

# Qualidade do processo clínico – estudo comparativo 2004-2005

## *Quality of the clinical process – comparative study 2004-2005*

Conceição Barata, Francisco Azevedo

### Resumo

**Introdução:** para produzir com qualidade é fundamental perceber a necessidade de mudança. Uma abordagem diferente dos processos e dos resultados implica um envolvimento e uma motivação dos profissionais de Saúde. O desempenho dos Serviços de Saúde está hoje ligado ao nível de acesso e de organização da informação clínica. Nesse contexto uma documentação correcta e completa dos dados clínicos do doente é essencial para a prática de uma Medicina de qualidade, sendo o processo clínico uma base de estruturação e gestão dos hospitais.

**Objectivos:** comparação, referente aos anos de 2004 e 2005, da proporção em que foram cumpridos os critérios de qualidade do processo clínico – com variáveis previamente definidas.

**Material e Métodos:** estudo de observação descritivo e transversal, referente aos anos de 2004 e de 2005. Efectuado com base no preenchimento, pelo médico assistente do doente, de uma folha resumo, com as seguintes variáveis, que se mediram: existência de História Clínica clássica, de Nota de Entrada, de Nota de Alta, elaboração de Lista de Problemas segundo Método de Weed e registo de resultados analíticos, em folha própria. Estudou-se também a variável composta Prolongamento do Internamento, não só medindo-a, como identificando as causas dessa demora. Total de internamentos do ano 2004: 1 031 (F524-M507), com média de idades de 70 anos [15-103] e média de internamento de 7,6 dias [1-78]. Total de internamentos do ano 2005: 1 030 (F531-M499), com média de idades de 71 anos [16-99] e média de internamento de 8 dias [1-101].

**Resultados:** Tanto no ano de 2004 como no de 2005 a Nota de Entrada na enfermaria foi realizada em 100% dos doentes, excluindo os casos em que foi feita a História Clínica. Sem contar com os doentes falecidos e os transferidos para outros Serviços, a Nota de Alta foi cumprida também em 100% dos casos. A História Clínica clássica foi realizada em 213 doentes (21%) em 2004 e em 87 doentes (8,5%) em 2005. Quanto ao preenchimento da Folha de Registo de análises e da Lista de Problemas foram cumpridas em 866 doentes (84%) e em 847 doentes (82%) no ano de 2004 e em 898 doentes (87%) e em 863 doentes (84%) no ano de 2005, respectivamente. O Prolongamento do Internamento verificou-se em 11% e em 9% dos doentes (2004 e 2005), sendo os motivos sociais a causa mais frequente no primeiro ano e os motivos clínicos no segundo.

**Conclusões:** Em relação ao processo clínico consideramos muito positivos os resultados obtidos. Contudo é preocupante o limitado número de Histórias Clínicas realizadas, assim como o seu decréscimo, quando comparando com 2004. No prolongamento dos internamentos na enfermaria de Medicina 1 os problemas clínicos são tão importantes como os sociais. Consideramos ainda que, a implementação de formas estruturadas de avaliação, tem impacto no trabalho quotidiano, afectam a prática clínica e promovem a excelência.

**Palavras chave:** Qualidade, processo clínico, história clínica, nota de alta.

### Abstract

**Background:** to provide a quality service is crucial to understand the need for change. A different approach of those procedures and results implies an involvement and a motivation of Health Care professionals. The performance of a Health Service is nowadays linked to the level of access and organization of the clinical information. In such context, a correct and complete documentation of the patient's clinical data is essential for the practice of a quality Medical care, being the clinical record the basis of a hospital management and structure.

**Aim:** the endpoint of this work was to compare 2004 and 2005 regarding the quality criteria of medical records, proposed with predefined variables, to determine the rate of achievement.

