**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Avaliação da qualidade da codificação atribuída aos
diagnósticos nas internações em um hospital de
pequeno porte no Vale do Paraíba.**

Aretha de Fátima do Amaral Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Ruy Larenti

SÃO PAULO – SP
2014

Avaliação da qualidade da codificação atribuída aos diagnósticos nas internações em um hospital de pequeno porte no Vale do Paraíba.

Aretha de Fátima do Amaral Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Ruy Lauro

SÃO PAULO – SP
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

“A todos os profissionais da Saúde que lutam por seus objetivos mesmo frente à todas as adversidades do caminho. Enfermeiros, médicos e todos aqueles que priorizam a vida e buscam em seu dia a dia exercer o melhor de sua capacidade, promovendo a saúde, o bem estar e respeitando acima de tudo o ser humano com todas as suas peculiaridades e necessidades.”

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pela oportunidade da realização do curso de mestrado.

Ao querido professor **Dr. Ruy Laurenti**, por compartilhar comigo sua imensa sabedoria, me orientar e oferecer um pouco de seu tempo concorrido, sempre doando atenção e apoio mesmo com tantas dificuldades que enfrentamos nesta jornada.

A professora **Dra. Zilda Pereira da Silva**, que me auxiliou na etapa final da elaboração desse trabalho, com muita paciência e carinho me manteve firme e não me deixou desistir, não teria conseguido prosseguir sem sua ajuda.

Ao **Dr. José Renato Schmidt**, que possibilitou a realização desta pesquisa. Aos profissionais do departamento SAME, que separaram os materiais de consulta, me acolheram em seu ambiente de trabalho e com muito carinho e respeito me ajudaram a avançar, sem vocês este trabalho não seria possível!

À minha família que foi, é, e sempre será meu maior alicerce. Meu marido **André Moutinho**, um incentivador incansável, carinhoso e sempre presente, muito obrigada.

Aos meus amigos queridos que me mantiveram sempre alegre e confiante em minha caminhada, minha querida **Angélica Chagas** que me ajudou muito durante a tabulação dos dados e aos muitos colegas que conheci durante estes anos, e que vou levar comigo como exemplos de superação e coragem, verdadeiros apaixonados pela saúde pública.

Avaliação da qualidade da codificação atribuída aos diagnósticos nas internações em um hospital de pequeno porte no Vale do Paraíba.

RESUMO

Introdução: A qualidade da informação é um assunto muito complexo, cheio de meandros pelo fato de lidar com um número extremamente grande de variáveis, por essa razão é preciso investir em sistemas de informações gerenciais, implementar o processo de mudança organizacional e capacitar as pessoas para adaptação às novas realidades. Há grande necessidade de veracidade e exatidão nos registros de saúde para embasamento de estudos epidemiológicos, desenvolvimento de políticas de saúde e estratégias de prevenção e promoção da saúde. Dados incorretos trazem prejuízos do planejamento à execução da atenção. **Método:** Estudo longitudinal, qualitativo, retrospectivo para a análise da qualidade das codificações atribuídas aos 1194 diagnósticos em prontuários de clínica médica, cirúrgica e UTI de um hospital de pequeno porte no Vale do Paraíba. **Resultados:** Foram consultados 1.194 prontuários, foram identificados: 465 diagnósticos sem a codificação atribuída (38,94%). Após a correção do banco de dados, realizada por um codificador treinado, 511 das 729 (70,10%) codificações estavam adequadas, 68 (9,33%) diagnósticos continham uma codificação completamente diferente da correta, 82 (11,24%) codificações estavam apenas com a sub categoria incorreta e 68 (9,33%) continham apenas o capítulo adequado. **Conclusão:** A qualidade de informação no que diz respeito à codificação diagnóstica tem um índice de concordância de 70,10% e de discordância de 29,90%. Falhas no fluxo administrativo, o despreparo das equipes operacionais para lançar as informações adequadamente no sistema integrado do Hospital e a ausência de um profissional codificador treinado para tal atividade são pontos fracos encontrados e que podem ter contribuído para uma taxa de não preenchimento dos códigos elevada e que modificou alguns grupos de patologias ditos como principais e também a ordem de representatividade destes nos rankings epidemiológicos.

Palavras Chave: Diagnóstico, Codificação, Informação em morbidade , Qualidade da informação.

Coding quality assessment attributed to diagnoses of hospitalizations occurred in a small hospital in the Vale do Paraíba.

ABSTRACT

Introduction: The quality of information is a very complex subject, full of intricacies because dealing with an extremely large number of variables, therefore we must invest in management information systems, implement organizational change process and enable people to adapt to new realities. There is great need for truthfulness and accuracy in health records for basis of epidemiological studies, health policy development and strategies for prevention and health promotion. Incorrect data bring losses from planning to implementation of the attention. **Method:** Longitudinal study, qualitative, retrospective to examine the quality of coding assigned to 1.194 diagnoses to general medical records, surgical and ICU of a small hospital in the Vale do Paraíba. **Results:** 1.194 records were consulted, were identified: 465 diagnoses without the assigned encoding (38.94%). After the database correction, performed by a trained coder, 511 of 729 (70.10%) encodings were appropriate, 68 (9.33%) diagnoses contained a completely different coding from the correct, 82 (11.24%) encodings were only with the subcategory incorrect and 68 (9.33%) contained only the appropriate chapter. **Conclusions:** quality information with respect to the diagnostic code has a concordance rate of 70.10% and 29.90% of mismatch. Flaws in the administrative flow, the unpreparedness of the operational teams to launch the information properly in the integrated system of the Hospital and the absence of a professional coder trained for such activity are found weaknesses that may have contributed to a high non-completion rate of Codes that modified some of the main groups of diseases and also the representation of the order of epidemiological rankings.

Keywords: Diagnosis, Coding, Information on morbidity, quality of information.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	24
3.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO, LOCAL E TEMPO DE REFERÊNCIA.....	24
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	25
3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	27
4. RESULTADOS.....	29
4.1 PROCESSO DE CODIFICAÇÃO NO HOSPITAL.....	29
4.2 AVALIAÇÃO DA CODIFICAÇÃO DA CAUSA DA INTERNAÇÃO.....	31
4.3 PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO.....	34
5. DISCUSSÃO.....	44
6. CONCLUSÕES.....	57
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Internação do paciente

Anexo 2 – Formulário SIP

Anexo 3 – Formulário SIB

Anexo 4 – Capítulos CID -10

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01 - Fluxograma das Informações até o lançamento no Sistema do Hospital, que será enviado à operadora.....	30
Tabela 01: Distribuição dos prontuários segundo tipo de internação.....	31
Tabela 02 – Representatividade da ausência de codificações segundo a Clínica Médica ou Cirúrgica.....	32
Tabela 03 – Distribuição das codificações realizadas pelos médicos assistentes do Hospital e Codificações do especialista, segundo o tipo de erro ou acerto.....	32
Tabela 04 – Distribuição das codificações realizadas pelos médicos assistentes do Hospital e Codificações do especialista, segundo o tipo de erro ou acerto em Clínica Médica.....	33
Tabela 05 – Distribuição das codificações realizadas pelos médicos assistentes do Hospital e Codificações do especialista, segundo o tipo de erro ou acerto em Clínica Cirúrgica.....	34
Tabela 6: Distribuição das codificações atribuídas pelo médico assistente do Hospital e as atribuídas pela especialista, ranking de representatividade.....	36
Tabela 7: Distribuição das internações que não haviam sido codificadas pelos médicos do Hospital, resgatadas após a codificação do especialista.....	37
Tabela 8: Principais capítulos da CID -10 em Clínica Médica, segundo a codificação do Hospital.....	38

Tabela 9: Principais Capítulos da CID -10 em Clínica Médica, segundo a codificação do Especialista.....40

Tabela 10: Os principais capítulos da CID -10 em Clínica Cirúrgica, segundo a codificação do Hospital.....40

Tabela 11: Os principais capítulos da CID -10 em Clínica Cirúrgica, segundo a codificação da Codificadora Especialista.....41

Tabela 12: Os principais capítulos da CID -10 em Clínica Médica e Cirúrgica, segundo as codificações do Hospital e da Especialista.....42

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - Décima revisão
DCBV	Doenças Crônicas Cerebrovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
INAMPS	Instituto Nacional da Previdência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Resolução Normativa
SIB	Sistema de Informação de Beneficiários
SIP	Sistema de Informação de Produtos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SNCPOCH	Sistema Nacional de Controle de Pagamentos e Contas Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

1 - INTRODUÇÃO

As informações hospitalares, particularmente aquelas sobre as causas ou doenças que motivaram a internação, tem grande relevância para o planejamento, gerenciamento e pesquisa em saúde, impulsionados pelo crescente desenvolvimento de sistemas informatizados que hoje possibilitam além do armazenamento das informações o seu compartilhamento rápido e mais eficiente entre membros da equipe de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, temos a seguinte definição de sistema de informação “Um sistema de informação é definido como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde” (OMS).

O sistema de informação apresenta duas vertentes, segundo (CARVALHO et. al 2006), a primeira faz referência aos processos de coleta, estruturação e organização das informações, a segunda apresenta a forma adequada de disponibilização dessas bases de dados ao público, promovendo assim uma troca de conhecimento que possibilite fundamentar decisões e estratégias.

Para possibilitar toda a análise e elaboração de estratégias em saúde, é necessário que seja feito o registro correto das informações, que segundo NOVAES (1998), é tarefa e dever diário de todos os profissionais que atuam em serviços de saúde. A reunião dos dados fornecidos pelo paciente, responsáveis legais ou ambos e dos resultados obtidos em qualquer tipo de exame constitui o chamado prontuário médico, também denominado prontuário do paciente ou do cliente, ou mesmo registro médico.

Trata-se, portanto, de um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, mostrar a evolução da pessoa assistida e, subseqüentemente, direcionar o melhor procedimento terapêutico ou de reabilitação, além de assinalar todas as medidas

associadas, bem como a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde (NOVAES, 1998).

Nesta visão de compartilhamento de informações, ressaltando-se o conceito de qualidade dos dados, ponto de preocupação já antigo, muitos sistemas integrados foram criados para facilitar essa comunicação e a troca de conhecimento entre os órgãos públicos de saúde, processo que se iniciou a partir de 1976, quando o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social criou o Sistema Nacional de Controle de Pagamentos e Contas Hospitalares (SNCPCH), mesmo que inicialmente tenha surgido apenas com caráter administrativo, foi o ponto de partida para os avanços e novas ferramentas que surgiriam mais tarde. (BIROLIM, 2010).

Os bancos de dados relativos à saúde, sejam eles quais forem, devem ser alimentados com as informações provenientes das utilizações dos serviços de atendimento, sejam ambulatoriais, emergenciais ou de internações, portanto, para que se gere a informação os dados dos pacientes devem ser corretamente lançados no sistema, utilizando para isso uma linguagem única de codificação de doenças e agravos, a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID – 10).

Frente ao grande número de patologias e graus de complexidade, o sistema de classificação padrão aparece como forma de controle, não no sentido literal da palavra como se a mera classificação oferecesse alguma maneira de intervenção na condição de saúde do indivíduo, mas no sentido de elucidar as dúvidas que podem surgir no que tange esta variedade imensa de parâmetros. (SILVA e NETO 2002).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) é composta por 22 Capítulos, que são na verdade grandes grupos nos quais estão inseridos os códigos das patologias, por exemplo: No capítulo I – estão listadas as doenças infecciosas e parasitárias, no capítulo II - as Neoplasias e Tumores e assim por diante.

