

Angioplastias Coronarianas em Hospitais Públicos no Município do Rio de Janeiro - 1999 a 2003: a abrangência da informação em prontuários

Artigo Original

6

Coronary Angioplasty in Public Hospitals in the City of Rio de Janeiro 1999 - 2003: completeness of information in medical records

Ana Luisa Rocha Mallet^{1,4,5}, Gláucia Maria Moraes de Oliveira²,
Carlos Henrique Klein³, Nelson Albuquerque de Souza e Silva², Cláudia Ramos Marques da Rocha¹,
Taís Mendonça Lips de Oliveira², Roberto Muniz Ferreira²

Objetivo: Avaliar a abrangência da informação nos prontuários de pacientes que realizaram angioplastia coronariana (AC) pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro entre 1999 e 2003.

Métodos: Numa amostra de 600 prontuários de pacientes que realizaram AC em quatro hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2003, foram observadas as informações relativas a: dados de identificação, dados referentes a fatores de risco, comorbidades, realização de exames complementares e evolução.

Resultados: Foram encontrados 535 prontuários, sendo que seis deles foram excluídos, pois não foi realizada AC. Não foram encontrados 18 dos 46 prontuários de pacientes que faleceram. Houve um bom nível de informação em relação aos dados demográficos, mas os referentes à escolaridade e à renda foram desapontadores. Fatores de risco não foram informados nos prontuários, como, por exemplo: hipertensão – em 20%; diabetes – em 36%; história familiar de doença coronariana – em 52%; dislipidemia – em 48%; obesidade – em 76%; tabagismo – em 40%; e sedentarismo – em 84%. Em relação às comorbidades, alguns percentuais de ausência de registros foram: insuficiência renal – em 67%; doença vascular periférica – em 69%; arritmia prévia – em 73%; insuficiência coronariana crônica – em 49%; angina instável – em 54%; e insuficiência cardíaca – em 62%. Em 25% dos prontuários não foi encontrada informação sobre a indicação do procedimento.

Conclusão: Não foi encontrado registro sobre um grande número de variáveis nos prontuários médicos. A construção de instrumentos de coleta padronizados poderia contribuir para o avanço da qualidade da informação.

Palavras-chave: Angioplastia coronariana, Abrangência de informação em prontuários, Letalidade hospitalar

Objective: To evaluate the completeness of information in the medical records of patients undergoing coronary angioplasty reimbursed by the Unified Health System (SUS) in four public Hospitals in the city of Rio de Janeiro between 1999 and 2003.

Methods: In a sample of 600 medical records of patients undergoing coronary angioplasty in four public Hospitals in the city of Rio de Janeiro between 1999 and 2003, we sought information about demographic variables, risk factors, comorbidities, examinations, indications of the procedure and results.

Results: Among the 535 medical records found, six were excluded as coronary angioplasty was not performed. We were unable to find 18 of the 46 medical records of patients who died. Although the level of information on demographic variables was good, data on formal schooling and income were disappointing. Information on risk factors was missing for: hypertension – 20%, diabetes – 36%, family history of coronary disease – 52%, dyslipidemia – 48%, obesity – 76%, smoking – 40% and sedentarism – 84%. Information of comorbidities was missing in: renal failure – 67%, vascular disease – 69%, arrhythmia – 73%, chronic coronary disease – 49%, unstable angina – 54% and cardiac failure – 62%. We could not find the indication of the procedure for 25% of the patients.

Conclusion: We were unable to gather a large amount of information from medical records. The SUS needs a tool to improve the collection of data on coronary angioplasty.

Keywords: Coronary angioplasty, Completeness of medical records, In-hospital mortality

¹ Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro | ² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

³ Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP (RJ) | ⁴ Hospital Pró-Cardíaco (RJ) | ⁵ Universidade Estácio de Sá (RJ)

A avaliação da qualidade em saúde pode ser realizada sob vários aspectos: estrutura, processo e resultados. A análise com foco nos processos engloba a discussão sobre a abrangência das informações obtidas sobre os pacientes e os procedimentos realizados. Vale a pena lembrar que a informação obtida por meio de prontuários não garante a sua veracidade, mas apenas a qualidade da transcrição, a interpretação e a codificação dessa informação.

