após a correção das notificações não deixou dúvidas quanto à melhoria na qualidade de informação. Observando os anos de 2008 e 2009, constatamos uma mudança importante nos diagnósticos do capítulo XXI (contatos com serviço de saúde) que em 2008 ocupa o segundo lugar em frequência e em 2009 cai para o 17º lugar. Isso é importante, pois os códigos do Cap. XXI são genéricos e pouco informativos, só devendo ser usado na ausência de diagnóstico.

Introdução

Assim como em qualquer outra organização, no hospital a informação representa um patrimônio, algo de valor, da qual se pode tirar muito proveito. Para esse fim, ela deve se configurar em um conjunto de dados organizados e classificados que traduzem as atividades ao longo do tempo (tabela 1). A informação bem colhida agrega valor a uma instituição que tem como lema o ensino, a pesquisa e a assistência. Assim, se para o ensino e a pesquisa ela revela a memória, para a assistência ela qualifica os serviços prestados. Permite também a avaliação do gestor quanto ao cumprimento do planejamento proposto (impacto, efe-

tividade das ações, alteração nos indicadores gerais). A revisão sistemática dos dados médicos contribui para a discussão da aplicação de recursos médicos hospitalares, seu redimensionamento baseado nas necessidades reais de demanda e atendimento. É um importante recurso para subsidiar o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação das ações para o gerenciamento das atividades de atendimento. Quando toda demanda de hospitalização é atendida, configura ao longo dos anos um padrão ou perfil, não aleatório, que reflete simultaneamente os problemas de saúde prevalentes na coletividade e a política assistencial dominante nos serviços (YAZLLE ROCHA, 1977, 1980). As estatísticas de morbidade

Tabela 1

Proporção de Altas hospitalares segundo os capítulos da CID-10 referidos no diagnóstico principal, **(Campus e UE)**, HCFMRP, 2000-2009*

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,7	5,5	4,8	4,5	4,5	4,3	3,8	3,5	3,4	3,9
II Neoplasias (tumores)	8,4	8,4	8,7	10,2	10,4	10,6	11,1	11,3	12,1	14,8
III Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	1,8	1,7	1,4	1,7	1,9	1,3	1,3	1,2	1,4	1,4
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,7	2,5	2,7	2,5	2,5	2,8	2,7	2,9	2,7	3,3
V Transtornos mentais e comportamentais	3,7	4,4	4,3	5,0	5,6	4,9	5,4	5,3	4,2	4,3
VI Doenças do sistema nervoso	6,8	6,0	5,2	6,0	6,1	6,7	6,6	6,1	5,5	6,7
VII Doenças do olho e anexos	2,8	2,0	1,9	2,0	1,7	2,0	1,2	1,4	1,6	1,8
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,9	0,9	0,9	0,9	0,7	1,0	0,7	0,9	0,9	1,0
IX Doenças do aparelho circulatório	10,5	10,8	10,6	9,9	10,1	10,1	9,5	9,2	8,5	10,1
X Doenças do aparelho respiratório	7,2	6,5	6,7	6,4	6,7	6,1	5,7	5,6	5,5	5,5
XI Doenças do aparelho digestivo	7,6	8,6	8,1	7,5	7,2	7,5	7,4	7,2	7,2	8,2
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,1	1,2	1,2	1,4	1,3	1,1	1,1	1,3	1,4	1,5
XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5,7	5,4	4,6	4,9	4,7	4,7	5,1	5,3	4,8	6,6
XIV Doenças do aparelho geniturinário	5,3	5,9	5,8	5,5	5,4	5,9	6,2	6,0	5,9	7,0
XV Gravidez parto e puerperio	8,6	7,9	8,4	8,3	8,3	7,6	7,4	7,8	7,9	7,4
XVI Algumas afec originadas no período perinatal	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5
XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,4	2,4	2,7	3,0	2,5	2,8	3,0	2,9	2,9	3,2
XVIII Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	1,1	1,1	1,4	1,5	1,6	1,7	3,2	3,2	3,1	0,3
XIX Lesões enven e alg out conseq causas externas	10,6	10,9	12,2	11,4	10,6	10,6	10,1	10,0	9,9	11,3
XXI Contatos com serviços de saúde	6,5	7,4	7,9	7,0	7,6	7,4	7,9	8,5	10,6*	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*os dados de 2008 estão incluídos os atendimentos de todos os RN (00d) no cap. XXI