Os grandes grupos ou capítulos apenas dividem as patologias, para que se chegue a um nível de especificidade maior em relação as doenças dos pacientes são utilizadas as categorias, que são numéricas e podem chegar a 4 dígitos.

A cada doença é atribuído um código único, composto por um capítulo (letra), uma categoria com até 2 dígitos numéricos e a subcategoria com até 2 dígitos numéricos, como exemplo: Paciente com Esquistossomose, essa patologia pertence ao código geral B.65 – Esquistossomose, e é melhor detalhada quando adicionada a subcategoria ou seja B65.1 – Esquistossomose devido ao Schistosoma mansoni - Esquistossomose intestinal.

Dessa forma temos um código único que define exatamente à qual família de patologias a doença do paciente pertence e qual exatamente é sua descrição pela codificação. Assim é possível criar um banco de dados detalhado a tal ponto que se saiba não apenas a doença mas as derivações dela e os graus de complexidade nelas inerentes.

Ao classificar uma internação de um paciente diabético, por suposição, o banco de dados pode ser alimentado apenas com a informação geral: Código E-10 Diabetes Mellitus – Insulino Dependente, o que oferece uma informação limitada, pois não se sabe exatamente o que ocorreu como complicação que tenha culminado na internação / atendimento hospitalar, ou pode-se inserir no banco de dados a informação mais detalhada por meio do código completo: E-10.2 Diabetes Mellitus – Insulino Dependente com complicações renais.

Desta forma as estatísticas de saúde são capazes de nos proporcionar quadros epidemiológicos mais específicos e análises mais detalhadas, como consequência, ações de saúde melhor direcionadas, temática que também será a discutida nessa dissertação.

A codificação e a consequente classificação das doenças alimenta um vasto banco de dados que será útil para as políticas de saúde tanto privadas (Saúde Suplementar) como públicas. O estabelecimento de ações e projetos de atenção à saúde buscam nestes

bancos de dados os fundamentos necessários e a justificativa para o desenvolvimento de seus programas de promoção à saúde.

A deficiência na codificação das doenças e causas de internação gera além de uma insegurança acentuada nas equipes de trabalho, um falso perfil epidemiológico, motivado por dados erroneamente incluídos nos bancos de dados, estes painéis de saúde por sua vez, por terem sido alimentados com codificações incorretas não podem ajudar e preocupantemente podem atrapalhar, distorções que alterem as realidades epidemiológicas de regiões ou serviços de saúde são considerados erros graves que causam prejuízos em todas as etapas da atenção de saúde.

Na literatura observa-se com mais frequência estudos de confiabilidade da codificação de causa básica de morte, preenchidos na declaração de óbito. Porém, em relação a codificação das causas de internações há um número menos expressivo de trabalhos.

Alguns autores como LEBRÃO,1978; VERAS E MARTINS,1994 e MATHIAS E SOBOLL,1998 realizaram estudos importantes em relação a qualidade das informações em prontuários de internações, porém, as variáveis analisadas diferem dessa dissertação e estão baseadas em dados públicos de saúde e não privados, outro ponto de extrema relevância é exatamente esta carência de estudos de qualidade de informação na saúde suplementar, isso talvez se deva pelo limitado acesso às informações das operadoras de saúde, que muitas vezes não permitem aos pesquisadores realizar as análises documentais necessárias para o bom desenvolvimento dos estudos propostos.

Considerando a representatividade do número de pessoas que são atendidas pela rede suplementar no Brasil, podemos afirmar que a falta de estudos direcionados à este seguimento seja uma perda muito grande de informações e dados que poderiam contribuir amplamente para a melhoria dos serviços de saúde.

Na cidade onde o estudo dessa dissertação foi desenvolvido a cobertura da Saúde Suplementar chega a 25% da população. Segundo dados do IBGE, 2014, a população da cidade é de 158.864 habitantes e a cobertura da saúde suplementar alcança 39.716 pessoas (25%). (Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba, 2014).

É sabido que todos os órgãos sejam eles públicos ou privados que ofereçam assistência de saúde à população, precisam gerar bancos de dados de qualidade, com base nos quais possam ser traçados perfis epidemiológicos confiáveis e dessa forma elaborar seus planos de ação que serão corretamente direcionados por estes dados e estatísticas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem seus bancos de dados alimentados por diversas fontes de informações, para o controle de internações hospitalares, por exemplo, a fonte de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento emitido pelos gestores municipais e estaduais aos hospitais próprios, públicos ou credenciados.

Este documento contém informações relativas ao paciente (nome, sexo, data de nascimento, endereço) e à internação (hospital, data de internação, data de alta, procedimento da internação, diagnóstico principal, diagnóstico secundário, motivo da saída, realização de procedimentos especializados), bem como a descrição dos valores gastos nos procedimentos (SANCHES et. al 2005).

Para a Saúde Suplementar, os dados contidos em prontuários e que geram tais informações são igualmente importantes, pois é por meio delas que as operadoras podem nortear suas ações de saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pode entender o perfil de saúde dos usuários de cada Operadora no Brasil.

A qualidade da assistência oferecida pelas operadoras também é avaliada pela ANS, que para esse fim, implantou em 21 de setembro de 2001 o formulário padrão, “Formulário SIP” (Sistema de Informação de Produtos) que reúne informações detalhadas sobre a

utilização dos beneficiários em consultas ambulatoriais, pronto atendimento, exames e principalmente nas internações. (ANS, 2003).

Os dados de procedimentos, internações e cirurgias são armazenados em sistema informatizado por meio da inserção do código da CID-10, que deve ser atribuído ao diagnóstico, pelo médico assistente no momento do atendimento/internação, ou por funcionário treinado em Classificação de doenças pela CID-10.

A correta aplicação da CID-10, nos prontuários é, portanto, de extrema importância, vez que permite elaborar o perfil epidemiológico dos beneficiários e por meio deste, realizar o planejamento e a implantação de programas preventivos amplamente estimulados pela ANS, desde a criação da Resolução Normativa 94 (RN. 94) em 2005.

Ainda em relação à Saúde Suplementar, as informações sobre morbidade serão base para a elaboração do relatório SIP e também nortearão as operadoras na implementação de programas de atenção integral à saúde, atualmente muito estimulados pela ANS. As ações de atenção integral à saúde são um conjunto de atividades planejadas e orientadas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que podem constituir programas de saúde, e programa segundo NAVARRO (1992), *“é um conjunto de atividades dirigidas para atingir certos objetivos, com dados recursos e dentro de um período de tempo específico”*.

O órgão regulador da Saúde Suplementar, a ANS, coloca que “o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção.” (ANS, 2003).

Baseado nestes pilares a ANS, redigiu e instaurou a Resolução Normativa – 264, de 19 de agosto de 2011, para além de regular a atividade da medicina preventiva, trazer

estímulos às operadoras que as acatem. Não tornando obrigatório que sejam implementados, mas sim, oferecendo incentivos diversos àquelas que se adaptarem ao novo modelo e difundirem esta nova cultura.

Dentre muitas regras desta resolução, a de maior relevância e que traz a tona a discussão da qual tomamos parte é o artigo 7º. Que dispõe: “os programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças deverão ser estruturados pelas operadoras de acordo com as características sociodemográficas e epidemiológicas dos beneficiários”. (ANS, 2003).

Por meio desta resolução a ANS visa encaminhar as operadoras rumo à atividades focadas, não apenas ações tomadas visando os benefícios financeiros oferecidos pela Agência como parte dos incentivos à prevenção, mas ações de promoção de saúde e melhoria dos indicadores da qualidade da saúde do país. (TEIXEIRA, 2002).

O atual cenário de saúde brasileiro vem sendo marcado por mudanças diversas impulsionadas pelas transições: demográfica, epidemiológica e tecnológica, além de outros fatores inerentes à cultura do país. (CAS, 2013).

Em relação à transição demográfica, o aumento da expectativa de vida ao nascer, ao mesmo tempo que significa avanço e conquista de uma maior longevidade, representa no caso do Brasil e de muitos outros países, elevação nos custos para a manutenção da saúde da população, cuja demanda por serviços será cada vez maior e por mais tempo.

Ao somar a longevidade às Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), chega-se a um elevado e crescente custo de manutenção de saúde nas etapas finais da vida, muito acima do que deveria ser e do que pode ser suportado do ponto de vista econômico e financeiro das operadoras e também do Sistema Único de Saúde (SUS).

A longevidade, por si só, é um excelente indicador de desenvolvimento humano, porém, quando associada ao simples “viver mais” e sob a influência de elevada carga de DCNT,

cria uma condição insustentável aos sistemas de saúde em qualquer parte do mundo, e na assistência privada (Saúde Suplementar) isso não é diferente. (CAS, 2013)

Por isso podemos dizer que em relação à transição epidemiológica, a área da saúde enfrentará no século XXI a crescente prevalência das chamadas “condições crônicas” um fenômeno global que vem se desenvolvendo há décadas, a partir de alterações significativas na forma de adoecimento tanto dos indivíduos quanto das populações. Trata-se de um conjunto de doenças que se caracteriza por apresentar, de forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade, respondendo também pelo maior impacto em morbidade e ou mortalidade. (OMS).

Sob a ótica da transição epidemiológica, surgiu uma nova demanda, de doentes crônicos, que passou a representar gigantesco problema de saúde pública, sendo responsável por 58,5% da mortalidade mundial, e segundo a Organização Mundial de Saúde em 2020 cerca de 80% da carga total de doenças será por eventos crônicos, preponderando as DCNT. (ANS, 2003).

Esse panorama, portanto, transforma a gestão em saúde no Brasil em algo muito mais complexo do que em outros países, seja no âmbito público ou privado. Somam-se a esse quadro da saúde os avanços da Ciência e da Medicina, marcados pela incorporação tecnológica, frenética e acrítica, que traz conquistas fantásticas, porém, provocando uma elevação do custo em saúde sem a possibilidade de provisão de recursos e com resultados muitas vezes questionáveis, numa lógica perversa, em que os sentidos dos médicos vêm sendo substituídos pelos sensores de aparelhos.

O que chama a atenção é o fato da inserção tecnológica na área da saúde ser do tipo não substitutiva e com custo sempre crescente, tanto para o novo componente quanto por elevar simultaneamente, o custo do método anterior. (CAS, 2013)

Diante de tal panorama de saúde, os programas de prevenção são vistos atualmente como uma forma de modificar o modelo atual e ainda, possibilitar que as operadoras de saúde consigam gerir melhor o custo versus a receita, que hoje está muito desproporcional, porém, de nada adianta a operadora elaborar, implementar e medir resultados de programas preventivos sem um foco definido, ou pior, um programa que se destine a uma população muito pequena de uma patologia não significativa.

É por essa razão que a análise epidemiológica é citada na Resolução Normativa-264 em seu Artigo sétimo, tendo como obrigatoriedade este estudo epidemiológico completo para considerar válido o Programa Preventivo proposto pela Operadora. (ANS, 2003).

