

UFRGS
Faculdade de Ciências Econômicas
Biblioteca Gladis W. do Amaral
Av. João Pessoa, 52
90040-000 - Porto Alegre - RS - Brasil



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**A GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
EM BUSCA DA DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DO "PRONTUÁRIO
ESSENCIAL" DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: Mariza Klück Stumpf
Orientador: Prof. Henrique M. R. de Freitas
GESID - PPGA / UFRGS

Dezembro, 1996

I- AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível graças à colaboração de inúmeras pessoas, em diferentes momentos do projeto, de sua concepção à redação final. Desejo expressar a todos o meu profundo reconhecimento, especialmente:

ao Prof. Henrique M. R. de Freitas, professor adjunto da Escola de Administração e do PPGA da UFRGS, por sua amizade e por sua segura e sempre oportuna orientação;

aos colegas Dr. José Ricardo Guimarães, Bel. Ilda Pereira Silveira e Enf. Débora Feijó Vieira, da Comissão de Prontuários de Pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que participaram comigo de todas as etapas de elaboração e execução do projeto e me ajudaram a vencer as inúmeras dificuldades encontradas;

ao Prof. Manoel Luis Leão, criador e mentor da área de Informática Médica na UFRGS, que me deu a oportunidade de aprender e crescer através de seu exemplo, competência, visão e carinho;

ao Prof. Norberto Hoppen, Coordenador do PPGA, pelo apoio dado na elaboração do projeto de pesquisa e pelos ensinamentos ministrados;

ao Prof. João Luis Becker, pelo apoio;

à colega Mirian Oliveira, pelo estímulo, exemplo e amizade;

à equipe de bolsistas do GESID / PPGA / UFRGS (Marie, Maro, Ângela e Ionara), pela ajuda e pelo carinho;

aos professores do GESID, Cláudio Mazzili e Lilia Vargas, pelo incentivo e amizade;

ao prof. Paul D. Fisher, diretor da Escola de Ciências de Informações em Saúde da Universidade de Victoria, Canadá, pelas valiosas sugestões e pela oportunidade de dar continuidade a este trabalho;

à Administração Central do HCPA, por ter me permitido realizar este projeto de pesquisa na instituição;

ao colega Sérgio Bassanesi, professor do Departamento de Medicina Social da FAMED/UFRGS, pelo estímulo e pela amizade;

à equipe e à chefia do SAMIS/HCPA, pela inestimável ajuda;

aos meus colegas e amigos do Centro de Processamento de Dados da UFRGS, Alexander Granitoff, Débora Lubisco Pestana, José Nicoletti Jr, Mauro Almeida, Neron Arruda Leonel e Sérgio Filipe Zirbes, pela amizade, apoio e estímulo;

à minha família, Rodolfo, Mariana e Lúcia, que fazem com que tudo valha a pena, pela compreensão e pelo apoio carinhoso.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**A GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
EM BUSCA DA DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DO "PRONTUÁRIO ESSENCIAL"
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

SUMÁRIO

	Página
I - AGRADECIMENTOS	II
II - LISTA DE TABELAS	VI
III - LISTA DE FIGURAS	VI
IV - LISTA DE QUADROS	VII
V - RELAÇÃO DE ANEXOS	VII
VI - GLOSSÁRIO DE SIGLAS	VIII
VII - RESUMO	IX
VIII - ABSTRACT	XI
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS DA PESQUISA	01
2 - JUSTIFICATIVAS	03
2.1 - O Cenário atual	03
2.2 - O cenário desejado	05
2.3 - Alternativas de solução	08
3- FUNDAMENTOS TEÓRICOS	10
3.1 - O Prontuário de Pacientes	10
3.1.1 - Definição de Prontuário de Pacientes	10
3.1.2 - Legislação	12
3.1.3 - Funções e importância	13
3.1.4 - Problemas dos Prontuários tradicionais	14
3.2 - A Tecnologia da Informação	16
3.3 - Sistemas de Informação Hospitalar	18

3.4 - O Prontuário Eletrônico	20
3.4.1 - Aspectos básicos	21
3.4.2 - A funcionalidade de um sistema de "Computer-based Patient Record"	24
3.4.3 - Os grandes desafios do Prontuário Eletrônico	25
3.4.4 - O Prontuário Eletrônico ideal	27
3.4.5 - Aspectos legais	28
3.4.6 - Confidencialidade, privacidade, ética e segurança	28
3.4.7 - O conceito de Prontuário Essencial ("Core Record")	30
4- METODOLOGIA	34
4.1 - Pressupostos da pesquisa	34
4.2 - Questões de Pesquisa	34
4.3 - Etapas do Projeto	35
4.4 - Metodologias envolvidas	37
4.4.1 - "Focus Group" (FG)	37
4.4.2 - Estudo de Caso (EC)	41
5- O CONTEXTO ORGANIZACIONAL	43
5.1 - O Hospital de Clínicas de Porto Alegre	43
5.1.1 - recursos disponíveis	43
5.2 - A gestão da informação do Prontuário do HCPA	44
5.2.1 - O Serviço de Arquivo Médico e de Informações em Saúde (SAMIS)	44
5.2.2 - A Comissão de Prontuários de Pacientes (CPP)	45
5.2.3 - O Grupo de Sistemas (GSIS)	46
5.3 - O prontuário de pacientes do HCPA	47
5.3.1 - Componentes	47
5.3.2 - Principais problemas	48
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO DO "FOCUS GROUP"	55
6.1 - Aplicação da técnica	55
6.2 - Sumário qualitativo: a visão dos diferentes usuários	56
6.2.1 - A visão dos professores de enfermagem	57
6.2.2 - A visão dos médicos.....	57
6.2.3 - A visão da enfermagem assistencial	59
6.2.4 - A visão dos administradores.....	60
6.2.5 - A visão dos pesquisadores	61
6.2.6 - A visão dos professores de medicina.....	62

6.3 - Propostas sugeridas pelos grupos	63
6.3.1 - Problema	63
6.3.2 - Qualidade da informação	63
6.3.3 - Treinamento	64
6.3.4 - Informatização dos processos clínicos	64
6.3.5 - Substituição de documentos	65
6.3.6 - Divisão dos Prontuários	66
6.3.7 - O "Core Record"	68
6.3.8 - O Prontuário Eletrônico	68
6.3.9 - Sumário de Alta	69
6.3.10 - Lista de Problemas	70
6.3.11 - Protocolos, roteiros e padronização	71
6.3.12 - Legislação	71
6.3.13 - Assinatura Eletrônica	71
6.3.14 - Ética e sigilo	72
6.3.15 - Folha de controle da enfermagem	72
6.3.16 - Comissão de revisão	73
6.3.17 - Organograma	74
6.4 - Explorando os dados em busca do aprofundamento da análise qualitativa.....	75
6.4.1 - Frequência das intervenções por categoria	75
6.4.2 - Palavras e construtos mais citados	76
6.4.3 - Como os construtos se manifestam nos diferentes grupos	78
6.4.3.1 - Ensino de Enfermagem	79
6.4.3.2 - Assistência Médica	80
6.4.3.3 - Assistência de Enfermagem	81
6.4.3.4 - Administração	82
6.4.3.5 - Pesquisa	83
6.4.3.6 - Ensino médico	84
6.4.4 - Comparando os grupos	85
6.4.4.1 - Análise Fatorial de Correspondência: os grupos e as palavras-chave	85
6.4.4.2 - Problemas diagnosticados pelos grupos	87
6.4.4.3 - Soluções sugeridas	89
6.5 - Definição do conteúdo do "Core Record"	91
6.6 - Conseqüências e implicações imediatas	94
7- CONCLUSÕES	97
7.1 - Discussão dos resultados	97
7.2 - Limites da pesquisa	99
7.3 - Pesquisa futura	99
BIBLIOGRAFIA	101

II - LISTA DE TABELAS:**Página**

Tab. 1: Distribuição das intervenções por categoria	75
Tab. 2: Distribuição das intervenções por categoria, não considerando a participação dos pesquisadores	76
Tab. 3: Freqüência de citação das palavras-chave nos diferentes grupos.....	78
Tab. 4: Distribuição percentual das citações das palavras-chave nos diferentes grupos	78
Tab. 5: Problemas diagnosticados pelos grupos	87
Tab. 6: Soluções propostas pelos grupos	89

III - LISTA DE FIGURAS**Página**

Fig. 1: Atividades desenvolvidas com o Prontuário de Pacientes	03
Fig. 2: O PP: centro do SI de um Hospital	04
Fig. 3: Metodologia e roteiro da pesquisa	35
Fig. 4: Sistema de armazenamento de PP do SAMIS/HCPA	48
Fig. 5: Arquivo de PP desativados	49
Fig. 6: PP em corredor do HCPA	49
Fig. 7: Prontuário de um paciente crônico	50
Fig. 8: Informação ilegível	51
Fig. 9: Prontuários aguardando rearquivamento	52
Fig. 10: Prontuários separados para pesquisa	53
Fig. 11: Distribuição das intervenções por categoria	75
Fig. 12: Distribuição das intervenções por categoria, não considerando a participação dos pesquisadores	76
Fig. 13: Utilização das palavras-chave no grupo de Ensino de Enfermagem	79
Fig. 14: Utilização das palavras-chave no grupo de Assistência Médica	80
Fig. 15: Utilização das palavras-chave no grupo de Assistência de Enfermagem	81
Fig. 16: Utilização das palavras-chave no grupo de Administração	82
Fig. 17: Utilização das palavras-chave no grupo de Pesquisa	83
Fig. 18: Utilização das palavras-chave no grupo de Ensino Médico	84
Fig. 19: Análise Fatorial de Correspondência das citações das palavras-chave por grupos	86
Fig. 20: Histograma de distribuição de citações de problemas	88
Fig. 21: Histograma de distribuição de citações de soluções propostas.....	89

IV - LISTA DE QUADROS**Página**

Quadro 1: Grupos de Discussão	36
Quadro 2: Número de folhas geradas a cada internação	51
Quadro 3: Palavras e construtos mais citados	77
Quadro 4: Construtos elaborados	77
Quadro 5: Definição do "Core Record"	93

V - RELAÇÃO DE ANEXOS:

Anexo 1: Organograma do HCPA

Anexo 2: Recursos disponíveis

Anexo 3: Produção assistencial

Anexo 4: Agenda das reuniões de "Focus Group"

Anexo 5: Carta-convite para reuniões de "Focus Group" (Modelo)

Anexo 6: Transcrição das reuniões de "Focus Group"

V- GLOSSÁRIO DE SIGLAS

CPP	Comissão de Prontuários de Pacientes do HCPA
CPR	Computer-based Patient Record
CPRI	Computer-based Patient Record Institute
EC	Estudo de Caso
FG	Focus Group
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IMIA	International Medical Informatics Association
PE	Prontuário Eletrônico
PP	Prontuário de Paciente
SAD	Sistema de Apoio à Decisão
SAMIS	Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas de Saúde
SAE	Sistemas de Apoio ao Ensino
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
SE	Sistemas Especialistas
SI	Sistemas de Informações
SIG	Sistemas de Informações Gerenciais
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SAP	Sistemas de Apoio à Pesquisa
TI	Tecnologia da Informação

VI - RESUMO

Este trabalho relata os resultados do projeto de pesquisa desenvolvido junto ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como dissertação de mestrado da área de Sistemas de Informações e de Apoio à Decisão do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS, sob orientação do Prof. Henrique M. R. de Freitas, com o objetivo de definir o conteúdo essencial ("Core Record") do Prontuário de Pacientes (PP), visando a futura implantação do Prontuário Eletrônico (PE) no HCPA.

O Prontuário de Pacientes é o documento básico dentro de um Hospital e permeia toda a sua atividade assistencial, de pesquisa, ensino e administrativa. É o elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e depositário de um conjunto muito grande e rico de informações, capazes de gerar conhecimento. O grande volume de informações relevantes contidas no PP, que necessitam estar disponíveis prontamente, exigem, hoje, a adoção do Prontuário Informatizado. A evolução nessa direção é tanto desejável quanto inevitável mas, até o momento, os médicos e demais profissionais da área da saúde têm sido lentos na adoção do computador como uma ferramenta clínica, apesar do uso crescente em atividades administrativas.

A evolução na direção do Prontuário Informatizado é tanto desejável quanto inevitável. Até o momento, no entanto, os médicos têm sido lentos na adoção do computador como uma ferramenta clínica, apesar do uso crescente dessa em atividades administrativas³. Apesar da inevitabilidade e da vontade, uma grande parcela de incerteza ronda o status legal do PI. A História nos ensina que as mudanças nos paradigmas legais ocorrem, geralmente, por pressão de situações já criadas e adotadas como consenso pela Sociedade.

A Tecnologia da Informação oferece os fundamentos teóricos e os instrumentos necessários para o desenvolvimento de um Sistema de Informações adequado às reais necessidades de um ambiente hospitalar como o do HCPA. Cabe às pessoas envolvidas neste processo, um comprometimento real com estes princípios norteadores. É importante definir o que é informação necessária, estabelecer o processo de informatização, envolver os usuários em todas as etapas do processo e garantir o pleno atendimento da missão institucional da organização, nos seus objetivos de prestar assistência médica de alta qualidade, aliada à pesquisa e ao ensino médicos.

Esta pesquisa visou envolver os diferentes usuários do PP na busca da definição dos requisitos de informação do PE e caracterizou-se por ser um estudo exploratório conduzido através dos métodos qualitativos de Estudo de Caso e de "Focus Group".

Na primeira fase do projeto, foi feito um levantamento da situação atual dos prontuários de pacientes do HCPA através de um estudo de caso e verificada a posição de alguns dos hospitais brasileiros de grande porte sobre o tema, através de um questionário. Ainda nesta etapa, concluiu-se

o levantamento bibliográfico que estabeleceu a estado da arte dos prontuários de pacientes no mundo.

Na segunda etapa, através da utilização da técnica de "Focus Group", procurou-se definir modificações que pudessem ser introduzidas na organização e no conteúdo dos prontuários de pacientes do HCPA, visando diminuir o seu volume e melhorar a qualidade da informação armazenada. Visto que os prontuários devem atender a diferentes cenários e atores, identificados dentro de 4 grandes categorias de usuários (das áreas de assistência, pesquisa, ensino e administração), foram estabelecidos 6 grupos iniciais de discussão (assistência médica, assistência de enfermagem, ensino médico, ensino de enfermagem, pesquisa e administração) compostos por 5 a 8 usuários atuantes e representativos de suas categorias, que reuniram-se para discutir as questões propostas. As discussões foram gravadas e transcritas, resultando num documento de síntese que orientou a elaboração de uma proposta objetiva de definição do "Core Record".

A análise dos conteúdos das discussões das sessões de "Focus Group" indicaram, como consenso dentro dos grupos, as seguintes opiniões: (1) é possível e desejável reduzir a quantidade de documentos e de informações armazenadas atualmente nos PP; (2) a necessidade de informatização do PP é inegável e urgente; (3) a legislação vigente é inadequada e obsoleta; (4) é possível substituir ou eliminar imediatamente alguns documentos em uso, possibilitando a redução do volume de papel armazenado em torno de 50%; (5) a adoção imediata da assinatura eletrônica é fundamental para a implantação destas modificações; (6) é possível e desejável a divisão do PP atual em 2 partes (um prontuário operante, contendo todas as informações necessárias para a assistência, ensino, pesquisa e administração -"Core Record"- e um prontuário inativo, guardando documentos não relevantes mas exigidos pela legislação); (7) existem divergências importantes em relação à relevância e à necessidade de alguns tipos de informações, atualmente em uso, entre os diferentes grupos de usuários. A partir destas recomendações e da análise léxica do conteúdo das transcrições, foi possível definir os requisitos de informações do "Core Record", atendendo às necessidades dos diferentes grupos de usuários. A validação deste protótipo nos dará a definição do conteúdo das informações do futuro Prontuário Informatizado do HCPA.

A participação ativa das diferentes categorias de usuários envolvidos com o uso dos PP, tem sido fundamental para garantir o acerto das modificações que estão sendo propostas.

* * *

VII - ABSTRACT

BUILDING A COMPUTER-BASED PATIENT RECORD AT A UNIVERSITY HOSPITAL: THE USERS VIEW

Key words: *Medical Informatics, Hospital Information Systems, Computer-based Patient Record*

This paper describes the results of a research project developed at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, School Hospital of the Federal University of Rio Grande do Sul, as a Master degree dissertation in the field of Information Systems and Decision Support of the Graduate Program in Management Science. The aim of this project is to define the essential content of the Patient Record (PR), with the active and fundamental participation of the different user's groups (physicians, nurses, professors, researchers and managers), aiming the future introduction of the Computer-based Patient Record (CPR).

The Patient Record is the main source of information inside an hospital and it is present in all its activities concerning patient assistance, research, teaching and management. It is the communication link between the different hospital's professionals and sectors and it is the depository of a big amount of important information. The huge volume of relevant information that must be available on-line in order to assure adequate health assistance, teaching and research as well as management, demands the immediate adoption of the CPR. The evolution in this direction is desirable and inevitable but, until now, the health professionals have been unhurried in adopt the computer as a clinical instrument, in spite of its progressive utilization in administrative activities.

The present research aims to involve the different PR users in the search of the CPR information requirements definition and have been developed as an exploratory study through the methodological approach of Case Study and Focus Group. During the first stage the definition of the Core Record information requirements was made trough six different Focus Groups meetings (medical care, nurse care, medical professors, nursing professors, researches and managers). The meetings were called to discuss topics dealt with the paper-based PR and its contents were taped and transcribed, resulting in a document that is guiding the elaboration of the Core PR content proposal. A Case Study was done at the same time, aiming to get all the necessary information about the hospital and its Patient Record system.

In the second stage, the lexical and statistical analysis of this contents were done with the software SPHINX[®]. The Focus Groups conclusions allowed us to define the Core PR information requirements, taking into account the different users needs.

À minha mãe, *Naura Machado Klück*,
cujas lições de vida tornaram esta jornada possível.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: Mariza Klück Stumpf

Professor Orientador: Henrique M. R. de Freitas

A GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: EM BUSCA DA DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DO “PRONTUÁRIO ESSENCIAL” DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS DA PESQUISA

Em 1994, ao assumir a coordenação da Comissão de Prontuários Médicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital-escola da UFRGS, verificamos que o Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do Hospital enfrentava um grave problema: o HCPA realiza, em média, 46.000 consultas e 1.900 internações mensais que geram em torno de 3.000 novos prontuários a cada mês. O Arquivo Médico possui atualmente (março de 1995) 655.000 prontuários que ocupam uma área de 665 m². A legislação em vigor exige que os prontuários sejam armazenados por 20 anos após o último atendimento registrado, o que está causando um acúmulo muito grande de documentos, muitas vezes sem nenhuma importância para as atividades do Hospital.

Dentro da estrutura do Hospital, os prontuários estão afetos ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS), subordinados à Vice-Presidência Administrativa (VPA), que tem como função principal a organização, o arquivamento e a recuperação de prontuários dos pacientes ambulatoriais e internados do HCPA, e à Comissão de Prontuários de Pacientes (CPP), nomeada pela Vice-Presidência Médica (VPM), composta por representantes do corpo clínico, da enfermagem, do SAMIS e do Grupo de Sistemas (GSIS). Esta Comissão tem por função garantir a qualidade das informações do prontuário, decidindo a respeito de seu conteúdo e sua organização.

Para enfrentar esses problemas e com o objetivo de prover com qualidade a carência de informações necessárias para a assistência, pesquisa e ensino, resolvendo os problemas de área física ocupada, volume dos prontuários, falta de legibilidade, redundância de informações, dificuldade de recuperação de informações, excesso de documentos, etc. que dificultam enormemente o acesso e o uso da informação, a CPM e a direção do SAMIS têm trabalhado em conjunto, objetivando definir uma proposta de reestruturação da organização, conteúdo e forma de

armazenamento dos documentos do prontuário, com a ativa participação e o envolvimento das diferentes categorias de usuários

Este projeto de pesquisa é de caráter exploratório e tem como meta a definição de uma nova estrutura para o Prontuário de Pacientes do HCPA em relação a conteúdo e organização, determinando o conceito de Prontuário Essencial (“Core Record”) e propondo que esta estrutura seja a base para o prontuário eletrônico de pacientes a ser implantado futuramente. Os resultados alcançados são do interesse de todas as categorias profissionais envolvidas com a utilização do Prontuário do Paciente dentro de um hospital universitário, isto é, médicos, enfermeiras, professores, pesquisadores e administradores hospitalares. O objetivo principal deste projeto, portanto, foi o de identificar e validar as informações relevantes e necessárias que devam ser armazenadas no Prontuário de Pacientes (papel e informatizado), de forma a atender plenamente aos objetivos de assistência ao paciente, ensino, pesquisa, apoio administrativo e às exigências legais (“Prontuário Essencial”).

Esta dissertação apresenta as justificativas para sua realização (Cap. 2), os fundamentos teóricos que o orientam (Cap. 3), apresenta a metodologia de pesquisa desenvolvida (Cap. 4) e descreve o contexto organizacional no qual se insere (Cap. 5). No Cap. 6 são apresentados e discutidos os resultados, e as conclusões são apresentadas a seguir, no Cap. 7. No final, são apresentados a bibliografia consultada e os anexos pertinentes.

* * *

2 - JUSTIFICATIVAS

De acordo com Freitas e Kladis (1995:73-4), "quanto maior a complexidade da sociedade e das organizações, maior a importância da informação dentro das organizações.", o que implica na importância da forma como esta informação é trabalhada para atender às diferentes necessidades dos diversos níveis organizacionais. Ainda segundo os autores, "é inconcebível que um importante e caro recurso não seja tratado com um grau de seriedade e competência que assegure à organização, na figura dos usuários, um bom suporte informacional".

Dentro do contexto de um Hospital universitário, na busca da melhoria da qualidade de seu Sistema de Informações, as definições a respeito do Prontuário do Paciente são de grande importância, pois este é a Base de Dados fundamental do Sistema.

Este capítulo procura justificar a relevância do tema proposto, através da descrição do cenário atual (2.1), das características do cenário desejado para esta área (2.2) e da discussão de alternativas de soluções possíveis (2.3).

2.1 - O cenário atual

O Prontuário de Pacientes é o documento básico dentro de um Hospital permeando toda a sua atividade assistencial, de pesquisa, ensino e atividade administrativa (Fig. 1). É o elemento de comunicação entre os vários setores do hospital e depositário de um conjunto muito grande e rico de informações, capazes de gerar conhecimento.

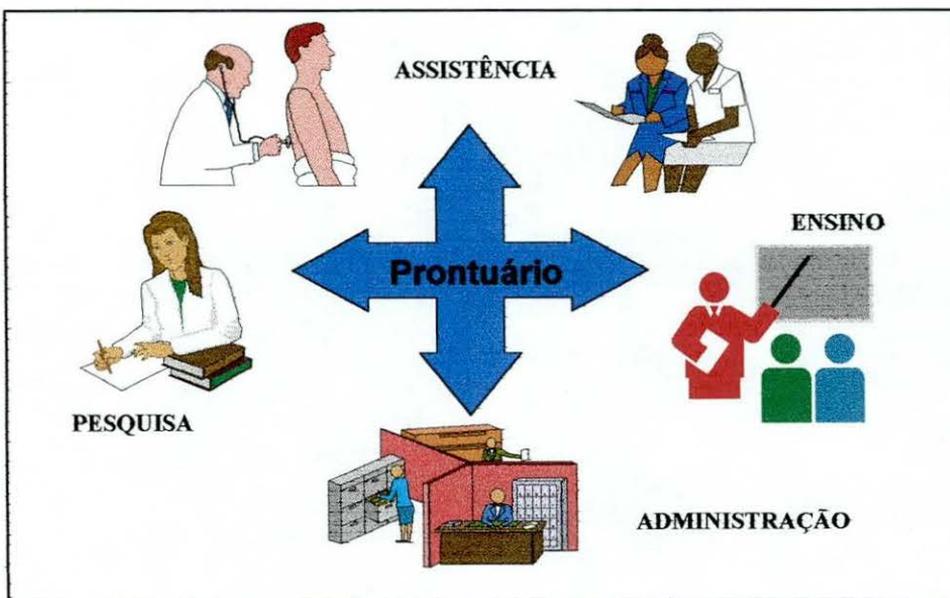


Fig. 1 - Atividades envolvidas com o Prontuário de Pacientes

Ele pode ser entendido como sendo a principal Base de Dados dentro de um Hospital, a partir da qual são construídos todos os Sistemas de Informações (SI), sejam estes Sistemas de Informações Gerenciais (SIG), Sistemas de Apoio à Decisão (SAD), Construção de Sistemas Especialistas (SE), Sistemas de Apoio ao Ensino (SAE), Sistemas de Apoio à Pesquisa (SAP) ou outros (Fig. 2).

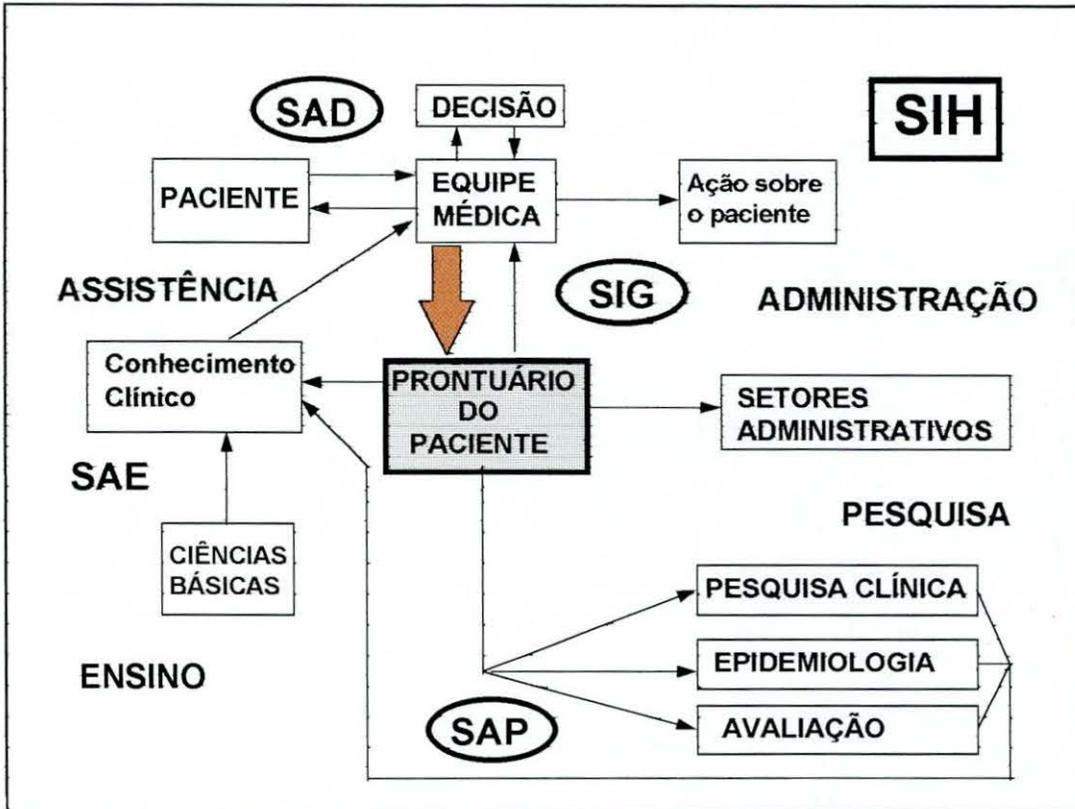


Fig. 2: O Prontuário do Paciente: centro do SI de um Hospital (modificado de Martinez, Leão e Stumpf, 1982)

Por definição (Blum, 1992), um sistema de informações é usado para administrar e para prover o acesso à informação requerida por seus usuários para atingirem os objetivos da organização. Os pré-requisitos para um sistema de informações efetivo são o entendimento destes objetivos (qual é a missão institucional) e como a informação será usada. Infelizmente, em muitas situações, este conhecimento não está disponível e o sistema falha em satisfazer seus usuários. Um SI deve atender às necessidades de um largo espectro de diferentes usuários, com múltiplos enfoques e diversas necessidades.

Concluindo, o Prontuário de Pacientes é a principal Base de Dados dentro de um Hospital, devendo suprir os diversos atores envolvidos no processo, com as informações necessárias **QUANDO**, **ONDE** e **COMO** este usuário necessitar, nas mais diversas atividades. Estas necessidades incluem o apoio à equipe médica, para a tomada de decisão diagnóstica e terapêutica; o suporte aos pesquisadores, na busca de dados para pesquisas relevantes; aos professores, em

suas atividades didáticas onde a técnica de estudo de casos é muito utilizada; aos administradores, nas tarefas de faturamento e emissão de relatórios gerenciais e para prover o suporte legal quando necessário. Portanto, a informação contida nos Prontuários deve ser de alto nível qualitativo o que, segundo Alter (1992), significa atender às seguintes características:

- acurácia e precisão;
- idade, oportunidade e horizonte de tempo;
- ser completa e ter adequado nível de sumarização;
- acessibilidade;
- fonte e
- valor e relevância.

Da forma como estas informações são armazenadas e recuperadas atualmente, essas características não estão sendo atendidas, diminuindo, portanto, direta ou indiretamente, a qualidade das tarefas que delas dependem. É nossa intenção contribuir para melhorar este quadro.

* * *

2.2 - O cenário desejado

Segundo Martinez, Leão e Stumpf (1982:31) "a importância do registro da história do paciente já era reconhecida pelos gregos. A Idade Média deixou indícios de uma nítida preocupação com os assentamentos sobre a evolução da doença e com o uso desta informação para explicar fenômenos médicos recorrentes, como as epidemias. O Renascimento introduziu novas atitudes em relação à Ciência, enfatizando a importância da medida como fonte primária do conhecimento da natureza. O fim do século XIX trouxe as primeiras aplicações do método estatístico aos dados médicos, salientando o emprego dos registros médicos no balizamento da Medicina preventiva. No século XX, o registro médico sofre o impacto do volume crescente da informação pela incorporação, nos assentamentos do paciente, de uma pleora de dados, de sinais biológicos a informes de patologia. Daí a concluir que o registro médico deveria ser cometido ao computador, o instrumento por excelência para a guarda e recuperação da informação, vai apenas um passo."

É fácil prever que os Prontuários de Pacientes (PP) do futuro serão baseados em sistemas de informações conectados em rede, resultando em um "prontuário virtual" (Moehr, 1995). Esta presunção traz a necessidade de definir novas qualidades que sejam inerentes ao PP. Serão necessários novos enfoques para acessar dados pertinentes a uma informação desejada, enquanto garante-se a conduta ética e o direito à privacidade do paciente e dos profissionais que o atendem. Serão necessários meios avançados de representação de conceitos médicos, bem como a necessária integração das informações. Um sistema de informações integrado e de múltiplas facilidades deve ter a capacidade para a comunicação e integração de todos os dados do paciente

durante sua vida e prover suporte para a tomada de decisão tanto na esfera médica quanto na administrativa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986), o Prontuário Médico ou Prontuário do Paciente é a ferramenta mais importante para armazenamento de informações, recuperação e análise do atendimento médico. É o repositório de todas as informações que dizem respeito à saúde do paciente, doenças, riscos, diagnósticos, prognósticos, testes e exames, condutas terapêuticas, seguimentos, etc. É também a principal fonte de informação para a administração de saúde para assegurar a qualidade, estatísticas de saúde, análise de utilização de serviços, indicadores de saúde, etc. Assim, tentativas de sistemas de suporte à saúde são centradas e começam com o sistema de Prontuário. Embora o sistema seja essencialmente o mesmo entre os diversos níveis de atendimento, o conteúdo dos registros médicos, armazenados no computador, podem diferir a cada nível. Várias razões são reconhecidas como sendo importantes para o uso de PP Eletrônicos:

- a qualidade do Prontuário aumenta: torna-se legível, completo e padronizado;
- a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde é facilitada, melhorando a qualidade do atendimento prestado;
- a assistência e o "follow-up" apropriados são facilitados: a recuperação de informações, a garantia de que as informações estão completas, organização lógica, as prescrições repetidas, etc.);
- a auditoria médica é facilitada e torna-se mais fácil e mais acurada;
- a pesquisa clínica é facilitada e
- as estatísticas a nível local, regional e nacional se tornam possíveis, mais rápidas e acuradas.

Para melhorar a qualidade e a eficiência da assistência ao paciente, é necessário (Collins, 1988):

- criar uma Base de Dados capaz de prover um registro do paciente contínuo, integrado e informatizado, contendo todos os dados relevantes e, diretamente, acessível por todos os profissionais autorizados, 100% do tempo;
- prover a comunicação imediata e contínua destas informações entre todos os serviços de saúde, administrativo e de apoio, dentro e fora do hospital;
- apoiar todas as funções do provedor de cuidados médicos, incluindo o processamento de ordens (prescrição, solicitação de exames), impressão de relatórios, registro da história e do exame físico, relatórios de procedimentos, etc.;
- prover apoio à decisão médica e administrativa;

- estabelecer e manter arquivos para funções administrativas e gerenciais, incluindo registro de pacientes, controle de admissões, marcação de consultas, sistemas de pessoal, controle de estoques, etc. e
- apoiar a pesquisa e o ensino.

Segundo o consenso dos participantes da Lista Internet "Health Information Management" (HIM-L@UMSMED.EDU), em discussão promovida no segundo semestre de 1994, sumarizadas por Sittig (1994), a definição de um projeto de Prontuário Eletrônico (PE) é de fundamental importância e os aspectos relevantes desta discussão situam-se nos grandes desafios da Informática Médica, entre os quais:

- desenvolvimento de um vocabulário médico unificado e controlado;
- desenvolvimento de um PP computadorizado;
- codificação automática de textos livres, histórico de pacientes, etc.;
- extração automática de conhecimento de PP e
- formato padrão de PP para permitir a troca de informações.

Shortliffe (1991) cita, entre as tendências futuras do desenvolvimento dos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), a adoção de redes de comunicação locais (LAN), de estações de trabalho e computadores pessoais, de terminais de beira de leito e a ligação entre os hospitais e os consultórios dos médicos, como requisitos necessários para o sucesso destes sistemas.

O cenário desejado do Sistema de Informações de Prontuários de Pacientes de um Hospital, portanto, implica na disponibilidade de uma grande rede local de computadores, equipamentos especializados e periféricos diversos, espalhados por todos os setores do Hospital (Fig. 3), com sistemas providos de interfaces amigáveis, dispendo de recursos multimídia que permitam o acesso a textos (história clínica, evolução, nota de alta, etc.), imagens (RX, tomografia), sons (batimentos cardíacos, sons pulmonares) e sinais (ECG, EEG), oferecendo suporte às decisões nos diversos níveis, permitindo aos diversos usuários o acesso à informação **onde, quando e como** ele necessitar (Ball, 1992).

A Tecnologia de Informação (TI), entendida por Laudon e Laudon (1994), como sendo "o conjunto de hardware e software que desempenha uma ou mais tarefas de processamentos das informações do SI, tais como coletar, transmitir, estocar, recuperar, manipular e exibir dados", apresenta todos os caminhos possíveis e os instrumentos disponíveis para que se consiga chegar a este novo patamar. Este tema é abordado na seção 3.2.

2.3 - Alternativas de solução

Nos últimos anos, várias alternativas de solução foram propostas ou tentadas para solucionar os problemas já abordados (Blum,1986; McDonald e Barnett, 1990; Pryor, 1992; Ball, 1992). A microfilmagem e a digitalização dos prontuários, tal como estes se encontram, foram as alternativas mais discutidas. No entanto, a simples mudança de meio de armazenamento (de papel para microficha ou disco) não altera em nada a qualidade das informações existentes e, além disso, fere a legislação brasileira, que exige a guarda dos documentos originais por 20 anos.

A política de Informática adotada pela maioria dos hospitais brasileiros e mantida até hoje é baseada no conceito definido por Tesler (1991), como sendo o paradigma da década de 70, isto é, centenas de terminais "burros" conectados a um *mainframe* operando em "time-sharing", na forma tradicional de CPDs, isto é, de forma centralizada e dominadora. Neste contexto, o desenvolvimento dos sistemas médicos têm apresentado problemas em sua fase de implementação, pois as equipes de desenvolvimento de sistemas, em geral, não atendem às necessidades dos usuários de forma adequada. Uma situação exemplar ocorreu por ocasião da primeira tentativa de implementação do sistema de solicitação de exames, realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em 1993, quando os médicos residentes, principais usuários do sistema, entraram em greve exigindo a retirada do sistema ou sua alteração imediata, com a substituição das interfaces pouco amigáveis por outras formas de interação.

A Comissão de Prontuários (CP) do HCPA, sendo encarregada, regimentalmente de garantir o completo preenchimento, a qualidade e o correto armazenamento das informações dos prontuários atuais, em papel, entendeu ser também de sua responsabilidade a definição das características de conteúdo, armazenamento e acesso destas informações no sistema que está em planejamento. Muitas etapas serão vencidas até que se atinja este cenário desejado por todos, e a Comissão, por proposição nossa, entendeu que a primeira e fundamental etapa será a definição do conjunto de informações que deva ser armazenado e o formato no qual estas deverão estar disponíveis aos usuários.

Esta definição envolverá a proposta de eliminação de formulários que perdem sua importância após a alta do paciente, a substituição de documentos múltiplos por sumários consolidados (resultados de exames e prescrições, por exemplo) e o encaminhamento de uma consulta ao setor jurídico, visando a aprovação de medidas inovadoras que busquem fugir das limitações impostas pela atual legislação sem, no entanto, agir fora dela (assinatura eletrônica, conteúdo essencial, etc.).

Como consequência, será sugerida a redução do volume de documentos atualmente armazenados em mais de 50% e obter-se-á, como produto, a definição do que venha a ser o

conjunto relevante e preciso de informações necessárias para apoiar a assistência ao paciente, a pesquisa, o ensino e as questões administrativas pertinentes. Esta definição deverá nortear, no futuro, o desenvolvimento do Prontuário Eletrônico do HCPA.

