MARIA LÚCIA ^{111C} LEBRÃO

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

Dissertação apresentada pa
ra obtenção do grau de Mes
tre na Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de
São Paulo.

São Paulo
1.977

A

Cecília Magaldi,

*pela honestidade científica e,
paciência, dedicação e capaci-
dade com que, como verdadeira
Mestra, sabe mostrar aos novos
os caminhos da pesquisa séria
e do trabalho em saúde, compro-
metidos com a nossa realidade.*

Trabalho realizado com auxílio da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Esta-
do de São Paulo (Processo nº 75/0950).

Agradeço,

- Ao Prof. Dr. Ruy Laurenti, pela orientação deste trabalho;
- À Dra. Eunice Pinho de Castro Silva, responsável pela amostragem;
- Ao Sr. Moacyr Lobo da Costa Jr., estagiário do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP, pelo auxílio em todas as fases deste trabalho;
- À Dra. Marisa Canguçu Lobo da Costa e Srta. Tercília Aparecida dos Santos, pelo auxílio na coleta do material;
- Às Srtas. Emi Miyamoto, Nádia Pinheiro Dini e Monika Schorr, estagiárias do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP, pelo auxílio na tabulação dos dados;
- Aos Drs. Maria Helena Prado de Mello Jorge Silveira, José Maria Pacheco de Souza e Sabina Léa Davidson Gotlieb, colegas do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP, pelas sugestões e apoio durante a realização do trabalho;
- À Profa. Dra. Cecília Magaldi, da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, pelas sugestões;

- Ao Prof. Dr. Odair Pacheco Pedroso, ex-Coordenador e Dr. Salvador Gonzaga Morbach, atual Coordenador da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela autorização para o uso dos Boletins 101 dessa Coordenadoria;
- Aos diretores e responsáveis pelos Serviços de Arquivo Médico e Estatística dos hospitais estudados, pela permissão para o manuseio dos arquivos e colaboração na coleta do material;
- À Sra. Irene Lerche Eleutério, pela organização das referências bibliográficas;
- À Srta. Samira Naked, pela confecção dos quadros necessários para a tabulação;
- Aos Srs. Carlos Pedro da Silva e Luiz Carlos Firmino, pela datilografia.

ÍNDICE

	Pág.
APRESENTAÇÃO	8
I. INTRODUÇÃO	9
II. OBJETIVO	18
III. MATERIAL E MÉTODOS	20
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
A. Arquivos médicos e perdas de prontuários	31
B. Dados de Identificação	38
1. Idade	39
2. Procedência	41
C. Dados Administrativos	43
1. Data de admissão	43
2. Data de saída	43
3. Tipo de saída	48
D. Diagnósticos	50
1. Diagnósticos existentes nos Boletins 101, na folha-resumo e nos prontuários	52
2. Diagnósticos segundo a Lista A da Classificação Internacional de Doenças	58

Pág.

3. Concordância dos diagnósticos entre os Boletins 101 e as folhas-resumo	71
4. Concordância dos diagnósticos entre os Boletins 101 e os prontuários	75
5. Diagnósticos mal definidos	80
6. Transcrição correta da saída completa	82
V. CONCLUSÕES	85
VI. SUGESTÕES	89
RESUMO	92
SUMMARY	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	102

APRESENTAÇÃO

Durante o período em que a autora esteve como responsável pela Seção de Estatística da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1974 e 1975), foi possível perceber que havia erros nos dados que chegavam dos hospitais através dos Boletins 101. Era possível captar tais erros por serem do tipo de dados incompatíveis entre sexo e diagnóstico, diagnóstico e idade ou ainda idade e estado civil, como por exemplo, parto no sexo masculino, epididimite no sexo feminino, parto em crianças menores de 10 anos ou crianças viúvas. Esse tipo de erro levou a autora a se indagar se não haveria outras incorreções também com relação ao diagnóstico. Dessa forma, surgiu a idéia de se verificar e quantificar esses erros, o que foi ampliado para os diagnósticos, como se descreve adiante.

Como existem planos de se aproveitarem os dados fornecidos pelos boletins, de maneira sistemática e por computação eletrônica, é de suma importância testar a sua fidedignidade.

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

Para que se possa planejar os serviços de saúde e de atenção médica, é necessário contar com dados atualizados sobre natalidade, mortalidade, morbidade e incapacidades e sobre recursos financeiros, pessoal e instalações. As estatísticas vitais são bastante importantes, tanto quanto os dados procedentes dos centros de saúde e hospitais, porquanto proporcionam os indicadores utilizados no planejamento de programas de saúde e na avaliação dos resultados alcançados²⁷. Principalmente em um país com poucos recursos humanos e materiais, como o nosso, e uma demanda aos serviços de saúde bastante grande, o aproveitamento máximo desses recursos é indispensável para que se possa dar atenção médica à maior parcela possível da população. Para isso, é imprescindível que se tenham dados de morbilidade atuais, para que as mudanças e os ajustes sejam feitos de maneira dinâmica. Esses dados devem permitir conhecer a extensão e a natureza da morbilidade que atinge a população^{13, 20, 24}.

Do ponto de vista epidemiológico, é importante conhecer quais os grupos mais atingidos da população: faixa de idade, tipo de ocupação, época do ano, além de outros tipos de informação.

Em mortalidade, pelo fato de se ter a declaração de óbito obrigatória², conhece-se, pelo menos quantitativamente, o que representa esse evento em uma população, muito embora a qualidade desses dados, deixe a desejar^{7,18}. Apesar disso, as estatísticas de mortalidade segundo causas têm fornecido importantes subsídios para a caracterização do nível de saúde e para estudos epidemiológicos¹¹.

Em morbidade, ao contrário, não existe uma única fonte de onde se possa colher a informação. Sempre se terá que contar com os dados vindos de várias fontes²⁹ que, ao serem somados e superpostos, darão uma idéia da morbidade global, que será tão mais completa quanto maior o número de fontes de que se disponha e, também, quanto mais precisa for essa informação.

De uma maneira geral, as fontes disponíveis são^{22, 29}:

- 1) Notificação compulsória
- 2) Estatísticas hospitalares
- 3) Registros das consultas médicas
- 4) Registros nacionais ou locais de Câncer, Tuberculose, Sífilis, Hanseníase
- 5) Inquéritos de morbidade
- 6) Registro das demais formas de assistência médica (Centros de Saúde, Saúde do Escolar, Indústrias, etc.).

Algumas dessas fontes dão informações bastante incompletas, como é o caso das consultas médicas e notificação compulsória; algumas são de execução extremamente difícil e dispendiosa, como acontece com os inquéritos de morbidade, e outras são restritas a uma doença, o que as torna de pouco interesse no conhecimento global da morbidade, além de, também, caras, como os registros especiais.

Uma fonte com que se pode contar por ter o registro sistemático das doenças é o hospital²⁷. Embora ela seja de fácil acesso, apresenta a restrição de ser seletiva e parcial⁸. É seletiva porque dá informações a respeito das doenças que exigem internação e, ainda assim, não de todos os casos, por várias razões, como dificuldade de locomoção, ignorância

e pobreza ou, principalmente, a falta de vagas que há, freqüentemente, em nossos hospitais, sendo por isso parcial. Assim, essa fonte não vai dar informações a respeito de doenças que, embora não acarretando a hospitalização do paciente, quase sempre deixam-no acamado, determinando o afastamento de suas atividades normais, como é o caso, bastante conhecido, da gripe. Além disso, há o fato de que melhores serviços hospitalares em determinados lugares atraem uma maior demanda e, mais ainda, às vezes, uma demanda específica e condicionada por áreas especializadas da atenção médica. Dessa forma, diferenças entre taxas específicas de hospitalização por uma enfermidade qualquer, em áreas distintas, não indicam, necessariamente, que as respectivas incidências difiram realmente. Apesar das críticas, no entanto, as estatísticas hospitalares costumam ser, freqüentemente, a única fonte de dados de morbidade disponível^{8, 21, 29} e, além disso, o hospital é uma fonte importante de dados necessários em matéria de estatísticas vitais e de saúde. Um sistema de registro em cada hospital permite obter dados fundamentais para a administração interna e para a prestação de bom atendimento aos pacientes^{20, 27}.

Os dados de morbidade hospitalar podem ser empregados com dois propósitos principais: administrativos e epidemiológicos^{8,23}. Entre os usos administrativos, pode ser lembrado o planejamento de serviços adequados de tratamento. A rede de hospitais constitui unidade importante dos serviços de saúde que proporciona atendimento a um custo bastante alto e, portanto, é desejável que produza os melhores dividendos. Onde a possibilidade de hospitalização é limitada, cumpre que todos os casos que necessitem de internação para tratamento de emergência possam ser admitidos sem sobrecarregar demasiadamente o hospital. Para isso é necessário manter um bom controle do nível das internações. Por outro lado, é de se desejar que o período de hospitalização não ultrapasse o mínimo compatível com um bom atendimento, para que se possa atender a um número maior de pessoas. Comparações de médias de permanência de pacientes com determinadas afecções, em diferentes hospitais, pode dar idéia da eficiência do hospital. Em nosso meio, onde se conhece bastante bem os efeitos dos meses quentes sobre as crianças, seria interessante medir a necessidade de leitos para desidratação, por exemplo, para se atender a toda a demanda que ocorre de forma muito aumentada nesses meses.

Do ponto de vista epidemiológico, as estatísticas hospitalares permitem estudar a distribuição por sexo e idade das pessoas hospitalizadas, tanto de maneira geral, como por determinadas doenças, podendo-se até, algumas vezes — com muito cuidado por não se conhecer a população exposta — admitir que as enfermidades na comunidade inteira tenham as mesmas características. Muitos fatores ambientais e sociais e suas repercussões sobre a incidência das doenças devem ser levados em consideração. Da mesma forma, os efeitos do estado civil, raça, religião, ocupação, etc. Pode-se ainda analisar a incidência estacional das doenças⁸. Estudos epidemiológicos mais complexos e aprimorados podem ainda ser realizados nos hospitais, como estudos de caso-controle e coortes^{15, 30}.

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

O prontuário hospitalar constitui a fonte principal desses dados, através das anotações feitas pelo pessoal médico e para-médico. No momento da saída do paciente internado, o médico deve transcrever o(s) diagnóstico(s) e dados importantes dessa internação para uma folha de alta ou folha-resumo. Esse prontuário é encaminhado ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital, onde, entre outras finalidades, é utilizado, no Estado de São Paulo, para a elaboração de um boletim mensal (modelo 101) que encaminhado à Coordenação de Assistência Hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde, vai permitir a elaboração de estatísticas de morbidade hospitalar, através das saídas verificadas durante o mês.

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

Além disso, como para todas as outras fontes, tanto de mortalidade como de morbidade, também em relação aos dados provindos dos hospitais levantam-se dúvidas quanto a sua fidedignidade e pre

cisão. Na literatura nacional encontrou-se, apenas, referência a trabalho de YASLLE ROCHA³¹, que abordou o problema em situação restrita e diversa da aqui relatada. É válido, pois, indagar em que extensão esses dados estão corretos e, em que medida as folhas-resumo e os Boletins 101, contêm todos os diagnósticos anotados no prontuário.

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

II. OBJETIVO

II. OBJETIVO

Avaliar a fidedignidade dos dados hospitalares de que dispõe a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em seu Boletim modelo 101, mediante a comparação de dados (idade, procedência, datas de admissão e de saída, tipo de saída e diagnôsticos) desse Boletim com a folha-resumo eo prontuário de cada paciente.

III. MATERIAL E MÉTODOS

III. MATERIAL E MÉTODOS

O Estado de São Paulo possui 619 hospitais de Assistência Hospitalar Geral (todos com exceção dos de Tisiologia, Dermatologia Sanitária e Psiquiatria)¹. Dos 619 hospitais, 350 (52,50%) enviam o Boletim 101 (Movimento de Pacientes Saídos) conforme Portaria SS-CAH nº 1/72, que regulamenta essa remessa. Esse boletim é mensal e contém dados referentes a número de registro, nome, idade, sexo, procedência, estado civil, data de admissão, data de saída, dias de hospitalização, tipo de saída (alta ou óbito) e diagnóstico dos pacientes egressos desses hospitais durante o mês (ANEXO 1).