Apenas bancos de dados confiáveis com informações de qualidade pode conferir a segurança necessária para a tomada de decisões tanto em relação às estratégias hospitalares quanto às de medicina preventiva da operadora, que estão intimamente ligadas vez que o resultado de um afeta diretamente o outro.

2 OBJETIVO

Verificar, em um hospital de pequeno porte, pertencente à uma operadora de saúde, situado no interior do Estado de São Paulo a fidedignidade das codificações dos diagnósticos descritos nos prontuários, segundo a Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID-10).

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a qualidade das informações em relação às codificações de doenças pela CID-10.

Verificar o impacto da qualidade das codificações no contexto epidemiológico do hospital avaliado e sua operadora de saúde.

Conhecer os processos que influenciam positivamente e negativamente a qualidade da informação.

3 – MATERIAL E MÉTODOS

Para a consecução do objetivo proposto, será necessária uma abordagem qualitativa de exploração bibliográfica e documental com o intuito de reunir dados e informações disponíveis acerca das codificações atribuídas às patologias que geraram internações nas clínicas médica, cirúrgica e UTI no Hospital estudado. Serão coletados dados retrospectivos de uma amostra de prontuários em um período pré-determinado.

3.1 População do estudo, local e tempo de referência

A população estudada será aquela que utilizou o serviço de internação Clínica, Cirúrgica e UTI do Hospital estudado no período de outubro de 2013 a março de 2014, em uma amostra de 1.194 prontuários.

Trata-se de um hospital de pequeno porte, pertencente à uma Operadora de Saúde no interior de São Paulo. Esta instituição conta com 16 leitos de UTI, Centro Cirúrgico com 5 salas equipadas para cirurgias de pequeno a grande porte, atendimento de Pronto Socorro 24 horas, adulto e pediátrico além de 35 leitos de internação Clínica e Cirúrgica.

O número de prontuários analisados variou conforme o número de internações e a disponibilidade desses no departamento de Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) do hospital, alguns prontuários demoram a ser liberados pelo departamento de contas médicas e por isso não estavam disponíveis no período de coleta de dados.

Em clínica médica houve 250 internações no período avaliado, foram selecionados, aleatoriamente, 227 prontuários, 90,8% do total de prontuários desta clínica no período estudado. Em Clínica Cirúrgica houve 1.062 internações, foram selecionados, aleatoriamente, 963 prontuários, representando 90,68% do total de prontuários no período.

Em UTI houve 66 internações no período estudado e foram selecionados apenas 4 prontuários, representando 6,06% do total. Essa discrepância em relação à representatividade dos prontuários das outras duas clínicas, Médica e Cirúrgica, se deve ao fato de que os prontuários de UTI, por serem mais extensos e complexos demoram muito a serem liberados pelos departamentos de auditoria e contas médicas ao departamento SAME, no momento da coleta dos dados apenas estes 4 prontuários de UTI estavam disponíveis. Estes dados foram contabilizados no total de prontuários – 1194, porém, não analisados separadamente como o realizado em clínica médica e cirúrgica.

3.2 - Os Critérios de Inclusão:

- Prontuários de beneficiários da Operadora com plano Ativo,
- Prontuários de internações no Hospital estudado no período de outubro de 2013 a março de 2014.
- Prontuários de Internações com mais de 24 horas de permanência
- Prontuários com folha de admissão com diagnóstico descrito e/ou CID-10 atribuída.
- Prontuários já auditados e disponíveis para arquivo no departamento SAME.

3.3 - Os Critérios de Exclusão:

- Não ser beneficiário da Operadora de Saúde proprietária do Hospital,
- Não estar com o plano de saúde Ativo, por débitos, carências ou qualquer outra razão,
- Ter recebido atendimento apenas de pronto socorro ou ambulatorial,
- Internações de Hospital Dia: até 24 horas de permanência,
- Prontuários sem descrição diagnóstica e sem codificação.

3.4 Coleta e Análise dos Dados

Inicialmente foram levantadas informações sobre a atribuição das codificações pela CID-10 e do fluxo de registro destes dados no sistema informatizado da operadora, a partir de relatos das equipes que realizam estes procedimentos.

Os dados foram coletados por colaboradores do hospital que elaboraram um documento contendo as seguintes informações: número de registro do prontuário, tipo de clínica de internação (médica, cirúrgica ou UTI), a idade do paciente, sexo, o diagnóstico declarado pelo médico assistente e a codificação atribuída pelo médico assistente pela (CID – 10).

Os dados coletados foram armazenados em arquivo excell 2010 para análise da codificação atribuída aos diagnósticos e assim possibilitar a interpretação dos dados.

Foram consultados 227 prontuários de Internações Clínicas, 963 prontuários de Clínica Cirúrgica e 04 prontuários de internações em UTI., Totalizando 1.194 Registros

Uma segunda etapa envolveu a análise da codificação inicial relativa ao diagnóstico descrito e sua adequação em nosso banco de dados quando necessário. Esta correção foi realizada por uma funcionária aposentada do Centro Brasileiro de Codificação de Doenças – USP, (CBCD-USP) com vasta expertise em codificação e treinamento específico conferido pelo CBCD-USP para tal atividade.

Exemplo de Código CID -10: J32.2 – Sinusite Etmoidal Crônica. Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório.

J 32 . 2
 |
 Subcategoria
 |
 Categoria

A comparação entre as duas tabelas de dados, aquela atribuída pelo médico do hospital e aquela atribuída pelo especialista, foi realizada segundo o discriminado abaixo:

- 1) As duas codificações pela CID-10 iguais: Letra **A**
- 2) Codificações iguais no capítulo, na categoria e diferentes na Subcategoria:
Letra **B**
- 3) As Codificações que tenham todas as categorias diferentes mas ambas estão no mesmo Capítulo: Letra **C**
- 4) Codificações completamente diferentes receberam: Letra **D**
- 5) A ausência de codificação (Não atribuída) pelo médico assistente e codificadas pelo especialista: Letra **E**.

3.5 - Análise Estatística

Foi calculada a proporção de concordância e discordância e respectivos intervalos de confiança (IC 95%) em relação aos capítulos, categorias e subcategorias das codificações atribuídas aos diagnósticos de internações, utilizando o software estatístico STATA.

3.6 - Considerações Éticas

A presente pesquisa foi submetida à Coordenadoria de Ética em Pesquisa – COEP e considerada aprovada “AD-REFERENDUM” sob ofício: OF.COEP/80/13. Por não apresentar implicações éticas/morais por utilizar dados secundários e agrupados, nos

quais não constam informações que possam identificar os indivíduos não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 – RESULTADOS

4.1 – Processo de codificação no hospital

Todos os pacientes/clientes atendidos pelos médicos do Hospital avaliado tem seu prontuário iniciado pelo setor de atendimento ao cliente - recepção, responsável por preencher os dados pessoais do cliente e informações do plano de saúde.

Em sequência o paciente segue para o atendimento médico, momento em que tem suas queixas de saúde relacionadas e recebem o diagnóstico médico. A codificação CID-10 é atribuída pelo médico assistente e registrada em prontuário, seguem-se então as condutas e tratamentos até a alta hospitalar.

As informações referentes à internação, são inseridas no sistema por meio da Guia de Internação do Paciente (Anexo 01), procedimento realizado por auxiliares administrativos do Hospital.

Nesse momento o atendente administrativo que solicita a senha de liberação da internação/procedimentos, deve descrever exatamente os códigos dos procedimentos e das patologias relacionadas com suas devidas Codificações (CID-10) que devem ter sido atribuídas pelo médico assistente. Essas informações, ao final dos trimestres, serão encaminhadas à ANS por meio do relatório Sistema de Informações de Produto (SIP).

Quadro 01 - Fluxograma das Informações até o lançamento no Sistema do Hospital, que será enviado à operadora.

Fonte: Departamento de Qualidade do Hospital.

Conforme mostra o Quadro 01, em nenhuma etapa do processo as codificações atribuídas aos diagnósticos médicos tem a avaliação de um especialista em Classificação CID-10 e não consta no fluxograma uma programação de retorno destas fichas de atendimento/Prontuários, para o médico assistente caso o diagnóstico não esteja codificado ou se estiver ilegível.

Caso o diagnóstico não tenha sido codificado pelo médico, a orientação é para que os auxiliares administrativos, insiram a codificação Z-00, que classifica o atendimento ou a patologia, segundo a CID-10, como: exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado. No caso de ocorrerem dificuldades de entendimento pela letra do médico, de difícil leitura e entendimento, não há retorno do prontuário à clínica de origem para a correção e a orientação segue a mesma, que os auxiliares atribuam o código Z-00 ao diagnóstico descrito.

4.2 - Avaliação da codificação da causa da internação

Foram analisados 1.194 prontuários de internações em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e UTI, no período de outubro de 2013 a março de 2014, com as seguintes características: O perfil dos pacientes indica 626 pacientes do sexo feminino e 568 do sexo masculino com idade entre 0,70 a 105 anos e média de idade de 39 anos.

A tabela 01 traz a distribuição dos prontuários pelo tipo de internação e qual a sua representatividade em relação ao total de prontuários (1.194).

Tabela 01: Distribuição dos prontuários segundo tipo de internação.

Tipo de Internação	N Prontuários	%
Clínica Cirúrgica	963	80,65
Clínica Médica	227	19,01
UTI	4	0,33
Total	1194	100,00

Na tabela 02, será detalhada a representatividade da ausência de codificação em cada clínica: Médica, Cirúrgica e UTI, essa, embora não tenha número significativo integra o banco de dados e por isso é citada como parte dos dados, porém, não será analisada em detalhes como as outras duas clínicas, médica e cirúrgica.

Dentre os 1.194 prontuários consultados, 465 destes não continham a codificação pela CID-10, ou seja, o médico assistente não atribuiu uma codificação para registro em prontuário em 38,94 % do total dos casos.

Analisando por clínicas temos, a Clínica Médica com um índice de ausência de codificação de 53,30% e a Clínica Cirúrgica com um índice de 35,62% do total não codificado.

Tabela 02 – Representatividade da ausência de codificações segundo a Clínica Médica ou Cirúrgica.

Ausência de Codificação por Clínicas	Registros Ignorados	Total de Registros	%
Clínica Médica	121	227	53,30
Clínica Cirúrgica	343	963	35,62
UTI	1	4	25,00
Total	465	1194	100,00

A tabela 3 mostra que dentre os 729 diagnósticos codificados, 70,10% destas codificações eram adequadas para os diagnósticos descritos (consideramos concordância a Letra:A) e 29,90% continham algum tipo de discordância e necessitaram ser recodificadas em nosso banco de dados, procedimento que foi realizado por uma codificadora com vasta expertise e domínio em Classificação de Doenças pela CID-10, (Consideramos discordância as Letras: B, C e D).

Tabela 03 – Distribuição das codificações realizadas pelos médicos assistentes do Hospital e codificações do especialista, segundo o tipo de discordância ou concordância.