Mesmo procurando-se atender às necessidades dos diferentes usuários envolvidos, entendemos, concordando com Rector, Nowlan e Kay (1992), que o principal propósito do prontuário é apoiar a assistência ao paciente como indivíduo e que, portanto, a informação clínica, gerada a partir da assistência prestada pela equipe médica e por outros profissionais, é a base do sistema de informações de um hospital.

* * *

Como vimos, a gestão da informação de prontuários de pacientes é a questão fundamental na discussão de Sistemas de Informações em um ambiente hospitalar. O cenário desejado indica, claramente, que é imperiosa a utilização da Tecnologia da Informação (TI) para resolução dos problemas existentes. No entanto, antes de se discutir propostas de informatização do Prontuário, cabe definir, objetivamente, quais são os requisitos essenciais de informações necessárias para o atendimento dos diversos grupos de usuários. Esta definição é o objetivo central deste estudo que terá continuidade em pesquisas futuras que procurarão implementar as soluções propostas.

* * *

3 - FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Os elementos conceituais que fundamentam a presente pesquisa são: 3.1 - o Prontuário de Pacientes (PP), 3.2 - a Tecnologia da Informação (TI), 3.3 - os Sistemas de Informação Hospitalares (SIH) e 3.4 - o Prontuário Eletrônico (PE).

3.1 - O Prontuário de Pacientes

3.1.1 - Definição de Prontuário de Pacientes

De acordo com o Dicionário Aurélio, Prontuário é " lugar onde se guardam ou depositam coisas das quais se pode necessitar a qualquer instante. Ficha (médica, policial, etc.) com os dados referentes a uma pessoa". Segundo Plácido e Silva, citado por Klein (1995), juridicamente o Prontuário, do latim *prontuarium*, designa toda a espécie de fichário ou livro de apontamentos, onde devidamente classificada e em certa ordem, tem-se disposta uma série de informações que devam ser de pronto encontradas.

Segundo Mac Eachern (citado por Silva (1991)), "Prontuário de Pacientes é um conjunto de documentos relativos à história da vida do paciente e de sua doença, escrito de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social, garantida a necessária uniformidade estatística".

Entende-se por Prontuário Médico ou Prontuário do Paciente o conjunto de documentos gerados a partir do paciente, por todos os profissionais do hospital envolvidos em seu atendimento, quer seja a nível ambulatorial ou de internação.

O Prontuário do Paciente é chamado, ainda hoje, de Prontuário Médico na maior parte dos hospitais do país. No entanto, em nível internacional esta abordagem está se modificando para uma visão que parte do usuário, provedor de todas as informações constantes no Prontuário e principal beneficiário destas. Por outro lado, este paciente é assistido por uma equipe de profissionais de múltiplas áreas. Portanto, o adjetivo "Médico" empregado para os Prontuários não parece refletir adequadamente a situação e, por este motivo, está sendo progressivamente substituído por "Paciente".

De acordo com Ginneken (1995), o PP existe desde Hipócrates. Por séculos, os registros se mantiveram inalterados, descrevendo a anamnese (condições do paciente antes da doença atual), seus sintomas, a evolução e as medidas diagnosticas e terapêuticas adotadas. Em 1819, o foco do registro passou a ser nos dados observados pelo médico, ao invés de sintomas relatados pelo paciente, pela adoção do estetoscópio. Nessa época, o registro dos dados era feito pelo médico em livro próprio, de cada médico. O atendimento prestado era bem documentado, mas para se obter informações completas sobre um mesmo paciente, era necessário consultar os livros dos diversos

médicos responsáveis por seu atendimento. Em 1907, Plummer introduziu o registro por paciente. Em 1920, os médicos passaram a se preocupar com a metodologia do registro e com uma padronização incipiente.

Em 1969, Weed introduziu o conceito de Prontuário Orientado a Problemas, no qual todas as anotações são registradas no contexto de um problema específico. Embora o POMR ofereça benefícios educacionais, requer o registro de dados redundantes, pertencentes a mais de um problema, e dá uma visão fragmentado do paciente, visto não como um indivíduo, mas como um conjunto de problemas identificados.

Segundo Shortliffe (1990), o desenvolvimento histórico dos PP é paralelo ao desenvolvimento da Medicina. O relatório Flexner (1910) é o primeiro documento sobre funções e conteúdos do PP. Ao advogar uma abordagem científica à educação médica, ele também encorajava os médicos a manterem um registro médico orientado para o paciente. Na década de 40, as organizações de saúde passaram a exigir um registro mínimo de informações sobre os pacientes, como condição para o credenciamento dos hospitais. Estes dados mínimos deveriam conter informações demográficas, diagnósticos de alta e de baixa, tempo de internação, procedimentos importantes realizados. Nos anos 60, surgiram os Sistemas de Informações hospitalares, com a função inicial de permitir a comunicação e o processamento de ordens médicas. A introdução do Prontuário Médico Orientado a Problemas, por Lawrence Weed em 1969, influenciou o raciocínio médico sobre prontuários. Weed sugeriu uma nova perspectiva para o registro de informações, centrado nos problemas detectados, associados a procedimentos diagnósticos e terapêuticos adotados.

Há 30 anos atrás, o médico de família detinha, muitas vezes em sua memória, as informações referentes aos seus pacientes. Hoje, a Medicina moderna exige o trabalho em equipe, aumentando a importância de um correto registro com consultas rápidas e eficientes. Segundo Baldissera (1990), encontramos notícias da existência de prontuário médico desde a antiguidade. Conhecemos informações a respeito de pacientes e moléstias feitas no ano 4500 A.C. Relatórios, feitos em 3000 A.C., mencionam informações sobre a medicina praticada no Egito. No século V A.C., Hipócrates, o Pai da Medicina, procurou abandonar as velhas teorias da medicina sacerdotal, encarando-a com zelo científico. Este observador, atento e perspicaz, assinalou e descreveu muitos sinais e sintomas. Legou-nos também os princípios da ética médica e do dever profissional. Incentivou o registro cuidadoso de sinais e sintomas físicos das doenças.

Nos Estados Unidos, o Hospital Geral de Massachussets começou a arquivar dados clínicos de forma sistemática em 1877, tendo sido, 10 anos antes, o primeiro hospital a organizar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Depois da I Guerra, a rede hospitalar americana adotou uma série de medidas, com o estabelecimento de padrões mínimos para credenciamento que incluíam o

registro cuidadoso e completo dos casos, seu arquivamento de forma acessível. No Brasil, o primeiro hospital a implantar o Serviço foi o Hospital da Universidade de São Paulo em 1943, seguido pela Santa Casa de Santos em 1945, e o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

No Brasil, uma referência histórica importante é a Lei Alípio Correia Netto, de 1952, pela qual exige-se que os hospitais públicos e filantrópicos passem a arquivar as histórias clínicas de forma adequada, como condição para recebimento das subvenções públicas. O III Congresso Nacional de Hospitais, em julho de 1961, deu destaque especial à discussão sobre o PP. Atualmente, é exigência do INPS manutenção do registro do prontuário do paciente para o recebimento de honorários.

3.1.2 - Legislação

De acordo com o Código Civil, as ações penais prescrevem em 20 anos, período pelo qual as informações devem ser armazenadas. Conforme resolução do CFM 1331/89, "o Prontuário de Pacientes é de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde" e "após decorrido o prazo mínimo de 10 anos, a partir do último atendimento prestado, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas". O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê que todas as informações referentes a uma criança devem ser guardadas até sua maioridade (18 anos), quando então passa a contar o prazo de 20 anos já definido na legislação.

Não existe uma definição, na legislação brasileira, a respeito do conteúdo obrigatório do PP. Entretanto, o INAMPS, através da Ordem de Serviço 5/83, enumera o seguinte conteúdo: capa, anamnese e exame físico, exames complementares, sumário de baixa, termo de responsabilidade, folha de identificação, evolução clínica, gráfico de sinais vitais, plano terapêutico, histórico de enfermagem e outros documentos apropriados para casos particulares (folha de anestesia, relatório cirúrgico, evolução obstétrica, etc.).

Um trabalho realizado pela equipe da Divisão de Informática do Instituto do Coração do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo (Melo e Ferreira, 1996), estabeleceu o estado da arte da área no Brasil. Segundo os autores, o Código de Ética Médica trata do tema nos capítulos III e V. É vedado ao médico: "receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituário, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos" (Art. 39); "deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente" (Art. 69) e "negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, ficha clínica ou similar" (Art. 70).

No entanto, não existe definido um conteúdo mínimo de informações que devam estar armazenadas no Prontuário. Quanto ao tempo de conservação, não temos legislação específica. O

Conselho Federal de Medicina (CFM, Resolução 1.331/89) afirma que o Prontuário Médico é de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde (art. 1) e que após prazo não inferior a 10 anos do último registro, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações (art. 2). Do ponto de vista do direito do paciente e do médico, o Art. 177 do Código Civil diz que “as ações penais prescrevem ordinariamente em 20 anos...”, enquanto o Art. 178 diz que os processos disciplinares prescrevem em 5 anos. Com relação ao prontuário eletrônico, atendendo à consulta 1345/93, o Conselho Federal de Medicina posicionou-se favoravelmente quanto à utilização da informática para elaboração de prontuários médicos, desde que sejam garantidos o sigilo profissional e a recuperabilidade dos dados. No entanto, o mesmo Conselho se posicionou contra a validade da assinatura eletrônica nas prescrições médicas, que devem ser impressas, assinadas e carimbadas pelo médico. Por outro lado, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), atendendo à consulta 28547/91, afirma não existir prontuário médico padrão e que a informatização dos serviços médicos deve ser estimulada.

Recentemente, a Portaria 1.121 de 8/11/95 do Ministério do Trabalho regulamentou a adoção do meio magnético para arquivos de informações trabalhistas e o Decreto Federal 1.800 de 30/01/96, que regulamenta a lei sobre Registro Público de Empresas, dispõe em seu art. 90 que “... após preservada a sua imagem através de microfilme ou por meio tecnológico mais avançado, poderão ser ..”, indicando um claro avanço em nossa legislação.

Segundo Melo e Ferreira (1996), “podemos observar que não existe legislação específica sobre registro médico eletrônico e que o uso cada vez mais acentuado das novas tecnologias de informações impõe que se regulamente o mais rápido possível, sob pena de termos redundância de informações e desperdício do dinheiro público”.

3.1.3 - Funções e importância

De acordo com Shortliffe (1991), podemos classificar os propósitos do PP em 3 grandes grupos: assistência ao paciente, suporte financeiro e legal, pesquisa clínica. Estes propósitos não são imutáveis e devem se alterar com a introdução das novas tecnologias de informação.

- **Assistência ao paciente:** o principal objetivo do PP é facilitar a assistência ao paciente. Ele também provê um meio de comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde e constitui um recurso indispensável para assegurar a continuidade do atendimento, tanto durante uma internação como no período entre as consultas ambulatoriais. O PP é, também, uma fonte de dados e de conhecimentos. Estudos retrospectivos, realizados através de consultas a prontuários, têm sido fundamentais para o desenvolvimento da área Médica e das demais áreas da saúde.

- Suporte financeiro e legal: o PP é, também, um suporte para as atividades administrativas do Hospital, em seus aspectos financeiros e legais. Seus registros se constituem, cada vez mais, em documentos essenciais para a elucidação de questões jurídicas e éticas cada vez mais freqüentes, envolvendo pacientes, serviços de saúde e seus profissionais.
- Apoio à Pesquisa: os PP têm sido uma fonte importantíssima de novos conhecimentos médicos. Estudos retrospectivos têm demonstrado relações entre causas e efeitos.

3.1.4 - Problemas dos Prontuários tradicionais

Quando lida-se com prontuários de pacientes, os profissionais de saúde logo percebem os graves problemas e dificuldades envolvidos nestes documentos e que a visão idealizada de um conjunto organizado de informações sobre o paciente, provendo subsídios para a assistência, pesquisa e administração, não é uma visão real. Entre as deficiências encontradas, podemos destacar, de acordo com Shortliffe(1991):

Problema 1: Aspectos pragmáticos

As informações contidas no PP devem estar disponíveis ONDE, QUANDO e COMO elas são necessárias, para qualquer membro da equipe responsável pelo atendimento ao paciente, mas nem sempre isso é possível. Se pudermos responder afirmativamente às questões abaixo, então o PP está atendendo a seus objetivos. No entanto, freqüentemente o PP tradicional, baseado em papel, cria situações nas quais estas questões são respondidas negativamente:

- Posso encontrar o dado quando eu preciso? Isso é; posso localizar o PP? Quando há necessidade do PP, este pode não estar disponível no SAMIS, por estar emprestado para outro serviço, para consulta, esquecido em uma mesa, guardado em lugar errado, etc. Posso achar a informação dentro do PP? Mesmo com o PP nas mãos, pode ser difícil encontrar a informação necessária. A informação pode não ter sido anotada, pode estar fora de lugar dentro do PP, dificultando sua consulta, principalmente em PP longos. Existindo a informação, posso achá-la rapidamente? Posso lê-la e interpretá-la? Posso atualizar as informações de forma consistente?
- Posso ler e interpretar os dados se encontrá-los? Encontrando a informação, talvez não seja possível lê-la, por estar ilegível. A ilegibilidade e o desleixo, por vezes, impedem a leitura correta da informação.
- Posso atualizar, confiavelmente, os dados com novas observações de uma forma consistente para futuro acesso? Quando o PP não é encontrado, o profissional,

ainda assim, deve dar assistência ao paciente. Decide baseado apenas em informações do momento, anotando em um papel para posterior inclusão no PP, o que nem sempre é feito. Pacientes crônicos têm PP muito extensos, divididos em mais de 1 volume por vezes. Quando o PP é solicitado, com frequência, apenas o volume mais recente é enviado. Por vezes, os antigos volumes ficam armazenados no arquivo morto.

Problema 2: Redundância de informações

Informações duplicadas são comuns, anotadas por diferentes profissionais em diferentes momentos, em diferentes formas de procedimento. Embora possam haver motivos para anotações redundantes (por exemplo, evolução médica e evolução de enfermagem), de diferentes formas e em diferentes localizações do PP, este processo acelera o crescimento físico do PP e complica a tarefa de consulta. Além disso, estes PP "obesos" são de difícil consulta, tornando-se cada vez mais custosa a localização de informações específicas nestes.

Geiger e col. (1995) efetuaram uma análise nos Prontuários baseados em papel do centro de Ciências da Saúde de Sunnybrook, visando a implantação futura do Prontuário Eletrônico. De acordo com os autores, a duplicação de informações encontrada foi muito significativa. Os dados demográficos (identificação) foram encontrados em todas as páginas, como era de se esperar. No entanto, 27 outros campos estavam duplicados em mais de 10 diferentes formulários. Apenas 5 campos de dados, de um total de 64, estavam presentes em apenas 1 formulário. Os resultados obtidos através deste estudo podem ser generalizados para a maioria dos prontuários baseados em papel.

Problema 3: Influência na pesquisa clínica

A pesquisa clínica e epidemiológica retrospectiva, realizada em PP, é de fundamental importância para a Medicina, conforme já foi afirmado. Pelas razões acima, esta pesquisa pode ser muito dificultada quando feita através da consulta tradicional. É tediosa e muito trabalhosa a busca de informações para pesquisas retrospectivas em PP tradicionais. Em geral, para estas atividades são convocados estudantes de Medicina ou Enfermagem que passam várias horas folhando os prontuários em busca de informações nem sempre presentes ou legíveis. Desta forma, o conhecimento médico existente nestas anotações e, teoricamente, possível de ser extraído delas, é perdido de forma irreversível. Uma das grandes vantagens do PP Eletrônico é sua potencial capacidade de facilitar a revisão e pesquisa. Segundo Safran (1995:98), "os prontuários informatizados prometem aos pesquisadores novas ferramentas para transformar dados em informação, informação em conhecimento e, talvez, conhecimento em sabedoria."

Problema 4: A natureza passiva do Prontuário do Paciente (PP)

O sistema manual tradicional apresenta uma característica que só foi identificada após o advento do PP Eletrônico: sua natureza é passiva e as informações permanecem arquivadas até que sejam solicitadas por alguém. São insensíveis às características dos dados armazenados em suas páginas, tais como legibilidade, acurácia ou implicações para o atendimento ao paciente. Eles não podem ter um papel ativo nestas questões, o que já não é verdadeiro em PE, que podem agregar, em suas estruturas, rotinas de consistência de dados ou prover avisos em casos de anormalidades constatadas. Por outro lado, no PP tradicional, as anotações feitas não produzem informações novas, o que os PE podem prover, através da análise de dados existentes, que geram informações ou conhecimentos novos.

* * *

3.2 - A Tecnologia da Informação (TI)

Conforme citado por Freitas (1994), **Informação** é um dado que tem significado ou utilidade para o destinatário, ou seja, são dados processados para uma forma que tenha significado para o receptor, alterando as suas expectativas ou a sua visão sobre as alternativas que estão disponíveis; e a **Tecnologia da Informação** é o conjunto de recursos não humanos (*Hardware e Software*) dedicados ao armazenamento, processamento e comunicação da informação e o modo pelo qual estes recursos são organizados em um sistema capaz de efetuar um conjunto de tarefas.

É importante não confundir *informação, informações e sistemas de informação*. A *informação* é um processo pelo qual uma organização se informa sobre ela própria e sobre seu meio ambiente, e informa o meio ambiente sobre ela. As *informações* são um resultado do processo de informação. O *Sistema de Informações*, de acordo com a definição de Lesca, citado por Freitas (1993), "é o conjunto interdependente das pessoas, das estruturas da organização, das tecnologias de informação - *Hardware e Software* -, dos procedimentos e métodos que deveriam permitir à empresa dispor, no tempo desejado, das informações que necessita ou necessitará para seu funcionamento atual e para sua evolução."

Segundo McGee e Prusak (1994), a informação não se limita a dados coletados; na verdade, informações são dados coletados, organizados e ordenados aos quais são atribuídos significado e contexto. A informação deve ter limites, enquanto os dados podem ser ilimitados. Para que os dados se tornem úteis como informação para a pessoa encarregada do processo decisório, é preciso que sejam apresentados de tal forma que esta pessoa possa relacioná-los e atuar sobre eles.

A Informação representa dados em uso e este uso implica em usuários e, portanto, o sistema deve identificar **QUEM** necessita **QUAL** informação e **QUANDO, ONDE** e **COMO** a informação é

necessitada. O "design" de um SI, portanto, não pode ser conduzido, unicamente, por profissionais de informática. Isso demanda um alto nível de participação e de controle dos usuários finais. As necessidades e exigências dos usuários devem direcionar os esforços de construção do SI.

Segundo Laudon e Laudon (1994), a introdução ou alteração de SI tem um profundo impacto ambiental e organizacional. Transforma o modo pelo qual os diversos grupos atuam e interagem, mudando a maneira pela qual a informação é definida, acessada e usada para administrar os recursos da organização e, freqüentemente, leva a uma nova distribuição de autoridade e de poder.

O envolvimento do usuário no planejamento e na operação de um SI tem várias conseqüências positivas. Primeiro, se os usuários estão envolvidos pesadamente no projeto dos sistemas, terão mais oportunidades para moldar os sistemas de acordo com suas prioridades e necessidades. Segundo, estarão mais aptos a reagir positivamente ao sistema porque tiveram participação ativa em sua definição e desenvolvimento. Sua participação na implementação favorece a aceitação em relação ao sistema e às mudanças provocadas por este. Miranda (1992) realizou um estudo sobre o impacto da implementação da tecnologia da Informação no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC/USP), concluindo que as mudanças introduzidas devem ser bem administradas e que a motivação e a participação dos usuários dos sistemas é fundamental para o sucesso dos mesmos.

Segundo McGee e Prusak (1994), embora utilize-se amplamente a palavra "informação" em títulos de publicações, eventos científicos, disciplinas, etc., os altos custos de implementação de projetos de TI têm direcionado a atenção dos responsáveis pelas organizações ao "T" de TI e ocupado o espaço de discussão de temas referentes à própria informação. Uma demonstração disso é o uso freqüente que se faz da palavra "Informática", quando quer dar-se uma conotação de modernidade a um tema, quando deveriam estar preocupados com a "informação" que será processada.

A TI, portanto, fornece-nos os fundamentos teóricos e os instrumentos necessários para o desenvolvimento de um Sistema de Informações adequado às reais necessidades de um ambiente hospitalar como o do HCPA. Cabe às pessoas envolvidas neste processo um comprometimento real com estes princípios norteadores, de tal forma que se consiga definir o que é informação necessária, estabelecer o processo de informatização, envolver os usuários em todas as etapas do processo e garantir o pleno atendimento da missão institucional da organização, nos seus objetivos de prestar assistência médica de alta qualidade, aliada à pesquisa e ao ensino médico.

3.3 - Sistemas de Informação Hospitalar (SIH)

De acordo com Collins (1988), desde que a informática começou a ser utilizada na Medicina, pensou-se que os computadores iriam expandir as capacidades mentais dos médicos, de modo análogo à expansão da visão proporcionada pelo microscópio. Os computadores começaram a ser utilizados na Medicina no início da década de 50, para funções administrativas e financeiras dos hospitais, para métodos estatísticos e pesquisa biomédica. Na década de 60, o advento dos computadores de grande porte permitiu a exploração de suas capacidades de time-sharing para processar informações em grandes hospitais.

Na década de 70, os minicomputadores introduziram o conceito de processamento distribuído, tendência que se expandiu na década de 80, com a chegada dos microcomputadores. Os microcomputadores criaram a categoria dos usuários pessoais, permitindo aos médicos, em seus consultórios, o acesso a bases de dados de seus hospitais. A década de 90 trouxe a possibilidade de interligação e de comunicação plena entre todos os recursos computacionais dispersos geograficamente, criando as grandes redes e tornando corriqueiro o acesso remoto. Portanto, num período de 40 anos, desenvolveram-se as condições de conhecimento e de tecnologia que permitem, hoje, a concepção de sistemas integrados de informação hospitalar, congregando SAD, SIG, EIS, CAI, pesquisa, etc.

Conforme citado por Peterson e Jelger (1988), o principal problema dos Sistemas de Informação Hospitalar, no início da década de 70, foi a integração das informações. A informação deveria entrar no sistema uma vez apenas e tornar-se disponível para todos que dela necessitassem. Surgiu o conceito de interligar as diferentes partes do hospital, mas o fenômeno que se observou foi a criação de "Ilhas de informatização", ou seja, vários sistemas isolados e sem conexão, desenvolvidos por diferentes equipes, causando redundância de dados e absoluta falta de integridade dos mesmos. A resistência dos médicos e enfermeiros, contra os sistemas desenvolvidos, foi muito grande nesta época, pois os mesmos eram orientados por e para os profissionais da informática e não para as necessidades dos usuários.

O desenvolvimento tecnológico, a miniaturização dos computadores e o surgimento das linguagens de 4ª geração mudaram drasticamente este quadro e permitiram o desenvolvimento de SIH modulares e portáteis, desde que fossem customizados apropriadamente.

As metas destes sistemas, em ordem cronológica, eram:

- permitir o planejamento, a curto e longo prazo, dos recursos para a assistência médica;
- tornar possível acompanhar todas as transações, do ponto de vista médico, administrativo e financeiro;

- reduzir os custos;
- garantir o correto pagamento dos serviços prestados;
- aumentar a qualidade da informação médica, administrativa e financeira.

Mais tarde, outras metas foram definidas:

- Manter as informações, sobre cada paciente, juntas;
- aumentar o serviço prestado ao paciente;
- melhorar as rotinas e mudar a organização;
- racionalizar o trabalho e aumentar a satisfação.

Esses objetivos ainda não foram plenamente atingidos e, segundo Peterson (1988), as causas principais para isso foram:

- Falta de conhecimento sobre o computador, suas limitações e potencialidades entre o pessoal médico do hospital;
- o desenvolvimento dos sistemas ficou a cargo dos profissionais de informática exclusivamente;
- não houve o desenvolvimento tecnológico específico para a área (terminais de beira de leito, por exemplo).

Um outro problema, ainda não plenamente resolvido, é como lidar com as informações médicas. Muitas tentativas têm sido feitas nestes anos e a maioria obriga os médicos a alterarem seus métodos de trabalho e a registrarem suas observações de maneira estruturada e parcialmente codificada. Este meio é adequado para especialistas ou para entusiastas, mas não é o mais adequado para a maioria. Os médicos trabalham com grande volume de texto livre e o processamento deste tipo de informação ainda não é satisfatório, por razões tecnológicas e financeiras.

Como a finalidade de um hospital é a de prover boa assistência ao paciente, o objetivo de um SIH deve ser o mesmo (Kaihara, 1988). Os objetivos de um SIH, portanto, podem ser classificados em 4 categorias:

1. Suporte administrativo e operacional eficiente: é atendido pela maioria dos SIH existentes;
2. suporte de informação à equipe profissional: ainda não atingido plenamente;
3. fornecer informações aos pacientes: idem;
4. pesquisa clínica: as informações acumuladas sobre os pacientes são uma fonte valiosa de conhecimento e devem ser usadas para pesquisa, mas as formas de codificação e de armazenamento, até então utilizadas, não são apropriadas.

Para que os SIH atinjam plenamente seus objetivos, vários tipos de recursos devem estar disponíveis (Kaihara, 1988), tais como imagens médicas, tratamento das informações médicas como imagem, inclusão de SAD, sistemas de informações para os pacientes, extensão do SI para fora do hospital e inclusão de instrumentos de pesquisa adequados.

Segundo Bleich et alii (1985), as características desejadas de um SIH são:

- a informação deve ser capturada diretamente em terminais e nunca ser digitada a partir de papel;
- esta informação deve tornar-se disponível imediatamente e ser acessada preferencialmente on-line, visto que relatórios impressos perdem sua atualidade rapidamente;
- o tempo de resposta dos computadores deve ser rápido. Tempo de resposta de segundos não é aceitável;
- o computador deve ser confiável. Na ocorrência de falhas, o sistema deve ser corrigido imediatamente e as informações não podem ser perdidas;
- a confidencialidade deve ser assegurada e apenas pessoas autorizadas podem ter acesso às informações, com diferentes níveis de acessos possíveis;
- os programas e as interfaces devem ser amigáveis ao usuário. Não deve ser necessário o uso de manuais de instrução. Devem ser mais fácil para o médico obter um resultado de exame através do terminal do que por telefone, por exemplo;
- deve haver um registro comum a todos os pacientes e apenas um registro para cada paciente, e estas informações devem estar em um banco de dados único, disponível a todos os setores do hospital.

* * *

3.4 - O Prontuário Eletrônico (PE)

Dentro do contexto de um Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o Prontuário Eletrônico (PE ou CPR: Computer Patient Record, definido por Holzemer (1995) como sendo o registro eletrônico de pacientes residente em um SI especificamente planejado para apoiar usuários tornando disponíveis: dados completos e acurados, alertas e recados aos médicos, sistemas de apoio á decisão clínica, ligações com fontes de conhecimento e outras ajudas) é a Base de Dados fundamental.

Nas últimas décadas, o imenso volume de dados que o clínico precisa ter disponível tem crescido além da imaginação dos pioneiros médicos que introduziram os primeiros registros médicos

na mudança do século (Willians, 1994; Ginneken, 1995). A quantidade de detalhes da história de cada paciente, com profundidade suficiente para facilitar a interpretação correta e segura dos problemas atuais, e a segura prescrição de drogas são, por si mesmas, tarefas insuperáveis. Quando se adiciona o volume necessário de conhecimento científico que deve estar disponível, a tarefa se torna impossível. A informatização provê um mecanismo tecnicamente factível para atender a estas necessidades. Em termos de qualidade da assistência ao paciente, não migrar para este caminho pode ser impensável.

O termo "Prontuário baseado em computador" ou "Computer-based Patient Record" (CPR) agrega dois importantes conceitos expressos pelo Comitê do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (Detmer e Steen, 1995): primeiro, o registro é focado no paciente e deve conter todas as informações relevantes para sua assistência no decorrer do tempo; em segundo lugar, o registro será baseado em computador, mas não computadorizado, isto é, CPRs serão mais do que versões automatizadas do atual registro em papel. Segundo estes autores, os CPRs devem ser a parte fundamental do Sistema de Informação em Saúde de cada organização e, eventualmente, irão contribuir para um sistema de informações de saúde em nível nacional.

Segundo Dick e Steen (1992), hoje, não há disponível nenhum sistema de informatização de Prontuários de Pacientes suficientemente abrangente que possa servir como modelo para futuros desenvolvimentos. O Prontuário deve ser a essência de qualquer sistema de Informação em saúde e deve ser um registro longitudinal no tempo, acompanhando o paciente durante toda a sua vida. Por este motivo, deve ser transferível e transportável. É necessário que o sistema gerenciador de bancos de dados seja flexível para permitir o acesso a diferentes arquivos e diferentes mídias (textos, imagens, sinais, etc.). Além disso, estes sistemas devem ser muito fáceis de usar, de tal forma, que o profissional de saúde gaste menos tempo com ele do que com sistemas tradicionais baseados em papel. Os preceitos éticos devem ser assegurados, respeitando-se a privacidade e a segurança das informações. Para a implantação integral destes sistemas, é preciso, anteriormente, a resolução dos aspectos legais.

3.4.1 - Aspectos básicos

De acordo com Shortliffe (1990), os propósitos do Prontuário Eletrônico são:

- Assistência ao paciente;
- necessidades legais e financeiras;
- apoio à pesquisa.

As vantagens de sua adoção são a acessibilidade à informação, rapidez de recuperação, possibilidade de acesso remoto, o acesso simultâneo, a legibilidade e organização das informações, a garantia de que as mesmas estão completas e com qualidade, a entrada de dados facilitada e a

possibilidade de decisões automatizadas. No entanto, de acordo com o autor, o grau de aproveitamento destas vantagens depende de quatro fatores: O escopo do SI, a duração de uso, a representatividade dos dados e a dispersão geográfica dos terminais disponíveis. Entre as desvantagens, Shortliffe (1992) cita o alto custo, a necessidade de aprendizado, os prazos entre a instalação e a percepção de seus benefícios e a possibilidade de ocorrência de falhas catastróficas, além da disponibilidade de informação em excesso.

Segundo Holzemer (1995), cinco objetivos dos PE foram identificados:

- 1- Apoiar a assistência ao paciente e melhorar a sua qualidade
- 2- melhorar a produtividade dos profissionais de saúde e reduzir custos administrativos
- 3- apoiar a pesquisa clínica e de serviços de saúde;
- 4- Acomodar o futuro desenvolvimento da tecnologia, políticas, administração e finanças;
- 5- assegurar a confidencialidade das informações.

Para obter os benefícios máximos dos CPRs, quatro condições do usuário devem ser atendidas:

- 1- Os usuários devem confiar nos dados;
- 2- os usuários devem usar os registros ativamente no processo clínico;
- 3- os usuários devem entender que os registros são um recurso com extensões além do atendimento ao paciente;
- 4- os usuários devem ser hábeis no uso do sistema.

O tema "Prontuário Eletrônico" está em evidência, tanto na área acadêmica quanto na área comercial: nos Anais do Congresso Internacional de Informática Médica (MEDINFO 92) realizado em Genebra, em setembro de 1992, estão publicados 16 artigos sobre o tema, divididos em 2 sessões (Conceitos e designs e Experiências com PE). Na programação científica do MEDINFO 95, realizado em julho desse ano no Canadá, encontramos 3 tutoriais, 2 workshops e 9 sessões de temas livres (36 artigos) sobre o tema.

A revista "MD Computing", em seu número de jul/ago de 1995, publicou um Catálogo de softwares médicos disponíveis no mercado americano. Neste catálogo, estão relacionados cerca de 30 sistemas comercializados nos Estados Unidos para informatização de prontuários médicos. Estes programas oferecem facilidades de armazenamento e recuperação de informações sobre o paciente, incluindo ou não o tratamento de imagens médicas, módulos administrativos, codificações e padronizações diversas e seus preços variam de US\$ 1.295,00 (Health Probe) até US\$25.000,00 (Medical Office Management System).

Um relatório do Instituto de Medicina da Academia Americana de Ciências de 1991, chamado "CPRs: uma tecnologia essencial para a assistência à saúde" recomendou sua

implementação em larga escala dentro de uma década. Foi criado então, em 1992, o "Computer-based Patient Record Institute", CPRI, com o objetivo de coordenar e integrar atividades relativas ao desenvolvimento da área. O CPRI é uma organização com fins não lucrativos, comprometida com a melhoria da qualidade da assistência à saúde, com a redução de seus custos e com a facilitação do acesso à esta assistência, através do uso da Tecnologia da Informação (CPRI, 05/1996). No setor privado, o CPRI é uma liderança. Agrega representantes de instituições de saúde, com a missão de iniciar, promover e coordenar atividades que promovam o uso rotineiro de CPRs, através de cinco Grupos de Trabalho:

- Códigos e estruturas
- Confidencialidade
- Privacidade e segurança
- Avaliação de Sistemas
- Educação Profissional e Pública
- Descrição

Durante os seus 3 anos de existência, o CPRI organizou vários eventos, publicou sua Newsletter, desenvolveu um compêndio de literatura relacionada a CPR, rascunhou um critério de avaliação para CPRs, organizou um simpósio para a troca de experiências entre instituições que utilizam o CPR. Até agora, CPRI tem focado seus esforços em vencer as maiores barreiras ao desenvolvimento de CPRs (padronização, segurança), preferencialmente em relação a desenvolvimento de aplicações.

O CPRI (Detmer, 1995) assim define os requisitos ideais de um PE:

- conter uma lista de problemas;
- apoiar a medição sistemática do estado de saúde e níveis funcionais;
- documentar o raciocínio clínico para a tomada de decisões do médico;
- permitir ligações para outros registros clínicos através de cenários e através de tempo, provendo um registro longitudinal;
- prover salvaguardas de confidencialidade;
- oferecer fácil acesso a usuários autorizados;
- permitir a recuperação e a formatação seletivas de informações;
- oferecer ligações para conhecimentos locais e remotos, literatura, bibliografia, bases de dados administrativas;
- apoiar no processo de solução de problemas clínicos;
- apoiar a coleção de estruturada de dados e o armazenamento de dados usando um vocabulário definido bem como permitir a entrada de dados direta dos profissionais;
- auxiliar na administração e avaliação da qualidade e dos custos da assistência;
- ser expansível e flexível.

3.4.2 - A funcionalidade de um sistema de CPR ou Prontuário Eletrônico

Nenhum sistema de CPR atenderá a todos os requisitos recém definidos, mas todos os CPRs devem, no entanto, atender a padrões mínimos de conectividade e oferecer um conjunto de funções que vão ao encontro dos critérios listados.

De acordo com o Computer-based Patient Record Institute (CPR-I, 08/1996), um Sistema de Prontuário de Paciente Computadorizado inclui todos os elementos que facilitam a captura, armazenamento, processamento, comunicação, segurança e apresentação das informações do CPR. Esta informação é caracterizada por seu *conteúdo* (categorias de dados de diferentes fontes para diferentes usos de diferentes usuários), *representação* (estrutura - linguagem natural ou níveis de abstração e forma - voz, texto, imagem, etc.) e *período de tempo* (provendo uma cronologia das informações sobre a saúde do paciente por toda a sua vida). Um sistema de CPR deve prover suporte às atividades de assistência e aos processos organizacionais, bem como prover ligações a sistemas relacionados e outros sistemas de informações. Um sistema de CPR consiste de seis dimensões:

- Prontuário Eletrônico;
- funções de aplicação;
- processos operacionais;
- bases de conhecimento e dados relacionados;
- características legais e administrativas.

É importante ressaltar que o CPR substitui o Prontuário tradicional (em papel) como registro primário, satisfazendo todas as necessidades clínicas, legais e administrativas. No entanto, o PE vai além do prontuário tradicional porque é capaz de integrar informações de diferentes fontes e de prover apoio à decisão.

As informações compiladas através de um sistema de CPR devem incluir:

- todas as informações relevantes sobre doenças e traumas bem como informações genéticas, imunizações, fatores de risco, dados comportamentais e ambientais, condições de saúde;
- informações geradas por fontes de conhecimento diversas;
- dados administrativos tais como identificação, dados demográficos e sobre convênios;
- documentação para propósitos legais (consentimentos, autorizações, etc.).

Estas informações devem ser integradas logicamente a partir das várias áreas físicas distribuídas onde os dados são coletados - sala de emergência, enfermarias, bloco cirúrgico,

admissão, ambulatórios, enfermagem, etc. e devem ser mantidos de forma consistentemente estruturada.

A Associação Internacional de Informática Médica (IMIA) publica anualmente o seu "YearBook of Medical Informatics", que reúne os melhores artigos publicados na área, sempre com ênfase em um determinado tema. O volume de 1995 é dedicado ao tema "The Computer-based Patient Record" e contém 15 artigos fundamentais sobre este assunto.

Hurlen (1994), em debate realizado na lista Internet CPRI-L, afirma que, na Noruega, 2/3 dos clínicos utilizam o Prontuário Eletrônico pelos seguintes motivos:

- é significativamente melhor que o prontuário em papel em muitos aspectos;
- não é significativamente pior do que o prontuário em papel em nenhum aspecto;

Os aspectos mais positivos, segundo Hurlen, são:

- acesso mais rápido aos registros (segundos invés de minutos ou horas);
- utilização posterior da informação mais fácil e rápida (para faturamento, estatísticas, controle de qualidade ou epidemiologia);
- aumento da qualidade (Sistemas de Apoio à Decisão: interação de drogas, apoio ao diagnóstico e lembranças importantes);
- automação do consultório (impressão automática de formulários, eliminação da duplicidade de anotações, imposto de renda, etc.);
- melhora no acesso a especialistas (por exemplo, consultoria por telemedicina, avaliação remota de imagens, etc.).

Na Noruega, uma equipe multidisciplinar está trabalhando no desenvolvimento de interfaces orientadas a documentos para a criação de Prontuários multimídia, utilizando o "estado da arte" da Tecnologia da Informação (TI) já disponível.

