

Perfil dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço e avaliação da qualidade dos prontuários em um hospital público

Profile of patients with head and neck cancer and evaluation of the quality of medical records in a public hospital

Luiz do Rego Bandeira de Melo Neto¹, Flávia Lage Gonçalves², Isabel Cristina Gomes³, Juliana Álvares⁴, Guilherme de Souza Silva⁵, Alberto Julius Alves Wainstein⁶, Alessandra Maciel Almeida⁷

RESUMO

A qualidade das informações contidas nos prontuários deve refletir a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho, permitindo construir melhores práticas assistenciais e implementar ações que visem a melhoria nos resultados operacionais. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade das informações contidas nos prontuários em papel, de pacientes acima de 18 anos, portadores de câncer de cabeça e pescoço atendidos no ambulatório de Oncologia em um hospital público em Belo Horizonte/MG. Foi elaborado um questionário estruturado para análise dos prontuários utilizando-o como roteiro para coleta de dados. Posteriormente foi realizada análise através da obtenção do escore de completude da informação, medido pela proporção de informação ignorada no preenchimento das variáveis em cada dimensão, composto pelos graus de avaliação: excelente (menor que 5%), bom (5% a 10%), regular (11% a 20%), ruim (21% a 50%) e muito ruim (maior que 50%). Observou-se 15,60% de observações ignoradas na dimensão Cadastro dos Pacientes/exame físico, com avaliação considerada regular. Para Anamnese/Diagnóstico e Tratamento, 37,08% e 47,87% respectivamente, com avaliação considerada ruim. Para Metástase/Tratamento observou-se 72,77% de respostas ignoradas, e a avaliação foi considerada muito ruim. A baixa qualidade de informações nos registros de prontuários em papel sugere a necessidade de ações que visem à melhoria na qualidade dos registros em saúde.

Palavras-chave: câncer de cabeça e pescoço, registros médicos, avaliação de serviços de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Auditor da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, no Hospital Alberto Cavalcanti. Belo Horizonte - MG, Brasil.

² Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG, Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG, Brasil.

⁴ Departamento de Farmácia Social da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG, Brasil.

⁵ Serviço de Cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital Alberto Cavalcanti / Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG, Brasil.

⁶ Programa de Pós-Graduação - Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG, Brasil.

⁷ Doutora em Saúde Pública (Professora Adjunta)

Instituição:

Programa de Pós-Graduação - Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG, Brasil.

* Autor Correspondente:

Isabel Cristina Gomes

E-mail: icgomes04@yahoo.com.br

Recebido em: 11/11/2016.

Aprovado em: 10/11/2017.

ABSTRACT

The quality of information in medical records should reflect the quality of care and effort productivity enabling build better practice care and implement actions aimed at improving functional results. The aim of this study was to evaluate the quality of information in the medical records of patients above 18 years with head and neck cancer treated at oncology unit in a public hospital in Belo Horizonte / MG. A structured questionnaire was prepared to analyze the medical records using it as a basis for data collection. Subsequently, the analysis of the medical records was performed by obtaining the completeness score of the information. The analysis of medical records was performed by obtaining information of completeness score measured by the proportion of information absent in filling variables in each dimension, consisting of the degrees of evaluation: excellent (less than 5%), good (5% to 10%), regular (11% to 20%), bad (21% to 50%) and very bad (over than 50%). It was observed in the dimension register/ physical examination 15.60% of ignored registers, with evaluation considered regular. For Anamnesis/ Diagnosis and Treatment, 37.08% and 47.87% respectively, with evaluation considered bad. For Metastasis / Treatment was observed 72.77% of ignored registers, and the evaluation was considered very bad. The low quality of information in health records suggest the need for actions that aim to improve the quality of health records.

Keywords: head and neck cancer, medical records, Health Services Research, Brazilian National Health System (SUS).

