

Editorial

Qualidade da Informação em Saúde

Quality of Health Care Information

Ana Luisa Rocha Mallet

Hospital Pró-Cardíaco (RJ)

A informação tem importância inquestionável, sendo instrumento de poder em todas as áreas. Na saúde não é diferente, sendo fundamental na avaliação da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Falar de qualidade em saúde, no entanto, tem sido um lugar comum, embora não exista um conceito único sobre o que “qualidade em saúde” signifique. Mais de 80 critérios descritos para a avaliação do cuidado ao paciente confirma que a questão não pode ser vista sob uma ótica única¹. O fato da quase impossibilidade de se chegar a esse consenso sobre o termo não nos exime, porém, da discussão de aspectos importantes sobre o tema.

A avaliação da qualidade em saúde pode ser realizada sob vários aspectos: estrutura, processo e resultados. A avaliação dos resultados é a forma mais frequentemente utilizada, embora tenha uma série de limitações, entre elas o fato de que muitos fatores, além do cuidado médico, podem influenciar o resultado de uma determinada ação; além disso, alguns resultados são fáceis de avaliar – morte, por exemplo – outros não, como a satisfação do paciente, sua readaptação social, sua incapacitação física. Mesmo quando considerando apenas a morte como parâmetro de resultado de uma determinada conduta médica, pode-se questionar se o prolongamento da vida, sob certas condições, é evidência de um bom cuidado médico; muitas vezes permitir que a morte aconteça pode ser o melhor “cuidado” oferecido a um paciente (“Intermitências da Morte”, de José Saramago, tratando de forma alegórica a questão da morte, nos põe diante de uma situação inusitada: uma greve da morte).

A avaliação da qualidade sob o aspecto dos processos engloba a discussão sobre a qualidade das informações obtidas. Conceitualmente, o sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da

saúde e dos assuntos a ela ligados². Essas informações envolvem desde aquelas relativas ao processo saúde/doença até informações de caráter administrativo, todas essenciais às tomadas de decisão no setor.

Embora o nível de conhecimento real das condições de saúde e adoecimento da nossa população esteja longe do ideal, não podemos deixar de reconhecer avanços. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), instituído em 1975 pelo Ministério da Saúde, foi criado visando à obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, através do preenchimento da Declaração de Óbito. O Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), de 1990, tem o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo o país: sexo, local de nascimento, peso, tipo de parto, entre outros dados. Esses dados são obtidos através do preenchimento de um documento padronizado, a Declaração de Nascido Vivo. O SINAN, Sistema Nacional de Agravos e Notificação, instituído em 1996, é o principal instrumento para a coleta de dados das doenças de notificação compulsória. Esses 3 instrumentos, bem estabelecidos nacionalmente, permitem a obtenção de informações epidemiológicas e sociodemográficas, subsidiando as diversas esferas de gestão na saúde pública na definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças.

Através do SIM, por exemplo, foi analisada a distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro em 2000, verificando-se que essa distribuição é heterogênea e obedece a um padrão espacial associado a um forte gradiente social, com uma concentração do risco de morrer de infarto nas áreas mais pobres da cidade. Esse achado é concordante com vários artigos que consideram que a condição econômica diminui o acesso ao tratamento; sendo assim, a distribuição da morbidade e mortalidade por doença isquêmica coronariana expressa diferenças sociais associadas à renda, à escolaridade, à ocupação e à classe social³.

Obviamente, a existência de instrumentos padronizados nacionalmente não garantem a informação: o sub-registro é ainda um grande problema no país. Apenas Mato Grosso do Sul, São Paulo e Distrito Federal estão com percentuais de sub-registro dentro do previsto (inferior a 5%), considerando-se o SINASC. A média nacional de sub-registros, de 16,4%, indica 2,8 milhões de crianças sem documentos no Brasil. O Estado do Amazonas é o líder de sub-registros - 41,4% (4 em cada 10 crianças) -, seguido do Pará, 37,6%, e do Maranhão, 35%. No Estado do Rio de Janeiro esse índice é 5,1%.

Um outro instrumento utilizado na avaliação de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o estudo das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), que constituem uma forma abrangente de informações sobre a ocorrência de internações autorizadas pelo SUS. Esse sistema, com origem nos anos sessenta, inicialmente sob a sigla GIH - Guia de Internação Hospitalar, surgiu para ressarcimento dos atendimentos hospitalares, sendo restrito, a princípio, às unidades privadas contratadas pelo antigo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), depois Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Atualmente, as AIH abrangem a produção hospitalar de todos os serviços financiados pelo setor público, sendo suas informações disponibilizadas pelo DATASUS. Apesar do objetivo basicamente administrativo na origem, a AIH gera também informações sobre a morbidade hospitalar, sobre o uso de procedimentos diagnósticos de alta complexidade, além de características demográficas e geográficas, natureza e complexidade dos hospitais. Portanto, a análise do banco das AIH contém informações sobre cerca de 15 milhões de internações/ano, podendo constituir um instrumento valioso para o planejamento, a avaliação de qualidade e estudos epidemiológicos, sendo fonte de dados relevante para a programação, gerência e avaliação dos serviços hospitalares. Sua utilidade, no entanto, depende da boa qualidade dos dados.