3.4.3 - Os grandes desafios do PE

Segundo Borst, a informatização de Prontuários de pacientes ainda representa um desafio para a ciência da computação, pois enfrenta uma vasta quantidade de dificuldades, cada uma suficiente para definir um enorme problema:

- a grande variedade de histórias de pacientes individuais, com as dificuldades inerentes para codificá-las em esquemas pré-definidos;
- a variedade de tipos de documentos dentro do prontuário (textos, números, imagens, notas manuscritas ou datilografadas, gráficos) e mesmo informações verbais nunca transcritas;

- a variedade de vocabulários utilizada, a maioria baseada em usos e hábitos locais, raramente, definido explicitamente;
- a variedade de culturas de vocabulários, cada usuário tendo uma experiência particular com cada termo ou sigla, de acordo com sua vivência ou especialidade;
- a variedade de vocabulário necessária: *infarto anterior do miocárdio*, por exemplo, pode ser muito específico para um dermatologista, mas muito vago para um cardiologista;
- a variedade de atores (médicos, enfermeiras, outros profissionais da saúde, pacientes, técnicos da radiologia e laboratório, empresas de seguro, etc.);
- a variedade de objetivos para o prontuário (memória do estado do paciente e das ações médicas, registro da comunicação entre provedores de assistência, sumários para altas e transferências, objetivos médico-legais, pesquisa, ensino, avaliação, etc.);
- a variedade de estruturas temporais (várias internações, consultas e procedimentos num grande espaço de tempo), com dificuldades de definir o início e o fim de cada ocorrência;
- dificuldade em descrever os resultados da assistência médica, o que pode ser relatado através de termos negativos (doença, enfermidade, incapacidade) ou através de itens positivos (quantidade ou qualidade de vida, habilidade para trabalho ou para atividades diversas), todas profundamente relacionadas ao tempo, de forma relativa ou absoluta.

De acordo com Detmer e Steen (1995), os desafios tecnológicos a serem enfrentados para a implantação dos PE são:

- **interfaces e aquisição de dados:** Estações de Trabalho, reconhecimento de voz, reconhecimento de escrita manual: apesar desses avanços, maior atenção é necessária para a interface computador-humano;
- **infra-estrutura da informação:** redes, Internet, telemedicina. Apesar do desenvolvimento, mais atenção deve ser dada às particularidades da área da saúde;
- **padronização (standards):** É necessário mudar a legislação e os progressos na padronização estão lentos e têm grande repercussão na área de saúde pública e dos CPRs. São iniciativas particulares, de grupos como o ANSI (American National Standards Institute), HL-7, SNOMED e UMLS, não têm recebido o devido apoio oficial.

Segundo o autor, desafios não tecnológicos, tais como a falta de recursos, a ausência de uma política nacional consistente, a inexistência de protocolos de comunicação entre instituições, estados e países, a falta de divulgação desses conceitos junto à área de saúde e da população e a

dificuldade para se estabelecer um identificador único para todos os habitantes de um país também deverão ser enfrentados

Cabe destacar o problema da padronização de vocabulários e nomenclaturas, que desafia os profissionais envolvidos na informatização de prontuários (van Ginneken, 1995). O desenvolvimento de padrões é necessário para facilitar a troca de informações e para permitir a agregação e a análise dos dados para melhorar ao processo de tomada de decisão. A padronização do vocabulário clínico e a organização de um dicionário de dados são pré-requisitos para o futuro dos CPRs. Uma grande variedade de terminologias tem sido desenvolvida neste sentido, com destaque para ICD9/10 (USCHS, 1980), SNOMED (Côte, 1986), READ (NHS, 1993), HL7 (Cimino, 1995) e UMLS (Lindenberg, 1993). Apesar destas tentativas, ainda não existe um vocabulário capaz de representar todas as variantes dos termos médicos que aparecem na linguagem natural. Alguns projetos possuem mais de uma expressão para o mesmo conceito e outros não são granulares o suficiente.

3.4.4 - O Prontuário Eletrônico Ideal

De acordo com Glenn et alii (1995), como conclusão da discussão realizada através da lista MMATRIX-L da Internet, os aspectos a serem considerados no desenvolvimento de um PE "ideal" são os seguintes:

- interface Paciente-Computador: o registro da anamnese e da história do paciente é a rotina mais demorada no processo médico. Usando ferramentas de IA, é possível prover um módulo operado diretamente pelo paciente;
- interface Médico-Computador: é o aspecto mais crítico destes sistemas e o mais difícil. O reconhecimento de voz dará um grande impulso a este aspecto;
- integração: é necessária a integração entre os diversos módulos, entre os diversos profissionais envolvidos e mesmo entre as várias instituições que garantem o atendimento ao paciente;
- ligação em rede: a interface e a comunicação com outros sistemas é de fundamental importância. A comunicação é importante para permitir consultorias a distância (telemedicina) e outras formas de acesso remoto;
- multimídia: é necessária a integração entre informações textuais (anamnese, história, exame físico, notas de baixa e de alta, etc.), imagens (RX, scanner, tomógrafos), sinais (traçados de ECG ou EEG), etc.;
- codificação padronizada: é necessária a adoção de uma padronização e nomenclatura comuns;
- proteção, segurança e privacidade: é importante garantir o atendimento a todos os princípios éticos que regulam a relação médico-paciente.

3.4.5 - Aspectos legais

Nos EUA, CPR são considerados como evidência circunstancial e, portanto, admitidos pela Justiça em situações limitadas. A diferença de legislação entre os estados causa uma enorme confusão. No Estado de Alabama, a lei determina que os PP devam ser manuscritos. Outros estados exigem que o registro médico seja mantido em seu documento original ou microfilme, mas aceita-se PE se estiverem no disco original. Cópias ou registros transferidos não são aceitos. Em caso de dano, o backup não é aceito legalmente. Mesmo migrações para novas plataformas de Base de Dados não são permitidas e os sistemas acabam rodando em várias versões diferentes. Em estados que permitem o PE, alguma forma de autenticação é sempre exigida, variando do uso de senhas eletrônicas (assinatura eletrônica) até a exigência de relatórios assinados. Para que estes registros sejam aceitos legalmente, o registro deve ser feito na data em que a assistência médica foi prestada. Data e hora são obrigatórias.

Na Inglaterra, os PE são regulamentados pelo "Data Protection Act". A lei foi definida para permitir o acesso aos registros pelos indivíduos que geraram as informações. A lei só aplica-se aos registros Eletrônicos e não atinge os prontuários -papel. A filosofia, por trás disso, é a de que dados registrados no computador podem ser transformados facilmente em informação. A implicação é clara: registros eletrônicos não terão a mesma privacidade quanto a sua contrapartida em papel.

A utilização da tecnologia WORM (Write Once Read Many), de acordo com Willians (1994), pode vir a mudar este panorama, pois permite a criação de dados inalteráveis. As correções ficam registradas, impossibilitando a falsificação de dados originais. Em algumas áreas dos EUA, a tecnologia WORM já possui o mesmo status legal dos registros escritos. Esta parece ser a solução prática e, correntemente, disponível para o problema.

A legislação brasileira é omissa e descompassada com a realidade e necessita ser reformulada com urgência. Seus detalhes já foram apresentados na seção 3.1.2

3.4.6 - Confidencialidade, privacidade, ética e segurança

Uma das discussões mais atuais que se faz sobre o PE diz respeito à ameaça que a informatização representaria à confidencialidade e ao sigilo das informações contidas no Prontuário. No entanto, parece óbvio perceber que o Prontuário, na forma em que se apresenta atualmente, é muito mais vulnerável neste aspecto do que o PE, pois o acesso às suas informações exige apenas que o mesmo esteja disponível fisicamente, o que ocorre sempre durante a internação do paciente ou durante o trânsito do Prontuário dentro do Hospital para atender às necessidades administrativas ou quando este é manuseado no SAMIS, para a realização de pesquisas. O acesso às informações armazenadas no computador já exigem o conhecimento do sistema específico e a posse de uma

senha de uso. Portanto, o sigilo e a privacidade da informação estarão mais preservados, pois até a pesquisa é feita preservando-se os dados de identificação do paciente.

Safran et alii (1995) realizaram um estudo para avaliar a confidencialidade dos prontuários Eletrônicos de pacientes do Hospital Beth Israel de Boston, designados pelo Centro de Computação Clínica da Universidade de Harvard. Os autores afirmam que a proteção à confidencialidade é um requisito básico para o uso ético da tecnologia da informação na área da saúde. A conclusão do estudo realizado sugere que os métodos de segurança implementados no sistema são adequados para prevenir acessos não apropriados aos Prontuários de Pacientes e, principalmente, a prontuários mais visados tais como registros de personalidades públicas ou de médicos e outros funcionários do próprio Hospital.

O'Connor (1994) argumenta que "*privacidade*" não é um conceito equivalente a "*segurança*" ou "*confiabilidade*", embora esteja sendo entendida desta forma pelos responsáveis por muitos dos sistemas de registro médico já implantados em vários países. O Reino Unido já possui seu código a este respeito, denominado "Information Privacy Principles (IPP)", que define padrões para:

- a **coleta** de informações: a informação deve ser coletada apenas onde seja necessária e deve se restringir aos dados absolutamente necessários para o fim ao qual se destinam;
- **armazenamento e segurança** das informações pessoais;
- direitos de **acesso** e de **alterações** de registros que estejam errados ou desatualizados;
- o **uso** da informação: a informação deve ser usada apenas para o fim ao qual foi coletada;
- restrições à **revelação** da informação.

Ainda segundo o autor, a segurança da informação pode ser vista como um subconjunto da privacidade, extremamente importante no papel de prevenir acessos não autorizados e usos indevidos da informação, mas não é um conceito completo. Da mesma forma, a confidencialidade também é uma parte da privacidade, mas não é um conceito suficiente.

Outro aspecto muito discutido diz respeito à propriedade das informações contidas no Prontuário do paciente. Até o presente, considerou-se que estas informações pertenciam ao provedor de assistência médica, responsável pela coleta das informações armazenadas. Uma mudança de postura dos usuários, em relação ao seu papel de consumidor e aos seus direitos, fez com que os pacientes passassem a exigir a propriedade destas informações, que permaneceriam sob a guarda das instituições ou dos profissionais responsáveis. No Reino Unido, a Suprema Corte decidiu que não há propriedade das informações (O'Connor, 1994:71). No Canadá, a Justiça decidiu que as

informações, referentes ao tratamento de pacientes, pertencem ao médico responsável, mas que este tem uma relação "fiduciária" com seus pacientes em relação a estes registros. Não está claro ainda se a informatização dos registros médicos irá afetar esta discussão sobre a propriedade do registro médico.

No entanto, podemos afirmar que a informatização não viola os princípios éticos que norteiam a relação médico-paciente, podendo até melhorar a segurança e a privacidade das informações registradas pela equipe médica.

Robinson (1992:1560) afirma: "O desafio a ser enfrentado pela Informática em Saúde é o desenvolvimento de um sistema de informações baseado em parâmetros de projeto e procedimentos operacionais que atendam tanto aos direitos individuais de privacidade e aos interesses igualmente legítimos da sociedade da qual estes indivíduos participam. A tecnologia e os recursos necessários existem. Precisamos da visão necessária para aplicá-los."

3.4.7 - O conceito de Prontuário Essencial ("Core Record")

O prontuário Eletrônico (PE) é, em essência, um repositório de dados clínicos, administrado por um software de gerência de Bancos de Dados, contendo dados de diversas fontes tais como laboratórios, radiologia, consultórios e salas cirúrgicas, armazenados, de tal forma, que permitam sua recuperação de forma tabular, gráfica, com informações do conjunto do paciente ou sobre um paciente em particular. Estes dados devem estar em grandes servidores (centenas ou milhares de gigabytes). Segundo o "United Communications Group" (1995), a idéia é manter estes dados "on-line", mas muitos hospitais decidiram por estabelecer um marco de tempo (5 anos após o último encontro em média), após o qual, os dados passam a outra mídia como disco ótico.

Alguns sistemas sugerem a substituição de 100% do papel por registro digital, mas tem sido verificado que é impossível manter todas as informações on-line. Duffy (1995) estima que os hospitais mais avançados automatizaram cerca de 40% de seus Prontuários. Por outro lado, a legislação, que varia de país para país, muitas vezes exige ainda a guarda dos documentos em papel por razões legais.

Por esses motivos, é importante sermos seletivos a respeito das informações que devam ser armazenadas e mantidas disponíveis "on-line". Embora o Prontuário seja tradicionalmente constituído por um conjunto muito extenso de documentos (anexo 4), não parece ser consenso geral a necessidade de manter-se todos estes documentos armazenados. Muitos destes são importantes e necessários para a assistência ao paciente durante sua internação, mas tornam-se absolutamente desnecessários após a alta do paciente, seja para fins de assistência posterior, administração,

pesquisa, ensino ou para questões legais. Quando falamos em PE, a questão é mais pertinente, pois o espaço em disco é ainda muito caro.

De acordo com Miller (1995), formulários como notas de Enfermagem (prescrição de enfermagem, sinais vitais, controle hídrico), que constituem um conjunto muito volumoso de papel armazenado (cerca de 20 páginas por dia em pacientes internados em UTI), poderiam ser classificados neste caso. Outros documentos tais como o sumário de baixa, anamnese, lista de problemas, prescrições e sumário de alta serão sempre parte integrante do Prontuário principal. Cabe a cada instituição definir quais são os documentos essenciais a serem armazenados num prontuário mínimo em volume, mas que contenha todas as informações necessárias para atendimento das necessidades dos diferentes usuários. Hospitais universitários, por exemplo, devem suprir a demanda da pesquisa e do ensino, o que não é necessário em hospitais de caráter puramente assistencial.

Este prontuário essencial, chamado pela autora de "Patient Core Record", deve ser único dentro da instituição, evitando-se separar a documentação relativa ao atendimento externo (consulta ambulatorial) daquela pertencente às internações. Miller propõe a guarda destes documentos não essenciais em um arquivo separado, de acesso menos imediato, para atender a eventuais demandas legais ou esclarecimento de dúvidas futuras.

Amatayakul e Wogan (1992) definem com clareza o conceito de "Registro Primário" e "Registro Separado". De acordo com as autoras, o Registro ou Prontuário Primário consiste do conjunto de documentação gerado pelos provedores de assistência médica como resultado de sua direta interação com o paciente ou indivíduos da relação do paciente, e que estão sob a responsabilidade de um setor designado dentro da instituição de saúde. Além deste Prontuário Primário, em muitas instituições são mantidos Prontuários anexos ou secundários, que embora contenham dados que se adequam à definição do registro Primário, não são mantidos sob controle de um setor especificamente designado para este fim. É o caso dos protocolos de pesquisa ou registros detalhados de interesse de um determinado serviço (relatórios de sessão de hemodiálise ou quimioterapia, por exemplo). É a partir destes diferentes registros que se define o registro essencial, ou o "Core Data Set".

É importante ressaltar que os CPRs devem ser clinicamente baseados e clinicamente conduzidos. Resumos automáticos de registros de pacientes não atendem às necessidades. Ao mesmo tempo, não se deve capturar mais dados apenas porque a tecnologia nos permite. Parte do processo de planejamento de CPRs deve envolver a definição do conteúdo e o redesenho do formato do registro. A forma dos registros é crítica; texto computadorizado (escaneado) não atende aos requisitos dos CPRs. Além disso, o conceito de CPR ainda não está plenamente definido e é

necessária uma maior especificidade na definição, na arquitetura e nas capacidades funcionais dos CPRs para guiar os responsáveis por seus desenvolvimentos (Detmer e Steen, 1995).

Fox (1995), afirma que identificar quais são os dados relevantes a serem armazenados no Prontuário principal é o principal desafio no processo de reengenharia do Prontuário de Pacientes, pois várias atividades diferentes devem ser atendidas (assistência, ensino, pesquisa, faturamento, aspectos legais). Quer se trate de Prontuário tradicional, em papel, ou Prontuários Eletrônicos, determinar quais os elementos que serão sempre necessários e que, portanto, deverão estar prontamente disponíveis e em qual formato, é uma decisão crítica que provoca um grande impacto na qualidade dos serviços clínicos, na satisfação dos profissionais e dos pacientes, bem como nos custos da organização. Afirma a autora que uma vez identificados estes documentos, as rotinas que os geram deverão ser priorizadas no processo de informatização hospitalar.

Kluge (1995) cita, entre os seus "princípios básicos da informação", a *limitação da coleta*, isto é, as informações coletadas e armazenadas devem estar diretamente relacionadas ao objeto do registro e devem ser éticamente defensáveis, limitando-se aos dados necessários aos legítimos objetivos do banco de dados.

Fisher (1996), em seu projeto de desenvolvimento de um "Prontuário Virtual" para o Distrito de Saúde de Saskatoon, Canadá, propõe a definição de um sistema de informações que satisfaça os requisitos de informação para a comunicação de dados de pacientes entre os diversos serviços de saúde, permitindo aos provedores de assistência médica maior consistência e facilidade para a tomada de decisões. O autor afirma que a única alternativa viável para a obtenção desse "Prontuário Virtual" é a determinação quais são as informações essenciais a serem compartilhadas. Fisher frisa a importância de se definir o conteúdo "essencial" e não o conteúdo "mínimo", pois o conceito de "mínimo" estaria sendo também agregado à assistência oferecida. Essa definição está sendo feita com a participação ativa dos usuários, que inicialmente definem, através de uma entrevista, o conjunto de dados que eles consideram essenciais, mas que na verdade será uma lista parcial do que eles *realmente necessitam* e uma lista do que eles *querem* mas *realmente não necessitam*. Para separar as duas listas, completando ao mesmo tempo a primeira, Fisher propõe uma metodologia para estudar o processo de tomada de decisão dos usuários, construindo grafos do processo de decisão e diagramas de dados do processo. Após, o processo e os dados utilizados são validados com o usuário, e, dessa forma, é obtido o equilíbrio entre as informações que os usuários *pensam* que necessitam e aquelas que eles *realmente* necessitam.

Não resta dúvida de que, no futuro, os Prontuários de Pacientes serão baseados em sistemas de informações conectados em rede, resultando em um "prontuário virtual". Esta presunção traz a necessidade de definir novas qualidades que sejam inerentes ao PP. Serão necessárias novas abordagens para acessar dados pertinentes a uma informação desejada, enquanto se garante a

conduta ética e o direito à privacidade do paciente e dos profissionais que o atendem. Serão igualmente necessários meios avançados de representação de conceitos médicos.

A evolução na direção do Prontuário Eletrônico é tanto desejável quanto inevitável. Até o momento, no entanto, os médicos têm sido lentos na adoção do computador como uma ferramenta clínica, apesar do uso crescente desta em atividades administrativas.

Apesar da inevitabilidade e da vontade, uma grande parcela de incerteza ronda o status legal do PE. A História nos ensina que as mudanças nos paradigmas legais ocorrem, geralmente, por pressão de situações já criadas e adotadas como consenso pela Sociedade.

* * *

O Prontuário de Pacientes (PP) é o documento básico dentro de um Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e seu armazenamento na forma tradicional, em papel, acarreta inúmeros problemas para a adequada recuperação e utilização das informações nestes contidas. A utilização adequada da Tecnologia da Informação (TI) permitirá o desenvolvimento de Prontuários Eletrônicos (PE), que atenderão mais prontamente às necessidades dos diversos usuários. A definição do conteúdo e do formato das informações relevantes a serem armazenadas são etapas fundamentais no caminho rumo a este cenário desejado.

O reconhecimento dos múltiplos usuários do PP (incluindo o paciente) e do papel que os CPRs devem assumir na assistência é crucial para entender o conceito de CPR. Eles são um recurso crítico além do encontro médico-paciente porque eles podem prover os dados do paciente para apoiar a pesquisa e os níveis micro e macro de decisão, desde da execução de guias de prática clínica até a alocação de recursos dentro e entre instituições e comunidades.

* * *

4 - METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza por ser um estudo exploratório e foi conduzida através dos métodos qualitativos de Estudo de Caso e de "Focus Group", envolvendo os diferentes grupos de atores envolvidos no processo de armazenamento e recuperação de informações do PP (Tab. 1). Este enfoque multi-departamental é importante e necessário para o estudo em questão. Ball (1992), em seu livro sobre Prontuários Eletrônicos, aborda as necessidades de cada um destes grupos de usuários em capítulos separados, ressaltando as diferentes necessidades de informação dos médicos, enfermeiros, pesquisadores, administradores e pacientes.

4.1 - Pressupostos da Pesquisa:

Os pressupostos assumidos são os seguintes:

- é possível eliminar documentos que atualmente são armazenados no Prontuário de Pacientes do HCPA e substituir outros por relatórios consolidados, isto sem afetar o atendimento às exigências legais vigentes e sem prejuízo das atividades de assistência, pesquisa, ensino e administrativas, ou seja, o Prontuário modificado atenderá plenamente às necessidades dos usuários das áreas de assistência ao paciente, ensino, pesquisa, administração e assessoria jurídica do HCPA;
- estas modificações facilitarão o acesso às informações, melhorarão sua qualidade e atenuarão o problema de espaço físico ora enfrentado pelo SAMIS.

4.2 - Questões de pesquisa:

As questões de pesquisa são as seguintes:

- quais são as informações relevantes e necessárias que devem ser armazenadas no Prontuário de Pacientes de forma a atender plenamente aos objetivos da assistência ao paciente, do ensino, da pesquisa, do apoio administrativo e às exigências legais?
- a adoção de um Prontuário de Pacientes mais sucinto e objetivo pode contribuir para melhorar o desempenho da atividade de busca de informações e de tomada de decisões dos usuários?

A primeira questão representa o objetivo principal desta pesquisa e será respondida através do Estudo de Caso e dos debates dos "focus groups". A segunda questão será tema de pesquisas futuras, o que nos conduz, neste caso, a considerá-la como uma outra premissa de trabalho.

4.3 - Etapas do projeto:

Na primeira fase do projeto foi feito um levantamento da situação atual dos prontuários de pacientes do HCPA através de um estudo de caso (capítulo 5) e foi realizado o levantamento bibliográfico que estabeleceu o estado da arte dos prontuários de pacientes no Brasil¹ e no mundo (Capítulo 3).

Na segunda etapa, através da utilização da técnica de "Focus Group, buscou-se estabelecer modificações que pudessem ser introduzidas na organização e no conteúdo dos prontuários de pacientes do HCPA (Cap. 5.3), visando diminuir o seu volume e melhorar a qualidade da informação armazenada.

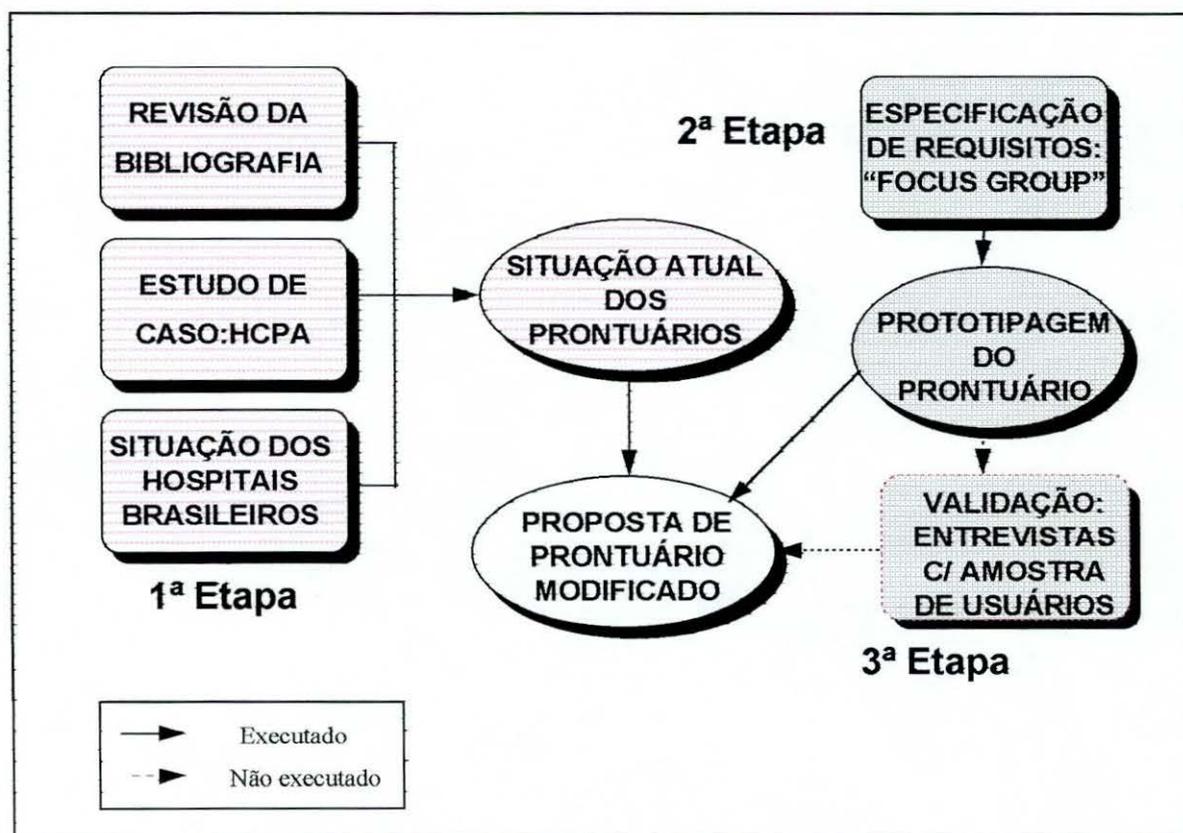


Fig. 3 - Metodologia e roteiro da pesquisa

Visto que os Prontuários devem atender a diferentes cenários e atores, identificados dentro de 4 grandes categorias de usuários (das áreas de assistência, pesquisa, ensino e administração), foram estabelecidos 6 grupos de discussão iniciais (Quadro 1), compostos por 5 a 8 usuários atuantes e representativos de suas categorias, que se reuniram para discutir as questões propostas.

¹ Esse levantamento foi realizado informalmente através de visitas e contatos com os responsáveis dos seguintes hospitais: Hospital Moinhos de Vento e Santa Casa de Misericórdia (Porto Alegre) e Hospital das Clínicas, Instituto do Coração e Hospital São Paulo (São Paulo)

1- Assistência Médica
2- Assistência de Enfermagem
3- Ensino Médico
4- Ensino de Enfermagem
5- Pesquisa
6- Administração

Quadro 1: Grupos de discussão

As discussões foram gravadas e transcritas, resultando em um documento de síntese (anexo 7) que orientou a Comissão de Prontuários do HCPA na elaboração de uma avaliação e de um sumário das reuniões realizadas (seção 6.2) e na seleção de cerca de 20 sugestões de mudanças feitas pelos grupos de discussão (seção 6.3).

Esse documento foi também analisado em seu léxico, através do programa SPHINX® (seção 6.4), gerando informações que subsidiaram o trabalho da Comissão de Prontuários. A definição obtida a respeito do “prontuário essencial” (seção 6.5) e das principais mudanças propostas foram então encaminhadas à Vice-Presidência Médica do HCPA para análise e implantação.

Algumas das propostas foram imediatamente postas em prática pela Administração do HCPA (seção 6.6), tornando sem sentido a realização da pesquisa de opinião inicialmente proposta. Optamos, então, pela realização de uma pesquisa futura que buscará avaliar o impacto das mudanças introduzidas, e não mais aplicar o questionário para validar a proposta de modificação do prontuário, visto que a mesma já está sendo posta em prática.

* * *

4.4 - Metodologias envolvidas:

4.4.1 - "Focus Group" (FG):

Segundo Morgan (1988), FG é uma técnica de entrevistas de grupos, embora sem o sentido de alternância entre as perguntas do pesquisador e as respostas dos participantes. A ênfase é na interação dentro do grupo, baseada em tópicos que são sugeridos pelo pesquisador, que assume o papel de moderador. Os dados fundamentais produzidos pelo FG são transcritos. Esta técnica teve origem na Sociologia e tem grandes aplicações na área de Marketing. Esta técnica é útil como meio de coleta de dados ou como suplemento de métodos qualitativos e quantitativos. É utilizada como um instrumento preliminar ou exploratório, mas seus resultados podem ser utilizados em métodos quantitativos como amostras representativas.

Esta técnica apresenta vantagens em relação a entrevistas individuais devido ao envolvimento dos participantes e sua interação. Como a maioria das técnicas de pesquisa, o FG é uma técnica adequada a algumas situações e inadequada a outras. Seu ponto forte na prática é o fato de ser de simples condução, barato e rápido. Outro ponto forte é a sua habilidade de explorar tópicos e gerar hipóteses. Quando o pesquisador é relativamente novo na área ou deseja explorar novos caminhos em sua pesquisa, o FG é muito útil. O grupo pode produzir muitos dados úteis com pouca participação do coordenador. No entanto, em relação à entrevista individual, o pesquisador possui menos controle sobre os dados que estão sendo gerados e estes são menos estruturados. Substantivamente, outra força do FG vem da oportunidade de coletar dados gerados pela interação do grupo, que muitas vezes não viriam à tona em entrevistas individuais ou através de questionários dirigidos. Sumarizando, o que o FG faz melhor é produzir uma oportunidade de coletar dados a partir de grupos discutindo tópicos de interesse do pesquisador. Como o pesquisador define o tópico a ser discutido, sessões de FG são mais controladas do que observação de grupos.

O planejamento das atividades dos FG deve ser cuidadoso e desde o início é importante ter expectativas realistas a respeito do resultado a ser obtido, ao tempo necessário e às despesas inerentes, bem como ao esforço exigido do pesquisador. A qualidade dos resultados dependerá do planejamento cuidadoso. Algumas tarefas preliminares devem ser executadas:

1- Determinar o número de grupos: o grupo é a unidade de análise neste tipo de pesquisa, não só em termos estatísticos como também em termos práticos: a duração de cada interação é geralmente fixada entre uma e duas horas e apenas uma estreita variação de tamanho de grupo é permitida. Assim, o número de grupos é a primeira dimensão da variabilidade. Os objetivos da pesquisa determinam o número de grupos necessários. Quanto mais homogêneos os grupos em termos de formação, experiência, menos grupos serão necessários. Um grupo nunca é suficiente. Se existem segmentos distintos da população a ser atingida, é importante colocá-los em grupos

separados. Em geral, a meta é fazer tantos grupos quanto necessários para prover uma resposta adequada às questões de pesquisa.

2- Determinar o tamanho dos grupos: existem considerações práticas e substantivas a respeito do tamanho dos grupos. A dinâmica da discussão é diferente em cada tamanho de grupo. Um número médio adequado está entre 6 a 10 participantes. Quando o pesquisador deseja a participação clara e efetiva de cada participante, grupos menores são mais apropriados. Se o resultado esperado é puramente exploratório, então um menor número de grupos maiores é mais adequado. É interessante convocar cerca de 20% a mais de participantes a fim de se obter o número mínimo desejado.

3- Determinar a origem dos participantes: o objetivo do FG não é o de selecionar uma amostra representativa do universo de pesquisa. Um bom conselho é "concentrar naqueles segmentos da população capazes de prover informações úteis" (Axelrod, 1975, citado por Morgan, 1988). Portanto, deve-se trabalhar com amostras selecionadas. Este viés é solucionado pela clara interpretação do pesquisador, isto é, não interpretando os resultados obtidos como sendo representativos do universo. A seleção de pessoas com perfil e competência adequados é crítica para o sucesso do método. Outro problema é escolher entre reunir diferentes categorias de pessoas em cada grupo ou reunir subgrupos de cada categoria. A escolha entre misturar e separar categorias de participantes ocorre quando estes ocupam diferentes papéis em relação a um determinado tópico. O critério a ser seguido deve ser o bom senso: reunir pessoas que tenham o que dizer sobre determinado tópico e que fiquem à vontade para dizê-lo na presença dos demais participantes. Uma decisão sábia é a de evitar reunir diferentes categorias devido a possibilidade da discussão degenerar de duas formas: a recusa em partilhar experiências e opiniões entre as categorias ou conflitos incontroláveis. A estratégia pode ser expandida para incluir uma comparação direta entre discussões de categorias separadas e discussões que combinem diferentes categorias. Com 2 categorias, isso significa 3 conjuntos de FG. Com mais categorias, pode se chegar a um número muito amplo.

4- Determinar o nível de envolvimento do moderador: o moderador pode atuar em vários níveis, desde observador, procurando não dirigir as discussões, até controlando os tópicos e a dinâmica do grupo. Os pesquisadores devem decidir o que eles querem produzir com os grupos e tomarem decisões sobre seu envolvimento de acordo com estes objetivos. O envolvimento mínimo é adequado para metas que enfatizam pesquisa exploratória. Altos níveis de envolvimento são mais apropriados quando se quer comprovar idéias já encontradas em outros grupos, na bibliografia ou responder questões de pesquisa bem definidas.

5- Determinar o conteúdo da entrevista: o roteiro da reunião não deve ser amplo sem deixar, no entanto, de cobrir os tópicos específicos. Uma limitação óbvia de seu tamanho é a duração da sessão, entre 1 e 2 horas. É importante que o moderador mantenha o foco da discussão e não tente explorar muitos tópicos, que devem ser no mínimo 2 e no máximo 4 ou 5. O moderador pode ter um roteiro previamente elaborado que tentará seguir. Para isso, deve-se primeiro preparar uma lista das questões que o pesquisador gostaria de ter respondidas e então organiza-las em conjuntos de tópicos relacionados.

6- Como conduzir o FG: a sessão deve ser aberta, por qualquer estilo de moderador, introduzindo o tópico de forma honesta e geral, ao mesmo tempo em que se apresenta as regras do trabalho em grupo: uma pessoa fala a cada vez, não são permitidas conversas colaterais, todos devem participar, não existem hierarquias, etc. Deve-se comunicar ao grupo que a sessão será gravada. O moderador deve enfatizar que o que se deseja é apreender do grupo, sem no entanto se apresentar em estado de completa ignorância. Enfatizar a importância da experiência prévia de cada um e porque foram selecionados. Após a introdução, a palavra deve ser dada a cada participante para que se apresente e fale um pouco de sua experiência na área de discussão, o que quebra o gelo e nivela a informação inicial. A partir daí, caberá ao moderador conduzir a discussão, sendo dada a palavra a quem a solicitar. É aconselhável prover o grupo com material de leitura antes da reunião, para situa-lo na questão de discussão.

7- Seleção de local e Coleta de Dados: o local da realização das reuniões deve ser conveniente para o moderador e para os participantes. A sala ideal deve ser confortável e permitir aos participantes que se sentem ao redor de uma mesa, em disposição de "U" , principalmente se a reunião for gravada em vídeo. A qualidade da gravação do som deve estar bem assegurada. O registro importante será o da voz, uma vez que para análise de linguagem corporal e expressão facial seria necessário um aparato de gravação e interpretação muito grande e de pouca utilidade.

8- Análise dos resultados: as duas abordagens básicas para análise dos dados de FG são: um sumário qualitativo ou etnográfico e uma codificação sistemática através da análise de conteúdos, que produzem descrições numéricas dos dados.

Estes meios não são conflitantes e podem ser combinados. De qualquer forma, é necessário entender que a unidade de análise é o grupo e que a análise irá pelo menos começar numa progressão grupo a grupo. É interessante analisar as transcrições e "recortar" as partes mais importantes, "colando-as" em uma ordem lógica. Programas de computador com capacidade de análise léxica (análise de conteúdo) podem ser úteis nesta análise. A intenção é encontrar um conjunto de itens que possam ser sistematicamente contados. Algumas possibilidades quantitativas são óbvias e básicas: se o mesmo tópico é discutido em grupos diferentes (maridos e esposas,

homem e mulheres, médicos e enfermeiras), é possível comparar quão freqüentemente diferentes aspectos do tópico forma mencionados nos dois diferentes grupos.

A análise de conteúdo é definida por Berelson (in: Freitas e Cunha, 1996, pp 1) como sendo “uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objetivo interpretá-las”. Comporta o estudo da forma ou dos meios pelos quais o texto busca produzir uma impressão. É algo essencialmente qualitativo e subjetivo, mas visto sob um aspecto quantitativo”. As categorias são sempre qualitativas mas o analista vai quantificar os dados associados através do estudo dos elementos que contribuem para o texto: escolha das palavras, repetições, etc.

9- Relato dos resultados: não existem regras sobre como relatar os resultados de reuniões de FG. O sumário das discussões deve ser anexado. Notas e observações também podem ser utilizadas. As informações devem ser sumarizadas em tabelas, de mais fácil compreensão. Deve-se ter o cuidado de não entrar em detalhes que tornarão os resultados confusos.

O relato dos resultados, portanto, pode ser mostrado de várias formas, desde a anexação do conteúdo completo das transcrições, passando por um sumário qualitativo (“recortar e colar”) e indo até a apresentação de dados quantificados através da análise de conteúdos.

Por suas características, podemos afirmar que a técnica de "Focus Group" é bastante adequada, portanto, para o tipo de pesquisa a ser realizada.

* * *

4.4.2 - Estudo de Caso

De acordo com Benbasat, Goldstein e Mead (1987), a estratégia do Estudo de Caso (EC) é adequada para capturar o conhecimento dos praticantes e desenvolver teorias a partir disso. Existem 3 razões para justificar a importância do Estudo de Caso na pesquisa em Sistemas de Informações (SI):

- 1) o pesquisador pode estudar SI no ambiente natural, aprender sobre o estado da arte e gerar teorias da prática;
- 2) o método permite ao pesquisador responder questões de "COMO" e "PORQUE", isto é, entender a natureza e a complexidade do processo;
- 3) a abordagem do caso é um meio apropriado para pesquisar uma área na qual foram realizados estudos prévios, permitindo a comparação.

O estudo de caso examina um fenômeno em seu ambiente natural, empregando múltiplos métodos de coleta de dados para obter informações de uma ou mais entidades (pessoas, grupos, organizações). Os limites do fenômeno não são claramente evidentes no início da pesquisa e não se emprega controles ou manipulações experimentais.

É mais útil nos estágios de exploração, classificação e desenvolvimento de hipóteses do processo de construção do conhecimento. O investigador não necessita definir o conjunto de variáveis dependentes e independentes e os resultados dependem pesadamente do poder de integração do pesquisador. O foco é em eventos contemporâneos e o estudo de caso é útil no estudo de questões "por que" e "como" pois estas dizem respeito a ligações operacionais que devem ser traçadas e não com frequência ou incidência. O Estudo de Caso é útil e pode ser usado em pesquisas do tipos exploratória, explanatória ou descritiva (Benbasat, Goldstein e Mead (1987)).