**Material and Methods:** a descriptive and transverse observation study based on the medical record of each patient, referring to the year 2004 and to the year 2005. The predefined variables were the existence of a classic clinical history, the ward admission notice, the hospital discharge notice, the patient's problems list, based on Weed's method and the record of laboratorial analysis on a specific registration sheet. The reasons why the hospitalization was extended where also assessed not only measuring it but also identifying the causes of such delay. There were a total of 1031 (F554; M507) patients admitted in 2004 with a mean age was 70 years [15-103] and the average hospitalization period was 7,6 days [1-78]. In the year of 2005 there were a total of 1030 (F531; M499) patients admitted, with a mean age of 71 years [16-99] and the average hospitalization period was 8 days [1-101].

**Results:** In both years, 2004 and 2005, the admission notice was recorded in 100% of patients, excluding the cases where the Clinical History was recorded. With exception of patients deceased and transferred to other services, the Discharge Notice was also complied with in 100% of cases. The classical clinical history was made in 213 patients (21%) in 2004 and in 87 patients (8.5%) in 2005. The laboratory analysis sheet and the Weed's list were recorded in 866 (84%) and 847 patients (82%) in 2004 and in 898 (87%) and 863 patients (84%) in 2005, respectively. The extended hospitalization was verified in 11% and 9% of the patients (2004 and 2005), respectively; the social problems were the major causes in the first year and the clinical problems in the second.

**Conclusion:** regarding the clinical record we consider very positive the results achieved. However it is a reason for concern the limited number of Clinical Histories recorded, as well as its reduction when compared to 2004. On the extended hospitalization on Medicine 1 ward, the clinical issues are as important as the social ones. We also find that the implementation of structured assessment forms impact the clinical practice promoting a higher standard quality.

**Key words:** Quality, medical record, clinical history, discharge information.

### INTRODUÇÃO

Para se produzir com qualidade é necessário perceber a necessidade de mudança. A aposta na qualidade tem como objectivo a melhoria contínua dentro da

Serviço de Medicina 1 do Hospital do Espírito Santo, Évora  
Recebido para publicação a 03.03.09  
Aceite para publicação a 22.07.10

organização, e a sua relação com o ambiente exterior, o que implica o envolvimento e a motivação dos profissionais, estimulando a cooperação e o espírito de equipa, fazendo com que se sintam parte integrante da estrutura e do processo de qualidade e, como tal, co-responsáveis pelo seu êxito.

O ambiente hospitalar é muitas vezes propício a um desenvolvimento alheado das necessidades e dos valores dos doentes e dos profissionais, faltando claramente instrumentos de gestão e de planeamento, de que resulta grande variabilidade da prática clínica e Instituições globalmente ineficientes.

O processo clínico é a base da comunicação em Medicina, sendo nele que se formaliza o acto médico. Permite uma análise crítica do percurso do doente, ao integrar os vários cuidados prestados, sequenciando vários registos e gerando assim informação relevante. O bom preenchimento do processo clínico é contributo para uma boa assistência ao doente. Na realidade, e dependendo da especialidade, nem sempre o processo clínico contém todas as informações, de uma forma completa, precisa e legível, deixando assim de cumprir as suas funções.

Para a implementação de um processo clínico que realmente espelhe a patologia e o percurso de doença de um qualquer doente, é necessário uma harmonização da estrutura do processo. Foi o que resolvemos implementar no Serviço de Medicina 1 do Hospital de Évora.

Uma vez estabelecidos os objectivos, as normas e os critérios, implementámos e monitorizámos a meta acordada, pois só através da monitorização das normas estabelecidas, podemos verificar o seu cumprimento e assegurar o controlo da qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, como estratégias de comunicação, divulgámos os resultados periodicamente a todo o serviço, num espaço de discussão interna, procurando discutir os problemas detectados aquando da monitorização (que surge assim, como um controle automático, ao medir uma série de indicadores). Resolvemos divulgar os resultados ao exterior, de que este trabalho é reflexo, numa clara tentativa de *benchmarking*.

## OBJECTIVOS

Comparação, referente aos anos de 2004 e 2005, da proporção em que foram cumpridos os critérios de qualidade do processo clínico, com variáveis previamente definidas.