INTRODUÇÃO

Os cânceres de cabeça e pescoço representam, atualmente, um importante problema de saúde pública. Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o ano de 2016, esperam-se 15.490 novos casos, sendo 11.140 homens e 4.350 mulheres, correspondentes a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100 mil homens e quatro a cada 100 mil mulheres. A estimativa é de que o câncer de cabeça e pescoço seja o oitavo mais incidente entre todos os cânceres. Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais respondem, no conjunto, por 56% da estimativa de incidência.¹ A taxa de sobrevida global é variável, dependendo do local primário e estágio da doença. Para o câncer de cavidade bucal, a taxa geral de sobrevida é de 50% ao longo de cinco anos.² Para outros locais, como faringe e laringe, a taxa é superior a 50% para a doença em estágio inicial (T1-T2, N0) e, geralmente, menor que 50% em estágios avançados (T3-T4, N0, T3-T4, N+ ou qualquer T e N2-N3).³

Uma política pública voltada para o enfrentamento dos problemas de saúde necessita de uma base de informações confiável, que sustente e direcione a tomada de decisão. Informações precisas e constantemente atualizadas são o ponto de partida para a identificação dos determinantes do

processo saúde-doença, desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população. A importância do registro em saúde teve início na prática clínica, na qual os profissionais de saúde identificaram a necessidade de recorrer à história clínica e evolutiva para acompanhamento dos pacientes.⁴ Por meio dos registros em saúde com informação completa, que reflita o ocorrido no cuidado, e disponível de forma oportuna no momento da tomada de decisão, permite apoiar pacientes, e auxiliar profissionais de saúde e gestores no direcionamento das tomadas de decisão, além disso representa um suporte à continuidade do tratamento adequado, e viabiliza a realização de estudos epidemiológicos. Os registros em saúde são fontes de informação essenciais que auxiliam a equipe de saúde na prestação de um atendimento respaldado no conhecimento, nos aspectos éticos e legais.⁵

A qualidade das informações contidas nos prontuários deve refletir a qualidade da assistência e a produtividade do trabalho, e com base nesses registros pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, além de implementar ações que visem à melhoria nos resultados operacionais.⁶ No entanto, os prontuários nem sempre contêm as informações indispensáveis ao cuidado do paciente.

A Resolução nº 1.638/2002, do Conselho Federal de Medicina (CFM), define o prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.⁷ Devido às transformações ocorridas na relação médico-paciente, com ênfase na defesa dos direitos dos pacientes, a denominação de prontuário médico foi, aos poucos, sendo substituída por prontuário do paciente.⁸ Trata-se de um documento de extrema relevância como fonte de informações sobre o histórico do paciente, exames médicos realizados, procedimentos terapêuticos ou de reabilitação utilizados, cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde, entre outras especificidades que o caracterizam.⁹ Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ensino e pesquisa em saúde, além de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.¹⁰ São também considerados documento legal dos atos médicos e podem também ser utilizados para avaliação de custos da assistência médica.¹¹

O Ministério da Saúde propôs, em 2002, um conjunto mínimo de informações sobre o paciente que deveriam constar no prontuário, cabendo às Comissões de Revisão de Prontuários dos estabelecimentos de saúde fiscalizar se os registros estão sendo realizados de forma adequada. Essa prática permite obter um padrão para o registro de informações sobre o paciente e a integração dos diversos sistemas de informação de saúde nacionais.⁷ São considerados itens obrigatórios para constar em um prontuário: a identificação da paciente, anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamentos efetuados. Em julho de 2007, o CFM aprovou as normas técnicas para digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informações identificadas em saúde.¹²

No Brasil, os prontuários tradicionais, em suporte em papel, são a forma mais clássica de registros de informações sobre o paciente e estão expostos a problemas como quebra de privacidade, extravio e presença de informações redundantes. Ao longo do tempo, os prontuários acumulam considerável conjunto de informações e resultados de exames laboratoriais e testes diagnósticos, que acabam sendo, na prática, pouco utilizados, devido à dificuldade de recuperá-los.¹³ Em contrapartida, o emprego do prontuário eletrônico permite acesso rápido às informações do paciente, como as intervenções às quais ele foi submetido, possibilita o uso simultâneo por diversos serviços e profissionais de saúde, elimina a redundância dos dados e de pedidos de exames complementares e viabiliza a integração com outros sistemas de informação. Contudo, apesar das vantagens observadas com a utilização de prontuários eletrônicos, o grau de desenvolvimento tecnológico dos serviços de saúde brasileiros ainda é heterogêneo, e na maioria das vezes precário, e sua implementação apresenta barreiras econômico-financeiras, culturais, falta de acesso a *softwares* adequados ou até mesmo supostos impedimentos legais, éticos ou ambos.¹⁴