apresentam diferentes níveis de confiabilidade, e a morbidade hospitalar goza de maior credibilidade do que a ambulatorial porque geralmente é baseada em assistência com maiores recursos diagnósticos, tem um seguimento de tratamento mais acurado, detalhado, o que possibilita uma idéia mais real e concreta dos problemas de saúde para determinada população em um período de tempo estabelecido. Também é verdadeiro que os casos que se limitam a assistência ambulatorial são, em sua grande maioria, mais simples de diagnóstico e tratamento. São plenos os motivos para se investir na coleta de informações com qualidade quando se pensa na conveniência que se há de seguir. Por este motivo, o Departamento de Medicina Social, o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e o SAME (Serviço de Arquivo Médico) iniciaram uma sistemática de avaliação dos dados médicos e, em decorrência desta avaliação, organizaram um treinamento dos servidores com o objetivo de homogeneizar o procedimento de classificação dos agravos anotados na lista de problemas dos prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Este treinamento motivou a equipe do SAME a iniciar um trabalho de redigitação das fichas de 2009, tendo em vista os novos conceitos aprendidos e a conscientização da importância destes dados para o perfil nosológico do hospital.

Justificativa

"A Classificação Internacional de Doenças (CID) existe desde o ano de 1893, seu nome completo é Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Tem um código alfanumérico, que permite a análise sistemática, a interpretação e a comparação dos dados de morbidade coletados nos diferentes países, em diferentes épocas. Ela também é usada para traduzir diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde a partir desta codificação alfanumérica. Esta codificação facilita o arquivamento, a recuperação e análise das informações, podendo ser usada pela informática. Entre outras utilidades como ensino, pesquisa, propósitos epidemiológicos gerais bem como administrativas da saúde. Vale lembrar que os atestados médicos de óbitos são codificados pela CID" (SANTOS, 2010). Diante da complexidade e da importância do trabalho desenvolvido pelo SAME na rotina de classificação dos agrava-

vos e digitação destes dados no SIIH (Sistema Integrado de Informação Hospitalar) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, foi elaborado um treinamento com o objetivo de capacitar o codificador na definição de causa principal da internação. A constatação de que algumas patologias estavam sendo classificadas pelos sintomas e não pelo termo técnico do diagnóstico, motivou a decisão do treinamento de toda a equipe, assim como promover discussões com todos esses profissionais para melhor adequar a atividade. Participaram também deste treinamento profissionais do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, da Mater (Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto) e do Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

Objetivo

Objetivos específicos: Identificar e priorizar problemas relativos ao registro dos diagnósticos pelo CID10 dos prontuários de pacientes internados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; Avaliar e treinar o pessoal capacitado para a codificação dos prontuários; Monitorar as ações de codificação dos prontuários do HCFMRP; Permitir avaliação contínua do banco de dados do SIIH; Corrigir o banco de dados de diagnósticos para a elaboração do Perfil Nosológico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, item obrigatório do programa "Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH"

Metodologia

Em junho de 2007 o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto aderiu ao programa "COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR - CQH", com o objetivo de implantar modelo de gestão em qualidade institucional. Fazia parte deste roteiro algumas questões como a análise periódica do perfil nosológico do hospital e a comunicação das doenças de notificação compulsória. Para responder a esses quesitos a administração do hospital solicitou a colaboração do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE -HCRP). A análise do banco de dados médicos fornecida pelo SIIH apresentava grande número de registros de sinais e sintomas como causa principal de internação. A partir desta observação a equipe do NHE-HC, entrou em contato com o pessoal da Seção de Dados Médicos (responsáveis pela

