

O Processo Único

A Single Process

Maria Francisca Moraes*, **José M. Pimenta da Graça****

Resumo

Uma documentação correcta e completa de todos os dados clínicos dos doentes é essencial para a prática de uma Medicina de boa qualidade. Uma melhor percepção da situação clínica dos doentes, uma adequada utilização dos recursos de saúde e a satisfação das necessidades dos doentes só poderão ser atingidas com uma boa troca de comunicação entre os profissionais de saúde responsáveis pelos seus cuidados. Tradicionalmente verifica-se uma separação entre a documentação clínica existente no Hospital e a existente no Centro de Saúde. Nos países mais avançados do ponto de vista de organização dos cuidados de saúde, toda a informação é incluída no chamado Processo Clínico Integrado. Em contraste, nalguns Hospitais Centrais de Portugal, ainda estamos na fase de integração da informação referente aos vários Internamentos e diversas Consultas de Especialidade dum determinado doente e dum determinado Hospital num único Processo Clínico.

Faz-se uma descrição dos problemas quotidianos enfrentados nos Serviços de Urgência e de Internamento relacionados com a gestão de informação e apresentam-se sugestões para a sua resolução.

Palavras chave: processo clínico, processo único integrado, gestão de informação

Abstract

A correct and complete documentation of patient data is essential for good medical practice. The best use of health resources, an adequate perception of the clinical situation and patient satisfaction can only be achieved through information exchange between the health professionals responsible for patient care. Traditionally there is a separation between medical

* Assistente Hospitalar de Medicina Interna

** Director do Serviço de Medicina Interna

Serviço de Medicina II do Hospital de Egas Moniz, Lisboa

Recebido para publicação a 16/04/01

records in the Health Center and in the Hospital. In the more developed countries, as far as health care organization is concerned, efforts are progressing to link information in the so-called Integrated Clinical Patient Notes. In direct contrast, in some central Portuguese Hospitals, we are still at the stage of linking information pertaining to the several Hospital Admissions and Consultations of a particular patient in the same Hospital. Examples of daily problems related to patient clinical notes in the Emergency Service and at the time of Hospital Admission are reported and suggestions are made for their resolution.

Key words: medical records, integrated medical record, information management

Os leitores leigos ao mundo da medicina poderiam até pensar que se trata de um livro policial ou de um caso jurídico complicado. Não estariam tão longe e tão perto da verdade...

Uma documentação correcta e completa de todos os dados clínicos dos doentes, a adequada utilização dos recursos de saúde e a satisfação dos doentes só poderão ser atingidas com uma boa troca de comunicação entre os profissionais de saúde responsáveis pelos seus cuidados, permitindo uma melhor percepção da situação clínica dos doentes e a prática de Medicina de boa qualidade.

Tradicionalmente verifica-se uma separação entre a documentação existente no Hospital e a existente no Centro de Saúde. Nos países mais avançados do ponto de vista de organização dos cuidados de saúde toda a informação é incluída no chamado Processo Clínico Integrado. Em contraste, em alguns Hospitais Centrais de Portugal, ainda estamos na fase de integrar a informação referente aos vários Internamentos e diversas Consultas de Especialidade dum determinado doente e dum determinado Hospital num único processo clínico.

Em qualquer hospital do Reino Unido com um funcionamento normal e eficaz, o Processo Hospitalar agrupa todos os dados referentes a um determinado doente. Tem uma identificação numérica, uma organização própria e está sempre disponível no arquivo central e com acesso facilitado. Sempre que um doente é observado no Hospital, na Urgência ou na Consulta ou necessita de internamento, esse processo é requisitado e as mais recentes correspondências, as notas de alta e os resultados de exames complementares de diagnóstico são consultados. A maioria dos doentes têm processos "fininhos", estiveram internados apenas uma vez e são seguidos anualmente na Consulta. Aqueles que padecem de doenças crónicas poderão até precisar de mais de um processo: um activo e outro passivo. Cada interna-

mento é submetido a um processo de codificação administrativo e nessa altura procede-se à organização do processo clínico. Logo a seguir à identificação do doente, regista-se o nome do seu médico assistente e o nome do Centro de Saúde, endereço e telefone. Toda a informação das consultas e cópias das notas de alta são enviadas ao médico de família pelo correio e não por mão própria. É óbvio que o médico de família tem de estar sempre a par de tudo o que se passa com o seu doente do ponto de vista clínico e quais as alterações terapêuticas e sua justificação.

Os processos têm uma capa de cartolina com uma lombada ajustável e as principais divisões são a consulta, o internamento e notas de alta, os exames e relatórios realizados por cada especialista hospitalar que observa o doente na consulta ou no internamento. O pessoal administrativo, incluindo as dactilógrafas, têm orgulho na apresentação do processo clínico e sempre que necessário “arrumam-no”! Toda a informação sem utilidade prática, mas que deve ser guardada por motivos legais, é microfilmada e os exames radiológicos são arquivados ou também é feita a sua microfilmagem.

Existem modelos de registo de dados de que o próprio doente é portador, tal como um *smart card* de registo electrónico que contém todos os seus dados¹.

Estamos seguramente muito longe dessa realidade.