O objetivo desse estudo foi descrever o perfil dos pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço e avaliar a qualidade das informações contidas nos prontuários tradicionais, suporte em papel atendidos em um hospital público em Belo Horizonte/MG.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal que avaliou as informações disponíveis em prontuários de suporte em papel de pacientes adultos (>18 anos) portadores de câncer de cabeça e pescoço que foram atendidos no ambulatório de Oncologia de um hospital público em Belo Horizonte, Minas Gerais. Para a seleção da amostra obteve-se do hospital uma lista dos pacientes que tiveram o início de tratamento no período de julho de 2012 até janeiro de 2014. Os prontuários foram selecionados aleatoriamente à partir dessa lista e foi avaliado todo o período de acompanhamento do paciente no serviço.

Foi elaborado um questionário estruturado para verificar a qualidade das informações disponíveis nos prontuários e demais documentos referentes ao tratamento dos pacientes. O questionário foi dividido em quatro dimensões com suas respectivas variáveis: cadastro do paciente/exame físico (nome, naturalidade, cidade e estado de residência, sexo, raça, idade, peso, altura); anamnese/diagnóstico (tempo de aparecimento dos sintomas, local de ocorrência dos sintomas, tempo entre aparecimento de sintomas e primeira consulta, profissional de saúde da primeira consulta, encaminhamento para médico especialista, tempo entre primeira consulta com profissional de saúde e consulta com médico especialista, realização de exames complementares, tempo entre resultado de exames e diagnóstico, neoplasia maligna primária, estadiamento da doença); tratamento (finalidade do tratamento, tipo de tratamento, seqüela de tratamento); metástase/tratamento (sítio, tratamento, seqüelas do tratamento). O questionário estruturado foi elaborado por especialistas do domínio de conhecimento.

A coleta dos dados foi realizada por alunos de graduação em Medicina e pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário São José/Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais sob o número CAAE 37605614.9.0000.5134, bem como do Comitê de Ética do hospital envolvido no estudo.

Posteriormente, o questionário estruturado com as informações contidas nos prontuários foi avaliada a partir da obtenção do escore de completitude da informação proposto por Romero e Cunha¹⁵ elaborado com a finalidade de avaliar a qualidade de Sistemas de Informação em Saúde. A completitude foi definida como a proporção de informação ignorada no preenchimento das variáveis em cada dimensão e apresenta os seguintes graus de avaliação: excelente (< 5%), bom (5% a 10%), regular (11% a 20%), ruim (21% a 50%) e muito ruim (> 50%). O termo incompletitude refere-se aos campos em branco (informação incompleta) de cada variável. Consideraram-se como resposta ignorada os casos em que o campo da variável estava em branco (informação incompleta) no prontuário e sem indicação de não aplicável. A forma de avaliação de cada variável considerou a presença ou ausência da informação, e as dimensões com suas respectivas variáveis estão descritas no Quadro 1 (adaptado de Silva e Neto¹⁶).

Realizou-se análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo. Para as variáveis categóricas foram elaboradas tabelas de distribuição de frequência. Para as variáveis contínuas foram calculadas medidas de tendência central e de variabilidade. Foram calculados os percentuais de respostas ignoradas e intervalos de confiança de 95% para as dimensões e variáveis relacionadas. O *software* utilizado para as análises estatísticas foi o R versão 3.1.3.

Quadro 1. Definição da forma de avaliação das variáveis do prontuário por dimensão