Como se pretendia verificar a correção desses dados, foi necessária uma comparação com os prontuários dos pacientes, bem como com as folhas-de-alta a eles correspondentes. Foi escolhido o mês de outubro de 1974, por um lado pelo fato de ser um período dito "normal", ou seja, que não sofre interferências de festas ou grandes feriados ou pro-

váveis férias, o que poderia alterar a qualidade do registro das informações, pela eventual substituição de funcionários habituais e, por outro lado, por dar tempo de os prontuários retornarem do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse órgão recolhe os prontuários juntamente com as contas hospitalares para fazer o processo de conferência das contas. Depois de pronta essa conferência, os prontuários são devolvidos ao hospital, com exceção daqueles que são glosados. Por motivos de ordem pessoal, pretendia-se começar a coleta de dados no mês de fevereiro de 1975 e, dessa forma, calculou-se que esse mês de outubro seria o indicado.

Constituiu o universo de estudo, a totalidade das saídas citadas nos boletins 101 que esses hospitais enviaram à Coordenadoria de Assistência Hospitalar, referentes ao mês de outubro de 1974. Como o número de egressos desses hospitais representava um volume de informações grande demais para ser manipulado (a média mensal de egressos em 1974 foi 120.000 nesses 350 hospitais), o estudo foi realizado por meio de uma amostra. Para isso, esses hospitais que enviaram o Boletim 101, foram separados pelas onze regiões administrativas do Estado a que pertenciam e dentro destas, ordenados pelo ta-

manho (número de leitos), de forma crescente e de crescente alternadamente. Assim, na 1a. Região Administrativa do Estado (Grande São Paulo) os hospitais foram postos em ordem crescente, ou seja, do menor para o maior tamanho. Na 2a. Região Administrativa (Santos) os hospitais foram postos em ordem decrescente, ou seja, do maior para o menor tamanho. Na 3a. Região Administrativa (Vale do Paraíba) os hospitais foram postos em ordem crescente, e assim sucessivamente até a 11a. Região Administrativa. Essa ordenação se processou para que, ao se aplicar amostragem sistemática às unidades dessa lista ordenada, fossem selecionadas unidades de todas as regiões e dos vários tamanhos.

Tomou-se como unidade amostral: hospital, conjunto de hospitais ou "parte" de hospital, dependendo do número de saídas verificado no mês de estudo. Com o intuito de se obter unidades amostrais com número de pacientes saídos que não diferissem muito entre si⁹ reuniram-se hospitais com menos de 56 saídas e "partiram-se" aqueles com mais de 682 saídas, tentando obter unidades amostrais com valores próximos ao número médio de saídas por hospital na população (369 saídas). Os valores 56 e 682 foram obtidos com base no referido número médio

de saídas, no coeficiente de variação da variável "número de saídas" e no número de hospitais da população*.

Com os 350 hospitais existentes cujos números de egressos apresentavam um desvio padrão de 414,8 saídas, formaram-se 455 unidades amostrais (conjuntos de um ou mais hospitais ou "partes" de hospitais) que por sua vez apresentaram um desvio padrão de 143,0 saídas.

Após o cálculo do tamanho da amostra, encontrou-se que o número mínimo de unidades amostrais a estudar seria 22. Porém, para que se pudesse empregar a distribuição normal ao se efetuar estimativas por intervalo, estipulou-se que a amostra deveria ter tamanho 30^6 .

Às 455 unidades amostrais aplicou-se a amostragem sistemática para o sorteio das 30 unidades. Uma vez que as unidades amostrais foram conglomerados de saídas e, visto que todas as saídas dos conglomerados selecionados foram consideradas da amostra, o processo empregado foi o de amostragem sistemática de conglomerados por etapa única.

* SILVA, E.P.C. - Formação de conglomerados atendendo a condições requeridas no emprego da estimativa-padrão (comunicação pessoal).

Após o sorteio, foram os seguintes os hospitais a serem visitados:

UNID. AMOST.	H O S P I T A L	Nº DE SAÍDAS DO MÊS	Nº DE SAÍDAS SORTEADO
1.	Hospital Monumento - São Paulo	71	71
2.	Hospital São João Batista - São Paulo	765	383
3.	Hospital Ribeirão Pires - Ribeirão Pires	439	439
4.	Hospital Maternidade São Luís - São Paulo	751	375
5.	Maternidade Amparo Maternal - São Paulo	1.475	369
6.	Hospital Infantil Cândido Fontoura - São Paulo	523	523
7.	Hospital Zona Sul - São Paulo	1.307	327
8.	Hospital Emílio Ribas - São Paulo	2.010	402
9.	Hospital Matarazzo - São Paulo	3.045	381
10.	Santa Casa - Santos	3.745	375
11.	Santa Casa - Cachoeira Paulista	167	167
12.	Santa Casa - Itapetininga ..	703	352
13.	Santa Casa - Piedade	202	202
14.	Hospital Maternidade N. Sra. das Graças - Itaporanga	99	99

cont.

UNID. AMOST.	H O S P I T A L	Nº DE SAÍDAS DO MÊS	Nº DE SAÍDAS SORTEADO
15.	Santa Casa - Joanópolis	189	189
16.	Hospital de Caridade - Vargem Grande do Sul	360	360
17.	Santa Casa - Moji-Mirim ...	475	475
18.	Hospital São Vicente - Santa Casa - São José do Rio Pardo	925	308
19.	Santa Casa - Piracicaba	1.327	332
20.	Santa Casa - Barretos	747	374
21.	Santa Casa - Santa Rita do Pas sa Quatro	187	187
22.	Maternidade Gota de Leite - A raraquara	123	123
23.	Santa Casa - Duartina	283	283
24.	Santa Casa - Bauru	1.078	359
25.	Santa Casa - José Bonifácio.	284	284
26.	Hospital São Lourenço - Uru- pês	117	117
27.	Santa Casa - Presidente Pru- dente	969	323
28.	[Casa de Saúde Santo Antônio - Regente Feijó	33	33
	[Casa de Saúde Dr. Uchida - Pre sidente Prudente	29	29
29.	Hospital Beneficente São Vi- cente de Paulo - Vera Cruz	170	170
30.	Santa Casa - Marília	978	326

Nota-se que, no sorteio, não houve nenhum hospital da 9a. Região Administrativa.

Neste trabalho, esses hospitais serão referidos por números que representam uma ordem diferente daquela usada acima, a fim de se evitar a identificação dos hospitais.

Esses 30 conglomerados tinham um total de 8.737 saídas relacionadas nos Boletins 101. Como a única maneira de se conseguir os dados desejados — estudo de prontuários e folhas de alta — era ir até o hospital, foram feitas viagens a todas as cidades onde se localizavam os hospitais sorteados. Era feito o contato com o hospital previamente por telefone a fim de que os prontuários desejados fossem deixados já separados para facilitar o trabalho.

Os prontuários e folhas de alta foram analisados para se verificar a correção da transcrição de variáveis referentes a: 1) dados de identificação: idade e procedência; 2) dados administrativos: data de admissão e de saída e tipo de saída e, 3) diagnósticos.

Em alguns hospitais, no momento da admis são do paciente, é feita uma ficha de identifica - ção ou ficha-índice. Essas fichas, por vezes, são a fonte dos dados de identificação e administrati - vos que constam do Boletim 101. Dessa forma, sem - pre que necessário, elas foram usadas para verifi - cação desses itens, assim como os livros de inter - nação de pacientes que, por vezes, substituem es - sas fichas.

Embora se pretendesse, inicialmente, estu dar a variável sexo, essa idêia foi abandonada por ter sido esse item acrescentado recentemente ao Bo letim 101 e a instrução a respeito não ter sido, a inda, posta em prática por todos. Como a instru - ção recomenda que esse item seja transcrito no es - paço destinado a cor ou raça, esta variável também não foi analisada. Em alguns hospitais, o espaço destinado a estado civil foi, por vezes, aproveitau do para o item sexo, o que fez com que se descar - tasse também a variável estado civil.

Além da verificação da correção da transu crição das variáveis citadas acima, os prontuários foram lidos em busca de outros diagnósticos chama - dos "ocultos", ou seja, resultados de exames com -

plementares ou outras informações por vezes contidas na anamnese, exame físico e/ou anotação de evolução do caso, e no relatório de enfermagem. Os exames complementares usados para se conseguir informações adicionais foram RX, cultura de urina, protoparasitológico e hemograma.

Ao final, os diagnósticos foram codificados usando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID), 8a. Revisão¹⁴. Esses diagnósticos foram utilizados para se estabelecer a proporção de diagnósticos por paciente existente em cada uma das três fontes estudadas.

Sempre que se referir a tamanho de hospital, isto diz respeito a número de leitos, segundo publicação do Ministério da Saúde³ onde se considera:

- HOSPITAL PEQUENO - até 49 leitos
- HOSPITAL MÉDIO - 50 a 199 leitos
- HOSPITAL GRANDE - 200 a 499 leitos
- HOSPITAL EXTRA - 500 e mais leitos.

Para o cálculo do coeficiente e correlação entre a relação: número de diagnósticos por paciente observados nos prontuários e número de leitos, foi usado o coeficiente de correlação de postos de SPIERMANN²⁸.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A. OS ARQUIVOS MÉDICOS E PERDAS DE PRONTUÁRIOS

De uma maneira geral, a aceitação por parte dos hospitais foi boa, não tendo havido nenhuma recusa ao fornecimento dos dados. No entanto, é importante frisar que havia o respaldo do nome da Secretaria da Saúde.

A verificação dos Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAMEs), quanto à sua organização, não foi feita nos hospitais, uma vez que não era essa a finalidade deste trabalho e, nem se estabeleceram, a priori, critérios para julgá-los. Pode-se dizer, porém, que em virtude do incremento dos registros hospitalares devido ao INPS, esses Serviços, na maioria dos casos, estão mais ligados à Contabilidade do que a um serviço de registros hospitalares propriamente dito. Isso porque, nos lugares onde há alguma função de registro hospitalar, esta existe muito mais no sentido de satisfazer as

exigências do INPS, para fins de reembolso, do que com preocupações de ordem administrativa ou epidemiológica. Verificou-se que há uma nítida diferença entre o tratamento dado aos prontuários dos pacientes do INPS por um lado, e de pacientes indigentes e particulares por outro. Essa diferença chega ao ponto de haver locais, funcionários e impressos diferentes para uns e outros, ou ainda, a inexistência de registro de informações por parte dos médicos nos prontuários de indigentes e particulares. Mas, de uma maneira geral, os prontuários, no que dizem respeito aos registros das informações, são bastante pobres, não havendo anamnese nem exame físico de entrada, com algumas exceções. A anotação da evolução do estado do paciente nem sempre é diária. Encontrou-se um hospital onde nem havia prescrição no prontuário. Essa situação muda um pouco nos hospitais maiores ou envolvidos com ensino, o que já foi notado por NATHANSON & BECKER¹⁹ e, também, pelo Comitê Regional Assessor sobre Estatísticas de Saúde da Organização Panamericana de Saúde, no seu 3º informe, que diz "... reconheceu-se que a etapa de desenvolvimento do hospital influi sobre o conteúdo da história clínica"²⁵.

Na amostra estudada, entretanto, houve 6

hospitais utilizados para ensino cuja qualidade de registros de dados nos prontuários foi inferior a de hospitais menores, não envolvidos em treinamento de profissionais médicos.

Em um hospital não universitário, mas que recebia estudantes de medicina da faculdade local, em convênio, constatou-se a inexistência de SAME, havendo apenas um arquivo onde os prontuários eram guardados, unicamente por insistência de uma funcionária e, ainda assim, de forma totalmente errada.

O custo dos impressos parece ser um dos fatores que desestimula aqueles que não estão convencidos da importância e da necessidade de um SAME organizado, preferindo gastar suas verbas em outros setores do hospital. Em outro hospital visitado, havia prontuários de péssima qualidade, ainda que contando com residentes e, no entanto, realizava microfilmagem desses mesmos prontuários, mostrando falta de critério na utilização de tais recursos.

Não obstante tudo isso, foram encontrados hospitais onde, a despeito do pouco caso dado ao assunto pelos dirigentes, havia funcionários de

dicados e motivados que mantinham seus serviços em bom funcionamento, na maioria das vezes até a revelia do interesse da direção. Este fato e, ainda, o desestímulo pela falta de colaboração e compreensão dos médicos, demonstram claramente qual o pessoal a ser motivado. Porém, com a valorização dos SAMEs pelo INPS, para efeito de credenciamento dos hospitais, talvez esses dirigentes venham a dar maior importância a esses serviços, da mesma maneira como se começa a observar com relação aos prontuários.