Foi demonstrada uma alta confiabilidade das variáveis: sexo, idade, tempo de permanência, diagnóstico principal e procedimentos realizados nos preenchimentos das AIH⁴. Um estudo utilizando a AIH na avaliação da qualidade de atendimento ao infarto demonstrou a precisão das variáveis demográficas (sexo, faixa etária), das variáveis relacionadas ao processo (uso de procedimentos e intervenções) e dos resultados⁵. Entretanto, estudo comparando as informações obtidas através da AIH versus prontuário médico na análise dos fatores associados à variação de risco de óbito hospitalar no IAM, no Município do Rio de Janeiro, em 1997, envolvendo 22 hospitais e 384 prontuários, demonstra um sub-registro de procedimentos na AIH em relação ao encontrado na revisão dos prontuários⁶.

Alguns exemplos relacionados ao Município do Rio de Janeiro e que utilizam os bancos de dados existentes são também ilustrativos da questionável qualidade dos nossos registros de informação:

- o sub-registro de procedimentos realizados em grandes hospitais públicos por longos períodos, desde 2002, provocam distorções significativas na análise dos dados relacionados ao atendimento à população do Rio de Janeiro. Afetam, inclusive, o financiamento do sistema de saúde; como já mencionado, esses sistemas são utilizados para programação e financiamento da saúde no Estado;
- o número de cirurgias cardíacas realizadas em vários hospitais, apesar de insuficientes, apresentam um sub-registro, gerando tanto dificuldades na avaliação da produção quanto impossibilitando o pagamento do procedimento: o financiamento e a sustentabilidade da unidade prestadora do serviço ficam ainda mais dificultados;
- uma pequena prestadora privada de serviços ao SUS aparece com o segundo maior número de internações em insuficiência cardíaca no Município, incompatível com sua localização geográfica, estrutura física e situação epidemiológica;
- um grande hospital do Rio de Janeiro, com uma emergência de grande porte e que realiza inúmeros procedimentos de alta complexidade, entre eles cirurgia cardíaca e transplantes, apresenta em alguns momentos um perfil da informação compatível com uma maternidade de baixa complexidade;
- 90% dos pacientes entram em terapia renal substitutiva através dos serviços de emergência, demonstrando a fragilidade da atenção preventiva aos pacientes diabéticos e hipertensos.

Em relação à doença isquêmica do coração (DIC), alguns dados importantes obtidos através da análise do banco de AIH nos informam muito sobre quantidade e gastos: em 1999, foram realizadas intervenções de alta complexidade em 16% das internações por DIC no Município do Rio de Janeiro, com um gasto relativo de 66%; em 2003 essas relações se elevaram para 25% e 79%⁷. Não se sabe, no entanto, quais as características dos pacientes que foram submetidos ao procedimento e não se sabe a indicação para a angioplastia ou para a cirurgia de revascularização miocárdica. Não se têm informações suficientes para responder a várias perguntas, por exemplo: "houve uma indicação precisa para a realização do procedimento?", "houve um maior estímulo econômico para a realização desses procedimentos em detrimento de uma avaliação mais criteriosa da presença de isquemia miocárdica e da função ventricular?" Isso não se sabe. Podemos imaginar que uma busca retrospectiva em prontuários possa esclarecer um pouco sobre esses aspectos, embora procedimentos de alta complexidade e de alto custo sejam realizados muitas vezes sem que se tenha uma informação mais detalhada do quadro clínico do paciente, algumas vezes sem uma

única evolução médica no prontuário. O desempenho nos procedimentos de alta complexidade em cardiologia no Município do Rio de Janeiro são inferiores ao esperado, com uma letalidade inaceitável em algumas situações. A argumentação da gravidade dos pacientes como o principal fator envolvido nos resultados insatisfatórios não está confirmada a partir do momento que os dados referentes a esse universo de pacientes não existe de forma transparente, o que contribui para a resistência ao se comparar os resultados entre diferentes hospitais.

A melhoria do preenchimento dos prontuários médicos é assim uma questão fundamental. Prontuários adequados e completos constituem a melhor ferramenta para um acompanhamento e um controle adequado da prática profissional. Esse preenchimento adequado, quando se trata de internação hospitalar, vai desde a solicitação da internação (solicitação da AIH) até a transcrição do prontuário médico para os devidos campos da AIH após a alta hospitalar; essa última tarefa é realizada muitas vezes por funcionários pouco qualificados. A construção de instrumentos de coletas padronizados e que fossem utilizados não só na rede pública, mas também na rede privada de atendimento, principalmente quando da realização de procedimentos de alta complexidade, poderiam contribuir para o avanço na qualidade da informação.

O acesso à informação é cada vez mais fundamental para os envolvidos em atividades de gestão em saúde que, para a tomada de decisões, necessitam ampliar seus conhecimentos através da busca e análise de informação disponível. Neste contexto, o acesso à informação em saúde é essencial não só a profissionais da área, gestores

e tomadores de decisão, como também para a população em geral, que cada vez mais é exigida a participar na tomada de decisão em relação à sua saúde e bem estar social. Em relação ao profissional médico, já é bastante a incerteza ao tratarmos de um paciente, não precisamos de mais essa dificuldade.

Referências

1. Klein WM, Malone MF, Bennis WG, et al. Summer. Problems of measuring patient care in the Out Patient Department. *J Health Hum Behavior*. 1961;2:138-44.
2. White KL. Information for health care: an epidemiological perspective. *Inquiry. J Health Care Org Provising and Financing*. 1980;17:296-312.
3. Melo ECP, Carvalho MS, Travassos C. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1225-236.
4. Veras CM, Martins M. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(3):339-55.
5. Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, et al. O sistema de informações hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:491-99.
6. Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, et al. AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1065-1076.
7. Oliveira GMM, Klein CH, Souza e Silva NA, et al. Letalidade por doenças isquêmicas do coração no estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2003. *Arq Bras Cardiol*. 2006;86(2):131-37