Dimensão	Variáveis	Análise
Cadastro paciente/exame físico	Nome	0 – Ausente, 1 - Presente
	Naturalidade	0 – Ausente, 1 - Presente
	Cidade	0 – Ausente, 1 - Presente
	Estado	0 – Ausente, 1 - Presente
	Sexo	0 – Ausente, 1 - Presente
	Raça	0 – Ausente, 1 - Presente
	Data de nascimento	0 – Ausente, 1 - Presente
	Peso corporal em kg	0 – Ausente, 1 - Presente
	Altura corporal em cm	0 – Ausente, 1 - Presente
	Aparecimento dos sintomas da doença	0 – Ausente, 1 - Presente
	Principais sintomas apresentados	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tempo entre o aparecimento dos sintomas e a consulta com profissional de saúde	0 – Ausente, 1 - Presente
	Qual profissional de saúde realizou a primeira consulta	0 – Ausente, 1 - Presente
	O primeiro profissional consultado encaminhou o paciente para o médico especialista	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tempo entre a primeira consulta com o profissional de saúde e a consulta com o médico especialista	0 – Ausente, 1 - Presente
Anamnese/diagnóstico	O paciente realizou exames complementares	0 – Ausente, 1 - Presente
	Exames complementares realizados	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tempo entre o resultado dos exames e o diagnóstico	0 – Ausente, 1 - Presente
	Neoplasia maligna primária	0 – Ausente, 1 - Presente
	Estadiamento tipo T da doença no momento do diagnóstico	0 – Ausente, 1 - Presente
	Estadiamento tipo N da doença no momento do diagnóstico	0 – Ausente, 1 - Presente
	Estadiamento tipo M da doença no momento do diagnóstico	0 – Ausente, 1 - Presente
	Estadiamento tipo I, II, III ou IV da doença no momento do diagnóstico	0 – Ausente, 1 - Presente
	Finalidade do tratamento	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tipo do tratamento	0 – Ausente, 1 - Presente
Tratamento	Tempo em tratamento de quimioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Medicamento utilizado na quimioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tempo em tratamento de radioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tipo de tratamento de radioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Sequelas do tratamento pós-cirúrgicas	0 – Ausente, 1 - Presente
	Sítio metástase	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tratamento metástase	0 – Ausente, 1 - Presente
Metástase*	Tempo em tratamento de quimioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Medicamento utilizado na quimioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tempo em tratamento de radioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Tipo de tratamento de radioterapia	0 – Ausente, 1 - Presente
	Sequelas do tratamento pós-cirúrgicas	0 – Ausente, 1 - Presente

Nota: * As variáveis de metástase foram avaliadas somente para os pacientes que apresentaram estadiamento N1,N2 ou N3 e/ou qualquer M1.

RESULTADOS

Foram avaliados 86 prontuários em papel, dos pacientes que tiveram o início de tratamento no período de julho de 2012 até janeiro de 2014. A maioria era do sexo masculino (80,4%), de cor parda (55,5%) e 69% residiam no interior de Minas Gerais. A idade média foi de 62,99 anos ($\pm 11,14$), o peso corporal médio foi de 56,79 kg ($\pm 15,19$) e altura média de 165,10 cm ($\pm 7,7$). O principal sintoma apresentado foi na cavidade bucal (54,3%) seguido pela faringe

(31,9%) e laringe (26,6%). O tempo entre o aparecimento do sintoma e a primeira consulta foi de até cinco meses em 44,3% e de seis meses a um ano em 36,7%. Os exames complementares mais solicitados foram biópsia (59,6%) e tomografia (35,1%), radiografia (24,5%), fibronasolaringoscopia (11,7%), cintilografia (6,4%) e ressonância (1,1%). O estadiamento da doença no momento do diagnóstico foi I (6,5%), II (10,9%), III (28,3%) e IV (54,3%). A radioterapia foi a tratamento mais frequente (56,4%) seguido por cirurgia (50%) e quimioterapia (48,9%). A sequela de

tratamento mais descrita foi a disfagia (26,6%) seguida de dor (20,2%), xerostomia, disfonia e perda ou alteração do paladar (11,7%), deformidade facial (10,6%), trismo (5,3%) e mucosite (3,2%). Nesses casos, o tratamento de quimioterapia foi realizado em 39,6%; 31,3% realizaram cirurgia paliativa ou higiênica e 29,2% submeteram-se à radioterapia.

Para a avaliação da qualidade dos prontuários são apresentadas as distribuições das respostas ignoradas por dimensão e por variável (Tabelas 1, 2, 3, 4).

Para o percentual de respostas ignoradas por variável para a dimensão cadastro dos pacientes/exame físico, foram observados 15,60% (13,16%-18,05%) de observações ignoradas, com avaliação considerada regular. As variáveis com menos ocorrências de respostas ignoradas foram nome (nenhuma observação), data de nascimento (uma observação) e sexo (duas observações). As variáveis com mais ocorrências de respostas ignoradas foram altura (46 observações) e peso (41 observações) (Tabela 1).