É importante ressaltar que, em todos os hospitais visitados, os responsáveis pelo serviço foram unânimes em afirmar que não há interesse dos médicos das instituições pelos prontuários, ou seja, mesmo naqueles hospitais onde há atividade docente, os prontuários não são usados para ensino e/ou pesquisa, muito embora o valor desse instrumento tenha sido bastante enfatizado por diversos autores^{5, 19}. A forma de anotação dos dados era bastante heterogênea, havendo, por exemplo, desde hospitais com folha única com identificação, diagnóstico e medicação, sendo esse o único registro encontrado, até outros em que se encontravam, de modo ordenado e seqüente, todos os componentes do prontuário, conforme recomendação dos autores⁵.

Esse pouco interesse em relação aos registros, é confirmado pelo número de perdas de prontuários verificado durante o trabalho (TABELA 1 e ANEXO 2). Do total de prontuários esperados - 8.737 - não foram encontrados 1.716 (19,64%), variando essa perda entre os extremos de 0% e 75,29%.

TABELA 1 - NÚMERO E PERCENTUAL DE HOSPITAIS SEGUNDO A PERCENTAGEM DE PERDA DE FICHAS DE IDENTIFICAÇÃO E PRONTUÁRIOS.

% PERDA	FONTE INFORMAÇÃO	FICHAS DE IDENTIFICAÇÃO	PRONTUÁRIOS
0 — 10		18 (58,06%)	10 (32,25%)
10 — 20		9 (29,03%)	8 (25,81%)
20 — 30		3 (9,68%)	6 (19,35%)
30 — 40		-	1 (3,23%)
40 — 50		1 (3,23%)	5 (16,13%)
50 — 60		-	-
60 — 70		-	-
70 — 80		-	1 (3,23%)
T O T A L		31 (100,00%)	31 (100,00%)

Para efeito de amostragem, apesar da perda de 19,64% de prontuários, a precisão das estimativas continuou aceitável. No entanto, do ponto de vista do hospital, individualmente, essa perda não deveria ocorrer. Em estudo realizado em hospitais da Escócia, a fim de verificar a acurácia dos dados recebidos pelo órgão central, LockWood teve uma perda de apenas 0,2%¹².

No hospital 30*, a perda de 75,29% se deveu ao fato de que, anexo ao hospital, há um asilo de velhos, mantido pela mesma entidade, que os "internos" periodicamente no hospital, para receber a subvenção do Conselho Estadual de Auxílios e Subvenções (CEAS) da Secretaria da Promoção Social do Governo do Estado de São Paulo. Nesse caso, o hospital não faz prontuários desses pacientes, somente registrando-os no livro de internações.

Outro motivo do elevado percentual de perdas foi a inclusão de recém-nascidos normais no Boletim 101, o que provocou não-resposta, pois esses recém-nascidos não deveriam ser incluídos no Bole-

* Conforme citado, os números dos hospitais não representam a ordem referida em Material e Métodos.

tim. Para esses casos, na verdade, não havia prontuários e, assim sendo, foram considerados "perdas".

Por outro lado, houve sub-registro de saídas nos Boletins 101, fato que, infelizmente, sô pôde ser comprovado em dois hospitais (nº 25 e nº 4), sendo que, em um deles (nº 25), foi de 13,47%. Em dois outros hospitais (nºs. 27 e 31) os recém-nascidos patológicos não eram acrescentados no Boletim 101, quando deveriam sê-lo.

A perda de 18,67%, verificada no hospital nº 24, foi devida ao fato de que, durante a fase de levantamento de dados, os prontuários correspondentes ao mês de estudo foram, excepcionalmente, solicitados pelo INPS, para controle. Apesar de se retornar por três vezes ao hospital, como ainda não tivessem sido devolvidos após três meses, foram considerados como perda.

No hospital nº 25, 41,78% dos prontuários não foi encontrado, porque esse hospital se encontrava em reforma de sua planta física, o que impossibilitou o acesso a grande parte do arquivo. Após vários retornos ao hospital, a situação não havia mudado.

Não foi possível discriminar e quantificar cada um desses fatores no total das perdas de prontuários.

Na quase totalidade dos hospitais, mesmo em relação àqueles pacientes cujos prontuários não foram encontrados, foi possível obter dados de identificação, mediante fichas de identificação que, como se verifica na TABELA 1 e ANEXO 2, tem um percentual de perda inferior ao de prontuários.

B. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

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

1. Idade do Paciente

Em relação a esse item, há pouco a analisar frente aos resultados da TABELA 2, onde são mostrados, em números absolutos e em percentagem, as comparações entre o Boletim 101 e os prontuários nos hospitais estudados. Dada a alta percentagem de concordância, 97,08%, pode-se concluir que os erros encontrados são casuais, ou devidos à desatenção dos funcionários e, ocorrem, geralmente, por inversão de número no momento da datilografia, por esquecimento da especificação de dias ou meses, o que leva sempre a se considerar como "anos" e, ainda, por uso de ficha do paciente desatualizada, em caso de internações sucessivas. Apenas dois hospitais se sobressaem por apresentarem uma percentagem maior do que os outros (nº 1 e nº 2). Os dois são exclusivamente maternidade, o que poderia provocar, pelo tipo de internação, uma informação imediata errada, que seria retificada, em seguida, quando da apresentação dos documentos mas, corrigida em outro local que não aquele de onde é retirada a informação para o Boletim. O fato de o INPS exigir a documentação para internação, trouxe uma melhora dessa informação.

TABELA 2 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE INFORMAÇÕES DO ITEM "IDADE" NO BOLETIM 101, SEGUNDO OS HOSPITAIS E CORREÇÃO.

INFORMAÇÕES HOSPITAL	TOTAL	CORRETAS		INCORRETAS	
		Nº	%	Nº	%
1	324	291	89,81	33	10,19
2	119	105	88,24	14	11,76
3	373	364	97,59	9	2,41
4	292	268	91,78	24	8,22
5	149	146	97,99	3	2,01
6	498	475	95,38	23	4,62
7	29	28	96,55	1	3,45
8	252	251	99,60	1	0,40
9	378	375	99,21	3	0,79
10	348	346	99,43	2	0,57
11	79	77	97,47	2	2,53
12	189	186	98,41	3	1,59
13	227	222	97,80	5	2,20
14	319	318	99,69	1	0,31
15	333	331	99,40	2	0,60
16	446	437	97,98	9	2,02
17	52	50	96,15	2	3,85
18	197	190	96,45	7	3,55
19	300	298	99,33	2	0,67
20	306	304	99,35	2	0,65
21	33	33	100,00	-	-
22	393	376	95,67	17	4,33
23	170	164	96,47	6	3,53
24	319	298	93,42	21	6,58
25	223	216	96,86	7	3,14
26	300	299	99,67	1	0,33
27	353	350	99,15	3	0,85
28	116	116	100,00	-	-
29	318	311	97,80	7	2,20
30	169	166	98,22	3	1,78
31	279	262	93,91	17	6,09
TOTAL ...	7.883	7.653	97,08	230	2,92

2. Procedência do Paciente

A TABELA 3 mostra a comparação entre as fontes, com relação à procedência do paciente. A média de erro encontrada (3,07%) pode ser considerada casual, sendo dessa grandeza apenas pelo alto peso do hospital nº 16, com 24,66% de erro que, talvez por desconhecer o significado do termo procedência, colocava todos os pacientes como procedentes da própria cidade onde se localiza o hospital. O hospital nº 17, por atender quase exclusivamente casos de acidentes de trabalho, anotava como procedência o local de trabalho do paciente e, essa informação era passada para o Boletim 101. Nesse caso nem foi possível conferir o dado, porque não havia o endereço da residência do paciente e, considerou-se como 100% correto, visto que não havia discordância entre o Boletim e o prontuário. Dessa forma, mesmo tendo uma concordância de 100%, do ponto de vista epidemiológico essa informação é falha.

No trabalho realizado na Escócia¹², o error encontrado neste item foi da ordem de 5,21%, devendo-se fazer a ressalva, no entanto, de que naquele país a informação chega a um nível de detalhamento muito maior do que o nosso.

TABELA 3 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE INFORMAÇÕES DO ITEM "PROCEDÊNCIA" NO BOLETIM 101, SEGUNDO HOSPITAIS E CORREÇÃO.

HOSPITAIS	INFORMAÇÕES	TOTAL	CORRETAS		INCORRETAS	
			Nº	%	Nº	%
1		324	303	93,52	21	6,48
2		119	119	100,00	-	-
3		373	363	97,32	10	2,68
4		292	283	96,92	9	3,08
5		149	146	97,99	3	2,01
6		498	488	97,99	10	2,01
7		29	28	96,55	1	3,45
8		252	250	99,21	2	0,79
9		378	374	98,94	4	1,06
10		348	329	94,54	19	5,46
11		79	79	100,00	-	-
12		189	187	98,94	2	1,06
13		227	221	97,36	6	2,64
14		319	311	97,49	8	2,51
15		333	332	99,70	1	0,30
16		446	336	75,34	110	24,66
17		52	52	100,00	-	-
18		197	191	96,95	6	3,05
19		300	297	99,00	3	1,00
20		306	306	100,00	-	-
21		33	33	100,00	-	-
22		393	389	98,98	4	1,02
23		170	169	99,41	1	0,59
24		319	316	99,06	3	0,94
25		223	219	98,21	4	1,79
26		300	300	100,00	-	-
27		353	349	98,87	4	1,13
28		116	112	96,55	4	3,45
29		318	312	98,11	6	1,89
30		169	168	99,41	1	0,59
31		279	279	100,00	-	-
TOTAL ...		7.883	7.641	96,93	242	3,07

C. DADOS ADMINISTRATIVOS

1. Data de Admissão

A data de admissão tem importância na medida em que é utilizada para o cálculo do tempo de permanência. Neste trabalho, segundo mostra a TABELA 4, encontrou-se baixa percentagem de erro (1,53%), considerando-se o total de internações para o conjunto de hospitais estudados. A variação observada foi de 0% (hospitais n^{os}. 2, 10, 17, 20, 21, 23 e 31) a 5,35% (hospital 29). LOCKWOOD¹² encontrou, com relação a mesma variável, 1,63% de incorreção, o que não difere em muito do resultado encontrado neste trabalho.

2. Data de Saída

Ao contrário da data de admissão, este item apresenta incorreção muito grande (TABELA 5). No total de prontuários vistos, o erro médio encontrado foi de 7,43%, variando entre os extremos 0% e 82,51%. Vários fatores podem ser responsáveis por esse fato. O primeiro deles, encontrado nos hospi

TABELA 4 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE INFORMAÇÕES DO ITEM "DATA DE ADMISSÃO" NO BOLETIM 101, SEGUNDO HOSPITAIS E CORREÇÃO.