Lee (1989) aponta 4 problemas metodológicos envolvidos na metodologia de Estudo de Caso e descreve como Markus (1983) procurou resolvê-los:

1º - Como fazer observações controladas: visto não ser possível controlar o experimento através de técnicas laboratoriais ou estatísticas, o pesquisador deve utilizar o *controle natural*, relatando todas as situações e mudanças e procurando limitar as condições de interferência sem alterar o "natural setting". Desta forma, o pesquisador da área de SI estará agindo de forma semelhante aos pesquisadores de ciências naturais como a astronomia e a biologia humana, que não permitem os procedimentos laboratoriais de controle.

2º - Como fazer deduções controladas: o raciocínio matemático deve permear a etapa dedutiva do processo de pesquisa. No entanto, mesmo a pesquisa qualitativa, que não utiliza métodos algébricos ou estatísticos, não prescinde da matemática pois utiliza as regras da lógica formal, modo pelo qual se controlam as deduções.

30 - *Como permitir a replicabilidade:* em pesquisas na área de SI é praticamente impossível assegurar a repetição de observações idênticas, pois estas são feitas no ambiente natural. No entanto, o pesquisador pode aplicar as mesmas teorias testadas no estudo de caso original a um conjunto diferente de condições iniciais, resultando em prognósticos diferentes. Em outras palavras, o pesquisador pode trabalhar com uma nova hipótese, semelhante mas em outro contexto (por exemplo, "a informatização do sistema XXX na empresa AAA vai ter um impacto positivo na produção" ao invés de "a informatização do sistema YYY na empresa BBB ...").

40 - *Como permitir a generalização:* nenhuma teoria na área de SI pode ser generalizada baseada em um estudo de caso único e deve ser confirmada por Estudos de Casos adicionais. Nisso, o EC não é diferente de outras metodologias, que exigem que uma teoria seja testada e confirmada em uma variedade de situações diferentes.

No entanto, segundo Benbasat, Goldstein e Mead (1987), o Caso único é útil e aceitável em algumas situações:

1. É um caso *revelatório*, isto é, é uma situação previamente inacessível para investigação;
2. Representa um caso *crítico* para testar uma teoria bem formulada;
3. É um caso *extremo* ou *único*.

Portanto, o Estudo de Caso é uma metodologia muito apropriada para a área de Sistemas de Informações e deve ser utilizada de forma apropriada pelos pesquisadores, que devem sempre levar em conta os problemas metodológicos descritos por Lee e as limitações impostas pelo método em si.

* * *

Para o modelo de pesquisa proposto, as duas metodologias propostas (*Focus Group* e Estudo de Caso) serão complementares, cada uma buscando responder a uma das etapas do projeto. A área de Sistemas de Informações é um campo multidisciplinar por definição e busca ainda uma identidade própria em suas pesquisas. É necessário que se busque esta identidade através da alta qualidade da pesquisa realizada, que se traduz por modelos bem delineados, hipóteses e teorias adequadas e resultados bem analisados e apresentados. Como diz Lucas (1991), é preferível que se faça um estudo bem planejado sobre um problema relevante e que produza resultados modestos a se fazer um estudo pobremente planejado de um problema insignificante e que obtenha resultados significativos.

* * *

5 - O CONTEXTO INSTITUCIONAL: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

5.1- O HCPA

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foi fundado em 1941, como parte integrante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é uma instituição pública de direito privado, sujeita à Supervisão do Ministério da Educação e Cultura, determinado pela Lei 5604, de 02/09/1970. Esta lei agregou características de autonomia administrativa, tornando possível uma administração profissional de recursos humanos e materiais. A mesma lei estabeleceu os objetivos básicos do HCPA:

- *Administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar;*
- *Prestar serviços à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a outras instituições e à comunidade, mediante as condições que forem fixadas pelo Estatuto;*
- *Servir como área hospitalar para as atividades da Faculdade de Medicina da UFRGS;*
- *Cooperar na execução dos planos de ensino das demais unidades da UFRGS cuja vinculação com problemas de saúde ou com outros aspectos da atividade do Hospital torne desejável esta colaboração;*
- *Promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas.*

Sua Diretoria é composta por representantes de agências governamentais e membros da UFRGS (anexo 1: organograma). O Presidente do Hospital é indicado pelo Reitor da UFRGS, através de escolha de lista tríplice com nomes eleitos pela comunidade.

5.1.1 - Recursos disponíveis

Recursos físicos:

De acordo com dados de 1995 (HCPA, 1995 e anexo 2), o HCPA possui cerca de 85.000m² de área física, com capacidade instalada de 703 leitos, estando cerca de 680 operacionais. O ambulatório conta com 106 consultórios e o Serviço de Emergência possui 10 consultórios e 24 leitos.

Recursos humanos:

Em relação aos recursos humanos alocados, o HCPA conta atualmente com cerca de 3.470 funcionários, 297 médicos-residentes e 254 professores da UFRGS. Os professores da UFRGS realizam suas atividades de assistência, ensino e pesquisa utilizando a estrutura do Hospital. Para atender às suas diferentes atividades, o HCPA possui aproximadamente 130 diferentes categorias de profissionais em seus quadros.

Assistência Médica:

O HCPA é um hospital geral, atendendo praticamente todas as especialidades médicas em clínica geral, cirurgia, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia e pediatria. É considerado um Hospital de Excelência e de referência para diversas especialidades. Em 1995 (HCPA (1995) e anexo 3), o HCPA realizou 567.696 consultas ambulatoriais, 1.775.561 exames laboratoriais, 23.261 internações, 3.781 partos e 24.688 cirurgias. Durante o ano de 1995, a média de ocupação foi de 90.7%, a média de permanência foi de 10.1 dia, com um coeficiente de mortalidade de 5.2/1.000. Estes números indicam que mensalmente são realizadas, em média, cerca de 2.000 internações, 50.000 consultas ambulatoriais e 150.000 exames laboratoriais.

5.2 - A gestão da Informação do Prontuário de Pacientes do HCPA

De acordo com o organograma do HCPA (anexo 1), a guarda e organização dos Prontuários de Pacientes são de responsabilidade do Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS), vinculado à Vice-Presidência Administrativa. A definição do conteúdo e formas de organização cabe à Comissão de Prontuários Médicos, nomeada pela Vice-Presidência Médica, com mandato de 2 anos. Toda a política de Informática do HCPA é de responsabilidade do Grupo de Sistemas, vinculado diretamente à Presidência do Hospital. Portanto, alterações feitas no conteúdo do PP, na sistemática de armazenamento e guarda ou as definições de prioridades de desenvolvimento de sistemas para informatização de processos médicos são resolvidos por estes 3 setores, de forma isolada ou em conjunto. Cabe à Comissão de Prontuários de Pacientes, no entanto, a aprovação final destas questões.

5.2.1- O Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS)

O SAMIS é vinculado à área administrativa do HCPA com subordinação ao Grupo de Faturamento (GFAT) e tem como função principal a organização, o arquivamento e a recuperação de Prontuários dos pacientes ambulatoriais e internados do HCPA. Estas funções podem ser detalhadas da seguinte maneira:

- compilar, guardar e conservar os prontuários de pacientes;
- zelar pela padronização e ordem dos formulários do prontuário;
- manter atualizado o Cadastro de Pacientes do Hospital;
- controlar o preenchimento do prontuário;
- fornecer ao corpo clínico dados referentes às mais variadas patologias, operações, etc., para fins de pesquisa;
- elaborar relatórios estatísticos de produção assistencial, mantendo a Administração Central constantemente atualizada.

O SAMIS é composto pelos serviços de Arquivo Médico, Recepção, Postos de Arquivamento, Expedição, Agendamento Ambulatorial, Controles Internos e Estatística. Funciona 24 horas por dia, com atendimento externo em horário comercial (12 horas/dia, de 2a a 6a feira) e atendimento interno sem interrupções. Possui 32 funcionários, sendo 24 funcionários no horário diurno e 8 funcionários no horário noturno.

A área física principal é o Arquivo Médico no 2o andar, com 663,04 m² de área onde se encontram arquivados 395.000 prontuários, pelo sistema dígito terminal composto. O Arquivo Médico possui atualmente (março de 1995) 655.000 prontuários e são acrescidos mensalmente em média 3.000 novos prontuários (Fig. 1)

Como a área disponível não possui capacidade de armazenamento, os prontuários se encontram também distribuídos em uma sala no subsolo, com 6.050 prontuários-óbitos de 1972 à Jan/1977 e no Arquivo Passivo, situado em um Prédio anexo ao Hospital, com 254.000 prontuários de pacientes que não procuraram os serviços do hospital nos últimos 5 (cinco) anos. Estes prontuários poderão ser ativados a qualquer momento (Fig. 5).

5.2.2- A Comissão de Prontuários de Pacientes (CPP) do HCPA

A Comissão de Prontuários Médicos do HCPA é um órgão de assessoramento subordinado à Vice-Presidência Médica do HCPA e é por esta nomeada. É composta, atualmente, por médicos das diversas especialidades, uma representante da Enfermagem, um representante do SAMIS e um representante do Grupo de Sistemas. Ser coordenador é indicado pelo Vice-presidente médico, para um mandato de 2 anos.

Cabe a esta Comissão, de acordo com o Regimento Interno do HCPA, legislar sobre o conteúdo e a organização do Prontuário de Pacientes do HCPA, garantindo a qualidade da informação e o acesso à esta. Desta forma, solicitações de novos formulários, de modificações de documentos já existentes ou alterações da sistemática de armazenamento e recuperação das informações do PP devem ser aprovadas pela CPM. Cabe a esta, também, propor modificações e inovações do PP, que venham ao encontro dos interesses da missão institucional do HCPA, em seus aspectos de assistência, ensino e pesquisa.

A CPP se reúne semanalmente e edita um Boletim, distribuído a todos os profissionais do HCPA, onde são apresentados tópicos importantes a respeito do PP. Em maio de 1994, a CPM organizou o I Encontro sobre Prontuários de Pacientes, realizado no HCPA com a presença de

representantes dos principais hospitais do Estado. Neste Encontro, Grupos de Trabalho discutiram os seguintes tópicos:

- Denominação do Prontuário: Médico ou do Paciente?
- Informatização do Prontuário: propostas
- Legislação: situação atual e necessidades de mudanças
- Conteúdo do PP: atendimento aos objetivos do PP e à legislação
- Armazenamento dos prontuários - aspectos administrativos

As conclusões de cada grupo, apresentadas e discutidas ao final do dia, apontaram claramente para a necessidade de haver uma modificação na atual legislação, de forma a permitir a adoção de procedimentos informatizados, com o objetivo de se obter um "Prontuário Virtual" que permita o acesso às informações sobre os pacientes onde, quando e como estas se fizerem necessárias.

5.2.3 - O Grupo de Sistemas (GSIS)

O Grupo de Sistemas é diretamente subordinado à Presidência do HCPA e é responsável pela definição e execução da política de Informática do HCPA, sendo um setor de grande poder político dentro da organização. Sua equipe é composta pelos Serviços de Sistemas Métodos e Serviço de Suporte e Produção, contando com 31 analistas de sistemas e 11 programadores, sob a chefia de uma Coordenadoria Geral. O Grupo opera um computador mainframe ABC Bull e um UNIX (Host-X), com cerca de 300 terminais espalhados por todo o Hospital, utilizando a Base de Dados ORACLE.

Pela política de Informática vigente nos últimos 10 anos, o GSIS priorizou o desenvolvimento e a implementação dos sistemas administrativos, conjunto este denominado "Módulo Básico" (Sistemas Aplicativos, Sistemas Gerenciais e Sistemas descentralizados). Estes sistemas estão em operação plena, sem maiores problemas ou questionamentos. O Módulo Médico está em desenvolvimento há pouco mais de 2 anos, estando implantado o Sistema de Solicitação de Exames Laboratoriais e de Emissão de Laudos. O Sistema de Prescrição está em fase de implementação gradativa, já em funcionamento em algumas unidades.

O GSIS encontra grandes dificuldades para migrar para uma base computacional adequada ao paradigma dos anos 90, devido a fatores econômicos e à filosofia centralizadora reinante. No entanto, a pressão dos usuários e mesmo do mercado potencial para os programas desenvolvidos está forçando esta mudança.

5.3 - O Prontário de Pacientes do HCPA

5.3.1 - Componentes

É o conjunto de documentos definido pelo HCPA (anexo 4), contendo informações referentes a um determinado paciente e a doença que motivou sua internação (CPM, 1995). Tem por finalidade:

- a) possibilitar o atendimento nas mais variadas especialidades dispensando ou simplificando exames complementares e repetições (história do paciente);
- b) ser um instrumento para formação diagnóstica;
- c) facilitar o estudo de diagnósticos e avaliação terapêutica;
- d) permitir conhecimento do trabalho realizado e o resultado alcançado, demonstrando o padrão de atendimento prestado.

O prontuário do HCPA é composto por um conjunto de formulários comuns aos vários Serviços: Dados de Identificação; Anamnese e Exame Físico; Lista de Problemas; Exames Complementares; Prescrição; Notas de Evolução; Sumário de Alta. Outros formulários são específicos a determinadas especialidades e podem estar presentes, como por exemplo, os formulários de Descrição Cirúrgica, Ficha Anestésica, Sumário Obstétrico, Exames do recém-nascido, etc.

A documentação que compõe o prontuário é organizada por ordem cronológica crescente dos registros. O prontuário é aberto quando do primeiro atendimento do paciente no hospital, tanto em Consultas ambulatoriais ou na Internação e em Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

Têm acesso ao prontuário os profissionais de saúde, alunos da Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem da UFRGS e profissionais administrativos com função de controle de documentos para fins de faturamento. Os prontuários são liberados para manuseio fora do SAMIS nas seguintes situações: Consultas e/ou procedimentos ambulatoriais, Internação, Serviços de Diagnóstico e Tratamento, Serviço de Faturamento, Reuniões Anátomo-Clínicas e Apresentação de Casos (Rounds). Os casos de manuseio para fins de pesquisa, complementação de dados, revisão, etc., são feitos na Sala de Estudos do SAMIS.

5.3.2 - Principais problemas

Os principais problemas do PP do HCPA, atualmente, são os descritos a seguir, e estão de acordo com Shortliffe e Barnett (1991):

1- Área Física para armazenamento: os PP apresentam um crescimento exponencial em seu volume e quantidade, o que aumenta as dificuldades de uma rápida recuperação dos mesmos e provoca a ocupação de áreas físicas que poderia e deveriam, estar destinadas à assistência médica. São aproximadamente 650.000 prontuários, com acréscimo mensal de 3000, fazendo com que a área de 665m² disponíveis seja insuficiente (Fig. 4),. Face à esta situação, o SAMIS está transferindo para um prédio anexo ao hospital, os prontuários de pacientes que não comparecem ao hospital há pelo menos 5 anos. Neste arquivo estão cerca de 250.000 prontuários.(Fig. 5). Em determinados períodos, até o corredor que dá acesso ao SAMIS é ocupado. (Fig. 6).

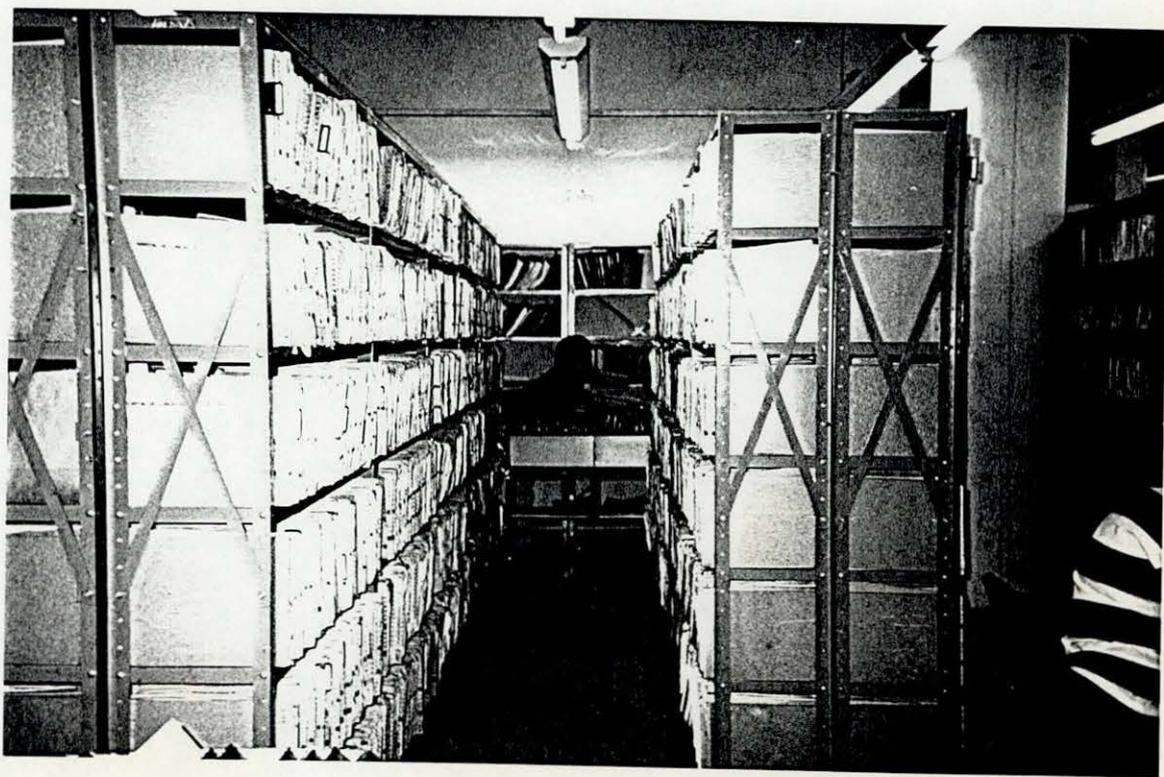


Fig. 4 - Sistema de armazenamento de PP do SAMIS/HCPA



Fig. 5: Arquivo de PP desativados

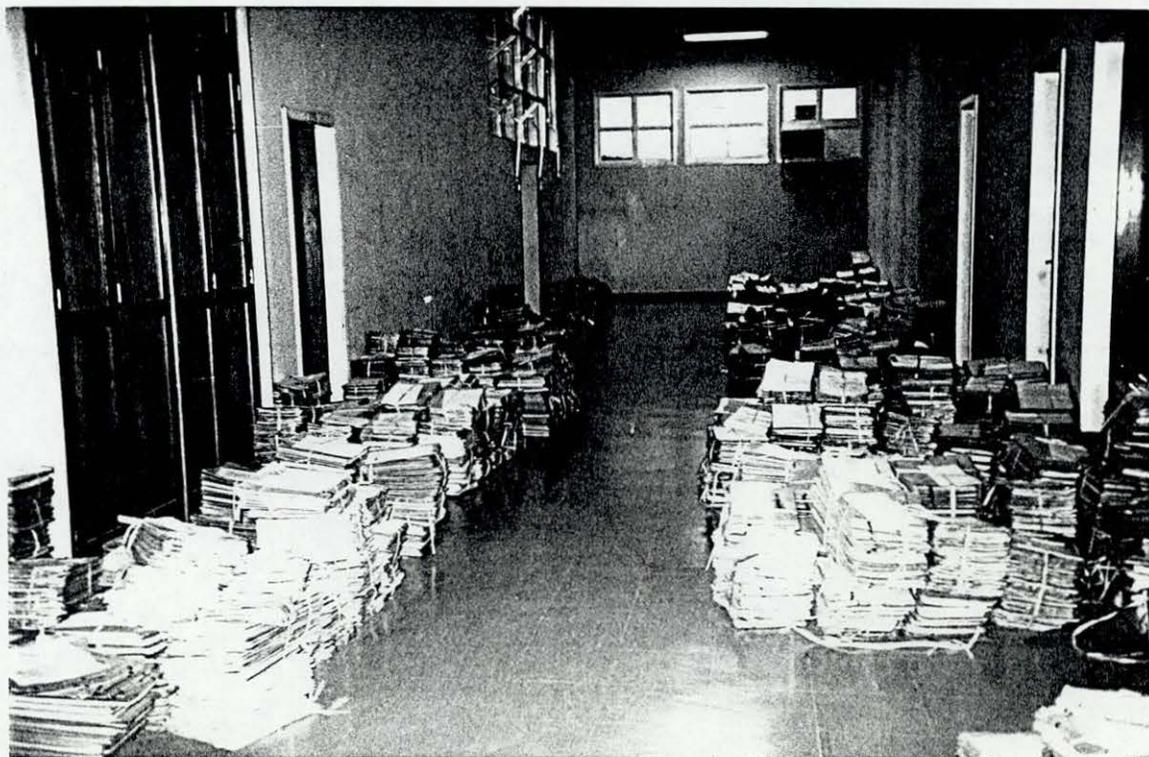


Fig. 6: Prontuários de Pacientes em corredor do HCPA

2- Qualidade da informação: Embora os prontuários estejam disponíveis e arquivados de forma organizada, a qualidade da informação existente deixa muito a desejar. As notas descritivas (anamnese, nota de baixa, nota de alta, etc.), são muitas vezes ilegíveis ou armazenadas em vias carbonadas de difícil leitura. Os resultados de exames laboratoriais são colados, sobrepostos, em ordem cronológica. Para pacientes com muitos exames, esta consulta é difícil e demorada. Apesar do controle de qualidade feito pelo SAMIS no momento da alta hospitalar, muitos prontuários estão incompletos, faltando documentos importantes. A Lista de Problemas, fundamental para a integração das informações, é mal preenchida, o que também ocorre com outros documentos, pois os médicos, sabidamente, não gostam da tarefa de preenchimento de papéis. No entanto, este desleixo prejudica a continuidade da assistência ao paciente e a realização de pesquisas retrospectivas.

3- Excesso de papel armazenado: O conteúdo atual do Prontuário do HCPA é demasiado e desnecessário (Fig. 7). É necessário que a Comissão adote duas diferentes definições: componentes do PP durante a internação e componentes do prontuário após a alta do paciente. De acordo com o levantamento realizado pela equipe do SAMIS em setembro de 1995 (Quadro 2), são geradas, por internação, entre 11 e 180 páginas de prontuário no HCPA. Como o HCPA realiza, em média, 1900 internações por mês, pode-se imaginar o volume de papel gerado anualmente.

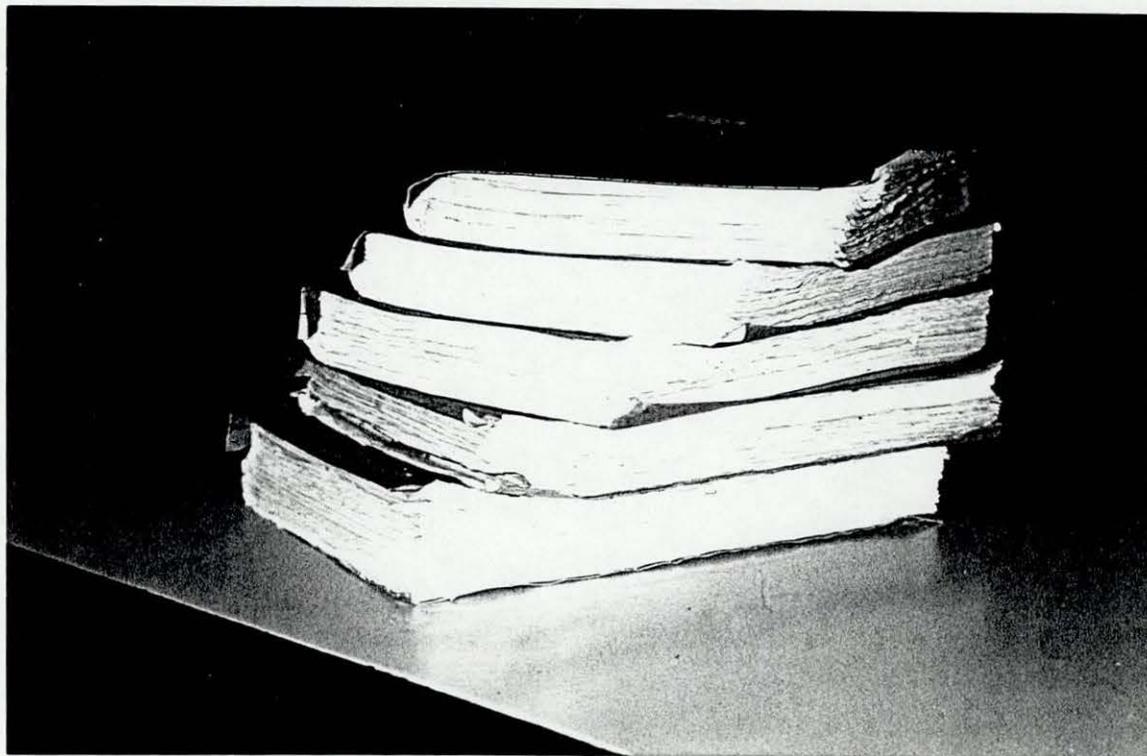


Fig. 7: Prontuário de um paciente crônico

SERVIÇO	Média de Per- manência (dias)	Folhas/ dia	Folhas / internação
CIRURGIA	7.9	2.5	20
UTI PEDIATR.	5.8	31.0	180
PEDIATRIA	14.0	11.5	161
C. MÉDICA	14.6	6.7	98
UTI NEO	8.8	13.2	116
PSIQUIATRIA	31.6	5.5	174
OBSTETRÍCIA	3.1	3.5	11
UTI ADULTO	7.5	14.0	105

Quadro 2 - Número de folhas de prontuário geradas em cada internação

4- A recuperação de informações para atendimentos posteriores e, principalmente, para a pesquisa, é demorada, tediosa e inadequada. As informações são de difícil localização (armazenamento inadequado, prontuários volumosos) e, quando encontradas, muitas vezes não são sequer legíveis (Fig. 8).

060145 SARMO:

Tem hoje dia: baixo - 5y vivo, alguma stidade.

EDA sistema: úlcera oral
úlcera bucal
duodenite atrofica

Agua: PA 9 e a 13/90
Tubo retal: limpa
e limpa. Orienta: Chirib.
Vermes: poucos.
Chue: Netuno à Et.

ORL

Dr. Adh... ..

HMA - H: 2o dia (vivo) - Dr de garganta
apresenta - vit. base - e outro
para a garganta. O que para
o - base - e mais a garganta
e - base - e mais a garganta
O que - base - e mais a garganta
para - base - e mais a garganta
Nega Obstrução

EF - Obstrução - e
proteção - e
Nega - Obstrução - e
fio - e

MO - e

Contato - e

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
EVOLUÇÃO

370000

Fig. 8 - Informação ilegível

5- A legislação é antiga, desatualizada, omissa e incompleta, pois não define adequadamente qual deverá ser o conteúdo mínimo do prontuário e estabelece um prazo de 20 anos após a última movimentação para armazenamento dos mesmos, "no documento originalmente gerado". Esta legislação impede, por exemplo, que relatórios gerados por procedimentos informatizados substituam as folhas de prescrição e de evolução e impede que prontuários antigos possam ser substituídos por microfimes ou arquivos em disco obtidos por scanner. Portanto, devemos questionar os prazos e formas de armazenamento, o conteúdo relevante que deverá ser armazenado e a responsabilidade da guarda destas informações.

6 - Movimentação de prontuários no arquivo: São movimentados mensalmente, em média, cerca de 74.000 prontuários, entre necessidades internas (trabalhos científicos, complementação de dados, colocação de novos exames, atualização de cadastro, etc.) e externas (envio e recebimento de PP de ambulatórios e internações). Isso significa que, em média, são manuseados pelo SAMIS cerca de 2450 prontuários por dia. Para esta tarefa, mais de 20 funcionários ficam mobilizados, em um regime de atendimento de 24 horas. (Fig. 9)



Fig. 9: Prontuários aguardando rearquivamento no SAMIS

7 - A realização de pesquisas é muito dificultada por todos os fatores já descritos e ainda, pela rotina estabelecida: havendo a necessidade de se buscar informações em prontuários

(pesquisas retrospectivas e epidemiológicas), o Professor encaminha ao Grupo de Sistemas uma solicitação por escrito, definindo os parâmetros de busca, que podem ser o diagnóstico da internação, período da internação e dados epidemiológicos do paciente como sexo e idade. A partir desta solicitação, o GSIS dispara uma rotina de relatório que lista os números dos prontuários que atendem às especificações. De posse desta lista, o Professor ou seus auxiliares (alunos na maior parte dos casos) procura o SAMIS que, num prazo de 24 horas, lhes entrega os prontuários listados que forem localizados (Fig. 10). Estes prontuários devem ser manuseados em uma sala de consultas dentro do SAMIS. A pesquisa é feita então manualmente e as informações desejadas são transcritas pelos interessados.



Fig. 10: Prontuários separados para realização de pesquisas

8- O Plano Diretor de Informática do HCPA determinou que os sistemas administrativos fossem informatizados em primeiro lugar, o que está sendo concluído com bastante sucesso. Os sistemas ditos "médicos" começaram a ser desenvolvidos há cerca de um ano atrás, tendo sido informatizado o processo de solicitação de exames laboratoriais e o processo de prescrição de ordens médicas. No entanto, não está ainda definida a estratégia para a criação do "Prontuário Eletrônico", faltando à equipe de informática do Hospital (GSIS) o conhecimento adequado das necessidades de informação dos usuários médicos. Esta definição será fundamental para o desenvolvimento futuro dos sistemas médicos do HCPA.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um dos principais hospitais universitários do Brasil e oferece uma fatia substancial dos recursos assistenciais hoje disponíveis para a população do Estado do Rio Grande do Sul. Suas responsabilidades sociais em relação à assistência, pesquisa e ensino, são muito grandes e a instituição tem sido pioneira em muitas iniciativas e procedimentos.

Os problemas enfrentados em relação aos prontuários de pacientes são grandes mas, mesmo dentro deste cenário, o Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do HCPA é um dos melhores e mais bem organizados do País. A preocupação da Comissão de Prontuários do HCPA com a melhoria da informação hoje existente nos prontuários reflete o interesse da instituição na busca da qualidade em todos os seus setores. Os resultados atingidos por este projeto terão um grande impacto dentro do Hospital que, mais uma vez, estará sendo pioneiro na iniciativa de mudar um quadro que se mantém imutável por um longo tempo.

* * *

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO DO “FOCUS GROUP”

A revisão da bibliografia, o levantamento da situação de hospitais brasileiros e o estudo de caso realizado no HCPA nos permitiram concluir que:

- a questão dos prontuários de pacientes é hoje ponto fundamental de discussões em todo o mundo;
- que os problemas enfrentados pelo HCPA são comuns a todas as grandes instituições hospitalares, e
- que o caminho para a solução desses problemas passa necessariamente pela utilização adequada das soluções oferecidas pela Tecnologia da Informação (TI).

A aplicação da técnica de “Focus Group” se mostrou perfeitamente adequada aos objetivos do projeto e os resultados obtidos nos permitem afirmar que os objetivos propostos foram plenamente atingidos.

Estes resultados serão apresentados e discutidos a seguir, divididos nos seguintes capítulos:

- 6.1 - Aplicação da técnica de “Focus Group”
- 6.2 - Sumário qualitativo: a visão dos diferentes usuários
- 6.3 - Propostas sugeridas pelos grupos
- 6.4 - Explorando os dados em busca do aprofundamento da análise qualitativa
- 6.5 - Definição do Prontuário Essencial (“Core Record”)
- 6.6 - Conseqüências e implicações imediatas dentro da instituição

6.1 - Aplicação da técnica de “Focus Group”

A especificação dos requisitos de informação do Prontuário, objetivo principal do projeto, foi alcançada através da técnica de “Focus Group”, reunindo representantes qualificados dos 6 grupos de usuários identificados: assistência médica, assistência de enfermagem, ensino médico, ensino de enfermagem, pesquisa e administração. O planejamento das reuniões foi feito levando-se em conta os preceitos de Morgan (1988):

- determinou-se o número de grupos de discussão, identificando-se os 6 grupos de usuários já citados;
- os participantes foram selecionados utilizando-se como critério a busca de segmentos da população que fossem capazes de prover informações úteis e não o de selecionar uma amostra significativa (anexo 5: agenda das reuniões de FG);
- definiu-se que o moderador teria uma participação ativa nas reuniões, tendo como atribuições a introdução do tema com clareza e objetividade e a condução do debate de

modo a evitar a discussão de assuntos não pertinentes, evitando, porém, intervir com opiniões próprias;

- as reuniões foram programadas para durarem cerca de 2 horas cada uma e as convocações foram entregues com uma semana de antecedência, acompanhadas de um documento-síntese sobre o tema (anexo 6: carta-convite);
- no dia que antecedeu cada reunião, os participantes convidados foram contatados pessoalmente por um dos membros da Comissão de Prontuários, com o propósito de ressaltar a importância da reunião.

O planejamento foi executado e as reuniões ocorreram nos meses de outubro a dezembro de 1995, de acordo com a agenda proposta (anexo 5). As discussões foram registradas em fitas que foram transcritas por uma equipe profissional contratada, gerando um documento com cerca de 70 páginas (anexo 7).

Este texto foi analisado pela Comissão de Prontuários que avaliou e resumiu os resultados de cada reunião realizada, buscando identificar as diferentes visões a respeito do problema e suas possíveis soluções (6.2). Após, a Comissão montou o conjunto de propostas levantadas pelos grupos, “recortando” e “colando” as partes mais importantes das reuniões, buscando identificar as questões e sugestões mais importantes do conjunto de grupos. A este sumário foram agregadas as opiniões da Comissão a respeito de cada item e foi feita a ligação entre a proposta e o corpo teórico do trabalho (6.3). A seguir, os conteúdos foram submetidos ao programa SPHINX® para realização de análise qualitativa e quantitativa de conteúdos, com o objetivo de se aprofundar a exploração dos dados coletados (6.4). A partir dos resultados obtidos, a Comissão de Prontuários, sob nossa coordenação, obteve o consenso em torno do conteúdo do “Prontuário Essencial” ou “Core Record” (6.5). Na seção 6.6 são discutidas as conseqüências e as implicações imediatas, dentro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, das propostas apresentadas.

6.2 - Sumário qualitativo: a visão dos diferentes usuários

Cada reunião de “Focus Group” contou com a participação de pelo menos 2 membros da Comissão de Prontuários de Pacientes (CPP), além do coordenador. Após cada reunião, a CPP se reuniu e avaliou o andamento da reunião e os resultados obtidos. De posse do documento de transcrição das reuniões, a CPP agregou esta avaliação sumária a um resumo dos principais problemas e das principais propostas discutidos por cada grupo. A seguir são apresentadas as avaliações da CPP sobre as reuniões realizadas.

6.2.1 - A visão dos professores de Enfermagem

Esta reunião foi realizada no dia 19/10/95 e contou com a participação de 6 professores da Escola de Enfermagem, representando os diversos Departamentos (anexo 5). É importante ressaltar que, embora as atividades de ensino se desenvolvam também dentro do HCPA, a maioria dos professores da Escola de Enfermagem não atuam na área assistencial, diferentemente dos professores da Faculdade de Medicina. Portanto, era esperada uma visão mais teórica do problema em pauta. A reunião foi realizada no dia 19/10/96 e teve uma participação apenas razoável (80 intervenções, 10,6% do total).

De acordo com os professores de Enfermagem, é difícil definir quais são as informações relevantes para a realização de pesquisa, pois a pesquisa qualitativa é muito utilizada na área. Outro problema apontado foi a falta de padronização da história de enfermagem, informação que é coletada de diferentes formas nos diferentes serviços. A lista de problemas, da forma com que é feita hoje, é vista como geradora de conflitos, pois os médicos e as enfermeiras fazem seus registros com diferentes enfoques e objetivos.

As soluções apontadas foram: guardar todas as informações por 5 anos e, após este período, manter apenas as informações essenciais, que não foram definidas pelo grupo. Outra sugestão foi em relação à educação e treinamento dos profissionais envolvidos com o registro de informações no PP. Foi sugerida também a criação de um resumo da folha de controle hídrico, a retomada do modelo de prontuário de Weed (seção 3.1.1, p.11) e a criação de um sumário dos sinais vitais em forma gráfica. Foi ressaltada pelo grupo a importância da existência de um sumário de alta completo e corretamente preenchido, por ser o documento-síntese de uma internação.

6.2.2 - A visão dos médicos

A reunião com o grupo de Assistência Médica foi realizada no dia 20/10/95 e contou com significativa presença de sete dos oito médicos convidados (anexo 5), que representaram as áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, gineco-obstetrícia, emergência e pacientes externos. A reunião contou ainda com a participação do Dr. José Ricardo Guimarães e da Bel. Ilda Pereira Silveira, da Comissão de Prontuários e foi coordenada pelo pesquisadora.

A reunião teve uma duração de cerca de duas horas, período no qual foram feitas 152 intervenções (desconsiderando as participações dos membros da CPP). Foi a segunda reunião mais produtiva das seis realizadas (20% do total de participações) e os aspectos mais relevantes são a seguir explicitados:

Existe o consenso de que o PP do HCPA tem problemas, embora o Serviço de Arquivo (SAMIS) seja considerado um serviço de excelência. De acordo com os médicos presentes, o principal problema é a *falta de qualidade* da informação que é incompleta ou ilegível muitas vezes. Além da falta de qualidade, o excesso de volume das pastas e o acúmulo desnecessário de papel também dificultam o acesso à informação desejada. Foi constatado que a informatização dos processos clínicos está aumentando a quantidade de papel e provocando redundância de informações, pois se informatizam os processos mas não se informatizam as informações. Os resultados de exames impressos pelo computador geram uma maior quantidade de papel que o sistema manual. Os médicos demonstraram uma grande curiosidade a respeito da situação dos Prontuários em outros hospitais brasileiros e em outros países. Discutiui-se os aspectos legais envolvidos com o tema, destacando-se a necessidade da aceitação do prontuário informatizado e da assinatura eletrônica por parte do Conselho Federal de Medicina e da Justiça.