## MATERIAL E MÉTODOS

No Serviço de Medicina 1 formámos um grupo de trabalho (todos os Assistentes do Serviço) que estabeleceu e discutiu as normas, procurando metas realistas e eficazes, e os critérios para as medir e validar.

Após uma breve análise da situação e com base na experiência de cada elemento do Serviço, concluímos e acordámos ser fundamental qualquer processo clínico conter:

- História Clínica (classicamente estruturada);
- Nota de Entrada, no Serviço de Medicina 1 – realizada sempre que não fosse possível colher História Clínica, quer devido à gravidade do estado do doente, quer devido à sua incapacidade para a fornecer. Também os doentes internados para realizar exames complementares e que tivessem um internamento prévio nas semanas anteriores ou aqueles com internamentos frequentes, poderiam ter apenas nota de entrada;
- Folha de Problemas (estruturada pelo método de Weed);
- Folha de Análises, com registo de pelo menos 75% das análises efectuadas nesse internamento;
- Nota de Alta.

Acordámos ainda que, com excepção da História Clínica todos os outros parâmetros deveriam ser cumpridos a 75%.

Criámos uma folha, denominada *Análise da Qualidade do Processo Clínico*, que é preenchida por cada médico quando dá alta ao doente (*Quadro I*). Esta folha é de registo fácil (cruz), consta de todos os processos clínicos e é depois arquivada, para futuras análises, em local próprio. Assim, através de uma avaliação concorrente, cada elemento avalia, no seu internamento, o grau de cumprimento das normas estabelecidas para o processo clínico.

As variáveis estudadas foram as que tinham sido previamente identificadas como fundamentais de constarem num Processo clínico, isto é, a existência de:

- História Clínica;
- Nota de Entrada, no Serviço de Medicina 1;
- Folha de Problemas;
- Folha de Análises;
- Nota de Alta.

Foram ainda acrescentadas duas outras questões:

- Existência de Causas de Demora, no internamento;
- Razões dessas Causas de Demora.

Para efeitos deste estudo dividimos as Causas de Demora em três grupos:

**1- Devido a Problemas Clínicos** – em que conside-

## QUADRO I

**SERVIÇO DE MEDICINA 1**  
**ANÁLISE DA QUALIDADE DO INTERNAMENTO CLÍNICO**

COLAR VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO  
DO/A DOENTE

Médico Responsável \_\_\_\_\_

Internamento por: Consulta  Transferência  Banco

Alta: Clínica  Transferência  A Pedido  Morte

Internamento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dias de Internamento: \_\_\_\_\_

A Preencher pelo Médico

Diagnóstico de saída \_\_\_\_\_

	SIM	NÃO	Nº DE DIAS
Tem história clínica . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tem nota de entrada . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tem lista de problemas . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Resposta ao Fax enviado Médico Família . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tem folha de análises . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tem nota de alta . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Houve causas de demora . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>
• Por existência de escaras . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Por observação, terapêutica ou realização de técnicas por outra Especialidade . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Por Análises Clínicas . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Na marcação/envio de relatório de RX . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Na realização de ECG . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Por dificuldade diagnostica/gravidade clínica . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Por intercorrências/iatrogenias . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Na transferência para outros Serviços . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Na saída - Família / S. Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: No verso da folha poderá ser explicado outros pareceres para melhor compreensão das respostas.

## QUADRO II

## Distribuição dos doentes saídos, por ano, meses e sexos

Mês	2004		2005	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Janeiro	56	39	38	42
Fevereiro	44	52	44	55
Março	48	58	52	54
Abril	49	45	42	42
Mai	31	49	36	51
Junho	45	36	39	34
Julho	43	42	47	35
Agosto	41	37	42	31
Setembro	31	37	34	39
Outubro	39	35	41	48
Novembro	43	43	42	48
Dezembro	37	51	42	52
TOTAL	507	524	499	531
	1031		1030	

rámos a gravidade clínica, o agravamento clínico, a dificuldade diagnóstica, as intercorrências e as iatrogenias.

**2- Devido a Problemas Organizacionais** – onde incluímos as demoras devido a realização de Exames Complementares, realização de técnicas, observação por outras especialidades, atraso na transferência para outros Serviços.