Um instrumento utilizado na avaliação de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o estudo das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), que cobrem a produção hospitalar de todos os serviços financiados pelo setor público, e são amplamente disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS. Em relação à doença isquêmica do coração (DIC), dados obtidos por meio da análise do banco de AIH nos informam que, em 1999, foram realizadas intervenções de alta complexidade em 16% das internações por DIC no estado do Rio de Janeiro (RJ), com um gasto relativo de 66% em comparação com os gastos totais em internações por DIC (em 2003, essas relações se elevaram para 25% e 79%, respectivamente). A letalidade média encontrada para angioplastias coronarianas (AC) foi de 1,7% e para cirurgias de revascularização miocárdica (RVM) de 7,8%, ambas acima do esperado¹.

As informações clínicas obtidas na avaliação das AIH são bastante incompletas, mesmo quando relacionadas a procedimentos de alto custo, como no caso da AC. Os estudos em prontuários podem nos fornecer informações adicionais em relação às condições clínicas dos pacientes, suas comorbidades, os exames realizados, a indicação do procedimento e a evolução do paciente. Esse conhecimento é importante para uma criteriosa avaliação da qualidade do serviço oferecido.

Com o objetivo de conhecer a abrangência da informação nos prontuários dos pacientes submetidos à AC, entre 1999 e 2003, em quatro hospitais públicos do município do Rio de Janeiro (RJ), foram avaliados 600 prontuários.

Metodologia

Foi estudado o procedimento de AC em um ou mais vasos, com ou sem utilização de stent, em quatro unidades públicas de saúde vinculadas ao SUS, no município do RJ. Os dados sobre a AC foram provenientes dos bancos das AIH pagas no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2003, e da revisão de prontuários. Foram selecionados os quatro

hospitais da capital do estado do RJ que executaram o maior volume combinado de AC e cirurgia de RVM no período: um federal de ensino (Hosp A), um estadual de ensino (Hosp B), um federal de referência em cardiologia (Hosp C) e um estadual de referência em cardiologia (Hosp D).

Em cada um desses hospitais foram feitas seleções do procedimento estudado. Os casos foram ordenados de acordo com o nome dos pacientes, suas datas de nascimento, sexo e datas de internação. Essa ordenação teve a finalidade de formar blocos de casos contíguos, constituídos por procedimentos idênticos, AC, executados nos mesmos indivíduos. De cada bloco foi incluído apenas o último procedimento realizado em cada indivíduo. Tais seleções resultaram em 2913 pessoas submetidas à AC assim distribuídas: Hosp A - 644 pessoas, incluindo 13 óbitos; Hosp B - 203 pessoas, incluindo 12 óbitos; Hosp C - 809 pessoas, incluindo 9 óbitos; Hosp D - 1257 pessoas, incluindo 12 óbitos.

A quantidade total de casos dos últimos procedimentos no período, por indivíduo, excedeu a capacidade operacional de coleta de dados em prontuários. Por isso, decidiu-se fazer observações apenas em amostras, selecionadas ao acaso e formadas por óbitos e sobreviventes de cada procedimento em cada hospital.

Para se obter o máximo de eficiência na comparação de óbitos e sobreviventes, optou-se por um delineamento amostral que equiparasse em termos quantitativos, na medida do possível, ambos os grupos. Por motivos operacionais, decidiu-se coletar os dados de 150 prontuários relativos ao último procedimento em cada indivíduo, em cada Hospital. Todos os hospitais realizaram mais AC que o necessário para as amostras, porém as quantidades de óbitos são menores que a metade do previsto. Portanto, todos os óbitos foram incluídos nas amostras finais, por AC e por hospital. Em cada hospital, a soma de sobreviventes e óbitos sempre alcança o previsto de 150 prontuários. No final do processo de seleção amostral, segundo procedimento e hospitais, a amostra de sobreviventes e de óbitos foi a seguinte: Hosp A - 137 sobreviventes, 13 óbitos; Hosp B - 138 sobreviventes, 12 óbitos; Hosp C - 141 sobreviventes, 9 óbitos; Hosp D - 138 sobreviventes, 12 óbitos. No total: 554 sobreviventes e 46 óbitos.