Face aos problemas discutidos, foram propostas as seguintes medidas: melhorar o treinamento dos residentes e alunos de graduação em relação ao correto preenchimento dos PP e à importância do correto e completo preenchimento dos PP em relação à qualidade da assistência, à responsabilidade médica, aos aspectos administrativos envolvidos e à qualidade e factibilidade da pesquisa clínica; criar sumários de exames e de prescrições a serem emitidos após a alta do paciente, eliminando-se as folhas de resultados individuais e prescrições diárias; dividir o PP em 2 pastas distintas, uma contendo as informações essenciais para fins de assistência, de pesquisa e de ensino e outra com documentos eventualmente necessários para fins legais; instituir mecanismos de auditoria da qualidade das informações descritivas do PP (anamnese, evolução, nota de baixa, etc.), com a possibilidade de penalizar os médicos faltosos; instituir procedimento informatizado para gerar uma nota de alta completa e de preenchimento obrigatório, pois houve consenso de que este documento é a principal fonte de informação no comparecimento subsequente do paciente; o PP é primordialmente voltado para a assistência ao paciente e secundariamente ao ensino e pesquisa, devendo também atender às necessidades administrativas e legais; portanto, o SAMIS deve passar a ser subordinado à área assistencial e deixar de ser subordinado ao Grupo de Faturamento, o que parece indicar que nosso prontuário tem como objetivo principal a cobrança de honorários e custos, o que não é verdadeiro no caso do HCPA (embora o seja na maioria dos hospitais particulares, onde o PP é o documento básico de faturamento e não tem continuidade temporal).

Portanto, a reunião obteve os resultados esperados e a representatividade dos médicos participantes nos deu a garantia da aceitação das propostas sugeridas pelo corpo clínico do HCPA.

6.2.3- A visão da Enfermagem Assistencial

A reunião da Assistência em Enfermagem foi realizada no dia 25/10/95 e contou com a presença de 13 enfermeiras, número superior ao indicado pela técnica, mas exigido pelo Grupo de Enfermagem (anexo 5), para garantir a representatividade dos diferentes setores. Além dos 13 convidados, a reunião contou com a participação de 3 membros da CPP e foi coordenada pela Enf. Débora Feijó Vieira. A reunião foi bastante produtiva, contando com 102 intervenções (13,6% do total).

Foi consenso do grupo que existe excesso de papel armazenado; muitas informações armazenadas são redundantes, pois diferentes profissionais repetem as mesmas perguntas (identificação, dados demográficos e sociais, evolução) e, ainda, muitas vezes é mais fácil preencher novamente algum formulário do que tentar localizá-lo na pasta; a informatização dos processos clínicos aumentou o volume de papel armazenado ao invés de racionalizar o prontuário: a prescrição médica, por exemplo, está sendo impressa mais de uma vez por dia, a cada modificação introduzida ela é impressa novamente e guardada na pasta; a lista de problemas é uma questão muito séria: é um documento de síntese muito importante e não é preenchida adequadamente, estando incompleta, duplicada ou separada para diferentes profissionais: é necessário que a lista seja única e corretamente preenchida; a educação do usuário é um problema grave, pois na enfermagem não existe um momento adequado para treinamento, como ocorre no início das atividades dos médicos-residentes; a prescrição de enfermagem, as folhas de sinais vitais e de controle hídrico geram um volume de papel muito grande, com informações que não serão utilizadas posteriormente, a não ser para fins de cobrança ou legais.

Sugeriu-se: a divisão do PP em 2 pastas distintas, sendo que a principal deveria conter os dados essenciais para a assistência (contendo a lista de problemas, sumário de alta, histórico de enfermagem, anamnese médica, resultados de exames, ficha de identificação, descrição cirúrgica, ficha anestésica); a criação de roteiros e padrões para a evolução e prescrição de enfermagem por especialidade, bem como a criação de um histórico de enfermagem único.

A reunião caracterizou-se por uma grande objetividade, própria das profissionais de Enfermagem que atuam diretamente junto ao paciente. Sua grande experiência prática e sua responsabilidade administrativa dentro dos diferentes serviços dá a elas uma visão muito objetiva da situação, o que permitiu que o grupo chegasse à definição do conteúdo do "Prontuário Essencial". Esta visão objetiva contrasta com a visão do grupo de Ensino e Pesquisa em enfermagem, mais teórica e subjetiva.

6.2.4 - A visão dos administradores

A reunião da Administração foi realizada no dia 27/10/95 e foi a de maior participação, com um total de 215 intervenções (28,7% do total). Dos 10 participantes convidados, 8 estavam presentes, representando o depto jurídico, o Grupo de Faturamento, o Grupo de Sistemas, o Serviço de Radiologia, o Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde e o Laboratório. Estiveram ausentes os médicos responsáveis pelos serviços de Consultoria Médica e o Supervisor do SUS. Participaram ainda 3 membros da CPP a coordenação foi assumida pela pesquisadora.

Foi bastante ressaltada a importância legal dos Prontuários e a necessidade de se registrarem neste todas as informações pertinentes, de forma clara e bem identificada. É cada vez maior o número de pessoas que têm acionado o Hospital e seus médicos por presumidos erros médicos e o PP é a única fonte de evidências considerada pelos juízes. Também foi ressaltada a importância do PP para fins de faturamento: o SUS (Sistema Único de Saúde) remunera o Hospital de acordo com o diagnóstico do paciente, não levando em consideração o tempo de internação, procedimentos realizados ou medicação administrada. No entanto, os demais convênios exigem o registro de cada procedimento e de cada ampola, gota ou comprimido para efetuar o pagamento. Existe, inclusive, um Prontuário administrativo de cada paciente, onde são armazenados documentos fiscais (faturas, ordens, etc.) que são sujeitos a auditorias dos Ministérios da Saúde e da Previdência. São considerados essenciais para o faturamento de convênios e particulares os formulários de anamnese, prescrição, controle de enfermagem (sinais vitais), evolução, descrição de cirurgia, folha de anestesia, consultorias, requisições e resultados e laudos de exames.

Percebeu-se neste grupo uma grande vontade de romper com a situação atual e o interesse em aceitar as inovações necessárias (assinatura eletrônica, sumários de prescrição e resultados, armazenamento digital) e negociar estas modificações com as entidades envolvidas (SUS, UNIMED, etc.).

O Supervisor do Serviço de Radiologia propôs que se passasse a entregar os RX aos pacientes, guardando no PP apenas os laudos correspondentes e mantendo no HCPA apenas os RX considerados importantes para atividades de ensino e pesquisa, pela raridade ou pela especificidade (manter um arquivo histórico de RX, sem acesso para fins assistenciais).

O grupo considera importante tornar o PP mais "enxuto", sem torná-lo, no entanto, um documento omissivo. É viável a divisão do PP em um PP essencial e outro, de mais difícil acesso, para armazenar documentos que serão consultados apenas eventualmente (questões legais ou administrativas).

Foi sugerida também a adoção de uma folha de controle de sinais vitais única para todos os serviços, pois hoje esta folha é diferente nos diversos setores (Centro de Terapia Intensiva (CTI),

Sala de Recuperação (SR), Pediatria). Desta forma, um paciente cirúrgico recebe uma folha de controle na SR e, horas após, pode ter outra folha aberta na CTI ou no andar. A padronização é importante neste caso. Mesmo a utilização administrativa deste documento fica difícil. A responsabilidade do ato médico prescreve em 20 anos, portanto é necessário que se guarde toda a documentação por este prazo, não interessando se num mesmo PP ou em PP separados. A falta de qualidade das informações registradas no PP foi considerada um problema importante, que se deveria tentar minimizar através de auditorias e de mecanismos de cobrança tais como a retenção do certificado do médico-residente responsável. Foi discutida a alternativa de se armazenar os exames e prescrições em forma de consolidado. É opinião do grupo que as prescrições diárias sejam mantidas no PP secundário, embora se possa armazenar apenas o consolidado no PP principal.

Foi sugerida a criação de uma comissão para avaliar os PP com mais de 20 anos, com o objetivo de eliminar todos aqueles sem interesse histórico, para ensino ou pesquisa. Foi sugerida também a abertura de um novo PP para aqueles pacientes que retornam ao HCPA mais de 10 anos após o último registro. Neste novo PP deveria haver indicação do número do PP anterior, que estaria no Arquivo inativo. A existência de um sumário de alta completo foi considerada essencial para a qualidade do PP para fins assistenciais, de pesquisa, ensino e administração.

De acordo com nossa avaliação, este grupo foi o mais aberto a modificações, contrariando o preconceito existente em relação ao setor administrativo, visto muitas vezes como entrave burocrático a inovações.

6.2.5 - A visão dos pesquisadores

A reunião do grupo de pesquisadores foi realizada no dia 17/11/95 e contou com a presença de cinco dos nove participantes convidados, representando o Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA, do Grupo de Controle de Infecção Hospitalar, da Comissão de Pesquisa da Enfermagem, do Curso de Pós-graduação em Medicina Interna e da Escola de Enfermagem, bem como de quatro membros da CPP. Este foi o terceiro grupo mais participativo, tendo sido realizadas 137 intervenções (18,3% do total).

O principal problema levantado pelo grupo foi a dissociação de informações geradas por pesquisas e informações geradas pela assistência. Sugere-se a obrigatoriedade de registro em prontuário de achados relevantes para o paciente obtidos por uma pesquisa, garantindo um vínculo entre as duas áreas, para atendimento aos interesses do paciente. A questão ética foi também discutida, sugerindo-se a inclusão no PP de um Termo de Consentimento assinado pelo paciente, amplo e baseado em modelos adotados em outros países, que torne claro ao paciente que seus dados poderão ser utilizados para fins de pesquisa retrospectivas e prospectivas, preservando-se sempre sua identidade.

Sugeriu-se a adoção de protocolos objetivos por especialidade, para utilização em pesquisa. Foi destacado que estes protocolos não atenderiam às necessidades de pesquisas qualitativas e não poderiam nunca substituir documentos descritivos tais como anamnese, história da doença atual e evolução diária. Foi discutida também a questão da segurança dos PP, considerando a futura implantação dos Prontuários Eletrônicos. É consenso do grupo que os PE serão de mais difícil acesso a leigos mas permitirão o acesso muito mais amplo às informações, o que torna prioritária a informatização dos processos. É necessário o desenvolvimento de rotinas e procedimentos que preservem o sigilo das informações médicas. Sugeriu-se também a classificação de PP VIPS, isto é, Prontuários de autoridades, figuras de destaque do mundo intelectual e artístico, funcionários do próprio hospital, etc., que seriam de mais difícil acesso, a exemplo do que vem ocorrendo nos EUA. Destacou-se também que diferentes usuários necessitam diferentes informações do PP e acessam partes específicas do mesmo, mas que é importante evitar redundâncias.

6.2.6 - A visão dos professores de Medicina

A reunião dos professores de medicina foi realizada em 01/12/95 e foi a de menor participação. Foram convidados representantes dos 8 departamentos da Faculdade e apenas 4 compareceram, indicando o pouco comprometimento dos Departamentos com o problema em pauta. A reunião contou ainda com a presença de 3 membros da CPP e foi coordenada pela pesquisadora. Foram feitas 62 intervenções (8,2% do total), caracterizando este grupo como o menos participativo.

Os problemas levantados incluíram: a falta de qualidade e a dificuldade de se identificar a pessoa responsável pelas informações contidas no PP, bem como o grande volume de papel armazenado e a necessidade de se reduzir este volume.

As propostas sugeridas incluíram: o treinamento mais adequado dos residentes; a importância de se definir protocolos de coleta de informações subjetivas (história, anamnese, evolução) por especialidade; a adoção do sumário de prescrições e a adoção de um sumário de alta completo e informatizado.

* * *

A avaliação e o resumo dos principais tópicos discutidos em cada reunião do "Focus Group" se mostraram ser um instrumento fundamental que permitiu à Comissão de Prontuários elaborar a relação de propostas sugeridas pelos grupos (6.3) e auxiliou de forma essencial a elaboração do modelo do "Prontuário Essencial" (6.4).

* * *

6.3- Propostas sugeridas pelos grupos

A análise do conteúdo das reuniões ², realizada pela Comissão de Prontuários do HCPA após a transcrição obtida, permitiu-nos destacar 17 pontos que serão apresentados e analisados a seguir, através de:

- a) citações relevantes;
- b) a questão levantada a partir da análise da pesquisadora.

6.3.1 - Problema

"Se eu entendi bem, o foco da discussão é, fundamentalmente, papéis e volume. Quais desses papéis, que compõem o prontuário, que contribuem de fato com o "engordamento" do prontuário, a prescrição, exames e sinais vitais. Em alguns casos, os sinais vitais são mais de 50% do volume do PP.

Temos que encontrar uma fórmula que possibilite reduzir o volume do papel desses prontuários médicos.

Sinais vitais, por exemplo, vocês consideram que devem ficar, que são importantes.

A gente nunca consulta sinais vitais, pelo menos, no ambulatório, mesmo as evoluções nas internações, na maioria das vezes, são coisas que passamos sem consultar. Na internação é importante." (AM)

- O Prontuário de Pacientes atualmente em uso no HCPA é extenso, a informação nele contida nem sempre é de qualidade adequada e é necessário e urgente melhorá-lo.

6.3.2 - Qualidade da informação

"Mas dessa discussão, a preocupação maior dos colegas médicos é com a qualidade das informações e com o não preenchimento adequado das informações do prontuário." (AM)

"E quando falta informação no prontuário? A equipe responsável por aquela internação preenche mal. Têm muitos, os prontuários vêm piorando a qualidade das anotações feitas. Muitas notas não são assinadas, sem CRM, sem nada.

Se detecta-se que o prontuário está incompleto, quem é o responsável? O Chefe da equipe?

Depende da responsabilidade estar vindo de quê. Se for administrativa pode ser. Mas se for legal, será indício negativo, é o hospital ou o médico.

² EE: Ensino de Enfermagem; AM: Assistência Médica; AE: Assistência de Enfermagem; ADM: Administração; PES: Pesquisa; EM: Ensino Médico)

Internamente não existe, hoje, mecanismo dentro do hospital que obrigue as equipes a preencherem de forma completa o prontuário?" (ADM)

- Um dos grandes problemas do PP do HCPA é a falta de qualidade das informações armazenadas, que são mal registradas ou omitidas pelos profissionais responsáveis.

6.3.3 - Treinamento

"Parece-me que há algumas coisas a serem resolvidas, em termos de prontuário, na educação profissional, na educação médica para o trabalho.

O que eu noto é o seguinte: que a importância do prontuário nas questões médico-legais e nas pesquisas é a gente ter como esclarecer a respeito de questões médico-legais e a questão da pesquisa. Há dificuldades nessas duas áreas.

Eu acho que no 1º dia do médico no hospital, em qualquer área, tinha que ter uma coisa solene, para serem conscientizados da importância daquele negócio. Hoje em dia, aquilo é um monte de papel que preenche ou não preenche. O prontuário tem que ter importância chave.

Deveria haver uma reunião inicial de conscientização e educação. Eles têm que ser sensibilizados da importância desse papel. Depois, eles têm que se inteirar das normas de preenchimento do prontuário."(AM)

"Tem que haver uma comissão que avalia a qualidade do prontuário, para orientar as pessoas de como tem que fazer um prontuário, para evitar que cheguem ao seguinte problema(é o que está acontecendo agora), cada vez tem menos evolução." (AM)

- A qualidade da informação é prejudicada pela falta de treinamento dos médicos residentes e pela ausência de um mecanismo de controle e de cobrança; sugere-se: (1) a criação de uma comissão de auditoria de prontuários, (2) a instituição de um treinamento obrigatório para os residentes, (3) a realização de um seminário sobre o assunto, visando aumentar o comprometimento dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das informações do Prontuário de Pacientes com a sua qualidade, e (4) a utilização do correio eletrônico do sistema do Hospital para o envio de mensagens notificando as equipes a respeito de problemas detectados nos Prontuários de Pacientes.

6.3.4 - Informatização dos processos

"É uma mentalidade, talvez, cartorial de advogado. E a evolução é a coisa mais importante, se eu não descrevo isso, mais tarde, eu sou o responsável. Essa é a parte que está faltando no prontuário. Se discutiu

isso porque, depois do que tem acontecido, nós conversamos, a 1ª vez, sobre a qualidade do prontuário pela quantidade de papel que gerou a própria informatização, que era para diminuir o papel, mas gerou mais. Também, diminuiu a informação em termos de evolução, daí, na realidade, é um processo de educação continuada." (AM)

"Olha, eu não sei se, de repente, a prescrição e os exames não possam ser corrigidos em uma página. É, a idéia é essa. Em uma, duas páginas.

Prescrição, para mim, é um documento interno que uso todos os dias.

A prescrição é mais fácil de sumarizar.

Acho que a sumarização desses dois pontos; exames e prescrição, já traria uma diminuição bastante razoável." (AM)

"Depois, essa questão de condensar coisas. Nós temos que guardar papéis, isso está na lei. Então, vamos guardar os papéis pertinentes.

Essa questão de condensar os exames é fundamental. A gente diminui a quantidade de papel barbaramente, só fico na dívida médico-legal." (AM)

"Tem muita sujeira, muito lixo, muitas terceiras vias, uma porção de coisas.

A informatização que pensávamos, em termos teóricos, que a informática viria resolver os problemas, em relação a volume de papel, a informática só aumentou. Mais e mais folhinhas de exames e não se sabe o que está na pasta e o que não está." (AE)

- A informatização dos processos médicos (solicitação de exames, prescrição, sumário de alta), em curso atualmente no HCPA, está gerando um acúmulo maior de papel no Prontuário de Pacientes, ao contrário do que seria de se esperar.

6.3.5 - Substituição de documentos

"Todas aquelas folhas de prescrições medicamentosas poderiam ser sumariamente eliminadas, desde que no fim pudéssemos ter um sumário.

Outra coisa é os exames, teríamos um sumário que ao final pudéssemos registrar só os exames alterados.

Deveríamos encontrar fórmulas de sumarizar as informações." (EM)

- Sugere-se o melhor aproveitamento das informações que estão sendo geradas e armazenadas no sistema, através da substituição dos formulários atualmente armazenados por relatórios consolidados, emitidos de forma inteligente pelo sistema informatizado em uso (resultados de exames, prescrições e sumário de alta).

6.3.6 - Divisão dos PP

"Do ponto de vista da enfermagem, todos esses documentos como se encontram, vocês acreditam que serão necessários, serão consultados? Eu queria saber isso de vocês, ou algum tipo de documentos que vocês acham que não são necessários depois da alta do paciente, documentos que não precisam estar no prontuário?"

Se a gente pensar em pesquisa dependerá do foco de pesquisa, porque em determinado momento estamos preocupados com dados objetivos, no outro momento pode ser a interpretação que o profissional fez, outro pode ser a preocupação com as reações farmacológicas, vai depender do enfoque que a pesquisa buscará no prontuário. Assim, hoje, eu acho difícil saber o que será importante em função de pesquisa, porque a pesquisa qualitativa pode procurar os fatores no prontuário. Tudo dependerá do enfoque." (EE)

"Aqui se comentou alguma coisa sobre criar um envelope onde ficaria uma parte ...(?) do prontuário. Talvez fosse bom para o manuseio do prontuário enxuto, mas teria muito mais problemas para o pessoal do arquivo, quem tiraria as informações desnecessárias para colocar nesse envelope, pressupõe uma página colada na outra, um número, precisaria remunerar. Assim, precisaria-se dois arquivos, duas áreas.

Já existem dois arquivos hoje, um passivo (não é morto), são pacientes que, eventualmente, estão retornando e até a pesquisa. Hoje, em termos de pesquisa são 10 anos, até 10 anos ele é utilizado para pesquisa.

O que o SAMIS acharia dessa proposta de enxugar?"

Para nós é muito mais fácil de fazer isso, em função de ter uma área, hoje, superlotada que até pouco tempo (um ano atrás) era prontuário espalhado por todo chão do arquivo. Não havia condições de caminharmos ali dentro e a demora na busca do prontuário, quando um paciente está chegando numa emergência ou num ambulatório era enorme, sem falar na perda de prontuários em função do aglomerado que tinha de pastas. O sistema de arquivos que a gente tem é totalmente perdido em função disso." (AM)

"Uma tendência que existe é que se tenha dois prontuários, dois conjuntos de papéis. Um prontuário muito enxuto e que atenda adequadamente às necessidades da assistência, da continuidade do tratamento, das pessoas e do ensino. Essa seria a pasta que se manusearia no dia a dia, que andaria com o paciente e que estaria no andar. Uma pasta menor, mais enxuta" (AM)

"E outro conjunto de documentos que, muitas vezes, são relevantes durante a internação, são necessários no momento da alta, do faturamento e que não são mais, necessariamente, consultados numa segunda internação do paciente, como por exemplo as informações sobre pressão, temperatura ou controle hídrico colhidas a cada turno. Esses documentos não precisariam ficar nesse prontuário principal, poderiam ser armazenados separadamente em outro arquivo de busca menos freqüente, por exemplo, questões legais, não sei qual é a proporção de número de pacientes que entra com processo contra o hospital, mas, certamente, é um número pequeno em relação ao nosso universo. (AM)

Não chega a vinte processos por ano. Esse tipo de processo, digamos: por erro médico ou coisa assim. O máximo que nós temos aqui, se eu não me engano, é em torno de vinte a vinte e cinco processos. Completamente irrelevante". (ADM)

"Queria saber a opinião, principalmente do setor de faturamento, sobre a possibilidade de se vir a ter... um outro formulário contendo todos aqueles documentos necessários para assistência, pesquisa e ensino, e um terceiro onde se armazenariam as informações que são importantes, mas de uso pouco freqüente, de busca pouco freqüente.

Tornar o formulário enxuto.

Tem que ser enxuto o suficiente para não ser taxado de omissos." (ADM)

"Então, por exemplo, se estes documentos fossem guardados em pasta separada. Porque sinais vitais é um tipo de informação que dificilmente se consulta quando o paciente reinternar, dificilmente se olha aquela folha, porque se houve alguma intercorrência de importância significativa isto está na evolução.

Nós temos três prontuários (seria a nossa proposta), então, dentro desses deixaríamos o mais enxuto possível essas informações que necessariamente precisaremos em nova internação do paciente.

Teríamos um segundo prontuário, no qual ficariam todas essas outras informações, que não serão postas fora, mas não serão guardadas juntas." (ADM)

"E a pediatria que gera um volume grande de folhas de controle, são necessárias?

Às vezes, temos cinco prontuários, três são de folhas de controle.

Que interessa durante a internação tá, mas depois que o paciente teve alta, para uma internação futura?

Para nada.

Nem para ensino?

Para nada.

Efeitos legais?

Então, achas que essas folhas de sinais vitais não têm utilidade?

Exclusão disso, diminuiria à metade do volume.

30% mais ou menos. " (PES)

- A divisão do Prontuário de Pacientes atual em um Prontuário de Pacientes ativo e prontamente disponível, contendo todas as informações relevantes para a assistência ao paciente, e outro, de recuperação mais demorada (24 horas), para armazenamento de informações eventualmente necessárias para fins legais, jurídicos ou para a realização de pesquisas pouco freqüentes, foi considerada possível e desejável por todos os grupos.

6.3.7 - O “Prontuário Essencial”

"Lista de problemas, sumário de alta, histórico de enfermagem, anamnese médica e consolidação de exames. E a evolução?"

Não preciso a evolução e nem a parte dos sinais vitais. Isso é volume. Ficam guardados para pesquisa e outras coisas, mas eles ficam separados.

A ficha de identificação é importante ter e bem preenchida.

O que compõe... a identificação, a anamnese, aí começam as prescrições, evolução e a nota de alta?

Tem as folhas de consulta também.

Só se teve na última internação.

Eu acho que a descrição da cirurgia deveria permanecer. É uma folhinha.

Vocês não consultam, mas, lá em cima, todo mundo consulta a ficha de anestesia. Tem coisas que estão na ficha de anestesia e não escritas em lugar nenhum.

Bem, nós falamos em lista de problemas, prescrição, evolução, controle intensivo de enfermagem, nota de alta. Tem mais alguma coisa que gostariam de colocar em relação aos setores?

É que cada especialidade tem seus formulários específicos e obrigatórios." (AE)

"Na reunião de assistência, definimos o conteúdo essencial: a lista de problemas, a anamnese, exame físico, nota de alta (porque diz quais as medicações que o paciente recebeu), histórico de enfermagem. Assim, tu tens uma noção do paciente, tens o principal e não precisas todos os sinais vitais do paciente (isto ficaria em outro local)." (ADM)

"Outro problema é quando preciso desse prontuário, porque estou fazendo um levantamento de todos os casos de enfisema no hospital e eu quero fazer uma pesquisa. Eu chego, leio e falta isso, falta aquilo, então não dá para usar esse material. Uma pena, os casos são belíssimos, mas falta tanta coisa que não dá para eu fazer. Eu vinha pensando como usuária do prontuário e como médica. Nós temos, principalmente por ser hospital universitário, duas utilizações bem distintas do prontuário" (PES)

- Podemos definir o conteúdo essencial ("Core Record") a ser mantido no PP como sendo: Ficha de identificação, lista de problemas, anamnese e exame físico, evolução clínica, prescrição clínica, nota de baixa, nota de alta, resultados de exames, formulários específicos de especialidades.

6.3.8 - O Prontuário Eletrônico

"Existem adeptos mais fervorosos e menos fervorosos de informática, mas, basicamente, todo mundo procurando informatizar processos, informatização de processos. Por onde começa a informatização do

prontuário, então informatizam os exames, a prescrição e a evolução. Vai informatizando as atividades, os processos médicos.

A informatização desses processos, gera uma informação armazenada em disco. A medida que essas informações forem aumentando, em tipos de informações, a gente conseguirá montar um prontuário informatizado." (AM)

- A disponibilidade de informações do Prontuário de Pacientes na rede de terminais (prontuário eletrônico) é desejável e deve ser buscada como um objetivo da CPP.

6.3.9 - Sumário de alta

"Só voltando ao que poderia ser retirado. A evolução só é manuseada na alta, porque a qualidade da nota de alta é muito ruim. Ela não consegue expressar o que foi feito, qual a orientação dada ao paciente pós-alta. Então, realmente, na evolução, tem que ter o exame para se ter uma idéia, porque a qualidade dela é muito ruim." (AM)

"Se tu tens uma nota de alta bem feita e que resume exatamente o que ocorreu com o paciente, tu nem olha a evolução, tu só olha a evolução se a nota de alta não te esclarece." (AM)

"Acho que deve ter um sumário de alta padronizado em papel impresso. Tem que haver uma nota de alta dentro das normas para cada serviço.

Mas o sumário, atualmente, é assim.

Têm documentos chaves no prontuário: a nota de alta e a nota de baixa são fundamentais." (AM)

"Mas por mais que o prontuário esteja informatizado, isso eu tenho visto nos outros hospitais, os hospitais sempre mantém, de alguma forma, o prontuário em papel. No mínimo, um resumo, um sumário de alta muito bem feito, com todos laudos do que aconteceu na última consulta ou internação anterior, isso está no prontuário-papel. Quando o paciente retorna, o sistema pode estar fora por qualquer motivo, sempre o prontuário papel tem que garantir o atendimento daquele paciente." (ADM)

"Uma das coisas que nos fez falta é a possibilidade de acessar, rapidamente, a situação que indicou a alta. Falou-se em sumário de alta. Parece-me uma coisa muito importante. Para nós, sumário de alta é um resumo daquela internação.

Isto poderá armazenar-se junto com todas as altas daquele paciente. Isso de forma reduzida. Ai, o prontuário escrito acabará em algum depósito de onde poderá ser acessado com tempo, mas não fará parte da rotina." (EM)

- Sugere-se a informatização da rotina de emissão do sumário de alta, permitindo incorporar a esse sumário várias informações já apropriadas pelo sistema, melhorando, dessa forma, o conteúdo e a forma de sua informação.

6.3.10 - Lista de Problemas

Uma outra coisa, eu acho que esse prontuário foi criado em cima de um sistema de Weed e hoje isso se perdeu totalmente, acho que se deveria recuperar alguma coisa nesse sentido que fosse uma linguagem comum da filosofia do prontuário para toda a equipe. Isso eu acho uma coisa importante, porque não tem mais coerência entre aquela folha de listagem de problemas com a evolução. É uma questão a se discutir.

Se as pessoas não estão mudando, é porque não estão convencidas de que há validade, então temos que, primeiro, ver qual é a filosofia comum de quem registra para que seja aceito." (EE)

- Sugere-se a retomada dos conceitos de Weed (1968), priorizando-se a Lista de Problemas como o documento-síntese fundamental do Prontuário de Pacientes, bem como a implantação de um sistema para emissão de uma "lista de ocorrências".

6.3.11 - Protocolos, roteiros e padronização

"Outra idéia, que surgiu na vez anterior, foi a necessidade de se padronizar, não só na enfermagem, mas também na área médica, um conjunto mínimo, ter-se um roteiro. Tentar estabelecer roteiro e padrões em conteúdos para cada parte do prontuário.

Até a anamnese, cada um inventa o seu estilo literário. Às vezes falta informação, às vezes tem demais, então, tentar estabelecer um modelo." (AE)

"Na medida em que tivesses um protocolo de atendimento de abscesso pulmonar, no paciente com este diagnóstico terias todos os itens que são necessários.

O cara é um hipertenso severo que internou via emergência com crise hipertensiva. Então, tem no protocolo. Isto tem uma vantagem e uma desvantagem. A vantagem de se poder recuperar informações, contudo tira um pouco da criatividade da peculiaridade do atendimento. Perde a elegância." (PES)

"Se cada serviço, para determinada doença tivesse um protocolo. Esse protocolo sabemos que será binário, mas poderia ter algum objetivo didático para o residente, pois à medida em que tenha que repetir a informação, acaba incorporando a sua necessidade. Por exemplo, nas anamneses poderia sempre constar a informação sobre hipocratismo digital (pneumologista sempre tem que olhar as unhas do paciente), então, a grande maioria dos pacientes não tem hipocratismo digital." (PES)

- Para melhorar a qualidade das informações e agilizar a recuperação das mesmas, sugere-se a criação de roteiros padronizados, específicos para cada especialidade, para anamnese, história e exame físico, atualmente registradas livremente.

6.3.12 - Legislação

"Existe uma legislação que é muito antiga, omissa e incompleta, e por ser incompleta a assessoria jurídica termina fazendo as coisas mais legais que a lei manda com medo de estar interpretando errado. A legislação brasileira diz que o prontuário deve ser mantido em seus documentos originais por vinte anos, então, eu posso microfilmá-lo, posso digitalizar, mas continuo tendo a obrigação legal de manter o documento original. Essa é nossa legislação e é assim em muitos países, menos nos Estados Unidos, onde varia de Estado para Estado, tem alguns Estados que aceitam formulário informatizado e assinatura eletrônica (através de senha) e outros que exigem a guarda do papel.

Nossa legislação diz que devemos guardar o prontuário por vinte anos, mas não diz, em nenhum momento, o que compõe o prontuário, não existe uma definição legal quanto ao conteúdo mínimo ou obrigatório de prontuário." (EE)

- A legislação brasileira a respeito de tema é omissa e inadequada e deve ser contestada pelo HCPA, através dos órgãos competentes.

6.3.13 - Assinatura Eletrônica

"É a assinatura eletrônica que dá. É o que a gente também está apostando. Temos que fazer um seminário sobre esse assunto, pois a assinatura eletrônica é um foco não muito bem...

Poucos de nós assinamos alguma coisa, fora cheque, é cartão. O hospital pensa em eliminar, moralizar o acesso, eliminar a zero todas as senhas e passar a um outro sistema de senhas, talvez com cartão, e mediante a assinatura de um termo de responsabilidade." (AM)

"Quanto à assinatura eletrônica qual é a posição?

Não há nada contra. A tendência é o papel desaparecer e ficam os dados.

Existe uma resolução do Conselho Estadual de Medicina que diz que todo prontuário inativo não inferior a dez anos, ele poderá ser substituído por outro. Desde que seja mantido o registro.

Substituído por outro, desde que seja plenamente.

Guarda por vinte anos aquele registro.

Em relação à prescrição eletrônica, acho que com os convênios é tudo uma questão, nos contratos, começar a firmar a ponto de não mandar mais papel." (ADM)

- A assinatura eletrônica, através do uso de senhas, seria uma prática a ser adotada e aceita pelo Hospital, pelas instituições conveniadas e, principalmente, pela Justiça.

6.3.14 - Ética e sigilo médico

Essa parte histórica vem pouca para nós, está aparecendo mais, mas não aparecia muito. O grande volume do hospital é uma parte mais prospectiva, contemporânea, entretanto nunca vai se deixar de consultar o prontuário em qualquer situação. Mesmo num trabalho contemporâneo, tu vais ao prontuário para tirar uma dúvida passada. Nesse prontuário, a equipe de pesquisa tem que evoluir, informar que aquele paciente entrou no protocolo tal. Para a gente recuperar o uso de pacientes para fins de pesquisas.

Essas informações geradas na pesquisa deveriam, de alguma forma, estarem contempladas, até porque podem cair no atendimento. Chega e sucede um caso, a fim de pesquisa, e uma prova de esforço para teste de uma medicação e o cara resistiu bem, mas por um problema qualquer, o cara chega aqui alegando dor no peito, não vais colocar o cara numa esteira de novo se ele fez há duas semanas atrás para fim de pesquisa. É um dado que se perde. (PES)

Um das constatações feitas e uma das recomendações é que todo hospital deve ter prontuários tarja preta, não autorizados, que se impeça de alguma forma o acesso, mas que eles chamam de prontuários VIPS. Deveriam estar nessa categoria os prontuários dos profissionais que atuam no hospital, seus familiares e celebridades (PES).

Vamos ter que começar a incluir isso como uma recomendação formal. Isso não consta em nenhuma nota internacional, ninguém colocou a necessidade de evoluir no prontuário do paciente que ele é objeto de uma pesquisa. E vamos ter que introduzir um documento chamado de "Consentimento Informado", onde o paciente aceita que seus dados sejam utilizados para pesquisa, desde que seu nome não apareça (PES)

- Sugere-se a inclusão, no PP, de um Termo de Consentimento Informado, assinado pelo paciente ou responsável, dando ciência de que o mesmo aceita que seus dados sejam utilizados para pesquisas epidemiológicas e clínicas, preservando-se o sigilo de sua identificação. Sugere-se também a instituição de mecanismos de controle mais eficazes para regulamentar o acesso aos PP.

6.3.15 - Folha de Controle da Enfermagem

Os sinais vitais, dentro da enfermagem, nós temos de quatro a cinco folhas diferentes. Não temos um padrão de folha de controle. (AE)

A gente já andou tendo um estudo, porque têm folhas de sinais vitais diferentes: CTI e SR são diferentes da Pediatria. Numa época, tentamos manter uma só, a que saísse da SR não se necessitasse abrir uma nova folha, que se pudesse continuar.

Fazer uma folha mais completa, o CTI usaria todas aquelas partes, a SR alguma e a unidade o restante, mas não se mudaria de folha.

A folha de controle dos sinais vitais do bloco da SR, ela vem com informações do bloco: a hidratação, o soro. E elas fazem um fechamento. Então, não podemos continuar, pois é outra folha e não tem. E tu abres outra folha, porque precisa ter, tens que manter toda parte de líquidos para fazer o controle na unidade.

Tentamos fazer isso com a pediatria. Hoje, em uma reunião que tivemos, foi colocado bem diferente do que estás colocando.

Eles estão encontrando dificuldades, hoje existe um que é usado pela unidade normal da pediatria, pela emergência, pela NEO e pela .SR. E se tentou padronizar. Eu acho que se tem de fazer um trabalho bem bom de padronização. (ADM)

- Sugere-se a criação de um formulário único de controle da Enfermagem que atenda às necessidades dos diferentes serviços.

6.3.16 - Comissão de Revisão

"Já existem prontuários que cabem nesse critério de vinte anos inativo?"

Sim.

Quem sabe a gente faz um levantamento e põe fora?...

Têm valor científico?"

Têm.

Aí, está a discussão. O valor acadêmico que é a discussão. Porque técnico já sabemos, são vinte anos, mas acadêmico.

Esse acadêmico só seria eliminado se houvesse uma comissão que avaliasse. Vamos separar todos que têm vinte anos e definir quais valem a pena para fins acadêmico.

Ver o valor acadêmico. Ver o que os professores pensam que deva ser guardado." (ADM)

- Sugere-se que seja criada uma comissão encarregada de revisar os Prontuários de Pacientes inativos há mais de 20 anos, legalmente passíveis de eliminação, para identificar aqueles que tenham importância histórica ou para fins de pesquisa.

6.3.17 - Organograma

"Eu vejo o prontuário como um documento médico, voltado à assistência do paciente, primeiramente voltado à assistência.

Ele é vinculado ao faturamento.

Isso é um perigo, porque com a valorização do faturamento, a informação médica é cada vez mais pesada.

É o que tende acontecer aqui. No meu entender, o SAMIS tem que ser subordinado à VPM, já que é um serviço a nível médico.

- Sugere-se a alteração da posição do SAMIS dentro do organograma do HCPA, saindo do Grupo de Faturamento, subordinado à Vice-Presidência Administrativa, para uma nova unidade - Central de Informações em Saúde (CIS), subordinada à Vice-Presidência Médica, visto que o prontuário tem como finalidade básica o atendimento às necessidades de informações para a assistência ao paciente.

* * *

6.4 - Explorando os dados em busca do aprofundamento da análise qualitativa

A análise de conteúdo foi executada com o programa SPHINX³, através de suas funções de análise lexical, de navegação lexical, estatísticas e de análise de dados textuais. O programa mostrou ser adequado aos objetivos buscados, sendo uma ferramenta com amplo espectro de aplicações, adequada às diversas áreas de conhecimento.