INFORMAÇÕES HOSPITAIS	TOTAL	CORRETAS		INCORRETAS	
		Nº	%	Nº	%
1	324	320	98,77	4	1,23
2	119	119	100,00	-	-
3	373	364	97,59	9	2,41
4	292	286	97,95	6	2,05
5	149	144	96,64	5	3,36
6	498	486	97,59	12	2,41
7	29	28	96,55	1	3,45
8	252	243	96,43	9	3,57
9	378	376	99,47	2	0,53
10	348	348	100,00	-	-
11	79	78	98,73	1	1,27
12	189	187	98,94	2	1,06
13	227	226	99,56	1	0,44
14	319	315	98,75	4	1,25
15	333	322	96,70	11	3,30
16	446	441	98,88	5	1,12
17	52	52	100,00	-	-
18	197	196	99,49	1	0,51
19	300	297	99,00	3	1,00
20	306	306	100,00	-	-
21	33	33	100,00	-	-
22	393	392	99,75	1	0,25
23	170	170	100,00	-	-
24	319	312	97,81	7	2,19
25	223	217	97,31	6	2,69
26	300	295	98,33	5	1,67
27	353	351	99,43	2	0,57
28	116	110	94,83	6	5,17
29	318	301	94,65	17	5,35
30	169	168	99,41	1	0,59
31	279	279	100,00	-	-
TOTAL ...	7.883	7.762	98,47	121	1,53

TABELA 5 - NÚMERO E PERCENTAGEM DE INFORMAÇÕES DO
ITEM "DATA DE SAÍDA" NO BOLETIM 101, SE
GUNDO HOSPITAIS E CORREÇÃO

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

tais 1 e 25 que apresentam, respectivamente 18,83% e 82,51% de erro, consiste na saída considerada como o dia em que há alta hospitalar e, não o dia em que, verdadeiramente, o paciente desocupa o leito. É fato muito comum em nosso meio, os pacientes dependerem de acompanhantes para saírem do hospital e, às vezes, a comunicação é difícil, o que aumenta a média de permanência desses pacientes. No hospital nº 25, a situação encontrada foi a seguinte: a alta médica é dada verbalmente à enfermagem que a anota no censo. Este vai para a seção de Estatística, que passa a informação para o Boletim 101. Quando o paciente sai realmente, é dada a alta no prontuário. Essa alta não é registrada logo no início no prontuário, porque o INPS glosa os dias de estada além da alta, que acaba ficando por conta do hospital. Dessa forma, todo o processo de saída do paciente é desencadeado apenas verbalmente e, o registro no prontuário somente é feito quando o paciente já saiu. Quando inquirido a respeito do porque não era colocada a data verdadeira da saída no Boletim 101, o administrador do hospital nº 25 informou ser mais importante a informação de quanto "deveria" ficar o paciente e, não, de quanto "ficou". Em outro hospital (nº 26) com 4,00% de erros na data de saída, após o médico ter dado al-

ta, a informação já era enviada à Seção de Estatística e, não se encontrava mais nenhuma informação no prontuário, nem mesmo anotações de enfermagem, o que, como no caso anterior, acarretou um tempo de internação irreal.

Nos hospitais 13 e 30 a informação da alta era totalmente forjada, para aumentar a permanência do paciente e, desta forma, aumentar o auxílio financeiro recebido do CEAS. Em um deles (nº 13), acrescentava-se sistematicamente três dias à alta dos pacientes indigentes.

Dessa forma, é impossível fazer qualquer análise de média de permanência por doença, e suas implicações, ou pretender usar essa informação para o planejamento de hospitais. Estar-se-ia subestimando ou superestimando a necessidade de leitos para determinada doença ou especialidade; obstetrícia, por exemplo, é o caso mais freqüente onde se tem que conhecer a média de permanência para se determinar a necessidade de leitos. Os hospitais nºs. 1 e 25 são apenas maternidades, e a sua taxa de erros quanto a este dado já foi comentada. A importância de se estabelecerem padrões locais ou regionais de tempo de hospitalização, mais condizentes

com a realidade que se vive, fica postergada diante de resultados tão discrepantes.

LOCKWOOD, em trabalho já citado¹², encontrou um erro de 3,58%, praticamente a metade do observado aqui. No entanto, deve-se lembrar que a grande maioria dos hospitais escoceses é governamental, não tendo, por essa razão, interesse em forjar datas de saída inverídicas. Nos dois hospitais governamentais desta amostra, os erros encontrados foram menores do que 1%, na data de saída.

3. Tipo de Saída

A TABELA 6 mostra os percentuais de acerto e de erro entre o Boletim 101 e o prontuário dos pacientes, relativamente ao tipo de saída. Dado que as possibilidades eram alta e óbito, aqui se verificou quantas vezes a alta foi anotada como óbito e, vice-versa, o óbito anotado como alta. Os resultados mostram que a incorreção relativamente a esse item é muito pequena, em média 0,18%, provavelmente decorrente de distração dos funcionários no momento da transcrição, uma vez que não há aqui influência de fatores econômicos ou administrativos.

TABELA 6 - NÚMERO E PERCENTAGEM DE INFORMAÇÕES DO ITEM "TIPO DE ALTA" NO BOLETIM 101, SEGUNDO HOSPITAIS E CORREÇÃO.

HOSPITAIS	INFORMAÇÕES	TOTAL	CORRETAS		INCORRETAS	
			Nº	%	Nº	%
1		324	324	100,00	-	-
2		119	119	100,00	-	-
3		373	372	99,73	1	0,27
4		292	290	99,32	2	0,68
5		149	147	98,66	2	1,34
6		498	498	100,00	-	-
7		29	29	100,00	-	-
8		252	250	99,21	2	0,79
9		378	377	99,74	1	0,26
10		348	348	100,00	-	-
11		79	79	100,00	-	-
12		189	189	100,00	-	-
13		227	227	100,00	-	-
14		319	318	99,69	1	0,31
15		333	333	100,00	-	-
16		446	446	100,00	-	-
17		52	52	100,00	-	-
18		197	197	100,00	-	-
19		300	300	100,00	-	-
20		306	303	99,02	3	0,98
21		33	33	100,00	-	-
22		393	392	99,75	1	0,25
23		170	170	100,00	-	-
24		319	319	100,00	-	-
25		223	223	100,00	-	-
26		300	300	100,00	-	-
27		353	353	100,00	-	-
28		116	116	100,00	-	-
29		318	318	100,00	-	-
30		169	168	99,41	1	0,59
31		279	279	100,00	-	-
TOTAL ...		7.883	7.869	99,82	14	0,18

No levantamento realizado na Escôcia¹² esse erro foi da ordem de 0,60%.

D. DIAGNÓSTICOS

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

Por outro lado, o INPS através de sua forma de pagamento — as Unidades de Serviço — tem propiciado diagnósticos forjados e operações desnecessárias. GENTILE DE MELLO analisa este assunto em seu trabalho "Assistência Obstétrica no INPS: irracionalidade e desperdício"¹⁷, onde comenta pesqui-

sa realizada em Nova York a respeito das aberrações na esfera da medicina privatizada. Ainda GENTILE DE MELLO em outro trabalho, "Epidemiologia das cesarianas"¹⁶, já mostrou esse fato, também verificado neste trabalho, no qual se encontrou inclusive um prontuário com diagnóstico de: "cesariana por desproporção céfalo-pélvica" e anexo um resultado de Rx relatando a ausência de desproporção, com bacia e feto de dimensões normais. Em um dos hospitais (nº 25) constatou-se que dos 185 partos, 70 foram cesáreas (37,84%) e em todas as parturientes submetidas a essa cirurgia, havia sido realizado, pelo próprio hospital, um exame hematológico, sé-rie vermelha. A anemia observada, em grande parte dos casos da ordem de 70% de hemoglobina, trazia como consequência uma transfusão sanguínea, procedimento de modo algum inócuo e com indicação bastante discutível.

Em outra ocasião (hospital nº 16), segundo depoimento de médico, os diagnósticos encontrados nos prontuários do INPS atendidos por ele eram apenas para satisfazer as exigências do Instituto, sendo as informações reais guardadas em fichas particulares que ele mantinha consigo. Ainda o mesmo médico informou que freqüentemente criava sinais

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

1. Diagnósticos existentes no Boletim 101, na Folha-Resumo e no Prontuário

Do total de prontuários estudados - 7.021 - apenas 6.381 (90,88%) tinham folha-resumo, ou seja, eram completos. Assim, para que a perda não se tornasse ainda maior, esses prontuários incompletos foram aproveitados, fazendo-se a ressalva, sempre que necessário (TABELA 7).

TABELA 7 - NÚMERO DE PRONTUÁRIOS EXAMINADOS COM E SEM FOLHA-RESUMO E NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS NOS BOLETINS 101, FOLHA-RESUMO E PRONTUÁRIOS E RESPECTIVAS RELAÇÕES, SEGUNDO OS HOSPITAIS

HOSPITAIS*	(1) TOTAL DE PRONTUÁ- RIOS EXA- MINADOS	(2) Nº PRON- TUÁRIOS COM FO- LHA-RESU- MO	(3) Nº PRON- TUÁRIOS SEM FO- LHA-RESU- MO	(4) Nº DIAG- NÓSTICOS NO BOLE- TIM 101	(5) RELAÇÃO (4) / (1)	(6) Nº DIAG- NÓSTICOS NA FOLHA- -RESUMO	(7) RELAÇÃO (6) / (2)	(8) Nº DIAG- NÓSTICOS NO PRON- TUÁRIO	(9) RELAÇÃO (8) / (1)
1	324	-	324	324	1,00	-	-	334	1,03
2	116	107	9	118	1,02	109	1,02	177	1,53
3	364	364	-	425	1,17	422	1,16	553	1,52
4	274	270	4	278	1,01	368	1,36	431	1,57
5	86	83	3	98	1,14	97	1,17	111	1,29
6	497	495	2	557	1,12	614	1,24	806	1,62
7	29	29	-	30	1,03	30	1,03	30	1,03
8	142	142	-	147	1,04	148	1,04	154	1,08
9	377	377	-	382	1,01	385	1,02	441	1,17
10	194	194	-	244	1,26	246	1,27	282	1,45
11	79	79	-	81	1,03	82	1,04	98	1,24
12	132	131	1	157	1,19	156	1,19	157	1,19
13	217	182	35	258	1,18	249	1,37	333	1,53
14	291	291	-	320	1,10	342	1,18	415	1,43
15	222	208	14	264	1,19	283	1,36	414	1,86
16	443	441	2	554	1,25	641	1,45	724	1,63
17	52	21	31	68	1,31	26	1,24	85	1,63
18	197	36	161	209	1,06	36	1,00	229	1,16
19	289	252	37	302	1,04	282	1,12	338	1,17
20	296	296	-	378	1,28	404	1,36	431	1,46
21	33	33	-	33	1,00	37	1,12	42	1,27
22	391	391	-	603	1,54	767	1,96	979	2,50
23	166	157	9	187	1,13	183	1,17	232	1,40
24	305	305	-	362	1,19	374	1,23	467	1,53
25	223	223	-	223	1,00	226	1,01	295	1,32
26	216	213	3	262	1,21	280	1,31	317	1,47
27	349	347	2	371	1,06	374	1,08	419	1,20
28	89	87	2	98	1,10	98	1,13	111	1,25
29	309	308	1	349	1,13	363	1,18	433	1,40
30	42	42	-	47	1,12	50	1,19	58	1,38
31	277	277	-	291	1,05	299	1,08	331	1,19
TOTAL	7.021	6.201	640	8.020	1,14	7.921	1,25	10.227	1,46

(5) = Relação entre o número de diagnósticos no Boletim 101 e número de prontuários.

(7) = Relação entre o número de diagnósticos na folha-resumo e número de prontuários com folha-resumo.

(9) = Relação entre o número de diagnósticos no prontuário e número de prontuários total.

Nessas 7.021 saídas, encontraram-se 8.020 diagnósticos no Boletim 101, compreendendo uma relação de 1,14 diagnósticos por paciente. Essa relação aumenta um pouco quando se refere aos diagnósticos encontrados nas folhas-resumo — 1,25 por paciente — ou seja, 7.971 diagnósticos, somente em relação àqueles prontuários que tinham folha-resumo. Por essa razão, embora menor o total de diagnósticos do que no Boletim, há uma relação maior. Quando se verificam os prontuários, encontra-se um total de 10.227 diagnósticos, com a proporção de 1,46 diagnósticos por paciente. Isto mostra que há descaso do médico na transcrição desses diagnósticos para a folha-resumo, o que, se corrigido, permitiria aos escriturários a cópia de maior número de diagnósticos para o Boletim 101. Isto poderia ser ainda melhorado se esses funcionários fossem informados ou treinados, pois verificou-se, também, que eles deixaram de copiar diagnósticos constantes na folha-resumo. Essa "escolha" dos diagnósticos por parte dos escriturários é totalmente arbitrária e decorre, entre outros fatores, da falta de treinamento desses funcionários no uso da Classificação Internacional de Doenças. Frequentemente diante de diagnósticos duplos como "Gastrenterocolite + desidratação", eles escolheram o segundo,

talvez por imaginarem ser o mais grave ou importante, desconhecendo, no entanto, que segundo as regras de codificação da CID, o diagnóstico de "desidratação" seria colocado no capítulo XVI, "Sintomas e Estados Mórbidos Mal Definidos". Deve-se levar em conta que esses diagnósticos mal definidos (categorias 780-796 da CID) quando apresentados em uma lista especial, que são as utilizadas usualmente para tabulação, são incluídos todos em um só item, exceto na lista C, que apresenta alguns desses diagnósticos separadamente. Ocorre, porém, que raramente, entre nós, esta lista é utilizada, sendo usada geralmente a lista A ou mesmo a B.