As seleções aleatórias das amostras de indivíduos-procedimentos foram feitas por meio da rotina *sample* do *software* estatístico *Stata*², que permite fazer escolhas de registros de um arquivo que resultam em amostras aleatórias simples, isto é, sem reposição. O peso dos dados de cada paciente variou

na função inversa da probabilidade de seleção na amostra. Os resultados foram dados de acordo com o percentual encontrado na amostra selecionada de cada hospital e, ao final, considerando a ponderação de acordo com as frações amostrais.

Foi construída uma ficha para a coleta de dados em prontuários com os itens: identificação, diagnóstico de internação, condições socioeconômicas, fatores de risco, comorbidades, exames complementares, indicação da AC (pós-infarto agudo do miocárdio - IAM - com supra de ST; pós-síndrome coronariana aguda - SCA - sem supra de ST ou doença arterial coronariana crônica - DACC), tipo de AC (AC primária, de resgate ou eletiva), dados sobre a AC e evolução do paciente, entre outros. Não foram aplicados critérios de julgamento para o preenchimento da ficha de coleta. Os fatores de risco e as comorbidades foram considerados presentes desde que anotados no prontuário.

O presente trabalho foi aprovado na Comissão de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e na Faculdade de Medicina da UFRJ, bem como em todas as instâncias necessárias em cada instituição em que foi realizada a pesquisa. O sigilo dos dados pessoais dos pacientes foi resguardado. O projeto geral "Letalidade nos procedimentos de alta complexidade na doença isquêmica do coração no Estado do Rio de Janeiro" (Anexo do projeto está disponível no email da autora principal), no qual se incluiu este estudo, foi financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), com a colaboração da UFRJ e da FIOCRUZ.

A ficha de coleta de dados e a ficha de instruções poderão ser obtidas também pelo email da autora principal. A coleta de informações foi feita por pesquisadores devidamente treinados: nove médicos e duas estudantes de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Todas as fichas preenchidas foram revisadas por um único pesquisador.

Resultados

1. Acesso aos prontuários

O acesso aos prontuários dos pacientes foi diferenciado nas instituições e refletiu formas diversas quanto à organização dos prontuários e ao grau de informatização. Quando a AIH não estava presente no prontuário, a escolha da internação a ser estudada, no caso de haver mais de uma, era aquela em que houvesse relato de AC na data mais próxima da prevista na AIH. A seguir, de forma resumida, será descrito como se deu o acesso aos prontuários:

Hosp A - A existência de um prontuário único

permite que todos os eventos ocorridos com cada paciente durante o seu acompanhamento sejam ali registrados, das consultas ambulatoriais às internações. Todos os pacientes submetidos à AC tinham registro de internação e prontuário, mesmo que encaminhados de outra instituição de saúde. O arquivo médico desse hospital encontra-se aberto 24 horas; a revisão dos prontuários é realizada em local próprio, definido pela instituição.

Hosp B - Como o arquivo não está informatizado, a obtenção dos prontuários depende bastante da boa vontade dos funcionários. Existem basicamente duas formas físicas de armazenamento desses prontuários: alguns são organizados em uma pasta com divisão entre evoluções ambulatoriais e hospitalares (que internamente seguem a ordem cronológica); outros são armazenados em envelopes de papel pardo em que são guardadas todas as informações do paciente (nesse caso, não existe qualquer ordem cronológica). A segunda forma de armazenamento vem sendo substituída pela primeira. Muitos dos prontuários solicitados não foram encontrados. Cada paciente possui um prontuário único e o arquivo abre das 8 horas às 17 horas, fechando das 12 horas às 13 horas.

Hosp C - O arquivo médico, informatizado, é bastante bem organizado, abre das 7 horas às 20 horas e possui um local adequado para a obtenção de dados em prontuários. Existe um único prontuário para cada paciente.