Acerto ou Tipo de Erro	N	%	IC 95%
Codificações iguais (A)	511	70,10	66,63 – 73,40
Codificações Iguais nas categorias porém diferentes na subcategoria (B)	82	11,24	9,50 – 13,77
Codificações diferentes em todas as categorias, porém, no mesmo capítulo (C)	68	9,33	10,77 – 11,68
Codificações Completamente diferentes (D)	68	9,33	10,77 – 11,68
Total	729	100,00	

Na tabela 04 é mostrada a distribuição das codificações atribuídas aos diagnósticos pelos médicos do Hospital em relação a discordância ou concordância com o especialista, especificamente em Clínica Médica, para o cálculo dessa representatividade foram excluídos os prontuários sem o código CID-10. O índice de concordância do tipo: A, foi de 55,66%, enquanto os índices de discordâncias do tipo B , C e D chegaram a: 8,49%, 11,32% e 24,53% respectivamente.

Tabela 04 – Distribuição das codificações realizadas pelos médicos assistentes do Hospital e Codificações do especialista, segundo o tipo de discordância ou concordância em Clínica Médica.

Acerto ou Tipo de Erro	N	%	C95%
Codificações iguais (A)	59	55,66	4,57 – 6,53
Codificações Iguais nas categorias porém diferentes na subcategoria (B)	09	8,49	3,96 – 15,51
Codificações diferentes em todas as categorias, porém, no mesmo capítulo (C)	12	11,32	5,99 – 18,94
Codificações Completamente diferentes (D)	26	24,53	16,69 – 33,84
Total	106	100	

A tabela 05 mostra a distribuição da discordância ou concordância das codificações atribuídas aos diagnósticos, pelos médicos do hospital, especificamente em Clínica Cirúrgica.

A concordância nestas codificações (Letra A) foi de 72,90%. As discordâncias nessa clínica chegaram a: 11,78% e 8,87% respectivamente para as Letras: B,C. A discordância total das codificações, do hospital em relação às do especialista, representada pela Letra D foi 18,08% menor em relação ao índice da mesma variável em Clínica Médica.

Tabela 05 – Distribuição das codificações realizadas pelos médicos assistentes do Hospital e Codificações do especialista, segundo o tipo de concordância ou discordância em Clínica Cirúrgica.

Acerto ou Tipo de Erro	N	%	C95%
Codificações iguais (A)	452	72,90	69,22 – 73,36
Codificações Iguais nas categorias porém diferentes na subcategoria (B)	73	11,78	9,34 – 14,58
Codificações diferentes em todas as categorias, porém, no mesmo capítulo (C)	55	8,87	6,75 – 11,39
Codificações Completamente diferentes (D)	40	6,45	4,65 – 8,68
Total	620	100	

4.3 Principais causas de internação

Na tabela 06 são elencadas as patologias de acordo com a representatividade de cada uma delas em relação ao total codificado. Como na amostra do Hospital o total de prontuários cujos diagnósticos receberam uma codificação pelo médico assistente é de 729, o percentual de representatividade das codificações foi calculado com este valor como base. Já a codificação do especialista pode ser calculada com base nos 1.194 diagnósticos, vez que esta atribuiu um código a cada diagnóstico descrito.

Segundo o quadro comparativo, alguns grupos de patologias assumiram papéis de maior significado após a codificação do especialista, proveniente tanto da readequação de códigos como pela codificação daqueles 465 diagnósticos que não haviam sido codificados pelo Hospital.

Os dados do Hospital segundo a tabela 06 indicavam o Capítulo (XIII) Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo como principal causa de internação, com a codificação do especialista o primeiro grupo de causa passou a ser o Capítulo (XIV) Doenças do Aparelho Geniturinário.

Alguns capítulos tiveram, após a codificação do especialista , maior representatividade como por exemplo os capítulos X-Doenças do Aparelho Respiratório que segundo o Hospital representava apenas 3,15% das causas de internação e após a codificação pelo especialista passou a representar 8,29% das causas, ou ainda o capítulo II – Neoplasias que segundo a codificação do Hospital representava 5,76% das causas e passou a representar 7,29% após a codificação do especialista.

Alguns grupos ao contrário tiveram diminuição de sua representatividade, com por exemplo os 10 casos codificados pelo Hospital como pertencentes ao Capítulo III – Sangue e órgãos Hematopoiéticos, representavam 1,37% das causas de internação e após a codificação pelo especialista, todos os casos foram realocados em outros grupos de patologias deixando este capítulo com 0% de representatividade no período analisado

Tabela 6: Distribuição das codificações atribuídas pelo médico assistente do Hospital e as atribuídas pela especialista, ranking de representatividade.

Capítulo da CID-10	Hospital	%	Especialista	%
Capítulo (I) Infecções e Parasitárias	5	0,68	23	1,93
Capítulo (II) Neoplasias	42	5,76	87	7,29
Capítulo (III) Sangue e órgãos hematopoiéticos	10	1,37	0	0
Capítulo (IV) Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	20	2,74	29	2,43
Capítulo (V) Transtornos mentais	0	0	1	0,08
Capítulo (VI) Doenças do Sistema Nervoso	30	4,11	40	3,35
Capítulo (VII) Doenças olhos e anexos	81	11,12	122	10,22
Capítulo (VIII) Doenças ouvido e apófise mastoide	1	0,14	9	0,75
Capítulo (IX) Doenças Ap. circulatório	70	9,60	95	7,96
Capítulo (X) Doenças Ap. Respiratório	23	3,15	99	8,29
Capítulo (XI) Doenças Ap. Digestivo	80	10,97	170	14,24
Capítulo (XII) Pele e tecido celular subcutâneo	8	1,10	32	2,68
Capítulo (XIII) Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	100	13,72	114	9,55
Capítulo (XIV) Doenças Ap. geniturinário	98	13,44	188	15,75
Capítulo (XV) Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0
Capítulo (XVI) Afecções Perinatais	0	0	0	0
Capítulo (XVII) Malformações congênitas	1	0,14	10	0,84
Capítulo (XVIII) Sintomas Sinais e achados anormais de laboratório	80	10,98	86	7,20
Capítulo (XIX) Lesões, envenenamento, e outras consequências de causas externas	66	9,06	75	6,28
Capítulo (XX) Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0
Capítulo (XXI) Fatores que Influenciam o estado de saúde - maldefinidas	14	1,92	14	1,17
Total	729	100	1194	100

Na tabela 07 estão elencadas as patologias de acordo com a representatividade de cada uma delas em relação ao total não codificado anteriormente. Foram identificadas 465

patologias sem atribuição da codificação pelos médicos do Hospital, essas, foram codificadas pelo especialista gerando um novo panorama de saúde se somadas às já codificadas anteriormente.

Tabela 7: Distribuição das internações que não haviam sido codificadas pelos médicos do Hospital, resgatadas após a codificação do especialista.

Capítulo da CID-10	N	%
Capítulo (I) Infecções e Parasitárias	3	0,65
Capítulo (II) Neoplasias	34	7,32
Capítulo (III) Sangue e órgãos hematopoiéticos	0	0
Capítulo (IV) Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	8	1,72
Capítulos (V) Transtornos mentais	1	0,22
Capítulo (VI) Doenças do Sistema Nervoso	11	2,36
Capítulo (VII) Doenças olhos e anexos	42	9,04
Capítulo (VIII) Doenças ouvido e apófise mastoide	7	1,50
Capítulo (IX) Doenças Ap. circulatório	23	4,94
Capítulo (X) Doenças Ap. Respiratório	61	13,12
Capítulo (XI) Doenças Ap. Digestivo	87	18,71
Capítulo (XII) Pele e tecido celular subcutâneo	26	5,59
Capítulo (XIII) Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	11	2,36
Capítulo (XIV) Doenças Ap. geniturinário	93	20,00
Capítulo (XV) Gravidez parto e puerpério	0	0
Capítulo (XVI) Afecções Perinatais	0	0
Capítulo (XVII) Malformações congênitas	8	1,72
Capítulo (XVIII) Sintomas Sinais e achados anormais de laboratório	21	4,52
Capítulo (XIX) Lesões, envenenamento, e outras consequências de causas externas	18	3,87
Capítulo (XX) Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0
Capítulo (XXI) Fatores que Influenciam o estado de saúde - maldefinidas	11	2,36
Total	465	100

Na tabela 08 são destacados os 05 capítulos da CID-10 mais frequentes em Clínica Médica segundo a codificação dos médicos do Hospital. Nessa tabela foram considerados apenas os 108 registros com codificação.

Pela codificação do Hospital o capítulo da CID-10 com maior representatividade em Clínica Médica é o Capítulo XVIII – Sinais sintomas e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, não classificados em outra parte, somando 54 diagnósticos.

Foi detectado ainda que dos 227 prontuários de Clínica médica, em 53,30% não havia codificações atribuídas pelos médicos do Hospital, apenas a sigla N/C, ou seja, “Nada Consta”, nestes casos o médico assistente descreveu o diagnóstico, porém, não realizou a sua codificação.

Tabela 8: Principais capítulos da CID -10 em Clínica Médica, segundo a codificação do Hospital.

Capítulo da CID-10	Núm. Absoluto de diagnósticos	%
Capítulo (XVIII)	54	50,00
Capítulo (XI)	11	10,18
Capítulo (IX)	8	7,41
Capítulo (X)	8	7,41
Capítulos (III)	4	3,70
Capítulo (IV)	4	3,70
Capítulo (XIX)	4	3,70
Capítulo (XXI)	4	3,70
Subtotal	97	89,81
Demais patologias	11	10,19
Total	108	100,00

A tabela 9 mostra os 5 principais capítulos segundo a codificação do especialista, em Clínica Médica. Os três primeiros capítulos mantem-se inalterados, em relação à

codificação do hospital, porém surgem dois novos capítulos como principais: XIV-Doenças do Aparelho Geniturinário e I-Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias, que não foram relacionadas como principais pelo perfil epidemiológico gerado pelo Hospital e representaram 9,25% e 4,84% respectivamente com a codificação do especialista.

O ranking de acordo com a codificação do Especialista em CID-10 apontou o Capítulo XVIII – Sinais Sintomas e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, não classificados em outra parte, ainda muito significativo, 26% dos diagnósticos em Clínica Médica pertencem a este grupo.

Os capítulos XI-Doenças do aparelho digestivo e IX – Doenças do aparelho circulatório mantiveram-se em segundo e terceiro lugar respectivamente, porém, com uma representatividade maior após a correção, 15,42% e 11,01% respectivamente, antes da correção representavam 10,18% e 7,41% respectivamente.

O índice de não preenchimento da CID-10 pelo codificador do hospital, em Clínica, Médica chegou a 53,30%, pela codificação do especialista, estas patologias foram devidamente inseridas em seus respectivos capítulos e categorias levando o índice anterior a 0%.

Tabela 9: Principais Capítulos da CID -10 em Clínica Médica, segundo a codificação do Especialista.

Capítulo da CID-10	Número Absoluto de diagnósticos	% em Clínica Médica
Capítulo (XVIII)	59	26
Capítulo (XI)	35	15,42
Capítulo (IX)	25	11,01
Capítulo (XIV)	21	9,25
Capítulo (I)	11	4,84
Subtotal	151	66,52
Demais patologias	76	33,48
Total	227	100

Os 5 principais diagnósticos em Clínica Cirúrgica segundo a codificação do Hospital estão elencados na tabela 10.

Tabela 10: Os principais capítulos da CID -10 em Clínica Cirúrgica, segundo a codificação do Hospital.