**3- Devido a Problemas Sociais** – sempre que houve demora atribuível a má articulação do Serviço Social, das redes de Apoio Domiciliário, transferências para Unidades de Apoio Integrado ou impossibilidade familiar.

Fez-se um estudo de observação descritivo e transversal, referente aos anos de 2004-2005, tendo como base a Folha de Análise da Qualidade do Processo Clínico, preenchida pelo Médico Assistente. Estudou-se também a variável composta Prolongamento do Internamento, não só medindo-a, como identificando as suas causas.

A colheita dos dados foi efectuada pela autora.

O tratamento dos dados foi efectuada por estatística descritiva.

Total de internamentos do ano 2004: 1 031 (Mulheres 524 - Homens 507), com média de idades de 70 anos, extremos de 15-103 anos e média de internamentos de 7,6 dias e extremos de 1-78 dias.

Total de internamentos do ano 2005: 1 030 (Mulheres 531 – Homens 499), com média de idades de 71 anos, extremos de 16-99 anos e média de internamentos de 8 dias com extremos de 1-78 dias.

## RESULTADOS

Apresentam-se os resultados globais, em quadros, para facilidade de exposição. No *Quadro II* estão representados os números de doentes saídos, por ano, dentro de cada ano por meses e separados por sexos. A *Fig 1* representa a média de idades dos doentes, nos dois anos e comparando os sexos.

Quanto ao *Quadro III* representa o número de Histórias Clínicas realizadas, o número de Notas de Entrada e de Notas de Altas realizadas, por ano e dentro de cada ano por meses. No *Quadro IV* estão representadas os números da Folha de Análises e da Folha de Problemas realizadas, também por ano e dentro de cada ano por meses.

Com o *Quadro V* pretendemos representar o número de doentes em que houve prolongamento do internamento, para lá do previsto, também organizado por ano e dentro de cada ano por meses. Finalmente, no quadro 5 representámos o número total de doentes com prolongamento do internamento, analisados por Razões de Demora, por ano.

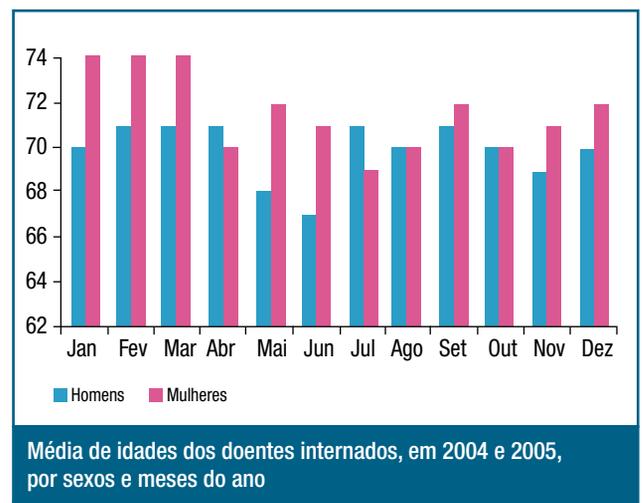


FIG. 1

## QUADRO III

## Preenchimento da História Clínica, da Nota de Entrada e da Nota de Alta por ano, por meses

Mês	História Clínica		Nota Entrada		Nota Alta	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Janeiro	22	13	90	76	83	68
Fevereiro	27	6	90	91	82	86
Março	39	12	103	102	94	87
Abril	22	14	89	89	89	71
Maiο	15	8	62	87	71	72
Junho	19	6	80	72	71	65
Julho	15	11	79	80	73	71
Agosto	18	2	76	69	68	66
Setembro	10	6	67	67	65	63
Outubro	10	5	70	88	66	76
Novembro	10	1	81	85	76	82
Dezembro	6	3	76	91	74	80