codificação e digitação destas informações) para avaliar, discutir e tentar dar um encaminhamento para melhorar a qualidade desta informação. Após várias reuniões com as equipes do NHE-HC, Seção de Dados Médicos e a administração do hospital, foi proposto um treinamento de toda equipe de codificadores envolvendo servidores da Seção de Dados Médicos (Campus), Seção de Registro e Controle de Leitos da Unidade de Emergência, profissionais do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, Hospital Estadual de Ribeirão Preto e da Mater (Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto), hospital que a partir de março de 2009, passou a ser administrado pela Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência. O treinamento foi ministrado por um profissional multiplicador do Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde do Departamento de Medicina Social do HCFMRP-USP. Foi utilizado para este treinamento o Manual de Treinamento da CID10 (Classificação Internacional de Doença na décima versão) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. O treinamento teve a duração de 40 horas, ministrado para duas equipes, uma de 15 pessoas e outra de 10. O codificador recebeu instruções quanto às definições, prefixos e sufixos mais utilizados na prática médica e fizeram vários exercícios práticos para um melhor entendimento das regras de codificação. Após este treinamento a própria equipe da Seção de Dados Médicos propôs uma nova conferência das Folhas de Alta Hospitalar do ano de 2009, para servir como parâmetro comparativo entre a qualidade da informação dos dados médicos, antes e depois do treinamento. Para a execução deste trabalho a equipe contou com o apoio da Assessoria Técnica do Hospital para a realização de um mutirão. Foram revisadas todas as Fichas de Alta Hospitalar e redigitadas as informações no SIIH, refazendo-se, desta forma, o banco de dados médicos do ano de 2009 do HCFMRP.

Resultados

A análise dos dados após a correção das notificações não deixou dúvidas quanto à melhoria na qualidade de informação. Observando-se os dois gráficos, representado pelas figuras 1 e 2, representando respectivamente os anos de 2008 e 2009, podemos observar a mudança no perfil nosológico entre estes dois anos com uma queda importante nos diagnósticos do

capítulo XXI (contatos com serviço de saúde) que em 2008 ocupa o segundo lugar em frequência e em 2009 cai para o 17º lugar. Isso é importante pois os códigos do Cap. XXI são genéricos e pouco informativos, só devendo ser usado na ausência de diagnóstico, o que é muito raro nos pacientes do HCRP, com algumas exceções, como por exemplo o nascimento de RN vivo. Ao todo, foram notificadas 33.695 e 33.380 fichas de alta hospitalar para os anos de 2008 e 2009, respectivamente, mostrando que não houve diferenças significativas entre estes dois anos quanto ao número total de notificações. Na verdade acreditamos que não ocorreu um aumento no número de internações dado que também não houve um aumento importante no número de leitos oferecidos neste período (2008 e 2009). O capítulo XXI em 2009, basicamente, corresponde às notificações de atendimento a Recém Nascidos (RN), com 85% deste total. O mesmo não se observa em 2008, aonde as notificações de atendimento a RN não chegam a 50% do total de notificações no capítulo XXI. Fica claro que após a correção do banco, os demais diagnósticos notificados como sinais e sintomas foram codificados com outros diagnósticos e redistribuídos por outros capítulos, o que é mais adequado. Em três capítulos podemos observar a concordância na distribuição por ordem de frequência entre os dois anos estudados, são eles os cap. II, Neoplasias, cap.XV Gravidez, Parto e Puerpério e cap.X Doenças do Aparelho Respiratório. Esses três capítulos ocupam, respectivamente, o primeiro, o quinto e o nono lugar em 2008 e 2009. Observamos também que os demais capítulos, com exceção do cap. XXI e XXIII, não mostraram grandes diferenças quanto a sua distribuição nos dois anos, fazendo-nos crer que o excedente das notificações do capítulo XXI, após a correção do banco de dados, deve ter sido distribuído de maneira mais ou menos uniforme entre os outros capítulos sem interferir de maneira significativa na representatividade de cada um. Vale aqui ressaltar que não estamos avaliando a distribuição das notificações do mesmo ano, antes e após a correção do banco, e sim a distribuição em anos diferentes, 2008 e 2009. Mas, mesmo assim, acreditamos ser possível esta interpretação tendo em vista a representatividade da série histórica de 2000 a 2009 onde não observamos variações significativas entre os capítulos nos últimos 5 anos. O capítulo II, Neoplasias, vem apresentando aumento progressivo de notificação nos últimos 5 anos culminando com 14,8% do total de notificações para o ano de