O INPS edita o 1º volume da CID⁴ sem conter os termos de inclusão e exclusão das diferentes categorias; esse volume é distribuído aos hospitais com os quais mantém convênio e, o fato de os funcionários tomarem contato com a Classificação sem o menor treinamento quanto ao seu uso, e desconhecendo o 2º volume da mesma, faz com que apareçam erros na codificação dos diagnósticos.

O comportamento dos hospitais, quanto à média de diagnósticos por paciente, depende de sua capacidade de fazer exames complementares e, também,

de sua especialidade. Por exemplo, nos hospitais n^{os}. 1 e 7, segundo a TABELA 7, as proporções de diagnósticos por paciente praticamente não se alteraram quando vistos no Boletim e prontuário, pois, sendo essencialmente maternidade, não há, geralmente, pesquisa de qualquer outro diagnóstico durante a internação.

Durante a coleta dos dados, levantou-se a hipótese de que o número de diagnósticos por paciente encontrado nos prontuários, poderia ser tanto maior quanto maior o hospital. Assim, essa análise se restringe, apenas, aos dados da amostra. Calculando-se o coeficiente de correlação de Spiermann, obteve-se: $r_s = 0,29$, com $t_{\text{observado}} = 1,65$, o que não foi significativo ao nível de 5% ($t_{c,5\%} = 1,697$). Porém, se se excluírem aqueles hospitais cuja causa de internação mais freqüente foi obstétrica (n^{os}. 1, 2, 11, 25, 27 e 31), observa-se $r_s = 0,42$ e $t_o = 2,34$, aceitando-se, portanto, a existência de uma correlação entre as variáveis em questão, o que confirma a hipótese levantada. Esses hospitais foram excluídos pelo fato de as pacientes não apresentarem, na grande maioria das vezes, outro diagnóstico além de "parto" pois, admite-se que, durante a assistência pré-natal, outros diagnósticos

por acaso existentes, tenham sido tratados, não aparecendo, portanto, no momento da internação.

Dois dos hospitais (nºs. 6 e 9) foram de vanguarda durante a epidemia de meningite que ocorreu em todo o Estado de São Paulo e que teve nomês de outubro de 1974, uma alta incidência. O grande número de doentes, e o caráter emergencial dessa doença, fez com que, possivelmente, não houvesse oportunidade de se pesquisar outras doenças nesses pacientes. Além disso, há o fato de a meningite ter acometido preferentemente crianças, onde não há o acúmulo de doenças, como se verifica nas faixas de idade mais altas. É provável que, se se excluíssem esses casos, a relação final de diagnósticos por paciente fosse mais elevada. Verificou-se, por outro lado, a existência de hospitais onde a relação diagnóstico/paciente é maior, como foi o caso dos hospitais nº 15 e nº 22. Algumas hipóteses podem ser aventadas, tais como: melhor qualidade da assistência médica, tamanho do hospital, características dos internados segundo idade. Tal fato seria, possivelmente, um reflexo da qualidade da atenção médica. Com exceção do tamanho do hospital, as outras hipóteses não foram testadas.

2. Diagnósticos Segundo a Lista A da Classificação Internacional de Doenças

Como já foi dito, dos 7.021 prontuários vistos, apenas 6.381 (90,88%) eram completos, isto é, tinham folha-resumo. Quando se fez a tabulação destes prontuários completos (TABELA 8), encontrou-se que, aos 6.381 pacientes correspondiam 7.345 diagnósticos no Boletim 101 (1,15 diagnósticos/paciente); 7.971 diagnósticos na folha-resumo (1,25 diagnósticos/paciente) e 9.475 diagnósticos depois de examinados os prontuários (1,48 diagnósticos/paciente). Conseguiu-se, portanto, o acréscimo de 8,52% de diagnósticos quando examinada a folha-resumo e 29,00% quando vistos os prontuários em relação aos diagnósticos existentes nos Boletins.

LAURENTI e cols.¹⁰ em trabalho realizado com óbitos hospitalares, encontraram relação maior: 1,79 na folha-resumo e 2,94 na história clínica. Os maiores valores encontrados nesse trabalho devem-se a que, ao se trabalhar com óbitos há, provavelmente, influência do desvio da faixa etária para idades mais velhas, acarretando um acúmulo de doenças por paciente. Também não há alguns diagnósticos como "parto normal" que, neste trabalho, representou

TABELA 8 - NÚMERO DE VEZES QUE APARECERAM OS GRUPOS DE CAUSAS SEGUNDO AS FONTES.

CAUSAS DA LISTA A*	BOLETIM 101	FOLHA- RESUMO	PRONTU- ÁRIO
A3 Febre paratifóide e outras salmoneloses	-	-	2
A4 Disenteria bacilar e amebíase	-	2	3
A5 Enterite e outras doenças diarréicas	453	483	582
A6 Tuberculose do aparelho respiratório	19	21	31
A9 Tuberculose dos ossos e das articulações	1	2	3
A10 Outras tuberculoses, incluindo efeitos tardios	-	2	2
A14 Lepra	-	-	1
A15 Difteria	1	-	-
A16 Coqueluche	3	3	3
A18 Erisipela	6	7	7
A19 Infecções meningocócicas	371	384	396
A20 Tétano	3	2	2
A21 Outras doenças bacterianas ..	23	33	53
A22 Poliomielite aguda	-	1	-
A23 Efeitos tardios da poliomielite aguda	1	3	3
A25 Sarampo	41	46	53
A28 Hepatite infecciosa	3	4	8
A29 Outras viroses	9	16	34
A31 Malária	1	1	1
A32 Tripanossomíase	6	8	7
A34 Sífilis congênita	1	1	1
A39 Esquistossomíase	3	3	5
A42 Ancilostomíase	1	9	33
A43 Outras helmintíases	49	81	152

cont.

(TABELA 8 - cont.)

CAUSAS DA LISTA A*	BOLETIM 101	FOLHA- RESUMO	PRONTU- ÁRIO
A44 Todas as demais doenças clas- sificadas como infecciosas e parasitárias	31	42	71
A45 Tumor maligno da cavidade bu- cal e da faringe	4	4	5
A46 Tumor maligno do esôfago	1	1	4
A47 Tumor maligno do estômago ...	6	7	9
A48 Tumor maligno do intestino, exceto do reto	1	1	1
A49 Tumor maligno do reto e da porção retosigmóide	1	1	1
A50 Tumor maligno da laringe	3	3	3
A51 Tumor maligno da traquéia, dos brônquios e do pulmão	2	3	4
A52 Tumor maligno dos ossos	1	1	1
A53 Tumor maligno da pele	3	4	4
A54 Tumor maligno da mama	2	2	5
A55 Tumor maligno do colo do úte- ro	1	1	3
A56 Outros tumores malignos do ú- tero	2	3	4
A57 Tumor maligno da próstata ...	4	7	6
A58 Tumor maligno de outras loca- lizações e localizações não especificadas	14	22	32
A59 Leucemia	2	2	2
A60 Outros tumores do tecido lin- fático e dos órgãos hematopoe- ticos	-	4	4
A61 Tumores benígnos e tumores de natureza não especificada ...	98	113	116
A62 Bócio não tóxico	8	10	11
A63 Tireotoxicose com ou sem bô- cio	2	6	4

cont.

(TABELA 8 - cont.)

CAUSAS DA LISTA A*	BOLETIM 101	FOLHA- RESUMO	PRONTU- ÁRIO
A64 Diabetes mellitus	43	54	85
A65 Avitaminose e outras deficiên- cias	71	121	240
A66 Outras doenças das glândulas endócrinas e metabolismo	7	13	17
A67 Anemias	86	113	473
A68 Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	4	7	11
A69 Psicose	10	16	16
A70 Neurose, transtornos da perso- nalidade e outros transtornos mentais não psicóticos	56	62	86
A71 Deficiência mental	-	-	2
A72 Meningite	486	468	461
A74 Epilepsia	27	30	32
A75 Doenças inflamatórias do olho	7	9	11
A76 Catarata	20	20	20
A77 Glaucoma	8	8	9
A78 Otite média e mastoidite ...	23	34	60
A79 Outras doenças do sistema ner- voso e dos órgãos dos sentidos	53	59	75
A80 Febre reumática ativa	18	20	25
A81 Doenças reumáticas crônicas do coração	2	6	9
A82 Doenças hipertensivas	83	102	197
A83 Doenças isquêmicas do coração	40	50	62
A84 Outras formas de doenças do coração	163	166	182
A85 Doenças cerebrovasculares ...	73	85	88
A86 Doenças das artérias, das ar- teríolas e dos vasos capila- res	34	55	64
A87 Tromboses venosas e embolias.	17	21	24

cont.

(TABELA 8 - cont.)

CAUSAS DA LISTA A*	BOLETIM 101	FOLHA- RESUMO	PRONTU- ÁRIO
A88 Outras doenças do aparelho cir- culatório	87	91	86
A89 Infecções respiratórias agu- das	77	88	78
A90 Gripe	75	74	78
A91 Pneumonia a vírus	-	1	1
A92 Outras pneumonias	328	337	364
A93 Bronquite, enfisema e asma ..	213	238	274
A94 Hipertrofia das amígdalas e ve- getações adenóides	81	90	116
A95 Empiema e abscesso do pulmão..	3	3	3
A96 Outras doenças do aparelho res- piratório	97	114	120
A97 Doenças dos dentes e de suas estruturas de sustentação ...	4	6	7
A98 Úlcera péptica	46	51	56
A99 Gastrite e duodenite	16	20	26
A100 Apendicite	70	68	68
A101 Obstrução intestinal e hérnia	96	104	114
A102 Cirrose hepática	8	13	17
A103 Colelitíase e colecistite ...	33	41	43
A104 Outras doenças do aparelho di- gestivo	122	130	139
A105 Nefrite aguda	4	8	8
A106 Outras nefrites e nefroses ..	10	10	11
A107 Infecções do rim	19	30	33
A108 Cálculos do aparelho urinário	32	34	40
A109 Hiperplasia da próstata	20	21	24
A110 Doenças da mama	4	4	6
A111 Outras doenças do aparelho ge- niturinário	289	318	465
A112 Toxemias da gravidez e do pu- erpério	19	23	34

cont.

(TABELA 8 - cont.)

CAUSAS DA LISTA A*	BOLETIM 101	FOLHA- RESUMO	PRONTU- ÁRIO
A113 Hemorragias da gravidez e do parto	27	40	56
A115 Outros abortos, ou não especificados	188	177	181
A116 Infecção do parto e do puerpério	4	7	8
A117 Outras complicações da gravidez, do parto e do puerpério	485	480	538
A118 Parto sem menção de complicações	948	956	945
A119 Infecções da pele e do tecido celular subcutâneo	27	24	33
A120 Outras doenças da pele e do tecido celular subcutâneo ..	20	29	36
A121 Artrite e espondilite	20	22	23
A122 Reumatismos não articulares e não especificados	17	18	15
A123 Osteomielite e periostite ..	9	10	9
A124 Ancilose e deformidades osteomusculares adquiridas ...	2	2	3
A125 Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	41	55	61
A126 Espinha bífida	-	1	1
A127 Anomalias congênitas do coração	3	5	7
A128 Outras anomalias congênitas do aparelho circulatório ...	2	2	2
A130 As demais anomalias congênitas	13	26	30
A133 Doença hemolítica do recém-nascido	-	-	1
A134 Afecções anêmicas e hipóxicas não classificadas em outra parte	6	7	8

cont.

(TABELA 8 - cont.)

CAUSAS DA LISTA A*	BOLETIM 101	FOLHA- RESUMO	PRONTU- ÁRIO
A135 Outras causas de morbidade e de mortalidade perinatais	24	29	32
A136 Senilidade sem menção de psicose	5	7	7
A137 Sintomas e estados mórbitos mal definidos	825	846	862
AN138 Fraturas do crânio	12	15	17
AN139 Fraturas da coluna vertebral e do tronco	14	15	17
AN140 Fraturas dos membros	98	101	104
AN141 Luxação sem fratura	21	24	20
AN142 Entorses e distensões das articulações	4	6	8
AN143 Traumatismos intracranianos (exceto a fratura do crânio)	29	31	33
AN144 Traumatismos internos do tórax, do abdomen e da bacia.	8	10	11
AN145 Lacerações e ferimentos ...	38	49	58
AN146 Lesões superficiais, contusões e esmagamentos sem alteração da superfície	29	32	35
AN147 Efeitos de corpos estranhos que penetram por um orifício natural	4	4	4
AN148 Queimaduras	16	16	17
AN149 Efeitos adversos de substâncias químicas	55	63	69
AN150 Os demais efeitos de causas externas e os não especificados	47	46	57
<u>CLASSIFICAÇÃO SUPLEMENTAR Y</u>			
Y03 Investigação do aparelho circulatório	2	-	-

cont.