Analisando a dimensão anamnese/diagnóstico, o percentual de respostas ignoradas por variável está apresentado na Tabela 2. Para esta dimensão, foram observados 37,08% (34,47%-39,75%) de observações ignoradas e a avaliação foi

considerada ruim. As variáveis com menos ocorrências de respostas ignoradas foram principais sintomas apresentados (seis observações), neoplasia maligna primária (sete observações) e realizou exames complementares (oito observações). As variáveis com mais ocorrências de respostas ignoradas foram estadiamento tipo M (70 observações), tempo entre resultado e diagnóstico após exames (64 observações) e estadiamento tipo N (62 observações).

Em relação à dimensão tratamento, a avaliação foi considerada ruim uma vez que o percentual de respostas ignoradas foi de 47,87% (IC95% 44,06%-51,69%) (Tabela 3). A variável com menos ocorrências de respostas ignoradas foi tipo de tratamento (10 observações). A variável com mais ocorrência de respostas ignoradas foi medicamento utilizado na quimioterapia (80 observações).

Para a dimensão metástase/tratamento foram considerados apenas os pacientes com registro de metástase nos prontuários, e a avaliação foi considerada muito ruim por apresentar 72,77% (IC95% 66,94%-78,60%) de respostas ignoradas. As variáveis com menos ocorrência de respostas ignoradas foram sítio de metástase e tratamento da metástase, com 20 observações cada. As variáveis com mais ocorrências de respostas ignoradas foram medicamento utilizado

Tabela 1. Dimensão de cadastro dos pacientes/exame físico

Variáveis	IGN	%	IC 95 %
Nome	0	0,00	-
Naturalidade	14	14,89	(7,70; 22,09)
Cidade de residência	10	10,64	(4,41; 16,87)
Estado de residência	05	5,32	(0,78; 9,86)
Sexo	02	2,13	(0,00; 5,04)
Raça	13	13,83	(6,85; 20,81)
Data de nascimento	01	1,06	(0,00; 3,14)
Peso	41	43,62	(33,59; 53,64)
Altura	46	48,94	(38,83; 59,04)
Total	132	15,60	(13,16; 18,05)

IGN-ignorada, IC95%-intervalo de confiança 95%

Tabela 2. Dimensão anamnese/diagnóstico

Variáveis	IGN	%	IC 95 %
Aparecimento dos sintomas da doença	30	31,91	(22,49; 41,97)
Principais sintomas apresentados	06	6,38	(1,44; 11,45)
Tempo entre o aparecimento de sintomas e a consulta	34	36,17	(26,46; 46,60)
Qual profissional de saúde realizou a primeira consulta	36	38,30	(28,47; 48,88)
1º profissional de saúde encaminhou para o médico especialista	17	18,09	(10,30; 26,23)
Tempo entre consulta c/ profissional de saúde e médico especialista	48	51,06	(40,96; 62,16)
Realizou exames complementares	08	8,51	(2,87; 14,32)
Exames realizados	14	14,89	(7,70; 22,39)
Após exames, tempo entre resultado e diagnóstico	64	68,09	(58,66; 78,81)
Neoplasia maligna primária	07	7,45	(2,14; 12,90)
Estadiamento tipo T	46	48,94	(38,83; 60,00)
Estadiamento tipo N	62	65,96	(56,38; 76,80)
Estadiamento tipo M	70	74,47	(65,65; 84,69)
Estadiamento tipo I, II, III ou IV	46	48,94	(38,83; 60,00)
Total	488	37,08	(34,47; 39,75)

IGN-ignorada, IC95%-intervalo de confiança 95%

na quimioterapia e seqüela em caso de cirurgia, ambas com 26 observações faltantes. O percentual de informações ignoradas foi de pelo menos 62,50% para todas as variáveis analisadas nesta dimensão. Foi realizada outra análise em que o escore de completitude foi também avaliado por prontuário considerando as quatro dimensões (cadastro do paciente/exame físico, anamnese/diagnóstico, tratamento e metástase/tratamento). A Tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas por dimensão e total. A dimensão com mais informações disponíveis foi o cadastro dos pacientes, que apresentou 38% dos prontuários com todas as informações. As dimensões tratamento e metástase/tratamento apresentaram, respectivamente, 10% e 56% dos prontuários sem informação. Avaliando os prontuários globalmente, o escore médio de completitude foi de 58,09% ($\pm 15,30\%$) e houve apenas um prontuário que apresentou todas as variáveis preenchidas. O prontuário com menor escore de completitude obteve 28,57%.