Capítulo da CID-10	Número Absoluto de diagnósticos	% em Clínica Cirúrgica
Capítulo (XIII)	99	15,96
Capítulo (XIV)	95	15,32
Capítulo (VII)	79	8,21
Capítulo (XI)	69	7,17
Capítulo (IX)	62	6,43
Subtotal	404	41,95
Demais patologias	216	58,05
Total	620	100,00

A tabela 11 apresenta os 5 principais diagnósticos em Clínica Cirúrgica segundo a codificação do especialista. Neste panorama o capítulo apontado em primeiro lugar

passa a ser o XIII - Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo com uma representatividade de 15,96% seguido pelo capítulo XIV- Doenças do Aparelho Geniturinário que representou 15,32% dos casos.

Tabela 11: Os principais capítulos da CID -10 em Clínica Cirúrgica, segundo a codificação da Codificadora Especialista.

Capítulo da CID-10	Número Absoluto de diagnósticos	% em Clínica Cirúrgica
Capítulo (XIV)	167	17,35
Capítulo (XI)	134	13,92
Capítulo (VII)	126	13,08
Capítulo (XIII)	112	11,63
Capítulo (IX)	69	7,16
Total	608	63,14
Demais patologias	355	36,86
Total	963	100

A comparação entre os 5 Capítulos da CID-10 mais frequentes em Clínica Cirúrgica elencados pelo Hospital e os 05 elencados pela Codificadora Especialista será realizada na tabela 12, para melhor compreensão dos diferentes quadros epidemiológicos gerados por cada um dos resultados.

Tabela 12: Os principais capítulos da CID -10 em Clínica Médica, Cirúrgica e UTI, segundo as codificações do Hospital e do Especialista.

Hanking Hospital Capítulos da CID-10	Núm. Absoluto de diagnósticos Hospital	%	Hanking Codificadora Capítulos da CID-10	Núm. Absoluto de diagnósticos Especialista	%
Capítulo (XIII)	100	13,72	Capítulo (XI)	188	15,74
Capítulo (XIV)	98	13,44	Capítulo (X)	170	14,24
Capítulo (VII)	81	11,11	Capítulo (VII)	122	10,21
Capítulo(XVIII)	80	10,97	Capítulo (XIV)	114	9,55
Capítulo (XI)	80	10,97	Capítulo (XIII)	86	7,20
Subtotal	439	60,21		680	56,95
Demais patologias	290			514	
Total	729	100,00		1194	100,00

Nos grupos apontados como principais na tabela 12, temos em primeiro lugar segundo o codificador especialista, o Capítulo XI – Doenças do Aparelho Digestivo, dentre as codificações mais comuns estão as hérnias 5,69% e as Colecistites 2,34%. Em segundo o Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório com os diagnósticos mais comuns de Amigdalite e Desvio de Septo Nasal, representando 2,84% e 1,84% respectivamente.

As doenças do trato geniturinário que segundo o Hospital ocupam a segunda posição passam a ser o quarto no ranking segundo a codificação do especialista, neste grupo destacam-se os diagnósticos de Vasectomia que representou 12,70%, o Pólipo Endometrial representando também 12,70% dos diagnósticos, Cisto Ovariano, que representa 6,35% dos diagnósticos listados, juntamente com o diagnóstico de Fimose também com 6,35% e a Infecção de Trato Urinário, 4,76%, estes diagnósticos somados representam 42,86% das codificações atribuídas neste grupo, os demais são casos variados, como cálculo renal, endometriose dentre outros.

Pela codificação do Hospital o principal grupo é formado pelas patologias inseridas no Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo, dentre os principais diagnósticos estão, o Transtorno interno do joelho representando 24% das codificações desse grupo, Bursite de Ombro, 15% do grupo e Lesão de Manguito com 14% das codificações do grupo, estas 3 patologias somadas representam 53% do capítulo XIII e por isso consideradas as mais importantes do grupo. Este grupo após a correção aparece com menor representatividade, em quinto lugar.

Os 4 prontuários de internações em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) não podem ser considerados uma amostra significativa pois representam apenas 6,06% do total de prontuários de UTI no período analisado. Durante o processo de coleta de dados o departamento SAME teve acesso à um número muito restrito de documentos, apenas estes prontuários estavam disponíveis para consulta, os demais ainda encontravam-se nos departamentos de auditoria e contas médicas, o que prejudicou o levantamento dos dados referentes à este tipo de internação. Nesta amostra muito reduzida não houve porcentagem de acerto na codificação, ou seja, em 100% dos diagnósticos descritos a codificação pela CID-10 foi considerada errada.

Em dois prontuários a Codificação atribuída foi a Z-00 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, em 01 dos diagnósticos não houve atribuição de codificação pelo médico assistente e à 01 diagnóstico foi atribuída a codificação R – 11, o capítulo R – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, não classificados em outra parte, não aponta a causa ou a doença que motivou a internação, prejudicando a qualidade do banco de dados do hospital.

5 – DISCUSSÃO

A dimensão da qualidade da informação é ponto comum de análise em diversos estudos consultados e citados na construção desse trabalho, porém, a grande maioria deles é direcionada aos bancos de dados públicos e focados em dados específicos, como por exemplo mortalidade por causas externas, morbidade hospitalar por causas externas, dentre outros.

Os estudos sobre a qualidade da informação em relação à codificação diagnóstica são menos comuns e quando trata-se de saúde suplementar a variedade de trabalhos diminui drasticamente, o que reitera a importância desse estudo e suscita novos trabalhos neste setor ainda tão pouco explorado.

O preparo e o treinamento contínuo das equipes responsáveis pela produção das informações em internações hospitalares é parte essencial da cadeia da qualidade e por essa razão é extremamente relevante citar aqui o fluxo (Quadro 01) que as informações seguem até que sejam registradas no sistema informatizado do Hospital, pois assim como citado por LEBRÃO,1978 e VERAS E MARTINS,1994, a capacitação das equipes que codificam ou transcrevem as codificações no sistema e assim geram dados de saúde é parte indispensável do processo.

Segundo LEBRÃO,1978 e identificado nesta dissertação, *“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.”*

Faz-se necessário ainda esclarecer a questão da não correção e não conferência dos dados para fins de liberação de guias de atendimento. O sistema não faz correção alguma destas codificações e as equipes de auditorias, médicas e de enfermagem, também não realizam conferência daquilo que foi digitado em relação ao descrito e codificado em

prontuário, isso reitera a possibilidade de que alguns códigos atribuídos pelos médicos possam estar sendo alterados no momento da digitação por problemas de entendimento dos auxiliares administrativos relativos à letra dos médicos. Fato já citado por LEBRÃO, 1978 *“Um fator frequente e importante de não concordância é a letra do médico. Numerosas vezes conseguiu-se conhecer os diagnósticos, mas isso só foi possível pelo fato de se tratar de pesquisa executada por profissional médico”* e VERAS E MARTINS (1994) que em seu artigo relata que *“Com grande frequência, esses prontuários continham informação ilegível, incompleta e imprecisa.”*

Corroborando com os achados desta dissertação temos em, MATHIAS E SOBOLL, 1998 que citam *“A qualidade dos dados e informações registradas nos prontuários, a dificuldade em decifrar a letra do médico, a falta de treinamento e o desconhecimento por parte dos funcionários do hospital sobre as regras de codificação, terão igualmente importante impacto na qualidade da codificação”*.

Por estas e outras razões vários autores consideram o treinamento de pessoas que trabalham no processo de produção da informação como uma estratégia aplicável visando a melhoria da qualidade da informação nas internações.

MATHIAS e SOBOLL (1998) ao estudarem a confiabilidade dos diagnósticos registrados nos formulários das AIHs, concluíram que a correta seleção do diagnóstico principal ou secundário é dificultada, muitas vezes, pela baixa qualidade dos dados registrados nos prontuários, bem como pela falta de treinamento e desconhecimento das regras de codificação em internações.

A necessidade de treinamentos constantes sobre a importância da informação e o conhecimento sobre o sistema de codificação, proposto pela CID-10, para médicos e profissionais dos setores de faturamento dos hospitais é citado também por TOMIMATSU et. al. 2009.

Muitas formas de melhorar a qualidade das informações em internações podem ser buscadas e os autores ANDRADE et. al (2006), em sua avaliação de metodologia para melhorar a qualidade da informação sobre causas externas no SUS, descreveram uma proposta de intervenção baseada em etapas nos municípios de Londrina e Maringá (PR) e mesmo sendo uma pesquisa direcionada à codificação de causas externas, pode ser aplicada à todas as instituições que necessitem de uma melhor Codificação de Doenças pela CID-10 como forma de alimentar seus bancos com dados mais confiáveis.

A primeira etapa proposta teve como foco os médicos auditores dos setores de auditoria, controle e avaliação de Londrina e Maringá, com o objetivo de interferir no processo de produção da informação após atendimento pelo médico na internação hospitalar do paciente e após a codificação dos dados pelo setor de faturamento dos hospitais.

A segunda etapa teve seu foco nos profissionais médicos e também nos codificadores de internações hospitalares do SUS, com os objetivos de fazer chegar aos médicos plantonistas dos hospitais o conhecimento sobre a importância de se registrar o tipo de causa externa nos laudos médicos e, aos codificadores do setor de faturamento dos hospitais, o conhecimento sobre a importância de atribuir código correto da CID-10.

A terceira e última etapa visou capacitar os profissionais que codificam os laudos de AIH, por meio de uma estratégia de sensibilização e treinamento, para a codificação adequada, bem como sensibilizá-los para a importância de realizar uma codificação o mais específica possível. (BIROLIM, 2010).

A qualidade da informação, portanto, norteia as ações em saúde baseadas em quadros epidemiológicos, esses, de acordo com os resultados apresentados, foram reorganizados após a correção dos dados por um especialista e comparando-se o quadro gerado pela reunião das codificações atribuídas pelos médicos do hospital com aquelas atribuídas pelo especialista é notória a modificação das realidades epidemiológicas propostas.

Dentre os achados deste estudo está a descoberta de um índice elevado de ausência de codificação dos diagnósticos em internação. Não constavam códigos da CID-10 atribuídos à 465 diagnósticos descritos (38,94% do total), se considerar então que tem-se 1.194 prontuários para consulta, tem-se portanto apenas 729 prontuários cujos diagnósticos receberam uma codificação, atribuída pelo médico do hospital, e destes, 70,10 % estavam com as Codificações completamente concordantes com o especialista e 29,90% continham algum tipo de inconsistência que foram identificadas para então serem recodificadas em nosso banco de dados pelo especialista, a fim de promover as comparações e análises necessárias.

Quanto ao percentual de erros, os achados deste estudo são menos expressivos em comparação aos verificados por LEBRÃO,1978 que em sua pesquisa avaliou dados de 31 hospitais, dentre as variáveis estudadas estava a comparação entre o diagnóstico e sua codificação, cujo índice de erro variou de 6,17% a 65,96%. O índice máximo encontrado por LEBRÃO (65,96%) em alguns hospitais ultrapassou muito o encontrado neste estudo, que teve o máximo de erro de codificação de 29,90% no quadro geral.

Dentre essas inconsistências é importante salientar que o maior índice encontrado refere-se a não especificidade do diagnóstico, ou seja, a subcategoria encontrava-se divergente nas codificações dos médicos e do especialista.