(TABELA 8 - cont.)

CAUSAS DA LISTA A*	BOLETIM 101	FOLHA- RESUMO	PRONTU- ÁRIO
Y05 Investigação do aparelho di- gestivo	2	1	1
Y06 Investigação geniturinário ..	8	4	2
Y09 Outros exames e investigações especificadas	1	-	-
Y19 Outros exames sem informação do diagnóstico	1	-	-
Y29 Outros procedimentos médicos e cirúrgicos sem informação do diagnóstico	3	3	4
Y31 Remoção de dispositivos para fixação externa	-	-	1
Y32 Remoção de dispositivos para fixação interna	5	7	10
Y33 Cirurgia plástica consecutiva a traumatismo ou operação ...	2	3	5
Y50 Cirurgia plástica por razões cosméticas	8	9	9
Y60 Observação e assistência pré- natal	4	2	1
Y61 Observação pós-parto, sem sín- tomas anormais	-	1	1
Y62 Assistência ao lactente e à criança sadia	-	1	1
Y89 Nascimento de tipo não especi- ficado	3	-	-
T O T A L	7.345	7.971	9.475

* Segundo a Classificação Internacional de Doenças,
8a. Revisão, 1965¹⁴.

14,81% dos pacientes da amostra. Como já se comentou anteriormente, não se esperam diagnósticos secundários em pacientes internadas para "parto" pelo fato de, provavelmente, já terem sido vistos na assistência pré-natal. Quando se refazem as proporções retirando-se os partos normais, verifica-se que aumenta para 9,66% e 33,34%, respectivamente, o ganho de diagnósticos, nas folhas-resumo e prontuários (TABELA 9).

TABELA 9 - ACRÉSCIMO PERCENTUAL DE DIAGNÓSTICOS NAS FOLHAS-RESUMO E PRONTUÁRIOS EM RELAÇÃO AO BOLETIM 101, CONSIDERANDO A INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DO DIAGNÓSTICO "PARTO NORMAL".

F O N T E	TODOS OS DIAGNÓSTICOS	EXCLUSÃO DO DIAGNÓSTICO	ACRÉSCIMO
Folha-resumo ...	8,52	9,66	1,41
Prontuário	29,00	33,34	4,34

Quando se comparam os diagnósticos (segundo a Lista A da CID) existentes nos prontuários, folhas-resumo e Boletim 101, verifica-se que alguns grupos se sobressaem quanto à relação prontuário/boletim. É o caso das verminoses (A-42 e 43) que a-

parecem 3,70 vezes mais; a desnutrição (A-65) que aparece 3,38 vezes mais; as anemias (A-67), 5,50 vezes; infecções urinárias (A-111), 1,61 vezes; hipertensão arterial (A-82), 2,37 vezes (TABELA 8). Tais diagnósticos constituem, nitidamente, um grupo de doenças que, raramente são, por si mesmas, motivo de internação hospitalar, acompanhando com frequência outras doenças consideradas principais. No entanto, quanto ao diagnóstico "parto normal" (A-118), embora a diferença seja mínima, ocorreu maior número de vezes no Boletim do que nos prontuários. Isto é devido ao fato de que várias vezes esse diagnóstico, na realidade, era "falso trabalho de parto" ou "parto complicado" (A-117). Desta maneira, foram retirados os diagnósticos "parto normal" da relação de diagnósticos dos prontuários, isto é, do grupo A-118 e acrescentados em igual número nos grupos A-117 e A-113.

É interessante notar que, em relação às meningites, há uma diferença de 25 casos no grupo A-72 (meningite) quando se comparam Boletins 101 e prontuários, diferença essa que foi acrescida ao grupo A-19 (infecções meningocócicas) o que foi devido à especificação de "meningocócica" contida nos prontuários.

A TABELA 10 mostra os dez grupos de causas mais freqüentes, distribuídos segundo a sua posição e segundo a sua fonte — Boletim 101, folhas-resumo e prontuário. Esses grupos apresentam valores — 4.586, 4.687 e 5.360 — que constituem, respectivamente, 62,44%, 58,80% e 56,57% do total de diagnósticos fornecidos pelos boletins, folhas-resumo e prontuários, demonstrando, portanto, que esses dez grupos de causas representam a maioria dos diagnósticos nas três fontes. Pela análise desta tabela, encontram-se diferenças importantes, como é o caso das anemias (A-67) que nem aparecem na lista dos diagnósticos dos boletins 101 e, também, folhas-resumo, e ocupam o 5º posto na lista dos diagnósticos dos prontuários. De fato, esse diagnóstico, com base na TABELA 8, apareceu 5,50 vezes mais nos prontuários, o que leva à importante conclusão de que a Secretaria da Saúde tem conhecimento de apenas 18,18% desses diagnósticos. Essas anemias, provavelmente, não foram o motivo das internações mas, provocaram, no mínimo, um exame complementar e, provavelmente, uma terapêutica, com todas as atividades intermediárias, cujo custo nunca poderá ser arquivado pela Secretaria da Saúde e nem mesmo pelo hospital, pois o diagnóstico não consta dos boletins 101 e nem das folhas-resumo dos prontuários.

TABELA 10 - DEZ PRIMEIROS GRUPOS DE CAUSAS NO BOLETIM 101, FOLHA-RESUMO E PRONTUÁRIOS

CAUSAS	BOLETIM 101		FOLHA-RESUMO		PRONTUÁRIO	
	NÚMERO ABSOLUTO	POSTO	NÚMERO ABSOLUTO	POSTO	NÚMERO ABSOLUTO	POSTO
A-118 Parto sem menção de complicações	948	1º	956	1º	945	1º
A-137 Sintomas e estados mórbidos mal definidos	825	2º	846	2º	862	2º
A - 72 Meningite ...	486	3º	468	5º	461	7º
A-117 Outras complicações da gravidez, parto e puerpério.	485	4º	480	4º	538	4º
A - 5 Enterite e outras doenças diarréicas	453	5º	483	3º	582	3º
A - 19 Infecções meningocócicas	371	6º	384	6º	396	8º
A - 92 Outras pneumonias	328	7º	337	7º	364	9º
A-111 Outras doenças do aparelho geniturinário	289	8º	318	8º	465	6º
A - 93 Bronquite, enfisema e asma ...	213	9º	238	9º	274	10º
A-115 Outros abortos, ou não especificados	188	10º	177	10º	(181)	(14º)
A - 67 Anemias	(86)	(3º)	(113)	(15º)	473	5º
T O T A L	4.586	(62,44%)	4.687	(58,80%)	5.360	(56,57%)

tuários. Por outro lado, se essa é uma doença às vezes simples, que exige apenas uma consulta ambulatorial e administração de medicação ferrosa, outras vezes acarreta uma internação com subsequente transfusão sangüínea.

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

Outro aspecto importante relativo às causas, e que merece ser comentado, refere-se aos Acidentes, Envenenamentos e Violências (seção N-XVII da CID). Como pode ser visto na TABELA 8, essas causas apareceram 375 vezes no boletim, e ocorreram em verdade 450 vezes (pelos prontuários). Portanto, o valor conhecido para essas causas, em nível de Secretaria da Saúde é 83,33% do real e, se se considerar que esses são casos de caráter emergencial,

corre-se o risco de se subestimar a necessidade de leitos para o atendimento desses pacientes. Sabendo-se que uma parcela desses acidentes são do trabalho e, conhecendo-se a intenção dos órgãos governamentais de incrementar a implantação de novos pólos industriais, mais uma vez essa informação será preciosa no sentido de se poder prever número de leitos adequado nessas áreas. Não se pode esquecer, também, a importância de tais dados para o estabelecimento de programas de prevenção dos acidentes.

Mesmo não constando da TABELA 10, pode-se dizer que o diagnóstico "desnutrição" (A-65) subiu da posição nº 24 nos boletins, para o posto nº 11 nos prontuários, sendo omitido em 70,42% das vezes. É desnecessário dizer da importância do conhecimento dessa doença, como causa básica ou associada de mortalidade e/ou morbidade como, aliás, já foi quantificada entre nós pela Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância²⁶.

3. Concorrência dos Diagnósticos entre os Boletins e as Folhas-Resumo

Essa tabulação foi feita considerando-se

os diagnósticos registrados nos boletins 101 e verificando-se se os mesmos estavam também registrados na folha-resumo. Toda vez que isso ocorria, contava-se como uma concordância e, em caso contrário, uma discordância. Verifica-se pela TABELA 11, existir um total de 7.916 diagnósticos nos boletins, dos quais 7.126 existiam também nas folhas-resumo, isto é, havia concordância de 90,02% entre as duas fontes, variando essa concordância entre 54,42% e 100%. Houve, portanto, 9,98% de diagnósticos discordantes a nível de 3º dígito ou categoria da CID. Isso se deveu, na maioria das vezes, à supressão da especificação do diagnóstico por parte do escrivão, ao fazer a transcrição para o Boletim. Assim, encontraram-se muitas "hérnias inguinais" ou "escrotais" que foram transcritas como simplesmente "hérnias"; "cesáreas" por determinadas causas que foram transcritas como "cesáreas". No momento da codificação, esses diagnósticos recebem números diferentes, pois pertencem a categorias diferentes na Classificação Internacional de Doenças, ainda que dentro de um mesmo agrupamento.

No hospital nº 8, onde a concordância foi de apenas 54,42%, as altas eram anotadas no livro, de onde era copiado o boletim mensal, à vontade do

TABELA 11 - NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS EXISTENTES NOS BOLETINS 101, SEGUNDO OS HOSPITAIS E A CONCORDÂNCIA COM AS FOLHAS-RESUMO.

HOSPITAIS	DIAGNÓSTICOS	TOTAL	CONCORDÂNCIA		DISCORDÂNCIA	
			Nº	%	Nº	%
1		-	-	-	-	-
2		112	105	93,75	7	6,25
3		436	384	88,07	52	11,93
4		275	188	68,36	87	31,64
5		149	139	93,29	10	6,71
6		556	544	97,84	12	2,16
7		30	30	100,00	-	-
8		147	80	54,42	67	45,58
9		381	370	97,11	11	2,89
10		243	241	99,18	2	0,82
11		81	74	91,36	7	8,64
12		218	216	99,08	2	0,92
13		216	175	81,02	41	18,98
14		351	302	86,04	49	13,96
15		382	354	92,67	28	7,33
16		549	437	79,60	112	20,40
17		25	17	68,00	8	32,00
18		35	20	57,14	15	42,86
19		262	226	86,26	36	13,74
20		386	358	92,75	28	7,25
21		33	27	81,82	6	18,18
22		608	589	96,88	19	3,12
23		182	168	92,31	14	7,69
24		371	339	91,37	32	8,63
25		224	201	89,73	23	10,27
26		344	296	86,05	48	13,95
27		368	357	97,01	11	2,99
28		116	105	90,52	11	9,48
29		359	340	94,71	19	5,29
30		188	159	84,57	29	15,43
31		289	285	98,62	4	1,38
TOTAL ...		7.916	7.126	90,02	790	9,98

funcionário que o fazia e, portanto, qualquer que fosse o diagnóstico anotado pelo médico, ele era diverso daquele existente no boletim.

Um fator freqüente 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. Assim, como decorrência, surgiram aspectos interessantes que merecem ser citados, como: "cólica por bicosse renal" que na realidade era "cólica por litíase renal"; "orpuiepididitiute" que se poderia pensar ser "orquiepididimite" se não fosse a paciente do sexo feminino; "piscose maniare" que se tratava de "psicose maníaca"; "cisdrome de Fuso" que se verificou ser "síndrome depressiva"; "infecção de Gerer" que era apenas "infecção há 9 meses".