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes era do sexo masculino, cor parda e 69% residiam no interior de Minas Gerais. A idade média foi de 62,99 anos. O principal sintoma apresentado foi na cavidade bucal seguido pela faringe. Na análise dos prontuários realizada através da obtenção do escore de completitude observou-se que a avaliação da dimensão anamnese/diagnóstico foi considerada regular, a dimensão tratamento foi considerada ruim, e a dimensão metástase/tratamento muito ruim, com 56% dos prontuários sem informação para essa dimensão. Considerando que 54,3% dos pacientes apresentarem doença metastática na admissão, a ausência da informação pode estar relacionada com o fato de que muitos pacientes atendidos neste hospital residirem em cidades no interior de Minas Gerais, e muitos após receberem a atenção e tratamento oncológico geralmente não retornam para

acompanhamento, além disso apresentam maior número de atendimentos realizados e necessitam de assistência por diferentes profissionais, aumentando com isso a chance de preenchimento incompleto dos prontuários. Ou seja, foi observado que com a progressão do tratamento as informações ficam mais imprecisas. No Brasil, no modelo de atenção ao paciente com câncer, o fluxo de pacientes é direcionado para Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Alta Complexidade em Oncologia que realiza os tratamentos de cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia. Observa-se que muitos pacientes são encaminhados das unidades de atenção básica e secundária para os serviços de alta complexidade em Oncologia com informações incompletas. Além disso, o grande fluxo de pacientes associado ao estágio avançado da doença, que exige intervenções imediatas, dificulta a obtenção de informações precisas, completas e oportunas. Esses fatores contribuem para que as equipes de saúde às vezes não consigam suprir ou documentar adequadamente as informações necessárias e importantes para um tratamento eficaz.

Como limitações, neste estudo têm-se a não representatividade de pacientes com câncer de cabeça e pescoço no estado de Minas Gerais; a realização do estudo em apenas um hospital público; e curto período de revisão retrospectiva dos prontuários em papel (início de tratamento no período de julho de 2012 até janeiro de 2014).

Este estudo foi conduzido durante o processo de informatização e implantação do prontuário eletrônico no hospital. Esse processo, embora necessite de realização da maneira mais rápida e precisa possível, pode durar muito tempo, tornando as informações fragmentadas, incompletas ou mesmo inacessíveis. Foi observado neste estudo, além do risco de extravio, que muitas vezes foram gerados prontuários eletrônicos, mas a maioria das informações contidas no prontuário de papel ainda não havia sido incorporada ao prontuário eletrônico.

Tabela 3. Dimensão tratamento

Variáveis	IGN	%	IC 95 %
Finalidade do tratamento	27	28,72	(19,58; 38,44)
Tipo de tratamento	10	10,64	(4,41; 16,87)
Tempo quimioterapia	58	61,70	(51,87; 71,53)
Medicamento quimioterapia	80	85,11	(77,91; 92,30)
Tempo radioterapia	38	40,43	(30,50; 50,35)
Tratamento radioterapia	45	47,87	(37,77; 57,97)
Seqüelas do tratamento	57	60,64	(50,76; 70,51)
Total	315	47,87	(44,06; 51,69)

IGN-ignorada, IC95%-intervalo de confiança 95%

Tabela 4. Estatísticas descritivas dos escores de completitude, por dimensão e total

Estatísticas	Cadastro	Anamnese/diagnóstico	Tratamento	Metástase	Total
Mínimo	44,44%	8,33%	0,00%	0,00%	28,57%
Média	84,40%	69,41%	53,65%	27,23%	58,09%
Mediana	77,78%	75,00%	57,14%	0,00%	57,14%
Desvio-padrão	14,69%	23,39%	30,98%	36,17%	15,30%
Máximo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
N 0%	0	0	9 (10%)	18 (56%)	0
N 100%	36 (38%)	12 (13%)	14 (15%)	3 (9%)	1 (1%)

Também se apurou que para alguns setores do hospital fica disponível o prontuário de papel e para outros o prontuário eletrônico. Obviamente essa prática dificulta o acesso às informações e, não raro, o mesmo paciente pode ter parte de sua assistência documentada em prontuário em papel e parte em prontuário eletrônico. Esse problema foi mais crítico para os pacientes já em processo de estadiamento da doença, tratamento ou acompanhamento, e ao se avaliar a qualidade das informações contidas nos prontuários tradicionais, suporte em papel, a ausência de informações era mais relacionada à medicação utilizada.