Hosp D - A obtenção de prontuários nesse hospital foi mais complexa: muitos pacientes que realizaram AC foram encaminhados de outros hospitais e não chegaram a ter um prontuário, recebendo apenas um número de identificação que correspondia ao registro na hemodinâmica. Isso também aconteceu com a maioria dos pacientes encaminhados do ambulatório da própria instituição, que também não têm prontuário no hospital, apenas um número de acompanhamento no ambulatório, relacionado a cada médico específico. Na primeira solicitação, apenas 31 dos 150 prontuários foram localizados. A busca realizada nos registros da hemodinâmica permitiu que outros registros fossem resgatados. O arquivo nessa instituição não está informatizado, e o local de seu armazenamento é bastante confuso, tendo sido utilizado o Centro de Estudos para preenchimento das fichas.

2. Prontuários encontrados

Foram encontrados 535 (89%) dos 600 prontuários solicitados, perda que não foi homogênea entre os hospitais. Foram encontrados no Hosp A, 148 prontuários (98,7%); no Hosp B, 110 (73,3%); no Hosp C, 146 (97,3%) e no Hosp D, 131 (87,3%).

9. Informações sobre comorbidades

A Tabela 3 mostra os percentuais de ausência nos dados sobre comorbidades pesquisadas.

10. Exames

A informação sobre os exames utilizados no pré-AC está representada na Tabela 4.

Tabela 1

Comparação entre os diagnósticos de admissão coletados em prontuários e os diagnósticos das AIH referentes

Prontuário	SIH/SUS (AIH)				Total
	Angina e outras doenças isquêmicas agudas I20 e I24	IAM I21-22	DACC I25	Outros diagnósticos	
Angina/ outras agudas	215	44	85	3	347
IAM	35	41	11	2	89
DACC	20	5	23	1	49
Outros diagnósticos	16	8	5	3	32
Sem diagnóstico	8	2	2	0	12
Total	294	100	126	9	529

SIH=Sistema de informações hospitalares; SUS=Sistema Único de Saúde; AIH=autorização de internação hospitalar; IAM=infarto agudo do miocárdio; DACC=doença arterial coronariana crônica

Tabela 2

Percentual de ausência de informações em relação a fatores de risco e medidas objetivas de pressão arterial, glicemia, peso e creatinina

Variável	Hosp A	Hosp B	Hosp C	Hosp D	Total ponderado*
História familiar de DAC	57,5	44,6	48,6	54,2	52,7
História familiar de morte súbita	69,9	82,7	79,6	80,0	77,5
DM	29,5	26,3	40,9	48,0	40,3
HAS	9,6	11,0	20,4	38,2	25,0
Dislipidemia	44,5	50,0	45,8	52,7	48,6
Obesidade	75,3	90,9	75,4	64,1	71,6
Fumo	36,3	26,4	35,9	59,5	45,3
Sedentarismo	74,7	88,2	85,2	89,3	84,8
PA pré-AC	10,0	35,0	6,0	56,0	29,1
Glicemia pré-AC	42,0	35,0	68,0	87,0	69,8
Peso pré-AC	90,0	65,0	92,0	87,0	87,4
Creatinina pré-AC	39,3	35,2	64,6	83,9	65,4

(*) considerando a ponderação de acordo com frações amostrais corrigidas

DAC=doença arterial coronariana; DM=diabetes mellitus; HAS=hipertensão arterial sistêmica; pré-AC=pré-angioplastia; Hosp=hospital

Tabela 3

Percentual de ausência de informações em relação a comorbidades

Variável	Hosp A	Hosp B	Hosp C	Hosp D	Total ponderado*
Acidente vascular encefálico	39,7	71,8	85,9	71,0	68,2
Insuficiência renal	38,4	71,0	89,4	70,2	68,3
D. pulmonar obstrutiva crônica	50,7	63,6	83,1	68,7	68,4
Doença vascular periférica	50,7	71,8	82,4	71,0	70,2
Arritmia prévia	52,8	76,4	90,1	72,5	73,1
IAM prévio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Angina instável prévia	32,2	66,4	75,4	44,3	51,2
Insuficiência coronariana prévia	24,7	48,2	74,0	49,6	50,9
Insuficiência cardíaca prévia	34,9	73,6	86,7	55,0	60,5
Neoplasia prévia	54,1	75,5	94,4	62,6	70,2