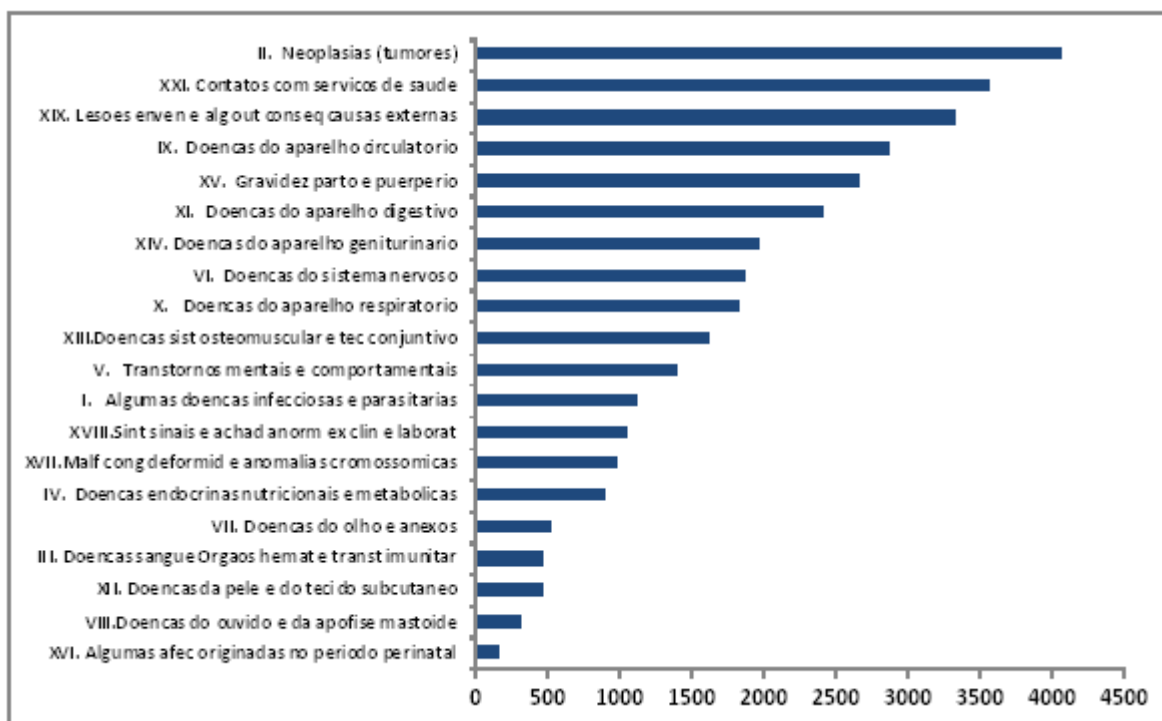


Figura 1 - Altas hospitalares segundo os capítulos da CID-10 notificadas pelo diagnóstico principal e o local de atendimento (*Campus e UE*), HCFMRP, 2008, excluídos os atendimentos ao nascimento de RN.