Assim, imagine-se o cenário oposto: um sistema hospitalar onde o Serviço de Urgência e o Internamento estão situados em espaços físicos diferentes e os doentes são transferidos desse Serviço de Urgência para quatro Hospitais diferentes, de acordo com o dia e hora de chegada e não de acordo com o Hospital onde se realizou o seu internamento anterior. É aqui que o trabalho do médico detective entra em acção. Horas perdidas com pesquisa inútil, tempo de internamento perdido à espera de informação, repetição, muitas vezes desnecessária, de exames complementares de diagnóstico e perda de informação importante na Urgência, na Consulta e no Internamento. A maioria dos doentes não traz uma Nota de Alta, as últimas análises, um ECG ou a lista de medicamentos. Este facto é importante na Consulta, mas tem ainda maior relevância no Serviço de Urgência onde se lida com doentes idosos, por vezes iletrados, em estado grave e na “maior das confusões”.

E a incredulidade dos doentes que dizem, com toda a lógica: “Vim a este Hospital porque tenho aqui o meu Processo. A Sra. Dra. pode consultá-lo”. Ou dizem: “Então vou transferido para outro Hospital, quando é aqui que sou tratado e é aqui onde está o meu processo?” Ou então: “Não me diga que tenho de repetir tudo outra vez? Basta consultar o meu processo!”

No caso da urgência da zona ocidental de Lisboa, sediada no Hospital de São Francisco Xavier, os doentes que são internados à segunda-feira, quarta-feira, sexta-feira e domingo pertencem ao Hospital de Egas Moniz e à terça-feira, quinta-feira e sábado ao Hospital de São Francisco Xavier (HSFX),

independentemente do seu internamento anterior. E é para esses locais que serão transferidos. Imagine-se a perturbação que isto traz ao sistema de saúde e à capacidade de comunicação entre os seus profissionais.

Não podemos deixar de lamentar como é difícil trabalhar nestas condições. Quantos internamentos, exames complementares de diagnóstico e recursos financeiros seriam poupados e assim melhorar o bem-estar dos doentes? Tudo isto, apenas com acesso imediato ao Processo Hospitalar de um doente no Serviço de Urgência ou na Consulta Externa.

Actualmente escreve-se muito sobre reorganização do Serviço Nacional de Saúde em Portugal e na necessidade do aumento das horas de trabalho do pessoal da saúde, nomeadamente dos Médicos. Fala-se muito do estado caótico da Urgência e culpam-se os Centros de Saúde. Mais importante do que tudo isso é a necessidade de organização interna dos Hospitais. E um elemento muito importante dessa organização hospitalar passa pela possibilidade da consulta imediata e sempre que necessária do Processo Clínico Hospitalar e dos exames complementares já realizados nos diversos internamentos e consultas hospitalares.

Com vista à solução, pelo menos parcial destes problemas, é necessário eliminar:

1. A fragmentação do processo clínico. Em muitos Hospitais existem actualmente processos clínicos separados, sendo o da urgência separado do Internamento, que por sua vez é separado do da consulta externa
2. A dispersão processual em diversos Hospitais, sem estar instituído nenhum método prático de cruzar ou juntar essa informação.
3. A inexistência de métodos de trabalho no que diz respeito à imediata requisição do(s) processo(s) de internamento anterior(es) quando o doente recorre à urgência, é internado nos serviços ou é observado na consulta externa, incluindo a microfilmagem dos exames radiológicos em simultâneo.
4. A inexistência de mecanismos que permitam o intercâmbio rápido de informação clínica inter-hospitalar.
5. A ausência de correspondência clínica oficial entre os Hospitais e os Centros de Saúde.

Valerá a pena falar de meios mais sofisticados de organização e arquivo de informação do processo hospitalar, quando nem sequer temos a casa em ordem? Quando o Médico que precisa de elaborar um relatório tem de o escrever, na maioria das vezes, no seu próprio computador e no seu tempo livre, dado que não há dactilógrafas de apoio às consultas? Quando nem sequer o nome do médico de família consta desse processo?

A consulta de medline sobre o registo informatizado do processo clínico revela múltiplas experiências hospitalares ao longo da última década. Estas incluem um registo directo no computador ao nível da consulta e ao nível do internamento², um sistema integrado que permite ao médico enviar uma mensagem ao próximo Médico que observará o

doente³ e sistemas comercializados integrados para a urgência, consulta e internamento⁴, com confidencialidade e segurança. Se a separação física entre a urgência e o internamento se mantiverem, a facilidade e a compatibilidade de comunicação electrónica, que em breve será seguramente a realidade também nos centros de saúde, poderá tornar-se no método de eleição para a comunicação entre os

profissionais de saúde.

A resolução desta problemática a curto prazo passa pela instituição do “Processo Único Hospitalar” de consulta e de internamento de todas as especialidades e pela criação de canais de informação eficazes e rápidos que permitam o acesso dessa informação ao serviço de urgência em tempo útil.

Bibliografia

1. Rigby M, Roberts R, Williams J, Clark J, Savill A, Lervy B, Mooney G. Integrated record keeping as an essential aspect of a primary care led health service. *BMJ* 1998;317(7158):579-582.
2. Rind DM, Safran C. Real and imagined barriers to an electronic medical record. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1993:74-78.
3. Rappaport SH. Supporting the “clinic without walls” with an event-directed messaging system integrated into an electronic medical record. *Proc AMIA Annu Fall Symp* 1996:648-652.
4. Brousseau G. Integrated clinical information system. *Medinfo* 1995;8 (1):459.