O texto contendo a transcrição das reuniões foi editado, definindo-se cada intervenção feita como um novo parágrafo. Cada parágrafo foi então identificado através de um número (1 a 8), indicando a categoria do participante. O texto assim editado foi “importado” no sistema Sphinx, definindo-se duas variáveis básicas:

- Categoria do participante (numérica)
- Opinião (texto)

6.4.1 - Frequência das intervenções por categoria

Inicialmente foi feita a análise da distribuição das intervenções por grupos, buscando-se identificar os grupos mais participativos. Os resultados são mostrados a seguir:

A- Considerando a participação dos pesquisadores

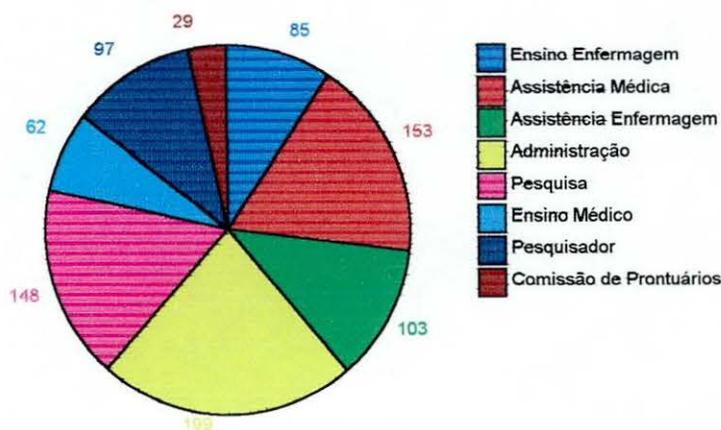


Fig. 11- Distribuição das intervenções por categoria

CATEGORIA	Qt. cit.	Freqüência
Ensino Enfermagem	85	10%
Assistência Médica	153	17%
Assistência Enfermagem	103	12%
Administração	199	23%
Pesquisa	148	17%
Ensino Médico	62	7%
Pesquisador	97	11%
Comissão de Prontuários	29	3%
TOTAL OBS.	876	100%

Os percentuais são calculados em relação ao número de observações.

Tab. 1- Distribuição das intervenções por categoria

³ Sistema SPHINX Plus ®: concepção de pesquisa e de análise estatística qualitativa e quantitativa.

B- Não considerando a participação dos pesquisadores

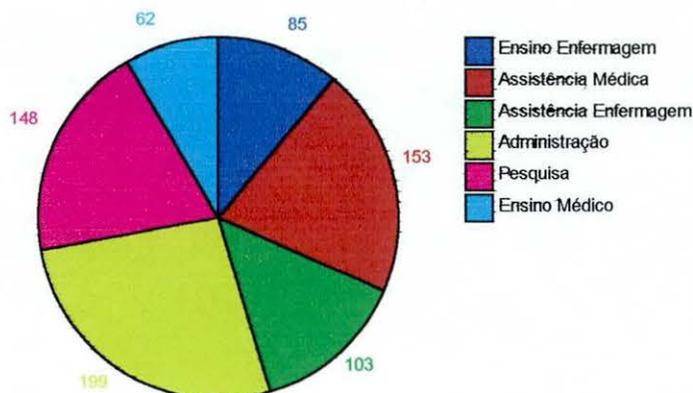


Fig. 12- Distribuição das intervenções por categoria, não considerando a participação dos pesquisadores

CATEGORIA	Qt. cit.	Frequência
Ensino Enfermagem	85	10%
Assistência Médica	153	17%
Assistência Enfermagem	103	12%
Administração	199	23%
Pesquisa	148	17%
Ensino Médico	62	7%
TOTAL OBS.	876	

Os percentuais são calculados em relação ao número de observações.
A soma dos percentuais é inferior a 100 devido às supressões.

Tab. 2- Distribuição das intervenções por categoria, não considerando a participação dos pesquisadores

As reuniões dos diferentes grupos foram planejadas para terem o mesmo número de participantes (6 a 8) e a mesma duração (2 horas). No entanto, os diferentes grupos se comportaram de formas diversas, tanto em relação ao comparecimento dos membros convidados, na intensidade de suas participações e, conseqüentemente, os segmentos mais interessados e participativos foram os da administração, pesquisa e assistência médica, seguidos pelo grupo de assistência em enfermagem. Os grupos menos participativos foram os grupos de ensino médico e de enfermagem. Visto que, em um hospital universitário, as atividades de ensino são indissociáveis das atividades de assistência, na verdade os participantes desses últimos grupos também estavam representados nas reuniões de assistência.

6.4.2 - Palavras e construtos mais citados

A análise léxica definiu as palavras mais citadas pelos grupos, listadas a seguir no Quadro 3 (foram eliminadas as palavras sem interesse para o estudo). O caracter “#” na frente da palavra indica que a mesma representa o agrupamento de palavras correlatas, feito pela pesquisadora

(Quadro 4: Construtos). Portanto, ao agrupar palavras, buscou-se a definição de construtos de importância para o estudo em pauta. Entre as palavras e construtos mais citados, identificamos aquelas que diziam respeito aos temas em discussão e que foram então consideradas “palavras-chave” (em vermelho no texto). A definição das palavras-chaves foi feita pelos membros da Comissão de Prontuários, baseados nas análises do sumário qualitativo (6.2) e das propostas elaboradas pelos grupos (6.3), à luz de nossa experiência e conhecimento teórico das questões em pauta. Todas as palavras-chaves se referem a problemas apontados e soluções sugeridas pelos grupos de usuários para a questão dos Prontuários de Pacientes do HCPA.

#Prontuários	427	#Sistemas	51	#Serviços	24
#Vol.papel	216	#Sumários	47	#Treinamento	24
#Pacientes	203	registro	45	#Administração	23
#Enxugamento	152	dados	42	#Profissionais	23
#Armazenamento	142	lista	41	#Protocolos	23
#Informação	142	#Processos	40	#Terminais	23
#Hospitais	134	#Questões	40	ambulatório	21
#Problemas	107	sinais	37	atendimento	21
#Medicina	104	vitais	37	#Resultados	20
#Prescrições	104	#Pastas	32	#Conteúdo	19
#Informatização	93	relação	32	espaço	19
#Documentação	91	#Padronização	31	controle	18
anos	90	#Residentes	30	#Auditoria	16
pesquisa	80	#Assinatura	29	consulta	16
#Exames	71	qualidade	29	rotina	16
#Evolução	69	SAMIS	29	necessidade	15
#Alta	68	assistência	28	#Responsabil.	15
#Internações	68	#Anamnese	27	melhorar	14
#Enfermagem	64	#Computadores	27	faturamento	13
#Importância	63	nota	27	usuários	13
#Legislação	62	caso	25	#Essencial	11
#Área	62	tempo	25	fundamental	10
#Discussão	51	ensino	24	#Repetição	10
		proposta	24		

Quadro 3 - Palavras e construtos mais citados nas reuniões de FG (palavras-chave em destaque)

#Vol.Papel: Volume + Papel + Folhas:
 #Enxugamento: Enxugamento + Redução + Retirar + Eliminar + Tirar + Simplificar + Consolidar
 #Armazenamento: Armazenar + Armazenamento + Guarda + Arquivamento
 #Informatização: Informática + Inform atizar + Informatização
 #Alta Alta + Altas (Sumário de alta)
 # Legislação: Legal + Legais + Justiça + jurídicas/os + Leis
 #Sumários: Sumário + Sumários + Sumarizar
 Lista: (Lista de Problemas)
 Vitais: (Folhas de registro de Sinais Vitais)
 #Padronização: Padronizar + Padronização + Roteiros
 #Assinatura: Assinatura + assinaturas + Assinar
 #Treinamento: Educação + Treinamento
 #Protocolos: Protocolo + Protocolos
 #Controle: (Formulários de controle de Enfermagem)
 #Auditoria: Auditar + Auditores + Auditoria

Quadro 4 - Construtos elaborados

6.4.3 - Como os construtos se manifestam nos diferentes grupos

As palavras-chave selecionadas pela Comissão de Prontuários foram analisadas, através de histogramas, em relação aos diferentes grupos de usuários, buscando-se comparar os diferentes comportamentos frente aos problemas e às soluções possíveis. A frequência e a distribuição percentual das citações das palavras-chave nos diferentes grupos estão tabuladas a seguir (Tab. 5 e Tab. 6), excluindo-se a participação dos membros da CPP.

CATEGORIA PAL.-CHAVE	Ensino Enferm.	Assistência Médica	Assistência Enferm.	Adminis- tração	Pesquisa	Ensino Médico	TOTAL
#Alta	3	10	9	3	5	7	37
#Armazenamento	5	12	5	30	7	5	64
#Assinatura	5	4	0	4	4	2	19
#Auditoria	0	2	0	6	2	0	10
#Enxugamento	10	18	10	18	6	7	69
Controle de Enf.	3	0	2	2	3	2	12
#Treinamento	3	8	6	0	3	0	20
#Vol.papel	16	24	26	23	5	9	103
#Legislação	1	8	0	7	2	3	21
#Informatização	5	9	5	4	10	3	36
Lista de problemas	7	0	13	0	1	2	23
#Padronização	1	7	5	2	3	1	19
#Protocolos	0	0	1	0	8	7	16
qualidade	1	9	0	2	0	1	13
#Sumários	6	6	6	2	0	3	23
Sinais vitais	1	4	11	8	0	1	25
TOTAL	67	121	99	111	59	53	510

Tab. 3 - Frequência de citação das palavras-chave nos diferentes grupos

CATEGORIA PAL.-CHAVE	Ensino Enf.	Assistência Médica	Assistência Enferm.	Adminis- tração	Pesquisa	Ensino Médico	TOTAL
#Alta	4	8	9	3	8	13	7%
#Armazenamento	7	10	5	27	12	9	13%
#Assinatura	7	3	0	4	7	4	4%
#Auditoria	0	2	0	5	3	0	2%
#Enxugamento	15	15	10	16	10	13	14%
controle	4	0	2	2	5	4	2%
#Treinamento	4	7	6	0	5	0	4%
#Vol.papel	24	20	26	21	8	17	20%
#Legislação	1	7	0	6	3	6	4%
#Informatização	7	7	5	4	17	6	7%
Lista de problemas	10	0	13	0	2	4	5%
#Padronização	1	6	5	2	5	2	4%
#Protocolos	0	0	1	0	14	13	3%
qualidade	1	7	0	2	0	2	3%
#Sumários	9	5	6	2	0	6	5%
Sinais vitais	1	3	11	7	0	2	5%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Os valores da tabela são os percentuais em coluna estabelecidos sobre 510 citações.

Tab. 4 - Distribuição percentual das citações das palavras-chave nos diferentes grupos

6.4.3.1 - Ensino de Enfermagem

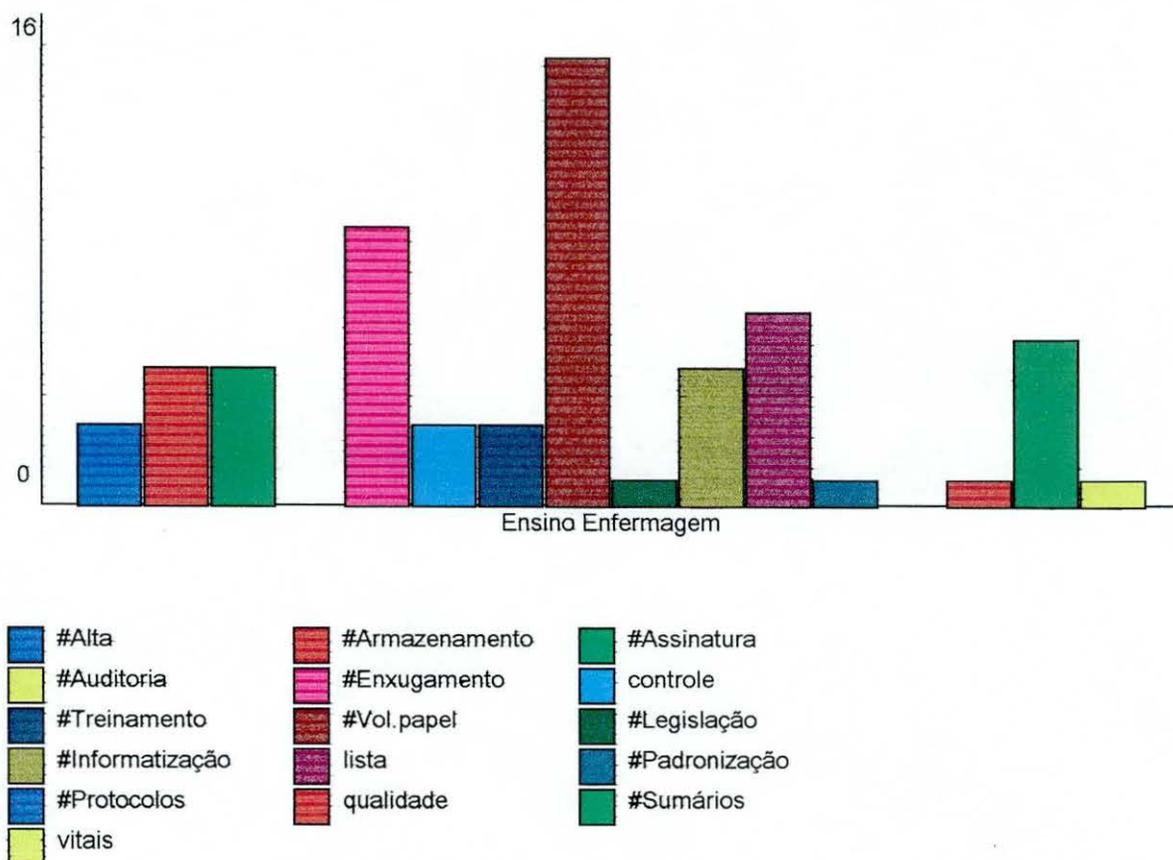


Fig. 13 - Utilização das palavras-chave no grupo de Ensino de Enfermagem

Observa-se, neste grupo, que as palavras-chave mais citadas são: o volume de papel (24%), a necessidade de "enxugamento" do prontuário (15%) e a importância da lista de problemas (10%). Secundariamente, o grupo se preocupou com os temas referentes à substituição de documentos volumosos por sumários (9%) e ao armazenamento, assinatura eletrônica e informatização (7%). Os temas referentes à necessidade de auditoria dos PP e a introdução de protocolos não foram comentados pelo grupo (0%) e os temas referentes à Legislação, Padronização e Qualidade tiveram apenas 1% das citações do grupo. Tal distribuição está de acordo com o sumário qualitativo elaborado pela Comissão de Prontuários (6.2.1), caracterizando este grupo como um segmento mais teórico, mais afastado da realidade assistencial do HCPA. Os 3 temas mais citados foram também priorizados pelo grupo de Enfermagem Assistencial mas, diferentemente do grupo de professores, este grupo apontou as questões práticas relativas ao funcionamento do PP, que são a criação de um sumário de alta completo e o registro mais adequado dos sinais vitais.

6.4.3.2 - Assistência Médica

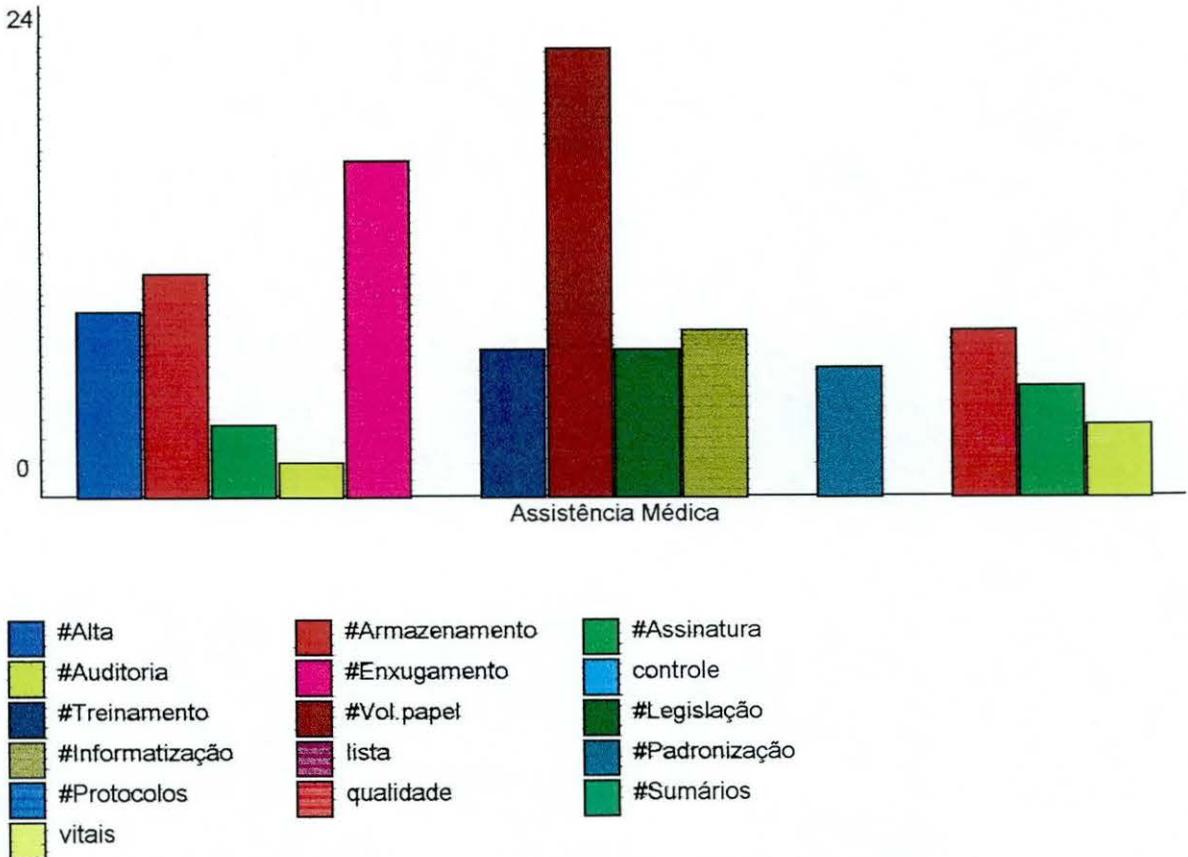


Fig. 14 - Utilização das palavras-chave no grupo de Assistência Médica

Os médicos deram ênfase aos aspectos relativos ao grande volume de papel armazenado (20%), à necessidade de enxugamento dos Prontuários (15%) e à questão do armazenamento das informações (10%). Os números encontrados validam plenamente a impressão da Comissão de Prontuários (6.2.2), ao apontarem para a questão da nota de alta (8%), do treinamento (7%), das mudanças na legislação (7%), melhoria da qualidade (7%), necessidade de padronização (6%) e elaboração de sumários de exames e de prescrições (5%) como soluções para o problema em pauta. Os médicos não discutiram as questões relativas à lista de problemas, folhas de controle de enfermagem e protocolos de pesquisa (0%), sendo os dois primeiros temas apenas do interesse da Enfermagem e o último, de interesse da área de pesquisa. O grupo de assistência médica teve um enfoque prático e voltado à realidade da atividade assistencial do HCPA.

6.4.3.3 - Assistência de Enfermagem

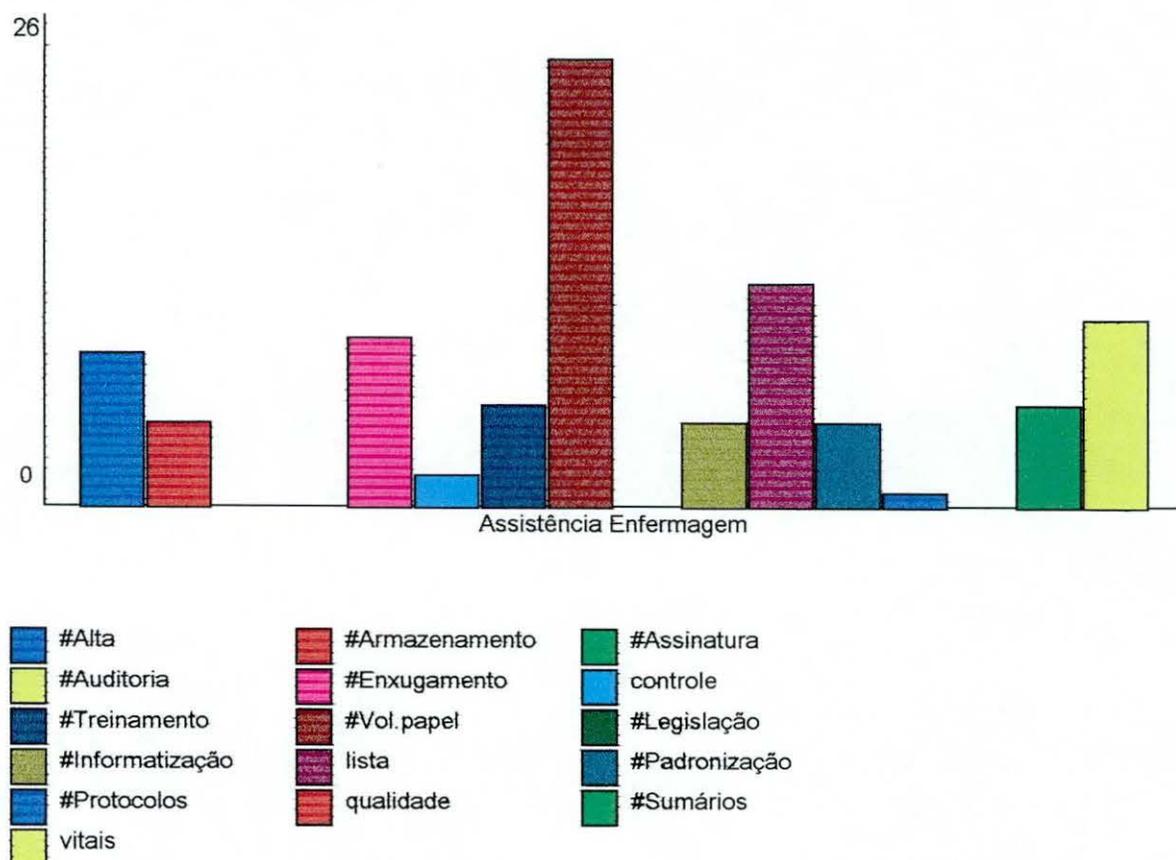


Fig. 15 - Utilização das palavras-chave no grupo de Assistência de Enfermagem

Assim como o Grupo de Ensino de Enfermagem, este grupo discutiu com mais ênfase as questões relativas ao volume de papel dos PP (26%), a lista de problemas (13%) e a necessidade de “enxugamento” dos prontuários (10%). No entanto, diferentemente do grupo de ensino, a Enfermagem Assistencial apontou medidas práticas para os problemas, tais como o desenvolvimento de um sistema para emissão de nota de alta (9%) e uma melhor forma de registrar as informações relativas aos sinais vitais. O treinamento dos usuários e a criação de sumários de exames e de prescrição foram apontados como soluções relevantes (6%). Esta análise está de acordo com a impressão subjetiva da Comissão de Prontuários a respeito da reunião do grupo (6.2.3).

A preocupação com a lista de problemas, expressa pelos dois grupos de enfermeiros, revela um conflito em relação ao preenchimento deste documento, que é uma síntese dos problemas do paciente no decorrer de sua vida. Até 1994, o HCPA mantinha duas listas de problemas separadas dentro do Prontuário que foram unificadas em 1995, sob o argumento de que estas se referiam ao paciente, devendo, portanto, refletir o conjunto de seus problemas. Esta unificação tem gerado conflitos de interpretação em relação ao conceito de “problema”, visto pelos médicos como sendo os sinais, sintomas e diagnósticos encontrados no paciente e, pelas enfermeiras, como sendo qualquer problema que envolva o paciente, incluindo-se questões psicossociais e de higiene pessoal. Visto que a unificação é tida como uma conquista da Enfermagem, os conflitos existentes parecem valorizar o assunto como tema de discussão do grupo.

6.4.3.4 - Administração

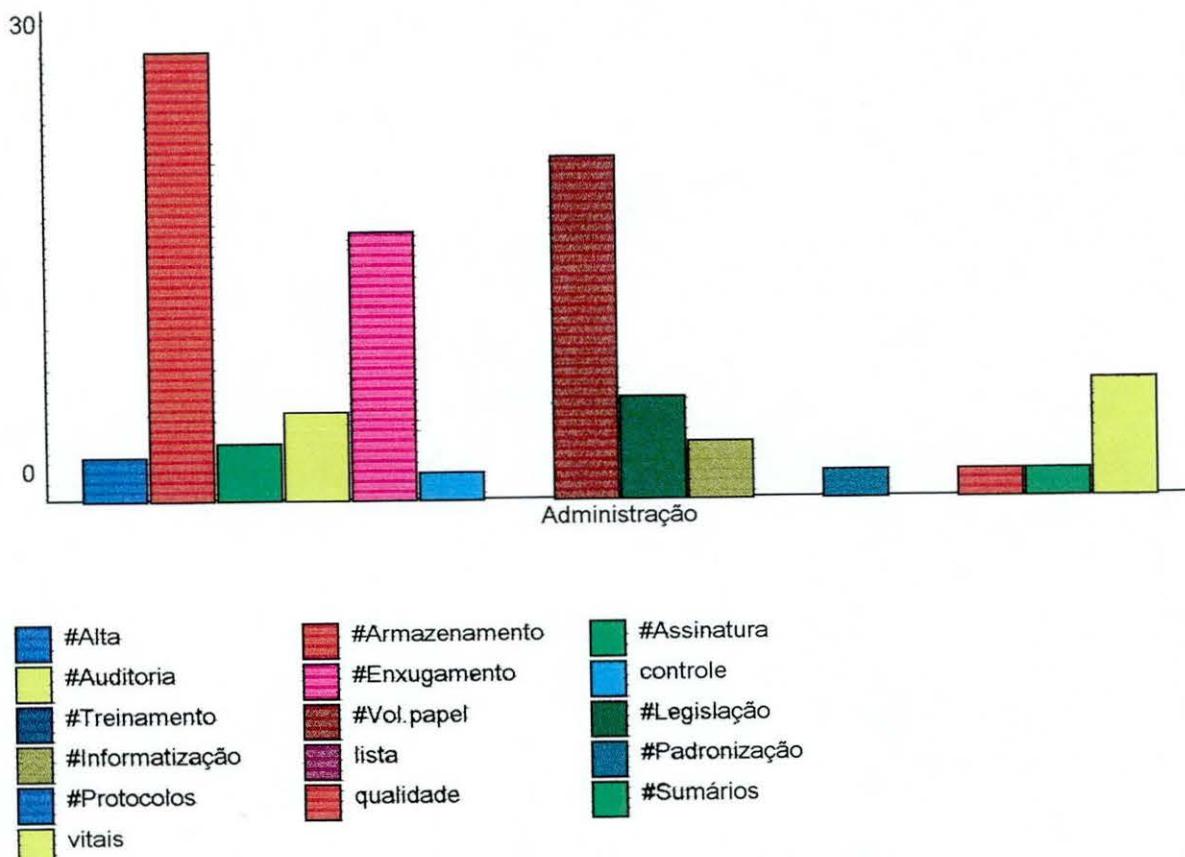


Fig. 16 - Utilização das palavras-chave no grupo de Administração

Corroborando a impressão subjetiva da Comissão de Prontuários (6.2.4), o grupo de Administração enfatizou os aspectos relativos à necessidade de armazenamento de determinados documentos (27%), ao grande volume de papel hoje armazenado (21%) e à necessidade de “enxugamento” do Prontuário (16%). Os administradores ressaltaram a importância da padronização da folha de controle de sinais vitais (7%), os entraves e soluções para as questões legais e jurídicas pertinentes (6%), a questão da assinatura eletrônica (4%), bem como as vantagens de se instituir uma Comissão de Auditoria para o controle da qualidade da informação registrada (5%). Este grupo não se preocupou com os aspectos relativos ao treinamento, lista de problemas, e protocolos (0%), temas de interesse de professores, prestadores de assistência e pesquisadores. O elenco dos temas discutidos está perfeitamente adequado ao perfil dos participantes, que são profissionais voltados aos interesses administrativos da instituição.

6.4.3.5 - Pesquisa

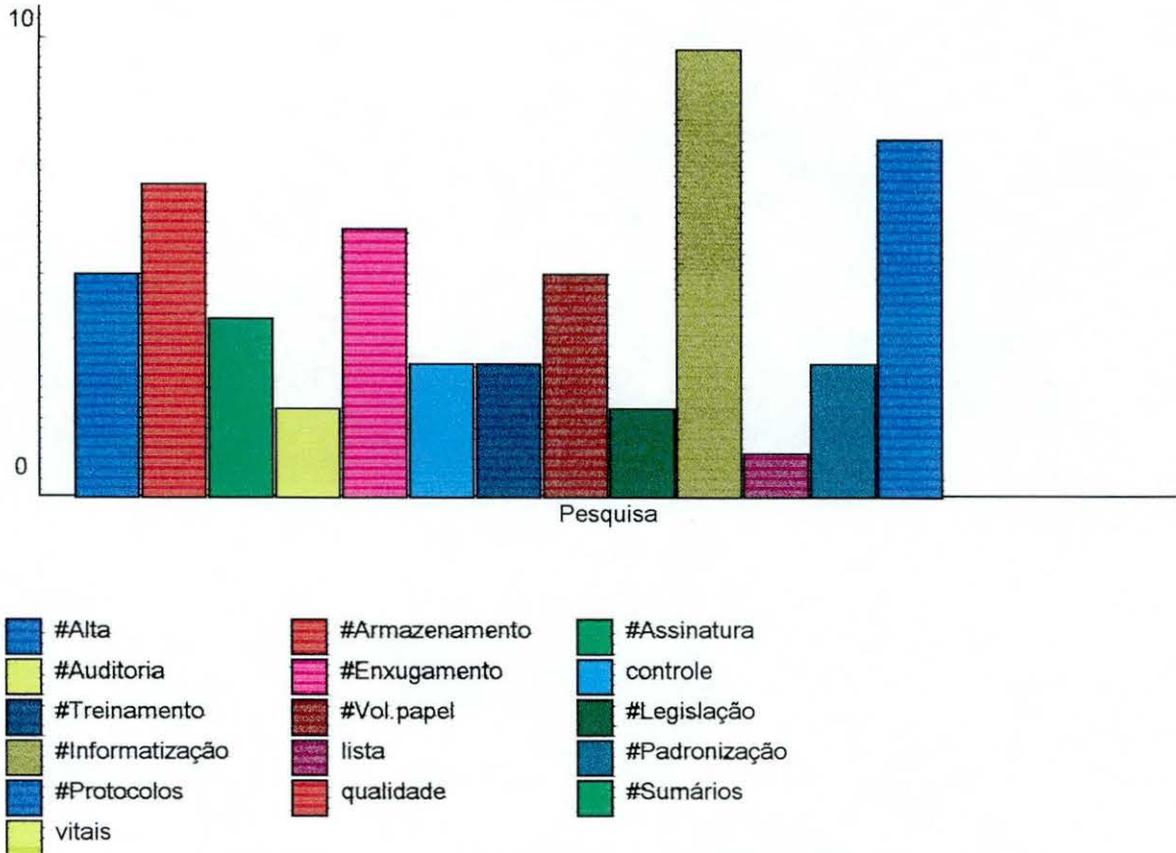


Fig. 17 - Utilização das palavras-chave no grupo de Pesquisa

O grupo de Pesquisa deu ênfase para a questão da informatização dos processos (17%), à instituição de protocolos de pesquisa para facilitar o registro objetivo (14%) e o problema do armazenamento de informações (12%). A necessidade de enxugamento do Prontuário (10%) e o grande volume de papel armazenado (8%) foram também questões abordadas e foi sugerida a adoção de um sistema de emissão de nota de alta que atendesse às reais necessidades do Prontuário (8%). Este grupo não se preocupou com temas relativos à qualidade da informação, à necessidade de sumários e à padronização das folhas de sinais vitais, indicando uma clara preferência pela adoção de protocolos que registrassem as informações subjetivas, tradicionalmente colhidas na forma de texto (anamnese, história da doença atual, evoluções, etc.) de forma codificada, de fácil recuperação para fins de pesquisa clínica e epidemiológica.

A análise desta tabela nos permite concluir que a avaliação qualitativa feita pela Comissão a respeito da reunião deste grupo obteve êxito ao ressaltar os principais temas discutidos.

6.4.3.6 - Ensino Médico

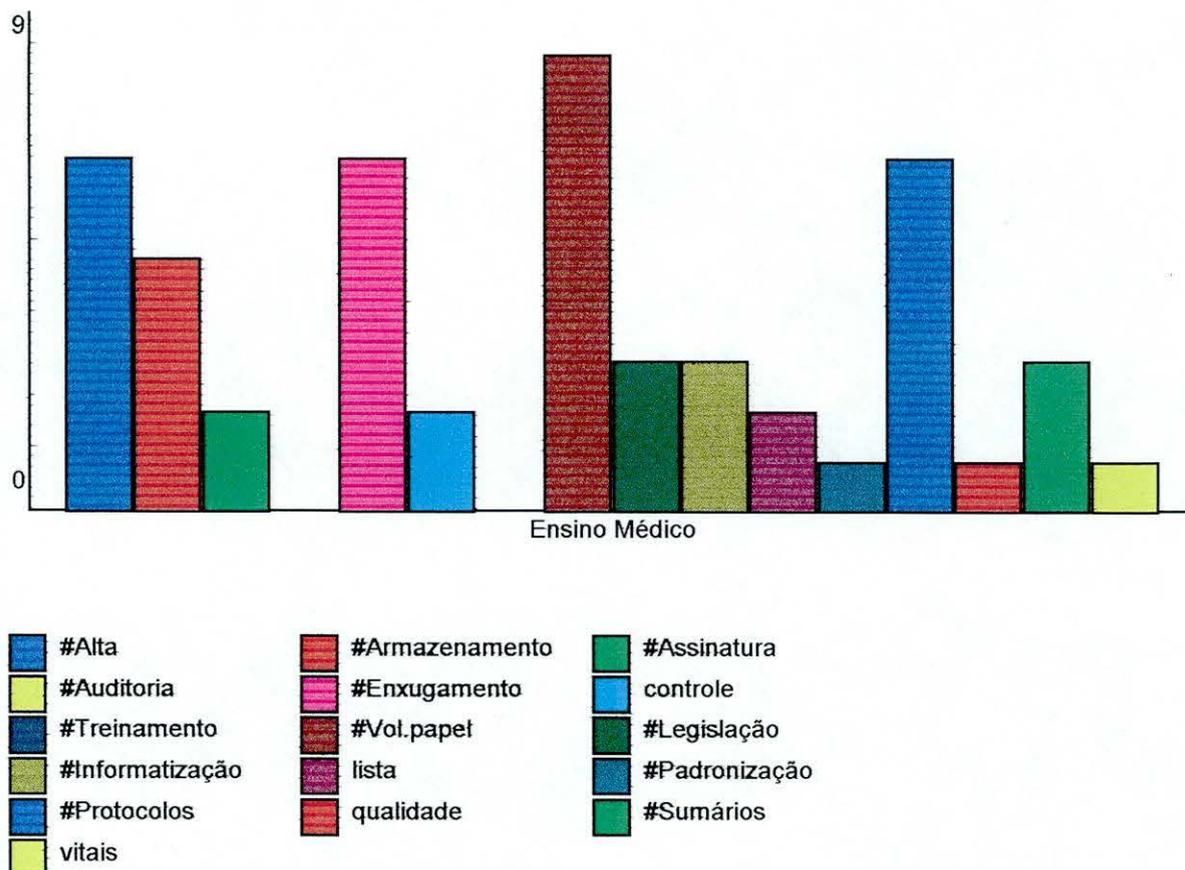


Fig. 18 - Utilização das palavras-chave no grupo de Ensino Médico

O grupo de Ensino Médico foi o de menor participação, e elegeu como temas prioritários o problema do grande volume de papel armazenado (17%), a instituição de uma nota de alta completa (13%), a necessidade de enxugamento dos Prontuários (13%) e a utilidade dos protocolos de coleta de informações (13%). Este grupo não enfocou questões relativas à necessidade de auditoria e de treinamento (0%). da mesma forma que o grupo de Ensino de Enfermagem, o grupo de Ensino Médico se diferencia do grupo de assistência médica por sua postura mais teórica. Esta diferença de enfoques e de necessidades foi procurada pela pesquisadora ao montar os diferentes grupos, pois o resultado buscado deveria refletir os diferentes enfoques.

6.4.4 - Comparando os grupos

Através das análises realizadas, pode-se verificar que os diferentes grupos traduziram, através de suas intervenções, suas diferentes posturas e necessidades em relação ao Prontuário, como era esperado e desejado pelos pesquisadores. No entanto, cabe ressaltar que o problema do grande volume de papel armazenado (20% do total), as questões relativas às necessidades de se armazenar documentos (13% do total) e a necessidade de se “enxugar” os prontuários (14% do total) foram questões relevantes em TODOS os grupos, enquanto outras se destacaram apenas em segmentos específicos. A lista de problemas, por exemplo, como já foi citado, é questão prioritária dos dois grupos de enfermagem e não foi importante nos demais grupos, enquanto que os protocolos foram discutidos apenas entre os pesquisadores e os professores de medicina.

A seguir são apresentadas análises complementares, realizadas com o objetivo de ilustrar as constatações feitas. A tabela de frequências de citações de palavras-chave é mostrada através de uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC, seção 6.4.4.1) e, após, as palavras-chave foram divididas em 2 grupos, Problemas e Soluções, ilustrados através de histogramas múltiplos (seções 6.4.4.2 e 6.4.4.3).

6.4.4.1 - Análise Fatorial de Correspondência: os grupos e as palavras-chave

Nesta seção é apresentada uma análise fatorial de correspondência, numa representação da distribuição de frequência das palavras-chave (Tab. 5). De acordo com Cunha, Freitas e Slongo (1995:127), a técnica de Análise Fatorial de Correspondências (AFC) permanece como a melhor maneira de visualizar um cruzamento e é muito usual na França e parte da Europa, apesar das críticas do mundo anglo-saxão. O gráfico representa **especialmente** o fato, ou seja, a análise e a consequência do resultado, devido a:

- que a superfície de cada quadrado é proporcional à importância da modalidade que ele representa;
- que as modalidades próximas da média são “vizinhas” do centro;
- que as proximidades entre modalidades, imediatamente perceptíveis, dão uma idéia imediata e intuitiva das atrações e repulsões entre modalidades-linha e modalidades-coluna;
- que se pode associar muitas tabelas em uma mesma AFC.