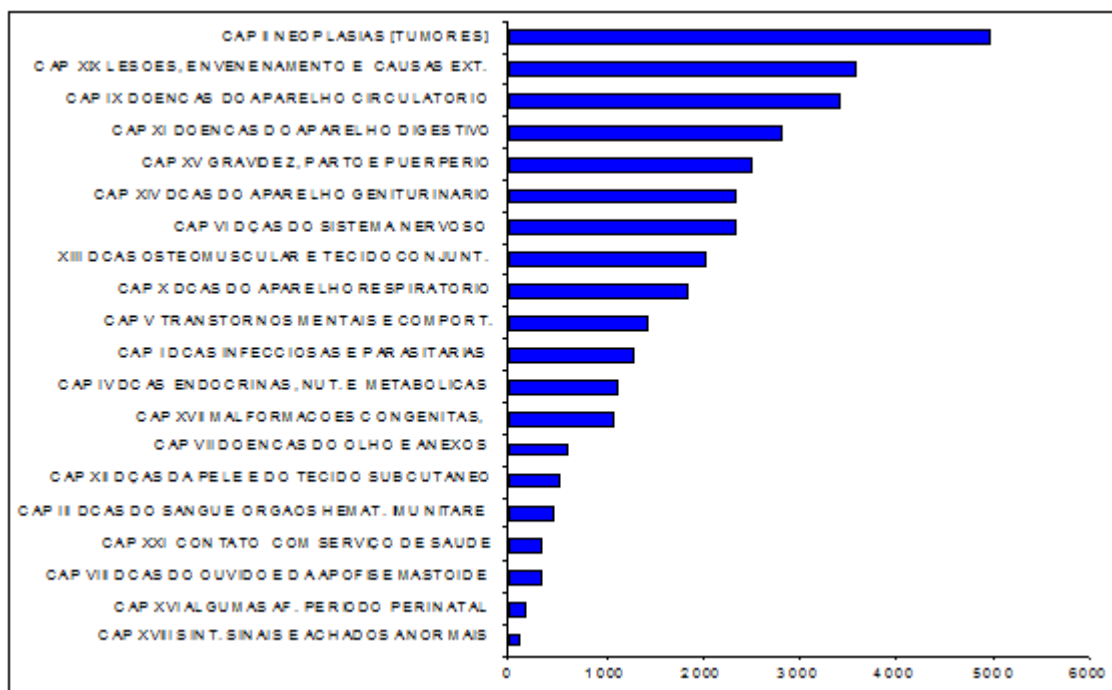


Figura 2 - Altas hospitalares segundo os capítulos da CID-10 notificadas pelo diagnóstico principal e o local de atendimento (*Campus e UE*), HCFMRP, 2009, excluídos os atendimentos a nascimento de RN.

2009. Este achado merece considerações pois se destaca como o diagnóstico principal mais freqüente nas altas hospitalares em 2008 e 2009 no HCFMRP. Acreditamos que estes pacientes, dado a complexidade, especificidade e intercorrências durante o tratamento, demandam ao hospital com uma freqüência maior que outras clínicas. Esta demanda, com certeza, implica numa série de necessidades as quais o hospital tem que fazer frente, gerando recursos não só materiais como também de pessoal e equipamentos. Outros dois capítulos que vem se destacando são os cap. IX e o XIX, que desde 2000 vem apresentando uma freqüência elevada, em torno de 10 a 12% do total de notificações do hospital. São pacientes que em sua grande maioria demandam aos serviços da Unidade de Emergência e requerem tratamento de Unidade Intensiva e Suporte a Vida. Com certeza, muitas são as interpretações que poderiam ser feitas a partir destes dados e que mereceriam maiores considerações. Independente disso pudemos notar a melhoria da qualidade da informação que dispomos. Pretendemos manter uma avaliação contínua do banco de dados hospitalar para correções importantes visando a qualidade da informação e o fornecimento de dados compatíveis e mais próximos da realidade possível para uma melhor qualidade na gestão em saúde. Gostaríamos de ressaltar que, apesar das dificuldades, foi possível ao grupo responder as questões para qualificação do hospital e aproveitamos para parabenizar a todos pelo Selo da Qualidade, adquirido em fevereiro de 2010.

Referências

- ACÚRCIO, F. A, SANTOS, M.A, FERREIRA, S.M.G. O planejamento local de Serviços de Saúde. In: MENDES, E.V. A organização da saúde no nível local. São Paulo, HUCITEC, 1998. Cap. 4, p 111-132.
- ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. de S.; SÁ, M. de C. Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no Nível Local de Saúde: análise comparada de duas experiências. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 13, n 4, Out./Dez. 1997.
- BUENO, W.S. Boletim: construindo um gestor pleno. In: MERHY, E.E. ONOCKO R. (orgs.) Agir em Saúde um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997, p.151.
- BRANCO, M.A.F. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão Municipal de Saúde : textos básicos. Rio de Janeiro; Brasil. Ministério da Saúde, 2001.163-170.
- CARVALHO, Déa Mara. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. IESUS, v(4), Out./Dez, 1997.
- CECÍLIO, L.C.O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. IN: CECÍLIO, L.C.O. (org.) Inventando a Mudança na Saúde. São Paulo, Hucitec, 1994.235-329.
- MORAES, Ilara R, S. de. Informação em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania. Hucitec, Rio de Janeiro. 1994, 172p. 11
- MENDES, E.V. et al - Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (Organizador) - Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 3ª ed., 1995.
- MENDES, E.V. - A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Organizador) - A organização da saúde no nível local. São Paulo, Ed. Hucitec, 1998.
- SANTOS, E P www.ahmg.com.br, disponível em 16 de março de 2010.
- YAZLLE ROCHA, J.S., NOGUEIRA J.L. Padrões de morbidade em assistência primária na Região de Ribeirão Preto, SP. Rev. Saúde Pública vol. 19 no.3 São Paulo June 1985

Agradecimentos

A todos os funcionários e funcionárias do setor de Dados Médicos e do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, que viabilizaram este trabalho. Ao Departamento de Medicina Social e CPDH, que contribuíram no treinamento com sua experiência.