(*) considerando a ponderação de acordo com frações amostrais corrigidas

D. pulmonar obstrutiva crônica= doença pulmonar obstrutiva crônica; IAM= infarto agudo do miocárdio; Hosp=hospital

Tabela 4
Percentual de exames pré-AC não realizados + não informados

	Hosp A	Hosp B	Hosp C	Hosp D	Total ponderado*
ECCG	36,3	58,2	68,3	81,6	67,8
ECO	64,4	51,9	67,6	85,5	74,2
TE	89,1	84,6	85,2	94,7	90,0
Cintilografia	89,0	94,6	87,3	97,7	92,5
ECO de estresse	99,4	98,2	96,5	100,0	98,7

(*) considerando a ponderação de acordo com frações amostrais corrigidas

Hosp= hospital; ECCG= eletrocardiograma; ECO= ecocardiograma; TE=teste de esforço

Tabela 5
Percentual de ausência de informações relacionada à indicação e tipo de AC, por hospital e ponderada para os 2.888 pacientes

	Hosp A	Hosp B	Hosp C	Hosp D	Total ponderado*
Indicação	3,4	10,0	3,5	59,5	28,4
Tipo	8,2	14,6	10,6	55,8	30,0

(*) considerando a ponderação de acordo com frações amostrais corrigidas

Hosp=hospital

11. Procedimento

Em 75% das AC realizadas houve implante de stent, em 21% não houve e em 4% não foi possível identificar a utilização ou não de stent. Em 19% dos casos não foi possível identificar o tipo de AC realizada, e em 22% não foi possível definir a indicação da AC.

Discussão

A discussão sobre a qualidade do atendimento, sob o aspecto dos processos, depende da abrangência da informação. Embora seja apenas um dos aspectos da qualidade da informação e do cuidado, ela permite que a avaliação de resultados desse cuidado possa ser realizada em bases mais sólidas. Não é por coincidência que, ao ser introduzido na Inglaterra, em 2004, um sistema de qualificação ao atendimento ao paciente com doença coronariana (*Quality and outcomes framework*), nove dos onze indicadores de qualidade medem o processo clínico e dois são medidas de resultado (nenhuma medida de estrutura foi incorporada). Algumas das medidas de processo escolhidas foram as seguintes: percentual de pacientes com DIC em que a PA está registrada, percentual de pacientes com DIC em que há registro de dosagem de colesterol nos últimos 15 meses, percentual de pacientes com DIC que está sendo tratada com betabloqueador³.

No trabalho atual apresenta-se a abrangência de informação de uma amostra inicial de 600 prontuários, dos quais foram localizados 535, escolhidos entre as internações com AIH pagas pelo SUS. Diferentemente do trabalho de Veras e

Martins⁴, em que houve dificuldade em alguns dos dez hospitais privados escolhidos para o estudo de prontuários, não se teve esse problema nos quatro hospitais públicos do presente estudo, após o cumprimento de normas institucionais específicas. A dificuldade de localização de prontuários foi inerente à organização interna de cada instituição e, no conjunto, não foram encontrados 65 dos prontuários solicitados (11%), com perdas mais significativas nas instituições estaduais, sem informatização da documentação médica. A perda no trabalho de Escosteguy et al.⁵ foi de 1,8%, não tendo havido diferença entre prontuários relacionados a óbitos e sobreviventes. No presente caso, as perdas entre os óbitos foram significativamente mais importantes: no Hosp A e no Hosp C foram encontrados todos os prontuários em que houve óbito; no Hosp B perderam-se 66,7% desses prontuários e no Hosp D, 75%.

A perda de prontuários mais concentrada entre os óbitos pode estar relacionada ao fato de esse documento médico ser considerado primordialmente um instrumento administrativo, vinculado à assistência ao paciente. Uma vez acontecendo o óbito, passa a haver um desinteresse em manter esses registros, já que sua utilização na assistência direta ao paciente não mais se faz necessária. A importância desse documento para pesquisas retrospectivas parece ser bastante negligenciada.

Veras e Martins demonstraram uma alta confiabilidade das variáveis: sexo, idade, tempo de permanência, diagnóstico principal e procedimentos realizados nos preenchimentos das

AIH⁴. Estudo utilizando a AIH como forma de avaliar a qualidade de atendimento ao IAM também demonstrou a precisão das variáveis demográficas, das variáveis relacionadas ao processo (uso de procedimentos e intervenções) e de resultados (óbito e motivo de saída)⁶. Na presente amostra, as variáveis sexo e idade também foram bastante precisas.