Como, no hospital, o setor da Oncologia Clínica, que prescreve a quimioterapia, já utiliza sistema informatizado, para mais de 85% dos pacientes não havia informação no prontuário de papel sobre o tipo de medicação utilizada no tratamento, mas documentada no sistema de prescrição eletrônica, e isso poderia ser resolvido com a impressão e anexação do tipo de medicação ao prontuário de papel. Segundo Silva e Neto,¹⁶ apesar de inúmeras vantagens, o emprego do prontuário eletrônico não supre as deficiências de registro e, como um resultado de sua baixa especificidade, continua a requerer o método de revisão manual.

Outra questão a ser considerada diz respeito ao processo de informatização, que deve ser abrangente e integral, e em grandes instituições ou redes públicas e privadas com múltiplas unidades esse processo pode não atender a todas as demandas e peculiaridades dos setores. Neste estudo constatou-se que as informações referentes à variável sequelas do tratamento, que é medida por múltiplas especialidades, em um período de curto a longo prazo após o tratamento, apresentaram 57 (60,64%) ocorrências de respostas ignoradas. Isso pode estar relacionado à diversidade de profissionais envolvidos no tratamento do câncer de cabeça e pescoço, que registram informações de diferentes formas e em prontuários distintos, comprometendo o uso simultâneo por diversos serviços e profissionais de saúde, com isso seria importante a participação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente no planejamento, execução e ajustes do padrão de informação clínica, a fim de que atenda todas as demandas e peculiaridades dos setores, e sejam incorporadas nas práticas de registro a fim de dar suporte à continuidade do cuidado.

Quando comparado aos estudos que avaliaram a qualidade da informação em prontuários no Brasil, observou-se também ausência de informações importantes como pode ser visto no estudo de Silva e Neto,¹⁶ que avaliaram a qualidade dos prontuários em 77 (73,3%) dos 105 hospitais de ensino no Brasil. O maior número de prontuários (53,3%) foi procedente de hospitais dos estados de São Paulo (15,6%), Rio de Janeiro (14,3%), Paraná (11,7%) e Rio Grande do Sul (11,7%). Quanto à esfera gestora dos hospitais pesquisados, a maioria era pública e os hospitais filantrópicos representaram 29,9% do total. Nesse estudo, foram elaborados três formulários destinados à avaliação dos prontuários de Medicina Interna do Adulto, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria. Nos formulários, o escore total foi composto pelo somatório de seis escores parciais: (a) identificação do paciente; (b) anamnese; (c) exame físico; (d) diagnóstico; (e) conduta; (f) identificação do entrevistador. A pontuação máxima esperada, em cada um, era de 73 pontos, mas os máximos observados foram 46, 45 e 39 pontos, respectivamente, e os valores das medianas corresponderam, no geral, a menos de 42% do total esperado. Observou-se

na dimensão anamnese que 50% dos prontuários tiveram pontuação muito baixa e apenas um hospital alcançou pontuação correspondendo a apenas 68,2% da pontuação máxima esperada.¹⁵

Outro estudo brasileiro avaliou a qualidade dos prontuários em papel dos pacientes da atenção básica de saúde, considerando os registros dos atendimentos realizados em quatro municípios com mais de 100 mil habitantes, no estado do Rio de Janeiro em 2004.¹⁰ A pesquisa também verificou mais incompletude dos registros na dimensão anamnese. Os autores chamam a atenção que essa falha pode gerar dificuldade na continuidade da prestação do cuidado e também inviabilizar o uso de instrumentos gerenciais pelos responsáveis dos estabelecimentos de saúde para geração de indicadores com base nos prontuários e pode trazer prejuízo no acompanhamento de metas das ações dos programas de saúde.

Pavão et al¹⁷ avaliaram a qualidade das informações contidas nos prontuários de três hospitais de ensino do estado do Rio de Janeiro, participantes do estudo de base para a estimativa da incidência de eventos adversos. Também foi aplicado o escore de completude segundo a classificação de Romero e Cunha¹⁵ e apurou-se, para os três hospitais, ausência de informações fundamentais para o cuidado ao paciente, com classificação ruim para as dimensões anamnese/exame físico e sumário de alta e muito ruim para a dimensão avaliação inicial da enfermagem.