Callegari-Jacques (1991) reforça esta análise simultânea de tabelas justapostas de dados e a técnica de interpretação a partir de sua ilustração gráfica. Por um procedimento matemático cuja explicação vai além do nosso objetivo (SPHINX, 1995), a AFC transforma a tabela em um gráfico, no qual as atrações e repulsões entre linhas e colunas se traduzem em proximidades ou distanciamentos físicos. Quanto mais uma modalidade se encontra distanciada do centro do gráfico

mais ela se diferencia dos outros (da média). Quanto mais ela se aproxima, mas suas características podem ser consideradas como pouco marcantes (em relação à média).

A interpretação dos gráficos de AFC deve ser feita com precauções, pois o gráfico obtido só considera as frequências relativas de uma tabela de seleção cruzada, permanecendo idêntico se multiplicamos ou dividimos os números desta tabela por um fator constante. Fica claro que, caso a amostra seja muito fraca, o gráfico em seu conjunto (ou tal quadrado no gráfico) perde toda a sua significância estatística.

A apresentação da carta fatorial a seguir (Fig. 19) pretende, portanto, ilustrar as análises feitas, sem entrar nas considerações matemáticas e estatísticas pertinentes.

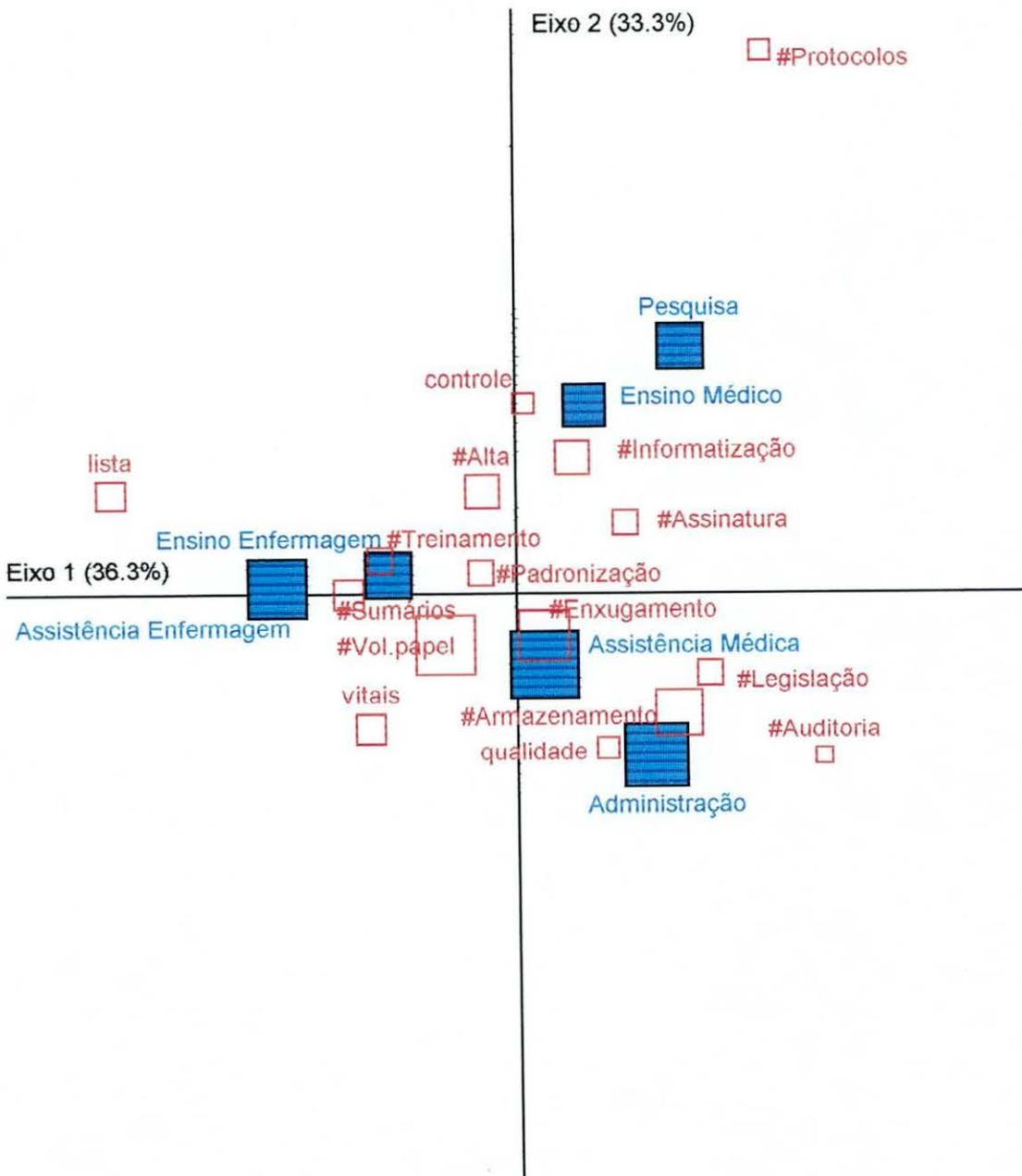


Fig. 19 - Análise Fatorial de Correspondência das citações das palavras-chave por grupos

Neste gráfico pode-se verificar que:

- os grupos mais participativos foram os da Administração, Assistência Médica e Assistência de Enfermagem, como já havia sido anteriormente observado (6.4.1);
- existem afinidades entre as opiniões expressas pelos grupos de Ensino e de Assistência em Enfermagem, entre os grupos de Assistência Médica e de Administração e entre os grupos de Pesquisa e de Ensino Médico;
- as questões mais discutidas foram o volume de papel, o armazenamento e a necessidade de enxugamento, conforme já relatado nos capítulos 6.4.2 e 6.4.3;
- os diferentes grupos de usuários deram diferentes ênfases aos problemas e soluções expressos neste estudo, através das palavras-chave selecionadas, conforme já relatado nos capítulos 6.2 e 6.4;
- outras análises já foram explicitadas nas seções 6.4.3.1 a 6.4.3.6.

As análises acima apresentadas são apenas algumas das inúmeras que podem ser realizadas baseadas nos dados coletados para esta pesquisa. Julgou-se pertinente abordar os dados com o enfoque “*problemas*” e, logo a seguir, “*soluções*”.

6.4.4.2 - Problemas diagnosticados pelos grupos

Esta análise foi feita selecionando-se um subconjunto de 5 construtos (Tab. 5) que dizem respeito a *problemas*, entre as palavras-chaves definidas.

PROBLEMAS CATEGORIA	#Armazena mento	#Vol.papel	#Legislação	Qualidade	S. vitais	TOTAL
Ensino Enfermagem	5	16	1	1	1	24
Assistência Médica	12	24	8	9	4	57
Assistência Enferm.	5	26	0	0	11	42
Administração	30	23	7	2	8	70
Pesquisa	7	5	2	0	0	14
Ensino Médico	5	9	3	1	1	19
TOTAL	64	103	21	13	25	226

Tab. 5 - Problemas diagnosticados pelos grupos

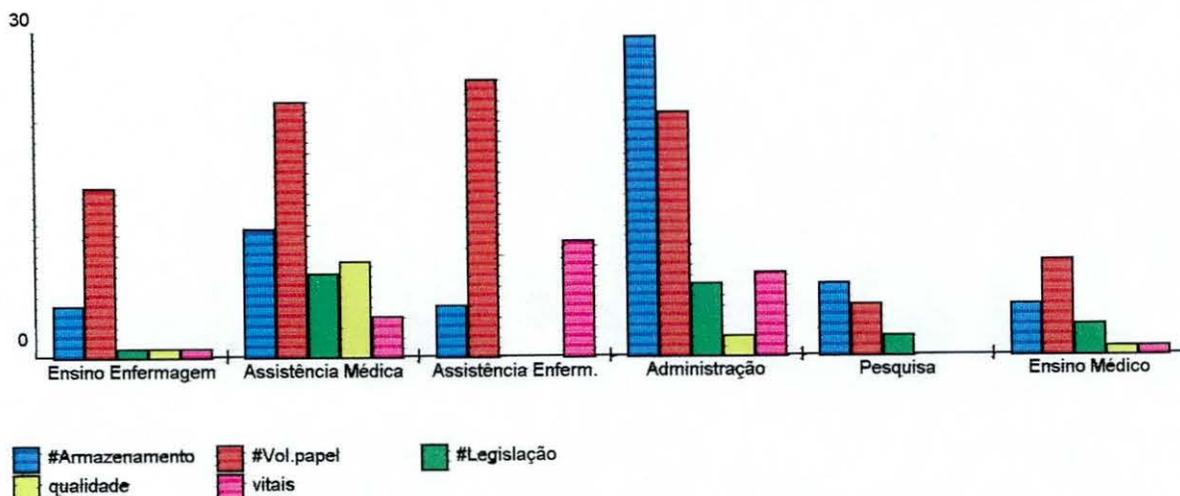


Fig. 20 - Histograma de distribuição de citações de problemas

Como já foi analisado em capítulos anteriores (6.2, 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3 e 6.4.4.1), os diferentes grupos de usuários se comportaram de diferentes maneiras face aos problemas dos Prontuários, destacando-se neste histograma:

- a questão do volume de papel arquivado e os problemas inerentes ao armazenamento foram priorizados nos 6 grupos de usuários;
- a questão da qualidade das informações registradas é uma preocupação dos grupos de Assistência Médica e de Administração;
- os aspectos relativos à legislação interessam aos grupos de Assistência Médica, Administração, Pesquisa e Ensino Médico;
- o grupo de Assistência em Enfermagem deu uma ênfase grande à questão da padronização e à diminuição do volume de papel do controle de sinais vitais, visto como problema importante também pelo grupo de Administração;
- as 5 palavras-chave relacionadas a problemas constatados foram discutidas, com diferentes ênfases, pelos grupos de Ensino de Enfermagem, Assistência Médica, Administração e Ensino Médico;
- no grupo de Assistência de Enfermagem não foram abordadas as questões relativas à qualidade da informação e à legislação e no grupo de Pesquisa, as questões relativas à folha de controle dos sinais vitais e à qualidade da informação.

6.4.4.3 - Soluções sugeridas pelos grupos

Este histograma (Fig. 21) foi construído a partir de um subconjunto de palavras-chave (Tab. 6) que indicam *soluções* para os problemas diagnosticados.

CATEGORIA SOLUÇÕES	Assistência Médica	Assistência Enferm.	Adminis- tração	Pesquisa	Ensino Médico	TOTAL
#Alta	10	9	3	5	7	34
#Assinatura	4	0	4	4	2	14
#Auditoria	2	0	6	2	0	10
#Enxugamento	18	10	18	6	7	59
Controle de Enf.	0	2	2	3	2	9
#Treinamento	8	6	0	3	0	17
#Informatização	9	5	4	10	3	31
Lista de problemas	0	13	0	1	2	16
#Padronização	7	5	2	3	1	18
#Protocolos	0	1	0	8	7	16
#Sumários	6	6	2	0	3	17
TOTAL	64	57	41	45	34	241

Tab. 6- Soluções propostas pelos grupos

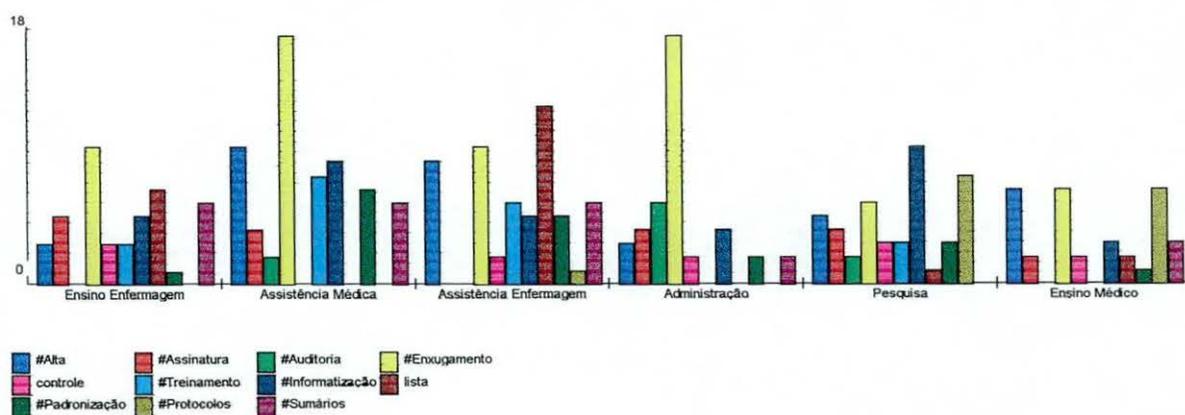


Fig. 21 - Histograma de distribuição de citações das soluções propostas

Da mesma forma que o histograma anterior, este histograma de soluções propostas ilustra os diferentes comportamentos dos grupos:

- a necessidade de “enxugamento” dos registros, a importância da nota de alta completa e a proposta de padronização de documentos foram enfatizadas por todos os grupos;
- a questão da lista de problemas foi uma preocupação dos grupos de enfermagem, enquanto a questão dos protocolos de pesquisa foi enfatizada pelo grupo de Pesquisa;
- das 11 soluções propostas, o grupo de Pesquisa não considerou a questão do treinamento, o grupo de Ensino de Enfermagem não considerou a auditoria e os protocolos, o grupo de

Assistência de Enfermagem não considerou as questões de auditoria e assinatura eletrônica, o grupo de Ensino Médico não considerou as questões de auditoria e de treinamento. O grupo de Assistência Médica não considerou a necessidade de protocolos, de mudanças na folha de controle da Enfermagem e a lista de problemas, e o grupo de Administração não considerou o treinamento, a lista de problemas, e os protocolos como soluções relevantes;

- os diferentes grupos enfatizaram diferentes soluções, de acordo com seus diferentes problemas, como já havia sido concluído anteriormente.

* * *

Portanto, pode-se concluir que os diferentes grupos de usuários apresentam diferentes visões em relação aos problemas dos Prontuários e às soluções possíveis, embora alguns problemas e soluções sejam apontados pelo conjunto dos grupos. Esta diferença de enfoque enfatiza a necessidade de serem ouvidos os diversos segmentos e de se obter um consenso dos diferentes usuários em relação ao problema dos prontuários, demonstrando o acerto da escolha do método de "Focus Group" para esta situação específica.

* * *

6.5 - Definição do conteúdo do “Prontuário Essencial”

Levando em consideração a análise do estado da arte da questão de prontuários de pacientes detalhada no corpo teórico deste trabalho (3.1 e 3.4), o levantamento da situação dos prontuários do HCPA, obtido a partir do estudo de caso realizado (5.3) e, principalmente, os resultados obtidos com a análise do conteúdo das reuniões de “Focus Group” (6.2, 6.3 e 6.4), a Comissão de Prontuários discutiu e elaborou uma definição do conteúdo do Prontuário de Pacientes ativo (“Core Record”).

Na seção 3.1, vimos que o prontuário de pacientes é um conjunto de documentos relativos à história da vida do paciente e de sua doença, escrito de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social, garantida a necessária uniformidade estatística, mas não existe uma definição legal de seu conteúdo mínimo. Historicamente, os prontuários evoluíram junto com a Medicina, estando hoje bem estabelecido, na cultura ocidental, um padrão de registro e arquivamento de informações sobre o paciente. Este padrão inclui as informações de identificação, anamnese e exame físico, exames complementares, evolução e prescrição diárias, nota de baixa e nota e alta e registro dos procedimentos terapêuticos adotados. Cada hospital tem, portanto, autonomia para definir o conteúdo de seu prontuário, devendo, no entanto, manter sua guarda por 20 anos após o último atendimento. Vimos também que as informações contidas nos prontuários devem atender a diferentes usuários (seção 2.1) e estarem disponíveis onde, quando e como estes usuários delas necessitarem (seção 3.1). Entre os problemas dos prontuários tradicionais, destacam-se a dificuldade de localização física dos volumes, a localização da informação desejada dentro do prontuário e a qualidade e legibilidade desta informação, quando encontrada. A redundância de informações e a dificuldade de se realizar pesquisas clínicas e epidemiológicas (seção 3.1).

Na seção 3.4.7, notou-se que é de fundamental importância a definição do conjunto essencial de informações, citado na literatura como “Patient Core Record”, guardando-se os documentos não essenciais em um arquivo secundário, para fins legais. A identificação destas informações essenciais é o principal desafio no processo de reengenharia do prontuário, pois várias atividades diferentes devem ser atendidas (assistência, pesquisa, ensino, administração) e é uma decisão crítica que provoca um grande impacto na qualidade dos serviços clínicos, na satisfação dos profissionais envolvidos e dos pacientes, bem como nos custos da organização.

Através do estudo de caso realizado no HCPA, verificou-se que o Hospital é um dos maiores (740 leitos; mais de 500 médicos, 50.000 consultas, 2.000 internações e 150.000 exames mensais) e melhores hospitais universitários do País, contando com um Serviço de Arquivo Médico (responsável pelo arquivamento dos prontuários) de excelente qualidade, mas que enfrenta graves problemas tais como excesso de papel armazenado, área física crescente (mais de 800 m²). Em função destes problemas, a qualidade da informação armazenada deixa a desejar, o acesso a esta é dificultado, prejudicando sua utilização adequada para as atividades de assistência, de pesquisa, de ensino e administrativas.

A metodologia de "Focus Group" aplicada se mostrou perfeitamente adequada aos objetivos da pesquisa e a análise de seus resultados subsidiou a Comissão de Prontuários, de forma fundamental, na formulação da proposta do prontuário essencial ou "Core Record". Através do sumário qualitativo (seção 6.2), verificou-se que os diferentes grupos de usuários apontaram um conjunto de problemas e soluções comuns mas que, além deste conjunto, cada segmento priorizou questões específicas de sua área. O elenco de 18 propostas sugeridas pelos grupos (seção 6.3) representou o esforço da Comissão de Prontuários no sentido de identificar opiniões de consenso no conjunto de intervenções dos diferentes usuários que representassem soluções para os problemas apontados.

A análise léxica realizada (seção 6.4) consolidou as impressões da Comissão de Prontuários ao apontar como problemas as questões relativas a volume de papel, armazenamento, o excesso de papel gerado pelas folhas de controle de sinais vitais, falta de qualidade da informação e legislação desatualizada. As questões apontadas como solução pelos grupos - divisão do Prontuário (seção 6.3.6), treinamento (seção 6.3.3), adoção da assinatura eletrônica (seção 6.3.13), importância da informatização dos processos clínicos (seção 6.3.4), substituição de documentos originais por sumários (seção 6.3.5), criação de uma nota de alta eletrônica (seção 6.3.9), reativação da lista de problemas ((6.3.10), criação de protocolos de coleta de informações (seção 6.3.11), criação de um grupo de auditoria dos prontuários (seção 6.3.17), padronização de documentos e armazenamento em um arquivo secundário de informações tais como controle de enfermagem (seção 6.3.7) - foram confirmadas na análise léxica, que as apontou como palavras-chave para análise (seção 6.4.2).

Estas análises (seções 6.4.3 e 6.4.4), corroboraram as conclusões da Comissão de Prontuários, indicando que, apesar da existência de opiniões próprias de cada grupo, era possível a obtenção de um consenso em relação à exequibilidade da divisão do Prontuário de Pacientes em um PP essencial e um outro secundário, bem como em relação ao conteúdo deste PP essencial.

Na definição deste conteúdo, a Comissão resolveu:

- manter, sem alterações, os documentos considerados básicos no consenso universalmente aceito (lista de problemas, anamnese e exame físico, evolução, laudos de procedimentos, consultorias);
- incluir no PP um documento de consentimento autorizado, dentro dos preceitos da ética médica e de pesquisa;
- substituir as folhas de resultados de exames e prescrições diárias por um consolidado e a nota de alta manual por um relatório gerado pelo sistema de informações do HCPA, emitidos pelo Grupo de Sistemas no momento da alta do paciente, e substituir o histórico de enfermagem atual por um documento padronizado;
- armazenar no PP secundário, para fins legais, as folhas de controle de sinais vitais, as prescrições diárias, folhas de controle hídrico e formulários específicos de procedimentos especializados como hemodiálise, fisioterapia, quimioterapia e radioterapia;

- eliminar todos os documentos anexados sem a autorização da Comissão de Prontuários, os protocolos de pesquisa (a serem devolvidos para seus responsáveis) e os resultados individuais de exames laboratoriais.

Esta definição está sumarizada a seguir:

A) Permanecem:

- Lista de problemas
- Anamnese e Exame Físico
- Evolução diária
- Laudos diversos
- Ficha anestésica
- Descrição de procedimentos cirúrgicos
- Consultorias
- Documentos específicos de especialidades (gráfico de desenvolvimento ponderal, registro de parto e do RN, etc)
- Histórico de Enfermagem

B) É incluído:

- Consentimento autorizado

C) São substituídos:

- os resultados de exames laboratoriais, por um consolidado impresso após a alta do paciente

- as prescrições diárias, por um consolidado por internação
- o sumário de alta, por um relatório gerado pelo sistema

D) Armazenados no Prontuário inativo de Pacientes:

- as folhas de controle de sinais vitais
- as prescrições diárias
- os formulários específicos de alguns procedimentos como hemodiálise e fisioterapia
- folhas de controle hídrico da pediatria

E) Eliminados:

- todos os protocolos de pesquisa
- todos os documentos não autorizados pela CPP
- exames externos (entregar ao paciente)
- os resultados de exames laboratoriais individuais

Quadro 5 - Definição do "Prontuário Essencial"

Podemos concluir que a metodologia aplicada conduziu a Comissão de Prontuários, passo a passo, rumo à definição de uma nova estrutura para o Prontuário de Pacientes do HCPA, refletindo as opiniões dos diferentes grupos de usuários. Ao obtermos esta definição, os objetivos do projeto (cap. 1) foram plenamente alcançados, e a questão de pesquisa (seção 4.2) foi respondida, isto é, foram definidas "quais as informações relevantes e necessárias que devem ser armazenadas no PP de forma a atender plenamente aos objetivos da assistência ao paciente, do ensino, da pesquisa, do apoio administrativo bem como às exigências legais".

6.6 - Conseqüências e implicações imediatas na instituição

O processo de condução do projeto de reformulação dos prontuários, da forma como foi conduzido pela Comissão de Prontuários, provocou reflexos imediatos na instituição. O acerto da escolha da técnica de "Focus Group" e a seleção criteriosa dos profissionais convidados para as reuniões trouxeram como conseqüência a difusão da discussão dentro dos diversos segmentos de usuários do PP e dentro do HCPA e uma reflexão profunda acerca do problema e suas possíveis soluções.

Um reflexo desta situação foi visto durante a campanha para eleição do novo Presidente do HCPA, realizada em outubro deste ano, no programa proposto pelo Prof. Sérgio Pinto Machado, que contemplava o tema "Prontuários" com bastante destaque, afirmando que garantir a qualidade da informação clínica armazenada nos Prontuários de Pacientes (PP) era condição fundamental para o êxito da missão institucional do HCPA.

A Comissão de Prontuários já vinha discutindo algumas alternativas de solução para a questão dos PP do HCPA desde 1994. A implantação do Sumário de resultados de exames laboratoriais, por exemplo, foi uma das alternativas discutidas. Em função destas discussões, em maio de 1995 foi realizada uma reunião da Comissão de Prontuários de Pacientes (CPP) com o Grupo de Sistemas, onde foi estabelecida a viabilidade do processo de emissão do sumário no dia da alta de cada paciente. Em setembro do mesmo ano, a CPP enviou uma Comunicação Interna à Vice-presidência Médica, apresentando a proposta. A mesma foi aceita, ressalvando-se a aprovação da Consultoria Jurídica do Hospital. Esta Consultoria concordou com a substituição, desde que as informações necessárias continuassem a ser armazenadas. No entanto, este sistema não foi desenvolvido na época por falta de decisão política da administração, que via dificuldades em relação à aceitação da assinatura eletrônica, que, neste sumário, passaria a substituir a assinatura dos bioquímicos.

Após a realização das reuniões e apresentação da análise preliminar de seus resultados, o assunto foi retomado pela Vice-presidência Médica do HCPA, que convocou uma reunião, realizada no dia 03/07/96 para discussão dos Prontuários. Estavam presentes os membros da CPP, o Consultor Jurídico e representantes do Grupo de Sistemas. Nesta reunião foi decidido:

- a emissão de um parecer técnico a respeito da validade da assinatura eletrônica, ficando estabelecido que o HCPA passaria a aceitá-la sempre que não houvesse explicitada qualquer oposição legal a ela;
- o desenvolvimento e implantação pelo GSIS, de acordo com conteúdo e formato definidos pela CPP, do sistema de emissão de relatório consolidado de resultados de exames laboratoriais, que passarão a substituir os resultados individuais atualmente armazenados;
- a divisão do PP em duas pastas distintas, passando a se armazenar no Prontuário secundário aqueles documentos necessários apenas para atendimento dos preceitos legais;

- o desenvolvimento e a implantação de um sistema de emissão do sumário de alta informatizado, que passará a substituir o atual sumário de alta;
- o consentimento da Vice-Presidência Médica (VPM) para a realização de estudos visando a substituição das prescrições diárias por um sumário emitido pelo sistema, resguardando-se a determinação do Conselho Federal de Medicina, que exige a assinatura tradicional e o carimbo do médico em cada prescrição (tal exigência poderia ser atendida guardando-se as prescrições diárias no prontuário secundário).

Como consequência destas determinações, em novembro de 1996, estávamos na seguinte situação:

- obtido o parecer jurídico favorável à utilização da assinatura eletrônica ;
- sistema para implantação do sumário de exames em fase de teste, discutindo-se ainda questões relativas ao "lay out" do relatório;
- sistema para emissão do sumário eletrônico de alta em versão de teste, em utilização por usuários selecionados (implantação prevista para dezembro de 1996);
- o SAMIS está realizando estudos para a implantação da divisão física dos PP em duas pastas distintas;
- a alteração do organograma relativo ao SAMIS está na pauta da nova administração, que assumiu no dia 19/11/96.

A Comissão de Prontuários está trabalhando nas demais propostas, com objetivo de apresentar à Administração do HCPA um conjunto de medidas que propiciem suas implantações. Será sugerido:

- a introdução de um treinamento específico para os médicos residentes a partir do próximo ano;
- a modificação da estrutura do SAMIS e sua subordinação à área assistencial;
- a criação de uma Comissão de Revisão de Prontuários;
- a realização de um seminário nacional, a ser promovido pelo HCPA, com o apoio da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, Conselho Federal de Medicina e OAB, para discussão da legislação sobre Prontuários e propostas de mudanças;
- o desenvolvimento de um sistema informatizado para emissão de uma "lista de atendimentos" para ser colocada nos prontuários, o que auxiliará os usuários na busca de informações sobre os pacientes;
- a padronização dos formulários da Enfermagem (histórico, controles) e a realização de estudos para visando a criação de sumários adequados;
- a formação de um grupo de trabalho, reunindo membros da CPP e GSIS, encarregado de definir a implantação do Prontuário Eletrônico.

A nova administração do HCPA já afirmou sua intenção de selecionar algumas das Comissões atualmente existentes e outras que serão criadas, em um conselho encarregado de promover um programa de qualidade da atividade assistencial do HCPA. A inclusão da Comissão de Prontuários neste grupo e o convite já formulado para nossa permanência na coordenação da mesma garantem a continuidade do processo de adoção das medidas já propostas para a melhoria do Prontuário de Pacientes do HCPA e reafirmam a intenção do HCPA de se manter na vanguarda científica e tecnológica para garantir o pleno cumprimento de sua missão institucional: “Formar recursos humanos, gerar conhecimentos, prestar assistência de excelência e referência e, através da maximização do aproveitamento da infra-estrutura instalada, transpor seus objetivos próprios, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, qualificando-se, desta forma, como Hospital Universitário de Atenção Múltipla”.

Como vimos, as mudanças que foram sugeridas ou corroboradas pelos FG provocaram reflexos imediatos dentro da instituição e muitas delas foram prontamente adotadas, tornando sem validade a proposta de realização da enquete de opinião sobre as mesmas, conforme o projeto original. Estas conseqüências e implicações imediatas acontecidas mostraram, mais uma vez, nosso acerto na escolha da metodologia adotada nesta pesquisa e na seleção das categorias de usuários e dos representantes destas categorias.

* * *

7 - Conclusões

Podemos concluir que o projeto foi conduzido com sucesso, alcançando seus objetivos e introduzindo mudanças na instituição.

A aplicação correta da metodologia adequada nos levou a obter resultados consistentes. A realização da primeira fase deste projeto (cap. 2, 3 e 5) nos permitiu adquirir uma visão ampla e precisa do problema, o “estado-da-arte” da questão e a posição do HCPA neste cenário. Com esses elementos, foi possível a construção de um corpo teórico adequado para a continuação do nosso trabalho.

A metodologia de “Focus Group” adotada (cap. 4) produziu resultados que extrapolaram as expectativas da pesquisadora. A partir do sumário qualitativo (seção 6.2), da análise das propostas sugeridas pelos diferentes grupos de usuários (seção 6.3) e da análise léxica do texto das reuniões (seção 6.4) foi possível obtermos a definição do “Prontuário Essencial” (seção 6.5), objetivo principal deste trabalho. Esta definição, juntamente com as propostas dos grupos, foram levadas ao conhecimento da Vice-Presidência Médica do HCPA, provocando mudanças imediatas nas rotinas existentes (seção 6.6).

A implantação do “Prontuário Essencial” permitirá, muito provavelmente, que o volume dos PP do HCPA seja reduzido em cerca de 50%, pois os formulários que mais oneram o PP são os resultados individuais de exames laboratoriais (em torno de 30% do volume total) e o formulário de controle de sinais vitais (20%). Além da diminuição do volume de papel, será obtida a melhora da qualidade da informação e será facilitado o acesso à mesma, através da adoção dos relatórios consolidados de exames e prescrições e da criação da nota de alta informatizada. As exigências legais serão atendidas plenamente através da manutenção de um PP secundário, que armazenará as informações não necessárias para as atividades assistenciais, de pesquisa e de ensino.

7.1 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A definição do conteúdo do “Prontuário Essencial”, obtida pela Comissão de Prontuários através da análise exaustiva dos tópicos discutidos nas reuniões de “Focus Group”, respondeu à questão de pesquisa formulada na seção 4.2:

“Quais são as informações relevantes e necessárias que devem ser armazenadas no Prontuário de Pacientes de forma a atender plenamente aos objetivos da assistência ao paciente, do ensino, da pesquisa do apoio administrativo e às exigências legais?”

O pressuposto de pesquisa assumido (seção 4.1) foi confirmado através dos resultados obtidos, pois verificamos que realmente *é possível eliminar documentos que atualmente são armazenados no Prontuário de Pacientes do HCPA e substituir outros por relatórios consolidados, sem afetar o atendimento às exigências legais vigentes e sem prejuízo das atividades de assistência, pesquisa, ensino e administrativa, ou seja, o Prontuário modificado atenderá plenamente às necessidades dos usuários das diversas áreas do Hospital.*

O processo de condução da pesquisa envolveu, conforme era desejado, um grupo significativo e formador de opinião dentro da Instituição, fazendo com que as discussões realizadas extrapolassem os limites do grupo participante. Desta forma, o tema "Prontuários" se tornou um item importante de debate em diversos níveis da instituição, que hoje discute a implantação de um grupo para conduzir um amplo projeto de "Qualidade Assistencial", com a participação da Comissão de Prontuários, por entender que a qualidade da informação clínica e o eficiente acesso a esta são condições fundamentais para prover uma adequada assistência ao paciente.

Devido ao acerto da escolha da metodologia e da condução do processo, as propostas produzidas foram bem aceitas pela Administração do Hospital, que já colocou em prática algumas delas. A indicação do Prof. Sérgio Pinto Machado, Vice-Presidente Médico do HCPA (1992-1996) que apoiou decisivamente a Comissão de Prontuários na realização deste projeto, para assumir a presidência do Hospital na próxima gestão (1996-2000) permite-nos supor que a continuidade do processo está garantida.

Como vimos no corpo teórico deste trabalho (cap. 3), os Prontuários são o centro do Sistema de Informações de um Hospital e é importante que este contenha informações de qualidade, de pronto acesso aos diferentes usuários, quando, onde e como estes as necessitem. Prover estas informações com a qualidade e a presteza necessárias é o grande desafio da Comissão de Prontuários, que será vencido, futuramente, com a adoção de um Prontuário Eletrônico virtual.

As definições e as conquistas obtidas com este projeto de pesquisa atendem plenamente às primeiras etapas do processo de planejamento e desenvolvimento de um sistema com este objetivo, conforme modelo proposto por Fisher (06/1996). De acordo com este modelo, a primeira etapa do processo é a identificação dos objetivos e metas do gerenciamento de informações da organização e, a seguir, deve-se trabalhar com pessoas-chave da instituição, para identificar e definir suas necessidades de informação para a tomada de decisão. estas duas etapas já foram executadas, ficando o restante do modelo para ser executado em pesquisa futura.

7.2 - LIMITES

É importante destacar as limitações metodológicas desta pesquisa. Como a maioria das técnicas de pesquisa, o FG é uma técnica adequada a algumas situações específicas e o pesquisador possui menos controle sobre os dados gerados do que na técnica de questionário ou entrevista, os dados coletados são menos estruturados, e a riqueza dos resultados é obtida pela interação do grupo (Morgan, 1988). A técnica foi aplicada de acordo com os preceitos do autor, procurando-se definir o número de grupos adequado, o número ideal de participantes e a determinação acertada das pessoas convidadas. Conforme diz Morgan (1988), devemos nos concentrar naqueles segmentos da população capazes de prover informações úteis, isto é, amostras selecionadas de pessoas com perfil e competência adequados. No entanto, esta seleção de pessoas é uma limitação do método, pois o ideal seria ouvir a opinião do universo de usuários do PP. Outra limitação importante advém do fato de termos colhido apenas a opinião dos usuários, que na verdade nos informam o que eles querem e o que eles pensam que necessitam. Seria necessário uma validação posterior, procurando identificar nesta lista quais informações estes realmente necessitam (Fisher, 10/1996). Esta validação será, no entanto, realizada em pesquisa futura, a ser iniciada no próximo ano. Além destas limitações já salientadas, cabe destacar que a presença do pesquisador como moderador das reuniões não demonstrou ser a situação ideal, sugerindo-se, para futuras pesquisas, que este papel seja desempenhado por uma pessoa externa ao grupo de pesquisa, treinada especificamente para este fim.

Os resultados relatados refletem a realidade e a cultura organizacional do HCPA, não podendo ser extrapolados para outros hospitais. No entanto, a metodologia e o processo de condução do processo poderão ser perfeitamente replicados em outras instituições de saúde, com grande probabilidade de sucesso.

7.3 - PESQUISA FUTURA

Este trabalho terá continuidade através de uma pesquisa que procurará avaliar o impacto das modificações que estão sendo implementadas. Optamos por não realizar esta enquete logo após a definição do conteúdo do "Prontuário Essencial" porque entendemos que a validação de nossa proposta ficou prejudicada (ou corroborada) pela imediata introdução de algumas das propostas apresentadas.

A validação do conteúdo do "Prontuário Essencial" será realizada com base na metodologia utilizada por Fisher (10/1996), em seu projeto de definição de um prontuário essencial intra-institucional, em desenvolvimento na Universidade de Victoria, BC, Canadá. O nosso propósito será o de avaliar objetivamente quais são as informações realmente necessárias para o processo de tomada de decisão dos diferentes usuários dos PP, através da observação direta de seu processo de

trabalho e da construção de diagramas e fluxogramas do processo de decisão. Comparando-se as informações **desejadas** com as informações **utilizadas**, obteremos uma lista das informações **necessárias**.

Além da avaliação do impacto das mudanças e da validação do conteúdo do "Prontuário Essencial", nossa pesquisa terá continuidade através do aprofundamento da análise dos textos obtidos a partir da transcrição das reuniões de "Focus Group", que foram analisados apenas parcialmente, devido à imensa riqueza de informações neles contida e à limitação de tempo imposta pelo Curso.

Este projeto, que será desenvolvido a partir do próximo ano através de um convênio de cooperação entre a UFRGS e a Universidade de Victoria, terá, como resultado esperado, a construção do Prontuário Eletrônico intra e inter-institucional, que está sendo gerado gradativamente através da informatização dos processos médicos em curso atualmente no HCPA. Os dados gerados pelos sistemas de exames clínicos, prescrição médica e sumário de alta deverão ser estruturados e filtrados de forma a comporem um "Patient Core Record" disponível "on-line" a todos os profissionais que dele necessitem. É o desafio que nossa equipe tem pela frente e que redobra nossa motivação para a investigação.

A participação ativa das diferentes categorias de usuários envolvidos com o uso dos Prontuário de Pacientes, tem sido fundamental para garantir o acerto das modificações que estão sendo propostas.

A Tecnologia da Informação fornece-nos os fundamentos teóricos e os instrumentos necessários para o desenvolvimento de um Sistema de Informações adequado às reais necessidades de um ambiente hospitalar como o do HCPA. Cabe às pessoas envolvidas neste processo um comprometimento real com estes princípios norteadores, de tal forma que se consiga definir quais são as informações necessárias, estabelecer o processo de informatização, envolver os usuários em todas as etapas do processo e garantir o pleno atendimento da missão institucional da organização, nos seus objetivos de prestar assistência médica de alta qualidade, aliada à pesquisa e ao ensino médicos.

O processo de busca da melhoria contínua dos serviços prestados pelas organizações passa, necessariamente, pela identificação dos dados essenciais que se deve ter disponíveis rumo às condições "ideais" de decisão. Este estudo encontra-se na base de tal busca e pode contribuir com outras instituições nesse sentido.