No Brasil, a questão da cor da pele é menos marcada em suas diferenças, sendo estas provavelmente mais relacionadas às condições socioeconômicas. Nos EUA, existem diferenças étnicas e raciais em relação aos procedimentos cardiovasculares e que representam, provavelmente, a soma de um uso exagerado desses procedimentos entre os brancos e uma subutilização entre os negros⁷. Neste trabalho houve informação sobre a cor da pele em 75% dos casos (76% eram brancos), embora a fidedignidade desse dado seja limitada. Essa informação pode denotar uma diferença de acesso aos procedimentos mais complexos, mas também um viés no preenchimento desse item, na grande maioria das vezes realizado sem critérios objetivos, que seriam impossíveis de ser implementados.

A informação sobre o local de moradia é importante para análise de fluxo dos pacientes dentro de um mesmo município e entre diferentes municípios, podendo ajudar no planejamento, na alocação e na transferência de recursos financeiros, como no caso dos procedimentos de alta complexidade (PAC), onde existe uma Pactuação Programada Integrada (PPI), sendo a cidade do Rio de Janeiro referência para a área Metropolitana I do Estado. Nos prontuários avaliados por Veras e Martins, em 10,6% não havia anotação de endereço⁴. Neste trabalho, o endereço foi identificado em 98,7% dos prontuários, e o município de origem em 97% dos casos.

A informação sobre escolaridade foi praticamente ignorada em três das instituições. Em 87% dos prontuários da amostra não foi obtida qualquer informação sobre renda. Em Ontário, província do Canadá, o acesso a procedimentos cardiovasculares invasivos pós-IAM variou de acordo com o nível econômico da vizinhança. Apesar do sistema canadense de atendimento universal, a baixa condição socioeconômica relaciona-se a um menor acesso a atendimentos cardiológicos especializados, bem como à maior mortalidade em um ano pós-IAM⁸. Existe associação entre baixa condição socioeconômica e maior prevalência de fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica (HAS), fumo, obesidade, diabetes mellitus (DM) e elevação dos fatores pró-trombóticos, como aumento do fibrinogênio^{9,10}. No RJ, através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), foi analisada a

distribuição espacial da mortalidade por IAM em 2000, verificando-se que essa distribuição é heterogênea; o padrão espacial identificado está associado a um forte gradiente social¹¹.

A variação da confiabilidade do diagnóstico principal é grande nos trabalhos, chegando a 42,5%¹². Em 1978, Lebrão observou 17,5% de discordância entre os dados registrados no Boletim da Secretaria Estadual de São Paulo e os dados do prontuário médico no que diz respeito ao diagnóstico principal¹³. No presente trabalho, a concordância entre os diagnósticos da AIH e do prontuário foi inferior a 50%. Além das conhecidas justificativas de ilegitimidade e ambigüidade de anotações médicas, a ausência do registro médico foi um dos principais fatores para esse achado. A essas justificativas somam-se problemas inerentes à Classificação Internacional de Doenças, com incompatibilidade no sistema de classificação, que não oferece as opções de diagnósticos efetivamente utilizadas na prática médica e que variam de acordo com conceitos médicos vigentes nos diversos locais.

O desempenho nos PAC em cardiologia no município do RJ é inferior ao esperado, com uma letalidade inaceitável em algumas situações¹. Imagina-se que uma busca retrospectiva em prontuários pudesse esclarecer esses aspectos, principalmente em relação à presença de fatores de risco e comorbidades que conferissem maior gravidade aos pacientes. No entanto, verifica-se que muitas vezes a AC foi realizada sem informações adequadas sobre as condições clínicas do paciente. A informação sobre presença ou não de diabetes, por exemplo, esteve ausente em 36% dos prontuários; em 40% nada se soube sobre o hábito de fumar, quase a metade dos prontuários não tinha informação sobre dislipidemia e a informação sobre obesidade foi ignorada em 75% dos casos. As informações sobre as comorbidades também foram deficientes, exceto no caso do IAM prévio (Tabela 3).