## DISCUSSÃO

Existem alguns estudos em Portugal que visam avaliar a qualidade dos processos médicos, um na perspectiva do desempenho médico, medida pelo registo clínico,<sup>1</sup> outros medindo a adequação dos internamentos num Serviço de Medicina.<sup>2</sup> Existem ainda estudos sobre a qualidade da consulta externa de Medicina Interna,<sup>3</sup> sobre a consulta intra-hospitalar de Medicina Interna,<sup>4</sup> parcela tão importante, tantas vezes subvalorizada e muitas vezes não mencionada no trabalho diário de qualquer internista, como os próprios autores enfatizam na introdução do artigo. Por último de referir um outro trabalho, desta vez sobre a Nota de Alta Hospitalar, tentando avaliar se ela cumpre a sua função de informação, através da percepção da sua qualidade.<sup>5</sup>

Que saibamos este nosso trabalho é o primeiro que, não só analisa criticamente o Processo Clínico de um Serviço de Medicina, como faz uma comparação mensal entre dois anos consecutivos, com o objectivo de lançar à discussão interna e externa os problemas detectados.

O Hospital de Évora é uma Unidade de nível 3 (Hospital Distrital com valências de Hospital Regional); tem 430 camas de agudos e serve uma população ao nível do Distrito de aproximadamente 170 000

habitantes, e ao nível de Sub-região de 450 000 habitantes.

Possui dois Serviços de Medicina Interna, cada um com 30 camas. Ambos os Serviços possuem quadro médico equivalente. O Presente trabalho é realizado no Serviço de Medicina I.

A distribuição dos doentes ao longo do ano, quer em número total quer por sexos, não só é sobreponível nos dois anos, como não apresenta qualquer característica particular (*Quadro II*). Tal prende-se com o facto de cerca de 98% do internamento nos Serviços ser proveniente da urgência e a distribuição ser alternada.

Também a média de idades dos doentes internados, em ambos os anos, não apresenta características diferentes das da população em geral (*Fig. 1*), com as mulheres com cerca de mais cinco anos de esperança de vida. Dizer que a população atendida no nosso Serviço corresponde predomi-

nantemente às faixas etárias mais elevadas – em 2004 média de idade de 70 anos, com extremo de 103 anos e em 2005 média de idades de 71 anos com extremo de 99 anos – é dizer que o nosso serviço não é excepção face aos restantes (segundo o Recenseamento de 2001, das pessoas com mais de 65 anos, 41% tem mais de 75 e 21% tem mesmo mais de 80 anos).

Quanto à realização da Nota de Entrada na enfermaria, ela é realizada em cerca de 94 e 95%, respectivamente em 2004 e em 2005 (*Quadro III*). Os casos em que tal não acontece prendem-se com dois factores. Por um lado a morte prematura do doente (geralmente à noite ou ao fim-de-semana) impossibilita o Médico Assistente de a colher, por outro lado quando, tratando-se de um caso mais complexo, ou para treino, se decide avançar para uma História Clínica Clássica – o que aconteceu em 2004 em 21% dos casos e em 2005 em 8,5%.

Consideramos insuficiente o número de Histórias Clínicas realizado, preocupante é a diminuição ocorrida de um ano para o outro (*Quadro III*). Na nossa perspectiva há contudo razões a ponderar. Em 2005 o Serviço de Medicina I “perdeu” cinco internos do Internato Complementar – um suspendeu o internato transitoriamente, outro completou-o e três partiram

**QUADRO IV****Preenchimento da Folha de Análises e da Folha de Problemas por ano e por meses**

Mês	Folha Análises		Folha Problemas	
	2004	2005	2004	2005
Janeiro	80	74	80	70
Fevereiro	80	85	78	85
Março	97	93	95	90
Abril	80	78	82	75
Mai	62	74	62	72
Junho	72	69	69	66
Julho	74	70	71	70
Agosto	68	64	63	58
Setembro	57	63	55	58
Outubro	61	77	56	73
Novembro	69	72	71	68
Dezembro	66	79	65	78

para outros serviços para estágios parcelares. Apenas entrou no Serviço, de novo, um interno. Consideramos preocupante esta situação, porque sendo a Medicina Interna a Especialidade que garante a assistência diferenciada a nível das enfermarias, cabe ao Internista elevar permanentemente os padrões da qualidade assistencial, sendo a História Clínica a base do raciocínio médico.