O fato de os escriturários abreviarem incorretamente os termos indicativos dos diagnósticos, também pôde ser lembrado como responsável por alguns erros. Exemplo disso é "Gastrite aguda" (categoria 535 da CID) abreviada como GECA (já adotada usualmente como abreviação de "Gastrenterocolite aguda", categoria 009 da CID).

O treinamento de funcionários responsáveis pelos Serviços de Arquivo Médico e Estatística dos hospitais traria uma melhora muito grande desses registros. Porém, a alta rotatividade desses funcionários dificulta esse treinamento. De fato, foi comum encontrar hospitais em que o funcionário encarregado desse serviço não era o mesmo que havia preenchido o Boletim 101 correspondente a o mês de estudo. Qualquer tentativa no sentido de fixar esses funcionários teria que contar com a melhoria dos salários dos mesmos, uma vez que, na grande maioria dos hospitais, os responsáveis pelo Serviço eram universitários.

4. Concordância dos Diagnósticos entre os Boletins e os Prontuários

A concordância dos diagnósticos entre os boletins 101 e os prontuários, verificou-se também não ser completa, seja pela mesma razão apontada para os boletins e as folhas-resumo, seja por outros motivos, que serão a seguir discutidos.

Do total de diagnósticos registrados nos boletins 101 (8.024) como se vê na TABELA 12, hou-

TABELA 12 - NÚMERO E PERCENTAGEM DE DIAGNÓSTICOS EXISTENTES NOS BOLETINS 101, SEGUNDO OS HOSPITAIS E A CONCORDÂNCIA COM OS PRONTOUÁRIOS.

DIAGNÓSTICOS HOSPITAIS	TOTAL	CONCORDÂNCIA		DISCORDÂNCIA	
		Nº	%	Nº	%
1	324	304	93,83	20	6,17
2	118	70	59,32	48	40,68
3	425	351	82,59	74	17,41
4	278	188	67,63	90	32,37
5	98	77	78,57	21	21,43
6	557	515	92,46	42	7,54
7	30	30	100,00	-	-
8	147	80	54,42	67	45,58
9	382	353	92,41	29	7,59
10	244	234	95,90	10	4,10
11	81	73	90,12	8	9,88
12	157	145	92,36	12	7,64
13	258	196	75,97	62	24,03
14	320	246	76,88	74	23,12
15	264	227	85,98	37	14,02
16	554	421	75,99	133	24,01
17	68	50	73,53	18	26,47
18	209	126	60,29	83	39,71
19	302	223	73,84	79	26,16
20	378	346	91,53	32	8,47
21	33	23	69,70	10	30,30
22	603	535	88,72	68	11,28
23	187	165	88,24	22	11,76
24	362	301	83,15	61	16,85
25	223	151	67,71	72	32,29
26	262	213	81,30	49	18,70
27	371	310	83,56	61	16,44
28	498	89	90,82	9	9,18
29	349	296	84,81	53	15,19
30	47	16	34,04	31	65,96
31	291	262	90,00	29	9,97
TOTAL ...	8.020	6.616	82,49	1.404	17,51

ve concordância, a nível de 3º dígito ou categoria da CID, em 6.616 ou 82,49%, variando entre 34,04% e 100%. O complemento daquele valor, isto é, 1.404 (17,51%) representa os diagnósticos existentes nos boletins e que não tinham correspondência nos prontuários.

Alguns hospitais chamam a atenção: os de n^{os}. 2 e 25, já mencionados, têm uma alta percentagem de cesáreas que não são especificadas segundo as causas, pelos médicos, nas folhas-resumo, impedindo que o escriturário possa transcrever esse diagnóstico para o Boletim, o que faz com que os códigos finais sejam diferentes; o hospital n^o 8, pela razão já exposta, onde a responsável pela confecção dos boletins registrava, a seu arbítrio, qualquer diagnóstico; o hospital n^o 18, onde quase não havia folha-resumo e onde as escriturárias, frequentemente, colocavam diagnósticos condizentes com a especialidade do médico ou diagnósticos dados frequentemente pelos mesmos. Exemplo disso: quando não havia folha-resumo e o médico responsável era cardiologista, era comum escreverem "insuficiência cardíaca" ou "desidratação" para todas as crianças sem nada anotado na folha-resumo.

O hospital nº 30 apresentou altíssima percentagem de discordância (65,96%) tendo-se verificado, na ocasião, que a escriturária responsável não tinha nenhuma informação sobre o que transcrever para o Boletim 101, em relação ao diagnóstico. Esse mesmo hospital teve alta percentagem de perda de prontuários e alta percentagem de erro na data de saída.

Como já foi comentado, o INPS exige a codificação dos seus prontuários pela CID sem que tenha treinado o pessoal responsável pelo preenchimento dos formulários. Desta forma, muitas vezes é o médico quem codifica, diretamente, na folha-resumo, nada colocando além do código. Quando é feita a "decodificação", resultam diagnósticos residuais, tais como "outras doenças do aparelho digestivo", "cálculos de outras partes do aparelho urinário", "outras doenças do estômago e duodeno", não explicitando o que realmente o paciente teve. Multas vezes esses diagnósticos puderam ser especificados através do prontuário mas, também ocorreu de não se conseguir nenhuma outra informação.

Muitos diagnósticos foram conseguidos através das anotações pelo pessoal de enfermagem. E

xemplo muito comum foi diarreia. O diagnóstico ficaria apenas como "desidratação", com todas as consequências já comentadas, não fosse a anotação das condições da criança, constando "diarreia" ou "fezes líquidas". Nota-se, claramente, que o pessoal de enfermagem, pela sua própria formação profissional, tem maior consciência da necessidade de se registrar os fatos ocorridos com os pacientes.

Como nem sempre havia o diagnóstico definitivo na folha-resumo, etapa intermediária da transcrição, mas, sim o diagnóstico de entrada ou provisório, este era transcrito para o Boletim 101. Na falta de outro dado, até mesmo sinais e/ou sintomas da anamnese do paciente eram transcritos, acarretando diagnósticos bastante diversos daqueles encontrados nos prontuários.

No hospital nº 7, que teve 100% de concordância, 23 (79,31%) dos 29 casos saídos no mês, eram de "metrorragia", não havendo no prontuário nada mais que esclarecesse ou complementasse esse diagnóstico. A média de idade dessas 23 pacientes era 29 anos, tendo, todas, entrado e saído no mesmo dia.

5. Diagnósticos Mal Definidos

Dos 7.021 prontuários, verifica-se pela TABELA 13 que havia 458 casos (6,52%), em que o único diagnóstico registrado no Boletim 101 era um sintoma ou estado mórbido mal definido (CID 780-796); a leitura dos prontuários permitiu melhorar esses diagnósticos, restando apenas 174 mal definidos (2,48%). Estes 174 restantes foram aqueles em que não havia nenhum dado que permitisse caracterizar a doença. Desta forma, conseguiu-se uma redução de 62,01% dos diagnósticos mal definidos, variando essa redução entre os limites de 16,67% e 100%.

Um hospital que chama a atenção pela alta percentagem de diagnósticos mal definidos (30,30%) é o de nº 21. Os 30,30% correspondiam ao diagnóstico de "desidratação"; entretanto, pela análise de prontuários, verificou-se, posteriormente, que se tratava de casos de intoxicação por inseticidas organo-clorados. O diagnóstico verdadeiro, neste caso, tem grande importância epidemiológica, porém, por falha de transcrição por parte do responsável que colheu apenas um diagnóstico, ele ficou oculto, acarretando o seu desconhecimento pelas autoridades sanitárias.

TABELA 13 - NÚMERO DE SAÍDAS CONTENDO SOMENTE DIAGNÓSTICOS MAL DEFINIDOS, NO BOLETIM 107 E PRONTUÁRIOS

HOSPITAIS	TOTAL DE PRONTUÁRIOS	BOLETIM		BOLETIM E PRONTUÁRIO		REDUÇÃO %
		Nº	%	Nº	%	
1	324	-	-	-	-	-
2	116	5	4,31	-	-	100,00
3	364	65	17,86	22	6,04	66,15
4	274	30	10,95	10	3,65	66,67
5	86	3	3,49	-	-	100,00
6	497	3	0,60	-	-	100,00
7	29	-	-	-	-	-
8	142	13	9,15	1	0,70	92,31
9	377	12	3,18	10	2,65	16,67
10	194	20	10,31	11	5,67	45,00
11	79	28	35,44	10	12,66	64,29
12	132	9	6,82	9	6,82	-
13	217	12	5,53	8	3,69	33,33
14	291	23	7,90	7	2,41	69,57
15	222	9	4,05	1	0,45	88,89
16	443	19	4,29	4	0,90	78,95
17	52	-	-	-	-	-
18	197	24	12,18	13	6,60	45,83
19	289	20	6,92	6	2,08	70,00
20	296	17	5,74	7	2,36	58,82
21	33	10	30,30	1	3,03	90,00
22	391	4	1,02	-	-	100,00
23	166	18	10,84	12	7,23	33,33
24	305	8	2,62	1	0,33	87,50
25	223	8	3,59	-	-	100,00
26	216	13	6,02	9	4,17	30,77
27	349	8	2,29	5	1,43	37,50
28	89	8	8,99	5	5,62	37,50
29	309	64	20,71	22	7,12	65,63
30	42	3	7,14	-	-	100,00
31	277	2	0,72	-	-	100,00
TOTAL	7.021	458	6,52	174	2,48	62,01

6. Transcrição Correta da Saída Completa

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

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

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

De acordo com a TABELA 14, constatou-se que, apenas, 4.859 (69,21%) dos 7.021 casos examinados apresentavam corretamente todos os itens que deviam estar registrados no Boletim. LOCKWOOD¹² encontrou 55,3% dos seus casos inteiramente corretos. Porém, é importante lembrar que ele verificou de 16 a 22 itens, quando neste trabalho apenas foram analisadas 6 variáveis.

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

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

TABELA 14 - NÚMERO E PORCENTAGEM DE INFORMAÇÕES DE TODOS OS ITENS, SEGUNDO HOSPITAL E CORREÇÃO.

HOSPITAIS	INFORMAÇÕES TOTAL	CORREÇÃO		INCORREÇÃO	
		Nº	%	Nº	%
1	324	207	63,89	117	36,11
2	116	61	52,59	55	47,41
3	364	272	74,73	92	25,27
4	274	154	56,20	120	43,80
5	86	60	69,77	26	30,23
6	497	416	83,70	81	16,30
7	29	27	93,10	2	6,90
8	142	62	43,66	80	56,34
9	377	347	92,04	30	7,96
10	194	169	87,11	25	12,89
11	79	68	86,08	11	13,92
12	132	111	84,09	21	15,91
13	217	55	25,35	162	74,65
14	291	212	72,85	79	27,15
15	222	178	80,18	44	19,82
16	443	229	51,69	214	48,31
17	52	35	67,31	17	32,69
18	197	108	54,82	89	45,18
19	289	200	69,20	89	30,80
20	296	259	87,50	37	12,50
21	33	22	66,67	11	33,33
22	391	304	77,75	87	22,25
23	166	138	83,13	28	16,87
24	305	222	72,79	83	27,21
25	223	9	4,04	214	95,96
26	216	162	75,00	54	25,00
27	349	269	77,08	80	22,92
28	89	75	84,27	14	15,73
29	309	230	74,43	79	25,57
30	42	1	2,38	41	97,62
31	277	197	71,12	80	28,88
TOTAL ...	7.021	4.859	69,21	2.162	30,79

V. CONCLUSÕES

V. CONCLUSÕES

1. A perda de prontuários na amostra estudada pode ser considerada alta - 19,64%.
2. As médias de incorreções encontradas nos dados de identificação - idade e procedência - foram pequenas (2,92% e 3,07%), assim como a incorreção na data de admissão: 1,53%.
3. A média de incorreção encontrada na data de saída foi considerada alta - 7,43%.
4. A transcrição do dado "tipo de alta" foi a que apresentou o menor erro (0,17%).
5. O número de diagnósticos registrados no Boletim e na folha-resumo difere para menor daquele existente nos prontuários. Assim, a relação diagnóstico/paciente foi 1,14 nos boletins, 1,25 nas folhas-resumo e 1,46 nos prontuários.