As informações sobre o eletrocardiograma (ECG), grau de isquemia e disfunção ventricular ajudariam a ter um melhor conhecimento do perfil dos pacientes, porém os dados foram bastante incompletos: o ECG pré-AC foi descrito em menos de 40% dos prontuários. No trabalho de Escosteguy et al., a letalidade do IAM associada à não-realização ou à não-informação sobre o ECG foi muito alta: 75%⁵. Neste trabalho, a informação sobre isquemia miocárdica através de exames provocativos como teste de esforço, cintilografia miocárdica e ecocardiograma de estresse só foi registrada em 12%, 8% e 2% dos casos, respectivamente. Apenas

30% registraram informação sobre a função ventricular através do ecocardiograma.

O óbito é a variável mais freqüentemente utilizada para avaliar o resultado do serviço prestado. Em estudo de Veras e Martins⁴, em 55 dos 1.331 prontuários não houve informação sobre o desenlace; enquanto no trabalho de Escosteguy et al.⁵, os 77 óbitos na AIH foram, de fato, 79 quando analisados os prontuários. Foram identificados três erros desse tipo: em duas AIH o paciente foi considerado vivo, porém havia falecido durante a internação; e um paciente considerado como óbito na AIH, em realidade recebeu alta Hospitalar com vida. Esse último erro deve ter ocorrido por transcrição incorreta para a AIH; o primeiro, provavelmente, deve-se ao fato de os pacientes continuarem internados após o procedimento, embora a instituição já houvesse gerado a AIH daquele determinado evento.

Em 19% dos casos, não se conseguiu identificar o tipo de AC realizada, e em 22% não foi possível definir a indicação da AC, o que dificulta a análise sobre a propriedade da escolha dessa abordagem terapêutica. Essa questão é particularmente importante porque se sabe que a letalidade relacionada à AC apresenta variação de acordo com a indicação e o tipo de procedimento realizado. Conhecendo a letalidade relacionada a essas diversas situações, poder-se-á melhor avaliar se a AC, um PAC de alto custo, está efetivamente contribuindo para um melhor cuidado oferecido aos pacientes com DIC.

O preenchimento adequado do prontuário envolve desde a solicitação da internação (solicitação da AIH) até a transcrição do prontuário médico para os devidos campos da AIH após alta Hospitalar. Esta tarefa é, muitas vezes, realizada por funcionários com treinamento inadequado que se baseiam em registros médicos em geral incompletos.

Conclusão

AAC é um procedimento cada vez mais empregado para o tratamento da DIC, necessitando da avaliação permanente de seus resultados. Para que os resultados sejam avaliados, é imprescindível a existência de informação sobre pacientes e procedimentos. Encontrou-se neste trabalho um preenchimento muito heterogêneo e, no geral, deficitário nas quatro instituições estudadas em relação à abrangência da informação. A construção de instrumentos de coleta padronizados e que sejam

utilizados na rede pública e privada de saúde, principalmente quando da realização de PAC, poderiam melhorar a abrangência e a qualidade da informação, e contribuir para um melhor cuidado.

Referências

1. 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;86:131-37.
2. Stata Corporation: Stata - Statistics Data Analysis, version 7.0. College Station, Texas, USA, 2002.
3. Strong M, Maheswaran R, Radford J. Socioeconomic deprivation, coronary heart disease prevalence and quality of care: a practice-level analysis in Rotherham using data from the new UK general practitioner Quality and Outcomes Framework. *J Public Health.* 2006;28:39-42.
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;10:339-55.
5. 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;21:1065-76.
6. 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.
7. Epstein AM, Ayanian JZ. Racial disparities in medical care. *N Engl J Med.* 2001;344:1471-473.
8. Alter DA, Naylor D, Austin P, et al. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1999;341:1359-367.
9. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation.* 1993;88:1973-998.
10. Markowe HL, Marmot MG, Shipley MJ, et al. Fibrinogen: a possible link between social class and coronary heart disease. *Br Med J.* 1985;291:1312-314.
11. 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;22:1225-236.
12. Demlo LK, Campbell PM, Brown SS. Reliability of information abstracted from patient's medical records. *Med Care.* 1978;16:995-1005.
13. Lebrão ML. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974. *Rev Saúde Pública.* 1978;12:234-49.