Quanto a especificidade dos diagnósticos, ou seja, codificações com a subcategoria diferente, por exemplo, Hérnia Umbilical que recebeu uma codificação K.42, que faz realmente referência à este diagnóstico, porém, o correto seria a atribuição da codificação mais específica, ou seja, K42. 9 que é atribuída à Hérnia Umbilical Sem Obstrução ou Gangrena, assim os casos ficam melhor descritos e corretamente codificados, oferecendo ao sistema de informações maior detalhamento dos casos. Os médicos assistentes, por não serem treinados para a codificação dos diagnósticos obtiveram um índice de inconsistência de 11,24%.

LEBRÃO,1978 chegou a um índice de erro desta natureza de 17,51% em sua pesquisa e explica que isso se deveu na maioria das vezes, à supressão da especificação do diagnóstico por parte do escriturário, ao fazer a transcrição. *Assim, foram encontradas muitas “hérnias inguinais” ou “escrotais” que foram transcritas como simplesmente “hérnias”.*

Os códigos cuja a categoria e subcategoria encontravam-se errados (C) representaram 9,33% e a categoria de inconsistência D ou seja, códigos completamente discordantes entre o hospital e o especialista somaram também 9,33% dos casos.

A ausência de codificação não foi contabilizada como erro de pois esta não sendo atribuída é inavaliável, não podemos afirmar que se houvessem sido atribuídas estariam erradas, porém, o índice de 38,94 % de ausência de codificação é muito preocupante e merece atenção.

Dos prontuários não codificados, 53,30% pertenciam à Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica por sua vez apresentou 35,62% de seus prontuários sem o código da CID-10 atribuído aos diagnósticos descritos.

As patologias não codificadas são pertencentes a diversos grupos de doenças, porém, percebe-se uma maior concentração nos capítulos: XIV-Doenças do Aparelho Geniturinário com 93 casos, ou seja, 20% do total das doenças não codificadas pertenciam a esse grupo, o capítulo XI-Doenças do Aparelho Digestivo com 87 diagnósticos não codificados, representando 18,71% do total das patologias que não receberam código CID-10 algum pelo médico do Hospital e o capítulo X-Doenças do Aparelho Respiratório que havia deixado de ter 61 patologias codificadas e portanto estavam fora do quadro epidemiológico principal gerado pela codificação do hospital.

Considerando a elevada quantia de patologias não codificadas e principalmente esta concentração de 51,83% delas em apenas 3 grupos de patologias, podemos dizer que o

quadro epidemiológico gerado pela reunião das codificações do hospital estava subestimado e foi alterado após o resgate desses dados.

Quanto ao índice de concordância e discordância entre as codificações do Hospital e do Especialista, os resultados variam de acordo com a clínica estudada, Médica ou Cirúrgica.

Em Clínica Médica foi identificado um índice de Concordância entre as codificações (Letra: A) de 55,66%, em um total de 106 prontuários codificados. As inconsistências classificadas como: B,C e D, obtiveram os índices de 11,32%, 8,49% e 24,53%.

Já em Clínica Cirúrgica a concordância entre as codificações foi maior com um índice de 72,90%, em relação as discordâncias, B,C e D temos: 11,78% e 8,87 para B e C, muito parecidos aos índices obtidos em Clínica Médica e para a total discordância entre as codificações, Letra D, o índice foi de 18,08% que demonstra uma discreta melhora em relação ao índice obtido em Clínica Médica.

A maior incidência de concordância em codificações de Clínica Cirúrgica pode ter ocorrido devido ao foco deste hospital ser direcionado exatamente para cirurgias de pequeno e médio porte e por ser corriqueira a codificação destes procedimentos que em geral tem menor variabilidade que as patologias apresentadas em Clínica Médica.

A análise detalhada por clínicas em relação aos motivos das internações traz como principal grupo de patologias em Clínica Médica o Capítulo XVIII – Sinais Sintomas e Achados anormais como pertencentes aos principais grupos de diagnósticos, o que é preocupante pois, este grupo da CID-10 não é específico e não elucida as dúvidas quanto ao motivo da internação do paciente, sendo impossível guiar-se por ele no que diz respeito ao planejamento estratégico e de políticas específicas de saúde. Nesta clínica 50% dos prontuários receberam esse tipo de codificação.

Pelo quadro gerado com base nas codificações do especialista este capítulo XVIII ainda ocupa a primeira colocação porém caiu em representatividade, de 50% passando à apenas 26% dos diagnósticos. Achado ainda muito elevado se comparado ao relatado por MOREIRA, que citou em sua pesquisa *“destaca-se a maior participação do capítulo sintomas, sinais e achados (XVIII) 6,7% em prontuários não SUS versus 1,3% SUS)”* (MOREIRA, 2006).

Surgem então dois capítulos que não haviam sido apontados como principais pelo quadro epidemiológico do Hospital. Em substituição ao Capítulo X – Doenças do Aparelho Respiratório com 8 casos, temos o capítulo XIV – Doenças do Aparelho Geniturinário com 21 casos e em substituição aos capítulos III – Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos, IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, XIX – Lesões, envenenamentos e outras causas externas e XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, todos com 4 casos, temos o capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias com o total de 21 casos relacionados após adequação do especialista.

Conforme os diagnósticos médicos foram sendo reanalisados e recodificados os capítulos da CID-10 foram se reorganizando trazendo uma alteração nos grupos patológicos apontados como principais. Muitos grupos de patologias consideradas principais pela codificação do hospital deixaram de sê-lo, dando lugar à outros que antes haviam sido considerados menos significativos.

Em Clínica Cirúrgica as alterações mais relevantes foram em relação ao posicionamento dos grupos no ranking de representatividade. Pela codificação do Hospital, o capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, foi considerado o principal em causas de internação, após a correção realizada pelo especialista o capítulo XIV-Doenças do aparelho geniturinário passou a ser considerado o principal, este por sua vez ocupava o segundo lugar em representatividade segundo a contabilização das codificações do hospital.

Antes da recodificação e do resgate das codificações não atribuídas o quadro epidemiológico apontava em primeiro lugar o capítulo XIII-Doenças do sistema osteomuscular com 99 casos, em segundo lugar XIV-Doenças do aparelho geniturinário com 95 casos, em terceiro lugar VII-Doenças dos olhos ou anexos com 79 casos, em quarto lugar o capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo com 69 casos e em quinto lugar IX – Doenças do aparelho circulatório com 62 casos.

Após a recodificação o quadro epidemiológico passou a ser representado em primeiro lugar pelas patologias do capítulo XIV- Doenças do aparelho geniturinário com 167 casos, segundo lugar XI- Doenças do aparelho digestivo com 134 casos, terceiro lugar capítulo VII – Doenças dos olhos e anexos com 126 casos, em quarto lugar XIII-Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo com 112 casos e em quinto lugar manteve-se o capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório com 69 casos.

No Ranking Geral, que resulta da soma das codificações atribuídas aos diagnósticos das clínicas Médica, Cirúrgica e UTI, temos duas realidades, a primeira seria um quadro epidemiológico gerado pela reunião das codificações feitas pelos médicos do Hospital e um segundo quadro resultante da soma das codificações realizadas pelo especialista.

O quadro epidemiológico gerado pelos dados do Hospital apontava o Capítulo XIII-Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo como principal causa de internação com 100 códigos relacionados. Após a codificação do especialista recebeu mais 14 prontuários, 11 cuja codificação não havia sido atribuída pelos médicos do hospital, resgatados pelo especialista e outros 3 que por discordância de codificação estavam inseridos em outros grupos de patologias.

Devido a essa recodificação dos casos e a codificação dos prontuários com códigos ignorados, o ranking geral de patologias do hospital foi alterado e o grupo que passou a ser apontado como o principal foi o Capítulo XIV- Doenças do Aparelho Geniturinário, que antes da verificação tinha 98 casos e passou a ter 188 após a verificação, foram

inseridos neste capítulo 93 prontuários que antes estavam sem nenhum código atribuído aos seus diagnósticos e outros 3 casos que antes eram considerados como doenças do aparelho geniturinário foram recodificadas e adequadamente realocadas em outros capítulos.

O capítulo X - Doenças do Aparelho Respiratório que segundo o Hospital representava apenas 3,15% das causas de internação, ficando fora do quadro dos 5 grupos principais de patologias, após a codificação pelo especialista teve 15 de seus códigos reanalisados e inseridos em outros capítulos, porém, recebeu mais 61 casos que não haviam sido codificados e passou a representar 8,29% das causas, sendo assim inserido como o quinto grupo de maior representatividade no hospital substituindo o capítulo XVIII – Sintomas sinais e achados.

Houve alteração ainda entre o quarto e o segundo capítulo de maior representatividade, pela codificação do hospital tinha-se o capítulo XI- Doenças do aparelho digestivo, como o quarto em representatividade, porém, após a recodificação do especialista foram inseridos neste capítulo 87 casos que não haviam sido codificados e realocados em outros grupos 3 diagnósticos que antes haviam sido inseridos nessa categoria, desta forma o ganho de representatividade deste grupo o levou a ocupar após adequação, o segundo no ranking do hospital.

Mesmo dentre as patologias não citadas entre os grupos principais, foram identificadas reorganizações muito significativas, como o capítulo II – Neoplasias que segundo a codificação do Hospital representava apenas 5,76% das causas e passou a representar 7,29% após a codificação do especialista, neste capítulo foram inseridos 34 prontuários cujas codificações haviam sido ignoradas além de outros 11 casos cuja codificação havia sido realizada em outro capítulo e resgatados pelo especialista o que também elevou esse grupo em nível de significância para o hospital.

Outros grupos ao contrário tiveram diminuição de sua representatividade, como por exemplo os 10 casos codificados pelo Hospital como pertencentes ao Capítulo III – Sangue e órgãos Hematopoiéticos, representavam 1,37% das causas de internação e após a codificação pelo especialista, todos os casos foram realocados em outros 2 capítulos, 09 dos 10 casos foram classificados como I-Doenças Infecciosas e Parasitárias e 01 caso recodificado como pertencentes ao capítulo XIV-Doenças do aparelho Geniturinário, levando a 0 o número de internações por doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos.

Assim poderemos verificar que os resultados em relação aos panoramas epidemiológicos gerados pelas codificações do hospital e as codificações feitas pelo especialista apontam que independente do ranking por clínicas ou do ranking geral, há alteração dos grupos tanto no que diz respeito aos capítulos diagnósticos elencados como principais como alterações na ordem de importância destes dentro da instituição, achado este que já foi relatado em pesquisa semelhante por MATHIAS E SOBOLL, 1998, que constataram que: *para alguns grupos as discordâncias entre os códigos da AIH e prontuário, alteraram o percentual de representatividade de cada grupo, em relação ao total das internações e, conseqüentemente, a ordem de importância.*

Como já citado nesse trabalho, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) provê códigos para todas as doenças e permite que se façam comparações internacionais da morbidade e da mortalidade. O uso internacional de uma classificação de doenças, para codificar diagnósticos e elaborar estatísticas, permite que se façam comparações entre áreas diferentes, inclusive entre vários países. A classificação deve ser abrangente para conter todos os diagnósticos possíveis e satisfazer os locais onde a tecnologia e a atenção médica são bastante desenvolvidas como também locais sem essas características e onde os diagnósticos, algumas vezes, ainda são expressos como sintomas ou sinais. (BUCHALLA. Et.al 1996).