6. Dentre os diagnósticos omitidos nos Boletins 101 e folhas-resumo, destacam-se: anemias, desnutrição, verminoses, hipertensão e infecções ur
nárias.
7. É grande a proporção de diagnósticos mal defini
dos na maioria dos hospitais.
8. Houve correlação positiva entre o número de leitos do hospital e o número de diagnósticos nos prontuários, quando excluídas as maternida
des.
9. Ainda que não tivesse sido objetivo deste trabalho medir o interesse do médico pelo prontuário e o registro de dados do paciente, o "desenvolvimento" da pesquisa permitiu verificar que, de uma maneira geral, os médicos não dão a devida atenção a esses aspectos.
10. O desconhecimento do uso da Classificação Inter
nacional de Doenças por parte dos funcionários e dos médicos leva a distorções no resultado fi
nal da transcrição dos diagnósticos.

11. Foi de, aproximadamente, 30% a proporção de pacientes saídos com algum dos itens incorreto, sendo, portanto, de apenas 70% a fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares recebidos pela Secretaria da Saúde.

VI. SUGESTÕES

VI. SUGESTÕES

As conclusões tiradas do trabalho levam a algumas sugestões no sentido de melhorar o registro de dados referentes aos pacientes internados nos hospitais do Estado de São Paulo:

1. Treinamento de pessoal para assumir a responsabilidade dos Serviços de Arquivo Médico e Estatística, assim como no uso da Classificação Internacional de Doenças.
2. Promover, junto aos dirigentes hospitalares, o interesse para implantação de um bom serviço de registros médicos.
3. Procurar conscientizar os médicos sobre a importância, administrativa e/ou epidemiológica, dos registros dos dados referentes aos pacientes internados. Essa conscientização deve ser promovida durante a formação profissional do médico.
4. O órgão central encarregado de receber os dados, deveria, periodicamente, realizar uma avaliação da qualidade dos mesmos.

RESUMO / SUMMARY

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo, analisar a fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares recebidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mediante uma amostra sistemática por conglomerado em etapa única, com base nas saídas de pacientes relacionadas nos Boletins 101 - "Movimento de Pacientes Saídos" - recebidos pela Coordenadoria de Assistência Hospitalar da referida Secretaria, foram visitados 31 hospitais de assistência hospitalar geral e examinados 7.021 prontuários de pacientes saídos durante um mês. Encontrou-se uma perda de prontuários bastante grande (19,64%), havendo hospitais onde essa perda chegou a mais de 40%.

Em relação aos dados de identificação (idade e procedência) as concordâncias foram altas (97,08% e 96,93%), o mesmo acontecendo com os dados administrativos - data de admissão (98,47%) e tipo de saída (99,82%). Porém, com referência à data de saída, a discordância média foi maior (7,43%), com valores de até 65,64% e 82,51% de erro. Alguns fatores responsáveis por esses resultados são analisados no trabalho.

Quanto aos diagnósticos, verificou-se que há um aumento da relação de diagnósticos por paci-

ente na medida em que se examina a folha de alta e os prontuários, em relação ao Boletim 101 e que alguns diagnósticos tais como anemias, desnutrição e verminoses apareceram inúmeras vezes nos prontuários sem que tivessem sido anotados nas folhas de alta e, conseqüentemente, no Boletim 101.

Em 1404 casos (17,51%) os diagnósticos registrados nos boletins não concordavam com os diagnósticos anotados nos prontuários, havendo 458 saídas (6,52%) onde o único diagnóstico registrado era um estado mórbido mal definido, tendo sido possível reduzir, mediante análise dos prontuários, esse número para 174 casos (2,48%).

Em relação à transcrição correta da saída completa, apenas 69,21% dos casos estava totalmente certa, isto é, tinha todos os itens transcritos corretamente.

SUMMARY

The objective of this work was to analyse the accuracy of hospital statistical data collected by means of the "Model 101 Report" of the Health Department of São Paulo, Brazil.

The "Model 101 Report" summarizes the data on discharged patient records and is sent monthly to the Health Department by each hospital in the state of São Paulo.

A one stage systematic cluster sampling of these data was performed. Only general care hospitals entered the sample. Thirty one hospitals with 7,021 medical records of discharged patients in a given month were reviewed.

The mean loss percentage of medical records at the sample hospitals was 19.64%, reaching as high as 40% or more at some of them.

The identifying information and personal data relating to each patient were correct in 97.08% of the cases (age data) and 96.93% of the cases (area of residence). The administrative information was correct in 98.47% of the cases (date of admission) and 99.82% of the cases (discharge status). Only the items of death or routine live discharge were

checked. The date of discharge was in error in 7.43% of the cases, as a mean, reaching as high as 65.64% and 82.51% in two of the hospitals. Some factors potentially responsible for these results were analysed.

There was a increase in the actual number of diagnoses relative to each patient after the medical records were checked. Also diagnoses such as: anemia, malnutrition and parasitosis were present many times in the medical records, without being transcribed to the discharge summary and therefore to the "Model 101 Report".

In 1,404 cases (17.51%) the diagnoses on the "Model 101 Report" were erroneous. There were 458 (6.52%) discharges with an ill-defined condition as the unique diagnoses. It was possible to reduce this figure to 174 cases (2.48%) by checking the medical records.

Only 69.21% of the forms were considered entirely correct, i.e., with all the items correctly and completely transcribed.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANTEPROJETO da Lei Orgânica de Assistência Médico-Hospitalar. Rev. técn. Planej. hosp., 2 (3/4):1-76, 1956.
2. BRASIL. Leis e Decretos. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, com alterações da Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975. Nova Lei dos Registros Públicos.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Normas de administração e controle do hospital. Brasília, 1974.
4. BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Instituto Nacional de Previdência Social. Classificação Internacional de Doenças. Brasília, 1970.
5. CARVALHO, L. de F. - Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital. São Paulo, Ltr, EDUSP, 1973.
6. COCHRAN, W.G. - Sampling techniques. New York, John Wiley & Sons, 1953.
7. FONSECA, L.A.M. & LAURENTI, R. - A qualidade da certificação médica da causa de morte em São Paulo. Rev. Saúde públ., São Paulo, 8:21-29, 1974.

8. HEASMAN, M.A. - Projeto de manual sobre esta -
tísticas hospitalares de morbidade. Washing-
ton, D.C., Organização Panamericana da Saú
de (mimeografado).
9. KISH, L. - Survey sampling. New York, John Wi
ley & Sons, 1965.
10. LAURENTI, R.; SILVEIRA, M.H. & GOTLIEB, S.L.-
Estatísticas de morbidade hospitalar e a
sua análise segundo causas múltiplas. Rev.
paul. Hosp., 23(3):94-100, 1975.
11. LAURENTI, R. & SILVEIRA, M.H. - O registro dos
fenômenos vitais e dos agravos à saúde rela
cionados com a população. IN: PARETA, J.M.M.;
MEIRA, A.R. & D'ANDRETTA Jr., C. - Saúde da
Comunidade. São Paulo, Mc Graw-Hill do Bra
sil, 1976. p. 13-31.
12. LOCKWOOD, E. - Accuracy of Scottish hospital
morbidity data. Brit. J. prev. soc. Med., 25:
76-83, 1971.
13. LOGAN, R.F.L. - Necesidad de evaluar la morbi
lidad y los niveles de salud. IN: ORGANIZA
CIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Tendencias actua
les de los estudios sobre morbilidad y mor
talidad. Ginebra, OMS, 1967. p. 9-17. (Cua
dernos de Salud Publica, 27).
14. MANUAL da classificação estatística internacio
nal de doenças, lesões e causas de óbito: 8a.
revisão, 1965. Washington, D.C., Organização Pa
namericana de Saúde, 1969. (Publicação científica,
190).

15. MASI, A.T. - Potential uses and limitations of hospital data in epidemiologic research. Amer. J. publ. Hlth, 55:658-68, 1965.
16. MELLO, C.G. de - A epidemiologia da cesariana. Rev. paul. Hosp., 19(3):29-34, 1971.
17. ————— - Assistência obstétrica no INPS: irracionalidade e desperdício. Rev. paul. Hosp., 23(10):436-38, 1975.
18. MILANESI, M.L. & LAURENTI, R. - O estudo interamericano de mortalidade em São Paulo. I - Estado atual da certificação médica da causa de óbito no distrito da capital. Rev. Ass. méd. bras., 10:111-16, 1964.
19. NATHANSON, C.A. & BECKER, M.H. - Doctors, nurses and clinical records. Med. Care, 11: 214-23, 1973.
20. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Conferencia sobre estadísticas de morbilidad. Ginebra, 1951 (Ser. Inf. tecn., 53), 1953.
21. ————— - Comité de expertos en estadísticas sanitarias. 5º, Ginebra, 1956. Informe. Ginebra, OMS, 1957 (Ser. Inf. tecn., 133).
22. ————— - Comité de expertos en estadísticas sanitarias. 6º, Ginebra, 1958 (Ser. Inf. tecn., 164), 1959.

23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - Comité de exp
ertos en estadísticas sanitarias. 8º Ginebra, 1962 (Ser. Inf. tecn., 261), 1963.
24. ————— - Comité de expertos en estadística
s sanitarias. 12º, Ginebra, 1967 (Ser.
Inf. tecn., 389), 1968.
25. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - Comité
Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud.
3º, Washington, D.C., 1964 (Publicaciones
científicas, 103).
26. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. - Patterns of mor
tality in childhood. Washington, D.C., Pan
American Health Organization, 1973 (Scien-
tific Publication, 262).
27. REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS, 16a.,
Washington, D.C., 1965. Metodos para mejo
rar las estadísticas vitales y de salud.
Washington, D.C., OPS, 1966 (Publicación
científica, 127).
28. SIEGEL, S. - Estatística não paramétrica para as
ciências do comportamento. São Paulo, Mc
Graw-Hill do Brasil, 1975.
29. SWAROOP, S. - Estadística sanitaria. México,
Fondo de Cultura Económica, 1964.
30. USO de información hospitalaria en investiga -
ciones epidemiológicas y de atención medica.
Inf. Esp. Div. Est. vital, Caracas, (26), 1970.

31. YASLLE ROCHA, J.S. - Utilização dos leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo. Rev. Saúde públ., São Paulo, 9:477-93, 1975.

ANEXOS

Movimento de Pacientes Saídos - Mês de

de 197

HOSPITAL
MUNICÍPIO
REGIÃO
SUB-REGIÃO

ANEXO 1

ANEXO 2 - NÚMERO PREVISTO E ENCONTRADO DE PRONTUÁRIOS E FICHAS DE IDENTIFICAÇÃO, SEGUNDO OS HOSPITAIS.

HOSPITAIS	Nº PRE VISTO DE PRONTUÁRIOS	PRONTUÁRIOS			FICHAS DE IDENTIFICAÇÃO		
		Encon- trados	Não en- contr.	% Perda	Encon- tradas	Não en- contr.	% Perda
1	369	324	45	12,20	324	45	12,20
2	123	116	7	5,69	119	4	3,25
3	374	364	10	2,67	373	1	0,27
4	359	274	85	23,68	292	67	18,66
5	167	86	81	48,50	149	18	10,78
6	523	497	26	4,97	498	25	4,78
7	29	29	-	-	29	-	-
8	283	142	141	49,82	252	31	10,95
9	402	377	25	6,22	378	24	5,97
10	352	194	158	44,89	348	4	1,14
11	99	79	20	20,20	79	20	20,20
12	189	132	57	30,16	189	-	-
13	284	217	67	23,59	227	57	20,07
14	326	291	35	10,74	319	7	2,15
15	381	222	159	41,73	333	48	12,60
16	475	443	32	6,74	446	29	6,11
17	71	52	19	26,76	52	19	26,76
18	202	197	5	2,48	197	5	2,48
19	332	289	43	12,95	300	32	9,64
20	323	296	27	8,34	306	17	5,26
21	33	33	-	-	33	-	-
22	439	391	48	10,93	393	46	10,48
23	187	166	21	11,23	170	17	9,09
24	375	305	70	18,67	319	56	14,93
25	383	223	160	41,78	223	160	41,78
26	308	216	92	29,87	300	8	2,60
27	375	349	26	6,93	353	22	5,87
28	117	89	28	23,93	116	1	0,85
29	360	309	51	14,17	318	42	11,67
30	170	42	128	75,29	169	1	0,59
31	327	277	50	15,29	279	48	14,68
TOTAL...	8.737	7.021	1.716	19,64	7.883	854	9,77