Outra ordem de razões prende-se quer com a idade dos doentes e a incapacidade da família em fornecer dados anamnésicos (muitas vezes o companheiro/a já faleceu ou o doente encontra-se ao cuidado de um Lar), quer com a patologia mais rotineira e menos “interessante”, que não propicia a sua realização.

O preenchimento da Folha de Análises e da Folha de Problemas em valores superiores a 82%, em ambos os anos (*Quadro IV*), revelam a preocupação com a discussão diagnóstica e com o registo da informação, típicos do perfil de internista.

Quanto à Nota de Alta, excluindo os doentes falecidos ou transferidos para outras unidades do Hospital, ela está presente na totalidade dos doentes que vão para ambulatório (*Quadro III*).

O Prolongamento do Internamento (*Quadro V*) verificou-se em 11% e em 9% dos doentes (2004 e

**QUADRO V****Prolongamento do internamento: Nº casos por ano e por meses**

Mês	Ano	
	2004	2005
Janeiro	6	8
Fevereiro	9	10
Março	16	11
Abril	8	8
Mai	7	13
Junho	6	7
Julho	7	9
Agosto	8	5
Setembro	7	2
Outubro	6	3
Novembro	19	6
Dezembro	12	11
Total	111	93

**QUADRO VI****Razões de demora do internamento: Nº total de casos**

Razões	Ano	
	2004	2005
Clínicas	34	38
Organizacionais	31	22
Sociais	46	33

2005), sem especial incidência anual ou sazonal. Interessante é verificar (*Quadro VI*), que os motivos sociais foram a causa mais frequente no primeiro ano e os motivos clínicos no segundo, sendo importante o número de doentes em que o atraso da alta se deveu a problemas organizacionais.

**CONCLUSÕES**

Em relação ao processo clínico consideramos muito positivos os resultados obtidos pois significam a existência de uma contribuição favorável para a prestação dos cuidados de saúde. É preocupante o limitado número de Histórias Clínicas realizadas,

assim como o seu decréscimo, quando comparando com 2004, pelo que consideramos existir um espaço de melhoria. A implementação de formas estruturadas de documentação e avaliação, sustentadas por um conhecimento da realidade concreta, tem reflexos práticos e que se traduzem, nomeadamente, na mudança dos procedimentos, com vista a melhorar continuamente a qualidade. Estas acções têm impacto no trabalho quotidiano, afectam a prática clínica e promovem a excelência.

No prolongamento dos internamentos na enfermaria de Medicina I os problemas clínicos são tão importantes como os sociais.

Carecem de ser realizadas comparações inter-serviços e adaptações do processo clínico às áreas Médicas e Cirúrgicas. Urge criar um grupo de trabalho para a implementação do processo clínico e a necessidade de uniformização dos critérios de registo dos dados.

Com a existência de vários projectos para a Informatização do Processo Clínico, se não forem os médicos a liderar este processo alguém o vai fazer por eles. ■

## Bibliografia

1. Correia C, Rodrigues L, Lopes L, Nunes L, Neves C et col Avaliação do desempenho médico através da qualidade do registo dos processos clínicos. *Medicina Interna* 1995; 2: 7-12.
2. Cordero A, Águila J, Massalana A, Escoto V, Lopes L, Susano R Adequação dos internamentos num Serviço de Medicina. Aplicação da escala AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) *Acta Médica Port* 2004; 17: 113-118.
3. Açucena F, Romão H, Silva JP, Correia JA Estudo da Qualidade na Consulta externa do HGSA. *Arquivos do Hospital Geral de Santo António* 1999; 3: 45-48.
4. Marto NC, Marques C, Almeida JC, Sá J. Consulta Intra-Hospitalar de Medicina Interna *Acta Médica Port* 2004; 17: 265-270.
5. Varela A, Rola J. Nota de Alta Hospitalar – que informação clínica para o Médico de Família. *Acta Médica Port* 2000; 13: 81-84.