Se a maneira de viabilizar os estudos estatísticos e os cruzamentos de dados nos sistemas informatizados destinados para tal tarefa, dependem das informações geradas por estes

prontuários que por meio de seus diagnósticos devidamente codificados oferecem condições para análises, portanto, tomada de decisões, o impacto de informações incorretas ou inconsistentes neste sistema integrado é muito grande.

A codificação e a recodificação dos dados pelo Especialista em CID-10, modifica o quadro epidemiológico do Hospital e por consequência da Operadora, embora os resultados apresentados limitem-se a um hospital de pequeno porte, os achados tem potencial para serem extrapolados para outras unidades com as mesmas características estudadas nesta dissertação.

Ao confrontar as codificações atribuídas pelo médico assistente e pelo especialista vemos uma alteração principalmente no ranking dos grupos/capítulos da CID-10, ou seja a ordem de importância colocada pela codificação do Hospital nos faz elencar patologias ou grupos de patologias que após a correção do especialista não se mostram tão relevantes. Muitas vezes embora ambos estejam na listagem dos 05 principais grupos, deve-se ressaltar mais uma vez as normas e regulamentações da ANS, que solicita uma análise detalhada da carteira de beneficiários para que o investimento em prevenção seja adequadamente direcionado.

Seguindo então lógica da Agência Nacional da Saúde, o ranking dos capítulos ou seja, dos grupos de patologias às quais seriam destinadas as ações de medicina preventiva e promoção de saúde e mesmo os investimentos do Hospital estaria um pouco diferente, vez que o que propõe o quadro elaborado pelos dados do Hospital é divergente do que sugere o quadro pela codificação do especialista.

Estes dados são interessantes, pois demonstram que o codificador não preparado pode alterar o quadro epidemiológico de uma instituição seja pela falta da codificação dos diagnósticos ou pela atribuição errada destes.

Essas informações são base para políticas de investimentos na infraestrutura do Hospital, como também, servem de banco de dados para análises epidemiológicas detalhadas, com

cujos resultados são propostos planos de cuidado aos pacientes e ainda programas de prevenção que serão submetidos ao crivo da ANS.

Além da falta de preparo dos médicos assistentes para realizar a codificação dos diagnósticos surge ainda um outro aspecto preocupante, o fato dos colaboradores responsáveis pelo lançamento das informações no sistema de gestão do Hospital, não possuírem qualquer treinamento em codificação pela CID -10, por não saberem precisar a importância epidemiológica e administrativa destas informações podem incorrer no erro de que na ausência da codificação insiram no sistema o código da CID -10 que bem imaginarem, que segundo informações coletadas, costuma ser a CID -10 , Z – 00, que não descreve um diagnóstico e sim, exame médico geral, ou seja, não colabora epidemiologicamente com a instituição e não fornece informação fidedigna ao sistema de gestão.

A perda da informação seja por falta de atribuição de codificação pelo médico, seja pela falta de registro dos códigos no sistema é considerada grave, fato evidenciado em outros estudos como LOBATO,2008 que cita *“Adicionalmente, uma considerável perda de informação ocorre quando da codificação da AIH. Vinte e três AIHs (15,6%) codificadas no Arquivo Médico não incluíram a doença hemolítica perinatal como Diagnóstico Principal ou Diagnóstico Secundário, embora os dados do Serviço Neonatal apontassem o agravo como um dos diagnósticos”*.

A classificação Z-00 foi encontrada em 1% dos prontuários que não estavam codificados pelo médico assistente, os demais podem ter recebido qualquer outra codificação que os assistentes administrativos tenham imaginado correto atribuir.

LOBATO,2008 cita que *“A codificação das AIHs por profissionais administrativos não treinados parece ser responsável por muitos dos problemas relacionados à baixa confiabilidade dos campos diagnósticos.”*

Citemos nesta etapa um pensamento fundamental em relação à qualidade e que deve sempre servir como inspiração a todos que buscam excelência naquilo que fazem e no que representam para uma instituição, *“Tudo pode ser bem feito da primeira vez”*. Sua teoria é que a qualidade é assegurada se todos se esforçarem em fazer seu trabalho corretamente da primeira vez. (CROSBY,1989). Para ele a qualidade é responsabilidade dos trabalhadores, não considerando, no entanto, outros aspectos que afetam a qualidade como dificuldades de comunicação, falhas de treinamento dentre outros.

Na impossibilidade de se realizar um trabalho adequado na primeira vez seria importante que ao menos os prontuários sem codificação retornassem ao departamento de onde são provenientes para que o médico assistente possa realizar a codificação de forma adequada, o que não garantiria talvez 100% de confiabilidade pois como visto neste trabalho o índice de erros chega a 29,90 % nos prontuários codificados, porém, os casos de ausência completa de codificação poderiam ser eliminados.

6 – CONCLUSÕES

Os levantamentos bibliográficos bem como a análise dos dados do hospital possibilitaram a pesquisadora no desenvolver dessa dissertação, uma visualização mais ampla de todos os processos envolvidos desde a geração da informação até seu registro e posterior compartilhamento.

Nesta trajetória, percebe-se a necessidade de se utilizar estratégias que alcancem todos os colaboradores participantes do processo de produção da informação visando por meio da conscientização e capacitação a melhoria da qualidade das informações em internações. Para que isso ocorra é essencial conhecer o perfil dos codificadores que atuam no hospital, bem como avaliar os pontos nos quais podem ocorrer as falhas e quais os vieses do processo, chegando-se assim a conhecer o nível de qualidade da informação dessa instituição e o impacto gerado por ela nos aspectos epidemiológicos e por consequência nos planos de ação preventiva da operadora.

Os métodos de análise e estratificação utilizados neste trabalho conseguiram demonstrar com clareza o que de fato nos propusemos a realizar, ou seja, verificar a qualidade da informação relativa à codificação atribuída à diagnósticos em um hospital, por isso consideramos todos os achados deste estudo válidos e que corroboram para uma tomada de ação que vise o melhoramento dos processos em busca da excelência de atendimento e informação.

Foram identificadas falhas importantes nos processos da instituição estudada, elencadas abaixo:

- A Codificação dos Diagnósticos atribuídos em prontuário contém diversas falhas seja em relação as suas categorias e subcategorias quanto em relação ao Capítulo no qual estão inseridas, sendo que algumas estão completamente erradas.

- A falta das Codificações: Abertura para possibilidade de serem inseridas no sistema quaisquer outras codificações que não irão corresponder à realidade do prontuário.
- Codificação atribuída por médicos assistentes sem treinamento específico para tal atividade, as codificações são realizadas com base em conhecimento acadêmico e de vida profissional, que embora seja relevante, não pode ser considerado suficiente.
- Nenhum filtro do sistema aponta inconsistências nas codificações em relação ao diagnóstico descrito, o que poderia facilitar o controle dos erros.
- Para os Diagnósticos cuja codificação não tenha sido atribuída, a assistente administrativa insere no sistema uma codificação qualquer que servirá apenas para “liberar” este prontuário para faturamento e finalização do processo.

Todos os problemas e dificuldades apontadas são passíveis de correção por medidas administrativas muito simples que incluem ações que vão de treinamento ao refinamento do sistema, mas o foco principal deve ser dado às pessoas, estas sim farão a diferença entre um processo que funciona pautado na qualidade da informação e um que vise apenas “liberar” prontuários.

Medidas como o treinamento de dois ou mais funcionários para que se tornem codificadores especializados da CID-10, alterações no fluxo das informações que possibilite o retorno dos prontuários cujos diagnósticos não tenham sido codificados aos médicos assistentes, ou ainda, aqueles que tenham sido codificados, mas estejam ilegíveis, para que os codificadores revejam e melhorem a grafia são ações simples e objetivas que podem aumentar a completitude e confiabilidade dos dados referentes à codificação diagnóstica.

A realidade dos Hospitais e Operadoras de Saúde hoje não permite investimentos mal planejados ou erroneamente direcionados, o seguimento que mais enfrenta mudanças nestes últimos anos é o de serviços de saúde, por essa razão, ou as decisões estratégicas relacionadas aos cuidados primários de saúde – prevenção, são pautadas em quadros epidemiológicos muito bem definidos ou o destino de muitos será a ruína e a incorporação por empresas / grupos maiores.

“Como resposta, mesmo que tardia, ressurgiu, portanto, a valorização dos princípios voltados aos cuidados primários, ainda que estes já tenham sido descritos na década de 1920 no Reino Unido (Informe Dawson) e retratados nas décadas subsequentes, em diferentes momentos da história (Informe Lalonde, Conferência da Alma Ata), porém, com a mesma ênfase.

Trata-se de um conceito amplo que reflete uma estratégia diante da necessidade de concepção de um novo modelo para a saúde com base na Atenção Primária de Saúde (APS).

A APS traz à tona a necessidade de se obter e registrar a informação em saúde dos indivíduos, a partir de uma abordagem proativa. Em sinergia, a medicina preventiva reforça o cuidado na promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças. Assim, o cuidado passa a existir em ambas as abordagens como eixo de remodelamento e de reorientação do modelo de atenção, motivo de grande convergência e de propósito comum: foco na saúde!” (CAS, Unimed Brasil, 2013).

A Citação retirada do Manual de Atenção Integral à Saúde, 2013, é um alerta de que aqueles que não estiverem pautados na atenção primária à saúde e mais que isso, não souberem para onde estão caminhando, não terão chance neste novo mercado que se revelou ao longo destes últimos anos, a saúde deve ser colocada em foco novamente e munido de informações corretas o gestor poderá tomar decisões que podem mudar o rumo de seus serviços de saúde, tanto hospitalares quanto assistenciais no caso de

operadoras, estas decisões podem levar ao sucesso ou ao fracasso e seria lastimável que por erros não estratégicos mas sim de informação os gestores fossem levados por um caminho oposto ao que deveriam ter seguido.

Temos achados relevantes ainda em relação a não consistência dos dados apresentados, não apenas pelas porcentagens de erro, mas também pelo que estes erros percentuais significam quando traduzidos em diagnósticos.

Pudemos concluir que um erro percentual de 29,90% (erros de categorias B,C,D) não pode ser considerado alto, porém, a ausência da codificação com um índice de 38,94% deve ser considerada não só um índice elevado mas um problema de fato.

Muitos dos grupos diagnósticos gerados pela codificação do hospital sofreram alterações significativas, não apenas pela correção das classificações atribuídas realizada pela especialista, mas principalmente decorrentes da atribuição daquelas classificações que estavam ausentes.

Consequentemente algumas das prioridades baseadas nos grupos diagnósticos estavam erradas, mesmo considerando que apenas a ferramenta quantitativa não será suficiente para a definição do rumo preventivo a ser tomado pela empresa é preciso lembrar sempre que cada decisão tomada deve estar baseada em informações corretas, na análise epidemiológica adequada, e para tal a qualidade da informação é uma das principais ferramentas.

Conclui-se portanto que este trabalho alcançou seus objetivos ao traçar um panorama geral da situação da qualidade da informação em relação às codificações atribuídas aos diagnósticos de pacientes internados neste hospital de pequeno porte e ainda, que os achados possam colaborar com esta instituição para tomada de ações objetivas de melhorias, e ainda, fortalecendo a cada dia em seus colaboradores a concepção de que o único caminho possível para o sucesso é trilhado à luz da informação, na certeza de que

estamos todos realizando o melhor trabalho possível, com qualidade e veracidade, tendo portanto todo o crédito e confiabilidade que possamos a ele atribuir.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR- **Manual de Regulação e Saúde: Documentos Técnicos de Apoio ao Fórum de Saúde Suplementar**; V.03 - Rio de Janeiro, 2003.