Com relação à avaliação da qualidade da informação das bases de dados nacionais Romero e Cunha (2006)¹⁵ avaliaram a condição socioeconômica e dados demográficos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em relação à mortalidade infantil. Observou-se que são tão elevados os patamares do grau de ausência da informação, que se pode afirmar que não é possível o uso da maioria das variáveis sócioeconômicas, riscos reprodutivos, resultados da gestação e de assistência médica dos óbitos registrados no SIM. Outro estudo¹⁸ avaliou informações sobre nascidos vivos e óbitos no neonatal no Sistema de Informação de Nascidos ao Vivo (SINASC) e SIM no estado do Espírito Santo no período de 2007 a 2009, e apontou limitação do SIM para monitoramento da mortalidade neonatal em análises de fatores de riscos. Informações relacionadas com condições socioeconômicas, antecedentes reprodutivos e número da declaração de nascido vivo também apresentaram problemas, demonstrando que intervenções para melhorias no preenchimento da declaração de óbitos são urgentes no estado do Espírito Santo.

CONCLUSÕES

Por meio dos registros pode-se assegurar a avaliação do cuidado, a continuidade do tratamento adequado, além de viabilizar realização de estudos epidemiológicos e permitir o direcionamento de tomadas de decisão.⁵ A melhoria da qualidade do registro em saúde, mediante incentivo à sua estruturação com campos obrigatórios de forma padronizada, com ou sem a incorporação de sistemas eletrônicos, tem um potencial inequívoco como infraestrutura necessária para adequada atenção à saúde e organização dos serviços capaz de aproximar-se da integralidade do cuidado com equidade e acesso universal.

De maneira geral, inferiu-se baixa qualidade de informação nos registros de prontuários em hospitais brasileiros, principalmente em relação à dimensão anamnese. Neste estudo observou-se baixa

qualidade de informações nos registros de prontuários em papel e esse fato sugere a necessidade, mesmo em processo de transição para o prontuário eletrônico, de ações que visem à melhoria na qualidade dos registros em saúde, permitindo registros claros, objetivos e completos. A implantação de reuniões multidisciplinares periódicas para definição do plano terapêutico como medida para otimizar o tratamento pode ser uma alternativa que permitirá aos membros da equipe melhor entendimento do contexto e do significado das informações. Com isso, a elaboração de estratégias de padronização de informações viabilizará o uso simultâneo por diversos serviços e profissionais de saúde. Essas medidas irão refletir na melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
2. Walker DM, Boey G, McDonald LA. The pathology of oral cancer. *Pathology*. 2003; 35(5): 376-83.
3. Marur S, Forastiere AA. Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc*. 2008; 83(4): 489-501.
4. Moraes IHS. Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia/Casa da Qualidade. 2002.
5. Marin HF, Cunha ICKO. Perspectivas atuais da informática em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(3):354-7.
6. Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. São Paulo: O Mundo da Saúde. 2005; 29(2), ano 29.
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1638 de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 09 de agosto de 2002: Seção I, p.184-5.
8. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. Pontos estratégicos para especificação de um prontuário eletrônico do paciente como instrumento de cooperação clínica na web. *Sci Med*. 2011; 21(3):121-31.
9. Molina, LG, Lunardelli, RSA. O prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. *Informação & Informação*. 2010; 15(1): 68-84.
10. Vasconcelos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (supl.1): s173-82.
11. Rodrigues Filho J, Xavier JCB, Adriano AL. A tecnologia da informação na área hospitalar: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. *Rev Adm Contemp*. 2001; 5(1):105-20.
12. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1821/2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, 23 nov 2007: Seção I, p. 252.
13. Dias JL. A utilização do prontuário eletrônico do paciente pelos hospitais de Belo Horizonte. *Revista Textos de la Ciber Sociedad* [página da internet] 2008. Disponível em: <http://www.cibersociedade.net/textos.php?art=194>. Acesso em: maio de 2015.
14. Zandieh SO, Yoon-Flannery K, Kuperman GJ, Langsam DJ, Hyman D, Kaushal R. Challenges to EHR implementation in electronic versus paper-based office practice. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(6):755-61.
15. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(3):673-84.
16. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(2):113-26.
17. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(4):651-61.
18. Silva LP, Moreira CMM, Amorim MHC, Castro DS, Zandonade E. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014, 19 (7): 2011-20.