ANDRADE, S. M. et al. **Avaliação de metodologia para a melhoria da qualidade das informações sobre acidentes e violências do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)**. Projeto de pesquisa (CNPq), Ministério da Saúde: Brasília, DF. Edital 23/2006, 2006.

BIROLIM, MM. **Evaluation of an intervention with hospital encoders to improve information on patients admitted by external causes**; 2010. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública UEL).

BUCHALLA. CM, LAURENTI. R, RIBEIRO. AF, NITRINI. DR, GUARNIERI. CE, CARNAÚBA. EL, NEVES.MAC - **Avaliação do uso da Classificação Internacional de Doenças para codificar a síndrome da imunodeficiência adquirida**, 1996.

BUSS, PM. - **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde** In: CZERESNIA. D, FREITAS C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

CARVALHO, AI - **Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade**. Revista de Ciência & Saúde Coletiva, 1996.

CARVALHO, T. et.al - **A trajetória do sistema de informação especializado da área de odontologia (SIEO): antecedentes e ações futuras**. Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, v. 3, (n. 2), (p. 84-98), jan./jun, 2006.

CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE - Manual de Atenção Integral à Saúde – CAS, Unimed Brasil, 2013

COSTA NR, RIBEIRO, JM, SILVA PLB, MELO, MC - **O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde** In: Revista de Administração Pública vol 35 (páginas 193 – 228), 2001.

CROSBY, P. B. **La calidad no cuesta**. México: Continental, 1989.

FIGUEIREDO, NMA - **Ensinando a cuidar em Saúde Pública. Difusão Enfermagem: São Caetano do Sul**, 2004.

FLEISS, JL - **Statistical methods for rates and proportions**. New York, 1981. p 212-236.

GAMA, AN. - **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**, 2003. (Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz), 2003.

LAURENTI, R. - **Análise da informação em saúde: 1893 -1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças**, Revista de Saúde Pública-São Paulo. v.25 (n.6): 407 -417, 1991.

LAURENTI, R. - **Classificação de doenças e classificação de causas de morte**. Ed. Carisma, S. Paulo, Revista de Saúde 1981.

LEBRÃO, M.L - **Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na secretaria de estado da saúde de São Paulo em 1974** – Revista de Saúde Pública, São Paulo, 1978.

LOBATO.G – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH – SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). Cad. De Saúde Pública, Rio de Janeiro, v2.4 (3) (pag. 606-614), 2008.

MATHIAS. TAF, SOBOLL. MLMS - Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, (n. 6) p. 526-532, dez. 1998.

MARINHO. A, MORENO. A, CAVALINI. L - Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde – SUS (Texto para discussão n. 848, ISSN 1415-4765), Rio de Janeiro: Ipea, 2001

MELIONE. LPR,MELLO. JMHP - Confiabilidade da Informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.11, (n. 3), p. 379-392, 2008.

MESQUITA. MA - A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: **Regulação e Saúde - estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar.** Rio de Janeiro: ANS/Ministério da Saúde, (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n.76), 2002.

MOREIRA. L M – Internações no Sistema de Serviços Hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP – Brasil.

NAVARRO, J.C. Evaluación de programas de salud y toma de decisions. Serie material de apoyo para la capacitación em gerencia de programas de salud maternoinfantil y planificación familiar. Washington, DC: OPAS/OMS, 1992.

NOVAES. MA - **Prontuário Eletrônico do Paciente** In: I Seminário de Tecnologia da Informação em Saúde; Recife – PE, set.1998.

OMS – **Organização Mundial da Saúde World Health Organization**. Disponível em <http://www.who.int/en>.

PAIM. J, TRAVASSOS. C, ALMEIDA.C, BAHIA.L, MACINKO.J - **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, 2011.

POSSAS.C - **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba: **Departamento de Proteção aos Riscos e Agravos à Saúde - Vigilância Epidemiológica**, Dados 2014.

ROSEN. G - **Da polícia médica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

SANCHES. KRB et. al. - **Sistemas de informação em saúde**. In: MEDRONHO. RA (Org.) **Epidemiologia**. São Paulo: ed. Atheneu, p. 337-357, 2005.

SIEGEL S, CASTELLAN N- **Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences** 2.ed. New York, 1988. (p 284-285)

SILVA. FG, NETO. JT - **Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil**, 2002.

SCHOUT. D, NOVAES. HMD - **Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais**. Ciência e Saúde Coletiva. v.12 (n.04) Rio de Janeiro, jul/ago,2007.

TEIXEIRA. A, BAHIA. L, VIANNA. MLTW - **Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil.** In: **Ministério da Saúde, ANS, Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar.** Rio de Janeiro, ANS, 2002.

TOMIMATSU. MFAI - **Internações por acidentes e violências financiadas pelo setor público em Londrina, Paraná: análise dos registros, gastos e causas.** (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

VERAS. CMT, MARTINS. MS - **A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, (n. 3), (p. 339-355) set. 1994.

WHO - World Health Organization. **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps.** Geneva, 1980.

ANEXO 2

Formulário SIP

Informações ANS

Emissão: 28/02/2012 11:45:11

Página: 2

Relatório SIP

Período: 4/2011

RD20FR

Resolução Normativa: RESOLUCAO NORMATIVA 205 - RN 205 - SIP

046 - Mamografia convencional e digital	0	0,00	0
047 - Mamografia em mulheres de 50 a 69 anos	0	0,00	1453
048 - Cintilografia miocárdica	5	0,00	0
049 - Cintilografia renal dinâmica	5	0,00	0
050 - Hemoglobina glicada	0	0,00	0
051 - Pesquisa de sangue oculto nas fezes em pessoas de 50 a 69 anos	0	0,00	2135
052 - Radiografia	0	0,00	0
053 - Teste ergométrico	0	0,00	0
054 - Ultra-sonografia diagnóstica de abdome total	0	0,00	0
055 - Ultra-sonografia diagnóstica de abdome inferior	0	0,00	0
056 - Ultra-sonografia diagnóstica de abdome superior	0	0,00	0
057 - Ultra-sonografia obstétrica morfológica	0	0,00	0
058 - Terapias	6049	286.955,29	10402
059 - Transfusão ambulatorial	0	0,00	0
060 - Quimioterapia sistêmica	115	0,00	0
061 - Radioterapia megavoltagem	0	0,00	0
062 - Hemodiálise aguda	0	0,00	0
063 - Hemodiálise crônica	166	0,00	0
064 - Implante de dispositivo intrauterino - DIU	3	0,00	0
065 - Demais Despesas Médico Hospitalares	0	382.709,85	0

Tipo Segmentação: Hospitalar c/ Obstetrícia**Período (Trimestre/UF):** 20114 - SP

Item Despesa	Qt. Eventos	Total Despesa	Qt. Beneficiários
067 - Internações	215	1.027.665,39	10402
068 - Tipo de Internação	215	0,00	0
069 - Clínica	78	0,00	0
070 - Cirúrgica	90	0,00	0
071 - Cirurgia bariátrica	0	0,00	0
072 - Laqueadura tubária	0	0,00	0
073 - Vasectomia	0	0,00	0
074 - Fratura de fêmur (60 anos ou mais)	0	0,00	2265
075 - Revisão de artroplastia	1	0,00	0
076 - Implante de CDI (cardio desfibrilador implantável)	0	0,00	0

ANEXO 3

Formulário SIB

Edição dos Registros da Tabela : CADASTRO DE BENEFICIARIOS

Menu de Opções

Consulta de Dados

☒ Listar beneficiários ativos ☒ Listar beneficiários excluídos

Código associado	Nome associado	Nome plano abreviado	Nome empresa
011600147143000	SILVIO APARECIDO BRASILENSE	PLANO DE EXEMPLO AAA	VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA
011600147184000	SILVIO SOARES DA SILVA	PLANO DE EXEMPLO AAA	VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA
011590149120000	SILVIO BARBOSA DOS SANTOS	PLANO DE EXEMPLO AAA	VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA
011590153951000	SILVIO TEOFILO BRAZ	PLANO DE EXEMPLO AAA	VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA
011590166305000	SILVIO DO NASCIMENTO	PLANO DE EXEMPLO AAA	VIACAO CIDADE DE CAIEIRAS LTDA
011630150191000	SILVIO ROBERTO ESTEVES JUNIOR	PLANO DE EXEMPLO AAA	DIRLEI ROBERTO RODRIGUES 06316103832
011630158874000	SILVIO SOARES DA SILVEIRA	PLANO DE EXEMPLO AAA	KR IND COM.IMPORT EXP DE ACCESS P MODAS LTDA-ODONTO
010000150434000	SILVIO SOARES DA SILVEIRA	PLANO DE EXEMPLO AAA	A.R IND E COM DE ART DO VESTUARIO LTDA - ODONTO
011650152312010	SILVIO LUIZ DA COSTA	PLANO DE EXEMPLO AAA	P. DE C. COSTA COMERCIO E SERVICO - EPP
011650152313010	SILVIO LUIZ DA COSTA	PLANO DE EXEMPLO AAA	P. DE C. COSTA COMERCIO E SERVICO - EPP
011660152937010	SILVIO ISAO MATSUURA	PLANO DE EXEMPLO AAA	ORION CLINICA DE ESPECIALIDADES LTDA - EPP
011840172905000	SILVIO FELIX DA SILVA	PLANO DE EXEMPLO AAA	BASSO COMPONENTES AUTOMOTIVOS LTDA
011840169471000	SILVIO AUGUSTO DA COSTA	PLANO DE EXEMPLO AAA	BASSO COMPONENTES AUTOMOTIVOS LTDA
010000170602010	SILVIO APARECIDO DE ARAUJO	PLANO DE EXEMPLO AAA	FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL MUN. DE FCO MORATO
010000172227000	SILVIO VICENTE FERREIRA	PLANO DE EXEMPLO AAA	FUNDO DE PREVIDENCIA SOCIAL MUN. DE FCO MORATO
011830167300000	SILVIO RUI DE JESUS	PLANO DE EXEMPLO AAA	SS COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA
010000167558000	SILVIO RUI DE JESUS	PLANO DE EXEMPLO AAA	SS COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA - ODONTO
010000168151010	SILVIO DE OLIVEIRA	PLANO DE EXEMPLO AAA	PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO MORATO
010000168362010	SILVIO APARECIDO DE ARAUJO	PLANO DE EXEMPLO AAA	PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO MORATO
010000168420010	SILVIO DE FIQUEDEDO SOARES	PLANO DE EXEMPLO AAA	PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO MORATO
010000168610000	SILVIO VICENTE FERREIRA	PLANO DE EXEMPLO AAA	PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCISCO MORATO

Opções de Consulta | Opções adicionais de consultas

Localizar "Codigo beneficiario" :

Localizar a Informação :

☐ Mostrar todos os campos de informação

No Campo :

ANEXO 4

Capítulos da Classificação Internacional de Doenças CID-10

Capítulo	Descrição	Códigos da CID
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H96
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidas e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99