BIBLIOGRAFIA

- ALTER S. Information Systems: A Management Perspective. New York; Addison Wesley, 1992.
- AMATAYAKUL M. e WOGAN MJ. "Record Administrator's Needs for Computer-based Patient Records". In: Aspects of the Computer-based Patient Record, Ball & Collen Eds, Seção 1, Cap. 8. Springer-Verlag, 1992:57-64
- BALL M e COLLEN MF. Aspects of the Computer-Based Patient Record. Springer-Verlag, EUA, 1992. 316 p.
- BENBASAT I; GOLDSTEIN DK e MEAD M. "The case research strategy in studies of IS". MIS Quartely, Setembro 1987:368-386
- BLEICH HL et alii. "Clinical Computing in a teaching Hospital". New England Journal of Medicine, EUA, 4- 312:756-764 (March 21), 1985.
- BLUM BI. "The dynamics of a Clinical Information System". In: Proceedings do MEDINFO 92. K.C. Lun et al. eds. Elsevier Science Publishers B.V. (North Holland), 1992:168-73.
- BLUM BI. Clinical Information Systems. Springer-Verlag, 1986, 414 p.
- BORST F. "Computer-based Patient Records". Yearbook of Medical Informatics. van Bommel e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995:191-195.
- CALLEGARI-JACQUES, SM. "Análise Fatorial de Correspondência: aplicações em genética". Porto Alegre, UFRGS, Instituto de Matemática, Cadernos de Matemática e Estatística, série F, n.2, Dez. 1991, 28 p.
- CIMINO JJ. Coding systems in health care. ". In:Yearbook of Medical Informatics. van Bommel e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995:61-70.
- COLLEN MF. "HIS Concepts, Goals and Objectives". In: Towards New Hospital Information Systems. A.R. Bakker, MJ Ball, JR Scherrer, JL Willems eds. Elsevier Science Publishers B. V. (North Holland) IFIP IMIA, 1988:3-9.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica, resolução CFM n. 1246/88; 63 pp,
- COTÉ AR. "Architecture of SNOMED". In: Proceedings of the 10th SCAMPC. Orthner e Blum eds. Spreinger-Verlag, 1986:167-79.
- CPR-I. Computer-based Patient Record Description of Content. CPRI Work Group on CPR Description. <http://www.cpri.org/docs/content.html>. Maio, 1996
- CPR-I. Computer-based patient Record System description of Functionality. CPRI Work Group on CPR Description. <http://www.cpri.org/docs/function.html>. Agosto, 1996.
- CUNHA Jr MVM, FREITAS HMR e SLOGO LA. "A pesquisa de marketing como fator de interação Universidade-Empresa: Estudo de caso aplicado utilizando uma ferramenta (Sphinx) de estruturação e de análise quantitativa e qualitativa de dados". In: Anais do 19º ENAMPAD, vol 1, Nro 5, Marketing, 25-27/09/1995:109-129.
- DETMER DE e STEEN EB. "Countdown to 2001: The Computer-based Patient Record after the Institute of Medicine Report". In:Yearbook of Medical Informatics. van Bommel e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995:55-60.
- DICK RS e STEEN EB. "Essential technologies for Computer-based Patient Records: a summary". In: Aspects of the Computer-based Patient Record. Ball, M. ed. Springer-Verlag, EUA, 1992:229-61.

- DUFFY PG. (eleccott@pond.com). "Computer-based Patient Record". In: Health Information Management List (Internet). HIM-L@FIONA.UMSMED.EDU; 25/06/1995.
- FISHER, PD. "Planning and Design of Health Information Systems". Roteiro da palestra apresentada no Congresso Latinoamericano Regional de Informática en Salud - CLARIS 96. Córdoba, Argentina, 18 a 21 de junho de 1996.
- FISHER PD. " Telehealth: Its role in the longitudinal patient record and continuity of patient care". In: Anais do V Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, SBIS, Campos do Jordão, RJ, outubro de 1996.
- FOX LA. (leslieF998@aol.com). "Combined Charts". In: Health Information Management List (Internet). HIM-L@FIONA.UMSMED.EDU; 16/08/1995.
- FREITAS HMR de. A informação como ferramenta gerencial. Porto Alegre, Editora Ortiz, 1993. 365 p
- FREITAS HMR de. "Sistemas de informações gerenciais e de apoio à decisão". Apostila do Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, PPGA/UFRGS, Porto Alegre, 1994.
- FREITAS HMR de e KLADIS CM. "Da informação à política informacional das organizações: um quadro conceitual". In: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 29 (3):73-86, jul-set 1995.
- FREITAS HMR, CUNHA Jr. MVM e MOSCAROLA J. "Pelo resgate de alguns princípios da análise de conteúdo: aplicação prática qualitativa em Marketing". In: Caderno de Estudos do PPGA; Programa de Pós-graduação em Administração da UFRGS; setembro, 1996.
- GEIGER G, MERRILEED K, WALO R, GORDON D e KUNOV H. " An analysis of the Paper-based Health Record: Information Content and its implications for Eletronic Patient Records". In: MEDINFO 95 Proceedings, R.A. Greenes et al. eds. IMIA/North Holland, 1995:295
- GINNEKEN AM. van. "The structure of data in medical records". Yearbook of Medical Informatics. van Bommel e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995: 61-70.
- GLENN WJ., ENGLISH W, MARLOW R. e WILSON W.(gecko@iquet.com). "Ideal Patient Record System". In: Lista da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (Internet) SBIS-L@VORTEX.UFRGS.BR, from: MMATRIX-L@WWW.KUMC.EDU; 03/05/1995
- GUIST SF e RIGBY MJ. "The rise and fall of the Innovator". In: Proceedings do MEDINFO 92, K.C. Lun et al. eds. Elsevier Science Publishers B.V. (North Holland), 1992:1238-42
- HCPA - Relatório Anual 1995, 52 p.
- HCPA - Comissão de Prontuários Médicos. Prontuário Médico: como preencher. 1995, 15 p.
- HOLZEMER WL, REILLY CA, HENRI SB e PORTILLO CJ. "Capturing patients perceptions in the Computer-based Patient record: essential prerequisites to the measurement of health-related outcomes". In: Proceedings, MEDINFO 95; Greenes, Peterson and Protti eds; North Holland / IMIA, 1995: p.266-69.
- HURLEN P. (petter.hurlen@labmed.uio.no). "Norwegian CPR Systems". In: Computerized Patient Record Institute List (Internet)- CPRI-L @UKANAIX.CC.UKANS.EDU. 14/08/1994.
- JOHANSTON H. "Sistemas de Informação Hospitalar: presente e futuro". In: Informédica Vol. 1 (2) Maio/junho 1993:5-9. Campinas, UNICAMP, SP.
- KAIHARA S e WATANABE R. "HIS Scope". In: Towards New Hospital Information Systems. A.R. Bakker, MJ Ball, JR Scherrer, JL Willems eds. Elsevier Science Publishers B. V. (North Holland) IFIP IMIA, 1988:19-24.

- KLEIN, AI. Parecer jurídico sobre Prontuários Médicos: documentos componentes e formas e prazos de arquivamento. Consultoria Jurídica do HCPA, 01/06/95.
- KLUGE EHW. "Health Information, the fair information principles and ethics". Yearbook of Medical Informatics, van Bommel e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995:255-265.
- LAUDON KC e LAUDON JP. Management Information Systems: organization and technology. New York: Macmillan, 3rd ed., 1994. 818 pp.
- LEÃO ML, MARTINEZ D e STUMPF MK. Informática Médica. CNPq/SEI, Brasília, 1982, 60 pp.
- LEE AS. "A Scientific Methodology for MIS Case Studies". In: MIS Quartely, março 1989:33-50.
- LINDENBERG DA, HUMPHREYS BL e McCRAY AT. "The Unified Medical Language System". Methods in Informatics in Medicine, 1993;32:281-91.
- LUCAS HC. "Methodological Issues in IS Survey Research". Harvard Business School Research Colloquium, 1991:273-85.
- MARKUS ML. "Power, Politics and MIS Implementation". In: Communications of the ACM (26:6) Junho 1983:430-44.
- McDONALD CJ e BARNETT GO. "Medical-Record Systems". In: Medical Informatics - Computer Applications in Health Care. Shortliffe e Perreault eds. Addison-Wesley, 1990:181-218.
- McGEE J. e PRUSAK L.. Gerenciamento Estratégico da Informação. Rio de Janeiro, Editora Campus - Ernest Young - série Gerenciamento da Informação, 1994.
- MD COMPUTING Vol 11 nº. 6. Springer International, Novembro/dezembro 1994:352-462.
- MD COMPUTING Vol 12 nº. 4. Springer International, Julho/agosto 1995:256-364.
- MELO CP e FERREIRA DP. "Aspectos legais do Registro Médico Eletrônico no Brasil". Anais do III Fórum Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Homero Schiabel et al. eds. SBEB, SBIS, ABFM e SBPR, São Carlos, 1996:657-58
- MILLER E. (ejm1@ix.netcom.com). "Combined Charts". In: Health Information Management List (Internet). HIM-L@FIONA.UMSMED.EDU; 16/08/1995.
- MOEHR JR. Workshop on Advanced Patient Records and Medical Concept Representation. In: MEDINFO 95 Final Program, p. 97. IMIA, Canada, 1995.
- MORGAN DL. Focus Group as Qualitative Research. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods, Vol. 16. EUA, 1988. 85 pag.
- NHS Centre for Coding and Classification. Read Code File Structure version 3. Woodgate, Leicestershire, U.K. 1993.
- O'CONNOR K. "Confidentiality, Privacy and Security concerns in the modern Healthcare Environment". Australian Computer Journal, Vol. 26, No3, ago/1994:70-77.
- PETERSON H e JELGER UG. "The History of Hospital Information Systems" In: Towards New Hospital Information Systems. A.R. Bakker, MJ Ball, JR Scherrer, JL Willems eds. Elsevier Science Publishers B. V. (North Holland) IFIP IMIA, 1988:11-17.
- PINSONNEAULT A e KRAEMER KL. "Survey Research Methodology in Management Information Systems: an assessment". In: Journal of Management Information Systems, fall 1993.
- PRYOR AT. "Current Sate of Computer-based Patient Record Systems". In: Aspects of the Computer-Based Patient Record. Ball ed. Springer-Verlag, EUA, 1992:67-82.

- RECTOR AL, NOWLAN WA e KAY S. "Foundations for an Eletronic Medical Record". In: Yearbook of Medical Informatics. IMIA / Schattauer, 1992:59-66.
- ROBINSON DM. "A legal examination of format, signatute and confidentiality aspects of computerized health information". In: Proceedings do MEDINFO 92. K.C. Lun et al. eds. Elsevier Science Publishers B.V. (North Holland), 1992:1554-60.
- SAFRAN C. "Eletronic Patient Records and Clinical Research". Yearbook of Medical Informatics. van Bommel e McCray eds. IMIA / Schattauer, 1995:98-102.
- SAFRAN C, RIND D, CITROEN M, BAKKER AR, SLACK WV e BLEICH HL. "Protection of confidentiality in the Computer-based Patient Record". MD Computing, vol. 12, No.3:187-192, mai/jun 1995.
- SHORTLIFFE EH e BARNETT GO. "Medical Data: Their Acquisition, Storage and Use". In: Medical Informatics: Computer Applications in Health Care; Shortliffe, E.H. e Perreault, L.E. Eds. Addison-Wesley Publishing Company, USA, 1990:37-69.
- SILVA, AA. Apostila sobre Prontuários Médicos. Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Associação Gaúcha de Hospitais, 1991.
- SITTIG D. (dean.sittig@mcmail.vanderbilt.edu). "Grand Challenges in Medical Informatics". In: Lista da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (Internet) SBIS-L@VORTEX.UFRGS.BR; from: AI-MEDICINE@MEDMAIL.STANFORD.EDU; 15/03/1994.
- SPHINX Plus ©, Manual de referência versão para Windows. Freitas e Cunha Consultores Ltda, 1995.
- TESLER LG. "Networked computing in the 1990s". In: Scientific American, September 1991:54-61.
- UNITED COMMUNICATIONS GROUP (ucghlth@access.digex.net). "Computer-based Patient Record". In: Health Information Management List (Internet). HIM-L@FIONA.UMSMED.EDU; 25/06/1995.
- USCHS - UNITED STATES CENTER FOR HEALTH STATISTICS. International Classification of Diseases, 9th revision. Washington, 1980.
- WEED LL. "Medical records that guide and teach." In: New England Journal of Medicine 1968;278:593-600.
- WHO - World Health Organization. Present and Potencial uses of Informatics and Telematics in Health. Genebra, Suíça, 1986.
- WIEDERHOLD G e PERREAULT LE. "Hospital Information Systems". In: Medical Informatics: Computer Applications in Health Care; Shortliffe, EH. e Perreault, LE. Eds. Addison-Wesley Publishing Company, USA, 1990:220-243.
- WILLIANS S. "Legal issues of computerisation of Medical Records". In: Informatics in Healthcare - Australia - Health Informatics Society of Australia. July 1994, vol 3 n. 3 p. 117-119
- YEARBOOK OF MEDICAL INFORMATICS. van Bommel e McCray eds; IMIA / Schattauer, Alemanha; 1995. 650 p.
- ZMUD RW e BOYNTON AC. "Survey Measures and Instruments in MIS: Inventory and Appraisal". Harvard Business School Research Colloquium, 1991:149-80.

ANEXOS

CONSELHO
DIRETOR

PRESIDÊNCIA

Consultoria
Jurídica

Chefia de
Gabinete

Assessoria
Planejamento

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL

Vice-Pres.
Administrativa

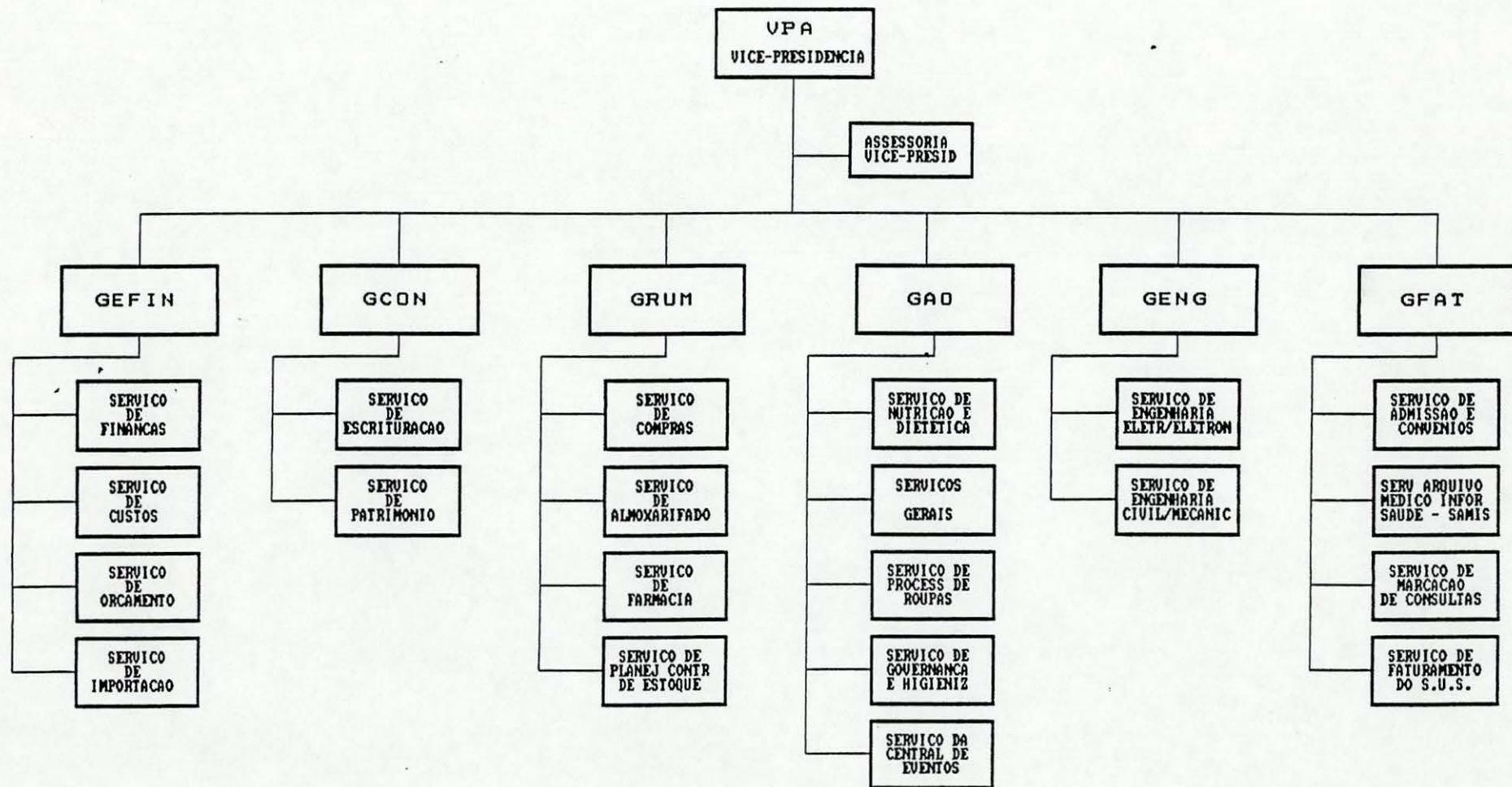
Vice-Pres.
Médica

Grupo de
Rec.Humanos

Grupo de
Enfermagem

Grupo de
de Pesquisa
e Pós-Graduação

Grupo de
Sistemas



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RECURSOS DISPONÍVEIS (Relatório Anual, 1995)

Recursos físicos disponíveis:

Área física	84.434m ²	Recuperação cirúrgica - pediatria	6 leitos
Capacidade instalada	703 leitos	Berçário	44 berços
Capacidade operacional	681 leitos	Leitos de apoio	23 leitos
Centro Cirúrgico	12 salas	Emergência	24 leitos
Centro cirúrgico ambulatorial	7 salas	Hospital-dia	6 vagas
Centro obstétrico	6 salas	Ambulatório	106 salas
UTI adultos	28 leitos	Emergência - consultas	10 salas
UTI pediátrica	9 leitos	Emergência - internação	24 leitos
UTI neonatologia	20 leitos	Auditório	1 sala
Instituto de Câncer Infantil	26 leitos	Anfiteatros	4 salas
Recuperação cirúrgica - adultos	21 leitos	Salas de aula	24 salas

Recursos Humanos alocados:

CATEGORIA	NÚMERO
Funcionários	3.470
Médicos residente	297
Professores da UFRGS	254
Medicina	216
Enfermagem	16
Biociências	9
Odontologia	3
Farmácia	1

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E INDICADORES (Relatório Anual, 1995)

Produção Assistencial:

	1984	1989	1992	1994	1995
Consultas	175.082	434.757	524.981	566.344	567.696
Exame	456.038	1.051.523	1.668.073	1.762.526	1.775.561
Admissões	13.812	17.283	20.589	22.215	23.261
Partos	2.030	3.261	3.175	3.925	3.781
Cirurgias	6.078	7.721	10.124	11.770	24.688

Indicadores Assistenciais

Indicador	1993	1994	1995	Média dos últimos 5 anos
Taxa de ocupação	88.9%	92.4%	90.7%	89.5%
Média de permanência	9,4 dias	10.4 dias	10.1	10.3 dias
Coefficiente de mortalidade	6.1%	5.5/1000	5.2/1000	5.8/1000
Taxa de infecção hospitalar	5.2%	5.6%	6.3%	5.5%
Taxa de cesárea	26.3%	27.2%	25.2	26.4%

Quadro-resumo das atividades de Ensino nos últimos dois anos

Nível	Cursos 94	Cursos 95	Alunos 94	Alunos 95
Graduação	5	7	1.728	1.752
Residência Médica	34	35	290	297
Mestrado	7	8	298	213
Doutorado	3	4	100	93

**AGENDA DE REUNIÕES
FOCUS GROUPS
REESTRUTURAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS DE PACIENTES DO HCPA**

I- O Prontuário do HCPA na Pesquisa e Ensino em Enfermagem
19/10/95

- 1- Professora Mara Regina Galperim
Dep. de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Escola de Enfermagem / UFRGS
- 2- Professora Agnes Olschowsky
Departamento de Assistência e Orientação Profissional / Escola de Enfermagem / UFRGS
- 3- Enf^a. Lisiane Pascolin
Comissão de Pesquisa / GENF / HCPA
- 4- Professora Rosane Carrion - Coordenadora de Pesquisa
Departamento de Enfermag em Médico-Cirúrgica / Escola de Enfermagem / UFRGS
- 5- Professora Clair de Souza Zamo - Coordenadora de Ensino
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil / Escola de Enfermagem / UFRGS
- 6- Professor Irineo Agostini
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil / Escola de Enfermagem / UFRGS

MODERADORA: Prof. Mariza K. Stumpf

CPM: Enf. Débora
Bel. Ilda Pereira

II- O Prontuário na Assistência Médica
20/10/95 10 horas Sala 434

- Professor Carlos Alberto Ribeiro - Serviço de Emergência
- Professor José Augusto Sisson de Castro - Clínica Médica
- Professor Aristides Volpatto Cordioli - Serviço de Psiquiatria
- Professor Cleber D. Pinto Kruehl - Serviço de Cirurgia
- Professor Heitor Hentschel - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
- Professor Paulo Carvalho - Serviço de Pediatria
- Professor Mauro Czepielewski - Grupo de Pacientes Externos

Moderadora: Mariza K. Stumpf

CPM: Dr. José Ricardo Guimarães
Bel. Ilda Pereira

III- O Prontuário na Assistência de Enfermagem **25/10 14:30 Grupo de Enfermagem HCPA**

- 1- Enf. Mariléa Rodegheri
 - 2- Serviço de Enfermagem Materno-Infantil:
Enf. Elizabete Clemente de Lima - UTIP
Enf. Ivete Pretto - UC
Enf. Marcia S. de Assis - NEO
 - 2- Serviço de Enfermagem Médica
Enf. Carmen Birriel - QUIMIO
Enf. Maria Cecília Vicenti
Enf. Cássia Santos
Enf. Vera Delgado dos Santos
Enf. Terezinha Fernandes
 - 3- Serviço de Enfermagem Cirúrgica
Enf. Valéria de Sá Sotto Maior
 - 4- EME
Enf. Ninon Girardon da Rosa
 - 5- Serviço de Enfermagem Centro Cirúrgico
Enf. Mirian Buogo
 - 6- Serviço de Enfermagem de saúde Pública
Enf. Cleuza Helena Salgueiro
- CPM: Mariza K. Stumpf (moderadora)
Ilda Pereira - SAMIS

IV- O Prontuário na Administração do HCPA **27/10/95 10 horas**

- Bel. Jairo H. Gonçalves - Depto Jurídico
- Cesar Augusto Nunes - Faturamento
- Bel. João Antonio Paim - Faturamento
- Analista Israel Paulino da Rosa e Silva - GSIS
- Bel. Roberto S. Izquierdo - Radiologia
- Sra. Lúcia Helena da Costa - SAMIS
- Profa. Erica Duarte - GENF
- Dr. Carlos Alberto Ribeiro - Consultoria Médica
- Dr. Júlio Bohel - Supervisor do SUS
- Sr. Luiz Everaldo de Freitas - Laboratório
- CPM: Mariza K. Stumpf (moderadora)
Ilda Pereira
José Ricardo Guimarães

V- O Prontuário na Pesquisa do HCPA

17/11/95 10 horas

Bel. José Roberto Goldim - Grupo de Pesquisa / HCPA

Enf. Heloisa Hoefel - Controle de Infecção Hospitalar

Dra. Marseille - Patologia / HCPA

Enf. Lisiane Pascolin - Comissão de Pesquisa / HCPA

Enf. Rosane Carrion - Escola de Enfermagem / UFRGS

Dr. Jorge Pinto Ribeiro - FAMED / UFRGS

Profa. Vera G. Vieira - DMI

Prof. Walter Koff - PG Cirurgia

Prof. Sergio Barros - PG Gastro

CPM: Mariza K. Stumpf
Ilda Pereira
Enf. Débora
José Ricardo Guimarães

VI - O Prontuário no Ensino Médico

01/12/95 10 horas

Representantes dos 8 Departamentos da FAMED/UFRGS, indicados por seus chefes:

Medicina Interna: Prof. Alberto Rosa

Cirurgia: Prof. Manoel Krimberg

Psiquiatria: Prof. Aristides Cordioli

Saúde Pública: Prof. Ronaldo Bordin

Gineco-Obstetrícia: Prof. Heitor Hentschel

Otorrino e Oftalmologia: Prof.

Patologia: Prof. Lotário Roesch

Pediatria: Prof. Humberto Rosa

CPM:
Mariza K. Stumpf
Dr. Sisson

**Anexo 5: CONVITE E DOCUMENTO DE TRABALHO ENVIADOS
PARA OS MEMBROS DOS “FOCUS GROUP” (MODELOS)**



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS

PROJETO DE REFORMULAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE Setembro, 1995 Documento de trabalho para discussão dos grupos setoriais

1- Introdução:

Em 1993, ao assumirmos as responsabilidades da Comissão de Prontuários Médicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, verificamos que o Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas em Saúde (SAMIS) do Hospital enfrentava um grave problema: O HCPA realiza, em média, 46.000 consultas e 1900 internações mensais, que geram em torno de 3.000 novos prontuários a cada mes. O Arquivo Médico possui atualmente (março de 1995) 655.000 prontuários ativos que ocupam uma área de 665 m². A legislação em vigor exige que os prontuários sejam armazenados por 20 anos após o último atendimento registrado, o que está causando um acúmulo muito grande de documentos, muitas vezes sem nenhuma importância para as atividades do Hospital.

Dentro da estrutura do Hospital, os prontuários estão afetos ao Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas em Saúde (SAMIS), subordinado à Vice-Presidência Administrativa (VPA), que tem como função principal a organização, o arquivamento e a recuperação de prontuários médicos dos pacientes ambulatoriais e internados do HCPA, e à Comissão de Prontuários Médicos, nomeada pela Vice-Presidência Médica (VPM), composta por representantes do corpo clínico, da enfermagem, do SAMIS e do Grupo de Sistemas (GSIS). Esta Comissão tem por função garantir a qualidade das informações do prontuário, decidindo a respeito de seu conteúdo e sua organização.

Para enfrentar estes problemas e com o objetivo de prover com qualidade as necessidades de informação necessárias para a assistência, pesquisa, ensino e administração, resolvendo os problemas de área física ocupada, volume dos prontuários, falta de legibilidade, redundância de informações, dificuldade de recuperação de informações, excesso de documentos, etc, que dificultam enormemente o acesso e o uso da informação, a Comissão de Prontuários e a direção do SAMIS têm trabalhado em conjunto, com o objetivo de definir uma proposta de reestruturação da organização, conteúdo e forma de armazenamento dos prontuários.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - CGCMF nº 87020517/0001-20 - Cx. Postal 1247
Telefone (0512) 31.6699 - Telex (051) 5202 APCH-BR - 90210-Porto Alegre - RS



Nos últimos anos, várias alternativas de solução foram propostas e/ou tentadas para solucionar os problemas existentes. A microfilmagem e a digitalização dos prontuários tal como estes se encontram foi a alternativa mais discutida. No entanto, a simples mudança de meio de armazenamento (de papel para microficha ou disco) não altera em nada a qualidade das informações existentes e, além disso, fere a legislação brasileira, que exige a guarda dos documentos originais.

Através deste projeto, portanto, a Comissão de Prontuários tem como objetivo principal definir uma nova estrutura para o Prontuário do Paciente do HCPA em relação a conteúdos e organização. Estas alterações terão reflexo na área médica, melhorando a assistência aos pacientes e facilitando a pesquisa e as atividades didáticas, e na área administrativa, resolvendo parcialmente os problemas enfrentados atualmente pelo SAMIS em relação ao armazenamento e manuseio dos PP e atendendo às necessidades do Grupo de Faturamento e da Assessoria Jurídica, que terão um acesso mais imediato às informações de que necessitam.

Esta definição envolverá a proposta de eliminação de formulários sem importância após a alta do paciente, a substituição de documentos múltiplos por sumários consolidados (resultados de exames e prescrições, por exemplo) e o encaminhamento de uma consulta ao setor jurídico visando a aprovação de medidas inovadoras que busquem fugir das limitações impostas pela atual legislação sem no entanto agir fora dela (assinatura eletrônica, conteúdo mínimo, etc). Como consequência, esperamos reduzir o volume de documentos atualmente armazenados em mais de 50% e ter, como produto, a definição do que venha a ser o conjunto relevante e necessário de informações necessárias para apoiar a assistência ao paciente, a pesquisa, o ensino e as questões administrativas pertinentes.

2 - Principais problemas dos Prontuários do HCPA

Os Prontuários de Pacientes do HCPA apresentam uma série de problemas, comuns a todos os grandes hospitais e de acordo com o descrito na bibliografia (Shortliffe, 1990):

1- Área Física para armazenamento: os PP apresentam um crescimento exponencial em seu volume e quantidade, o que aumenta as dificuldades de uma rápida recuperação dos mesmos e provoca a ocupação de áreas físicas que poderia e deveriam, estar destinadas à assistência médica. São aproximadamente 650.000 prontuários, com acréscimo mensal de 3000, fazendo com que a área de 665m² disponíveis seja insuficiente. Face à esta situação, o SAMIS está transferindo para um prédio anexo ao hospital, os prontuários de pacientes que não comparecem ao hospital a pelo menos 5 anos. Neste arquivo estão cerca de 250.000 prontuários. Em determinados períodos, até o corredor que dá acesso ao SAMIS é ocupado.

2- Qualidade da informação: Embora os prontuários estejam disponíveis e arquivados de forma organizada, a qualidade da informação existente deixa muito a desejar. As notas descritivas (anamnese, nota de baixa, nota de alta, etc), são muitas vezes ilegíveis ou armazenadas em vias carbonadas de difícil leitura. Os resultados de exames laboratoriais são colados, sobrepostos, em ordem cronológica. Em pacientes com muitos exames, esta consulta é difícil e demorada. Apesar do controle de qualidade feito pelo SAMIS no momento da alta hospitalar, muitos prontuários estão incompletos, faltando documentos importantes. A Lista de Problemas, fundamental para a integração das informações, é mal preenchida, o que também ocorre com outros documentos, prejudicando a continuidade da assistência ao paciente e a realização de pesquisas retrospectivas.

3- Excesso de papel armazenado: O conteúdo atual do Prontuário do HCPA é demasiado e desnecessário. É importante se discutir a real necessidade de se armazenar por 20 anos registros que são muito importantes durante a internação do paciente mas que se tornam desnecessários após a sua alta (informações tais como controle de sinais vitais, muito volumosas, são absolutamente desnecessárias para utilização após a alta, podendo ser eliminadas do prontuário).

De acordo com o levantamento realizado pela equipe do SAMIS em setembro deste ano (Tab. 1), os diversos serviços de assistência do HCPA geram as seguintes quantidades de folhas a cada internação:

SERVIÇO	M P. (dias)	Folhas / dia	N. de Folhas
CIRURGIA	7.9	2.5	20
UTI PEDIATR.	5.8	31.0	180
PEDIATRIA	14.0	11.5	161
C. MÉDICA	14.6	6.7	98
UTI NEO	8.8	13.2	116
PSIQUIATRIA	31.6	5.5	174
OBSTETRÍCIA	3.1	3.5	11
UTI ADULTO	7.5	14.0	105

Tabela 1 - Número de folhas de prontuário geradas em cada internação



4- A legislação é antiga, desatualizada, omissa e incompleta, pois não define adequadamente qual deverá ser o conteúdo mínimo do prontuário e estabelece um prazo de 20 anos após a última movimentação para armazenamento dos mesmos, "no documento originalmente gerado". esta legislação impede, por exemplo, que relatórios gerados por procedimentos informatizados substituam as folhas de prescrição e de evolução, por exemplo, e impede que prontuários antigos possam ser substituídos por microfímes ou arquivos em disco obtidos por "scanner". Portanto, devemos questionar os prazos e formas de armazenamento, o conteúdo relevante que deverá ser armazenado e a responsabilidade da guarda destas informações.

5- A recuperação de informações para atendimentos posteriores e, principalmente, para a pesquisa, é demorada, tediosa e inadequada. As informações são de difícil localização (armazenamento inadequado, prontuários volumosos) e, quando encontradas, muitas vezes não são sequer legíveis.

6- A realização de pesquisas é muito dificultada por todos os fatores já descritos e ainda, pela rotina estabelecida: havendo a necessidade de se buscar informações em prontuários (pesquisas retrospectivas e epidemiológicas), o Professor encaminha ao Grupo de Sistemas uma solicitação por escrito, definindo os parâmetros de busca, que podem ser o diagnóstico da internação (CID), período da internação, e dados epidemiológicos do paciente como sexo e idade. A partir desta solicitação, o GSIS dispara uma rotina de relatório que lista os números dos prontuários que atendem às especificações. de posse desta lista, o Professor ou seus auxiliares (alunos na maior parte dos casos) procura o SAMIS que, num prazo de 24 horas, lhes entrega os prontuários listados que forem localizados. Estes prontuários devem ser manuseados em uma sala de consultas dentro do SAMIS. A pesquisa é feita então manualmente e as informações desejadas são transcritas pelos interessados.

7 - **Movimentação de prontuários no arquivio:** São movimentados mensalmente, em média, cerca de 74.000 prontuários, entre necessidades internas (trabalhos científicos, complementação de dados, colocação de novos exames, atualização de cadastro, etc) e externas (envio e recebimento de PP de ambulatórios e internações). Isso significa que, em média, são manuseados pelo SAMIS cerca de 2450 prontuários por dia. Para esta tarefa, mais de 20 funcionários ficam mobilizados, em um regime de atendimento de 24 horas



3- ETAPAS DO TRABALHO

1- Levantamento da situação atual dos Prontuários de Pacientes no HCPA, em outros hospitais brasileiros e na literatura, através de estudo de caso, pesquisa bibliográfica e questionários enviados aos principais hospitais do Brasil.

2- Reunião de grupos de usuários de Prontuários do HCPA, para discussão de alternativas (Focus Groups). A questão básica a ser discutida será:

Quais são as informações relevantes e necessárias que devem ser armazenadas no Prontuário do Paciente de forma a atender plenamente aos objetivos da assistência ao paciente, do ensino, da pesquisa, do apoio administrativo e às exigências legais?

Cada grupo setorial (Assistência Médica, Assistência de Enfermagem, Ensino Médico, Ensino de Enfermagem, Pesquisa e Administração) debaterá o tema em uma única reunião de 2 horas de duração. Os debates serão gravados e as idéias principais serão transcritas em um documento de síntese.

3- Baseado neste documento, a Comissão elaborará uma proposta de modificação do Prontuário, que será validada através de consulta de uma amostra significativa de usuários (médicos, enfermeiros, pesquisadores, professores, administradores e outros profissionais que utilizam o Prontuário em suas atividades) do HCPA.'

4- A partir das respostas obtidas, a Comissão encaminhará à VPM uma proposta que refletirá o consenso dos profissionais do HCPA em relação ao conteúdo e organização dos Prontuários de Pacientes.

CONCLUSÃO:

Para que a Comissão de Prontuários possa elaborar uma proposta de modificação do conteúdo e organização dos Prontuários do HCPA, visando melhorar a qualidade das informações armazenadas, facilitar o acesso a estas e resolver parcialmente os problemas decorrentes da necessidade de arquivamento dos documentos por longo prazo, é fundamental a participação de todos os colegas convidados.

Portanto, contamos com sua presença!

A Comissão de Prontuários

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - CGCMF nº 87020517/0001-20 - Cx. Postal 1247
Telefone (0512) 31.6699 - Telex (051) 5202 APCH-BR - 90210-Porto Alegre - RS

Porto Alegre, 10 de outubro de 1995.

Ilmo. Sr. Dr.
Professor XXXXXXXXXXXX
Neste Hospital

Prezado Colega:

A **Comissão de Prontuários Médicos do HCPA**, seguindo uma tendência que se verifica em todos os países desenvolvidos, reiterada durante a realização do 8º Congresso Mundial de Informática Médica realizado em julho passado no Canadá, está empenhada na elaboração de uma proposta de reestruturação do conteúdo e organização dos Prontuários Médicos deste Hospital, com o objetivo de diminuir o volume de papel arquivado, facilitar o acesso às informações armazenadas e aumentar a qualidades destas.

Para que esta proposta represente o consenso dos principais usuários dos Prontuários Médicos destas instituição, que são os médicos, enfermeiros, professores, estudantes e administradores, foi solicitada à VPM a nomeação de um grupo de assessores para dar suporte técnico às discussões da Comissão, constituído por representantes das diversas áreas. Seu nome foi indicado para representar o Grupo de Pacientes Externos.

Portanto, viemos por meio deste convidar V. Sa. para participar da reunião que debaterá o **Prontuário Médico na Assistência ao Paciente**, que será realizada no dia 20 de outubro, sexta-feira, às 10 horas, na sala 432 (Engenharia Clínica). O resultado deste debate será usado como subsídio à proposta de modificação do Prontuário do HCPA.

Sua presença é muito importante para nós, pois o grupo de debate foi selecionado cuidadosamente e cada colega convidado terá uma contribuição importante a dar. Caso seja impossível o seu comparecimento, solicitamos que seja indicado um representante de seu Serviço.

Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos pelo ramal 2260 (Bel. Ilda Pereira, SAMIS) ou pelo fone 330-5500 ramal 5360 (Dra. Mariza Klück Stumpf, FAMED).

Certos de sua cooperação, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Professora Mariza Klück Stumpf
Comissão de Prontuários Médicos

CPM - PROJETO PRONTUÁRIO
REUNIÃO 1
ENFERMAGEM - PESQUISA/ENSINO
19/10/1995

Às nove horas da manhã, no Hospital de Clínicas, reunião sobre prontuários dos pacientes do hospital - grupo de enfermagem, pesquisa e ensino - participantes convidados: Prof.^a Mara Regina Galperim, Prof.^a Agnes Olshowisk, Enfermeira Lisiane Pasqualim, Prof.^a Rosane Carrion, Prof.^a Clair de Souza Zamo e Prof. Irineu Agostini. Presentes: Prof.^a Marisa Stumpf, da Comissão de prontuários; Enfermeira Débora Feijó e Ilda Pereira, chefe do SAMIS.

- A Comissão de Prontuários há dois anos em funcionamento, junto ao pessoal do SAMIS e da Ilda, desde o início das nossas atividades, têm trabalhado junto no sentido de melhorar as condições dos prontuários do Hospital de Clínicas.

O prontuário é o documento básico dentro do hospital no atendimento das quatro grandes áreas na assistência ao paciente, ele é fundamental. Na área de ensino e pesquisa, continua sendo o prontuário o depositário de informações e dados; na área administrativa, vocês sabem que todo conjunto de informações que vão para a administração do hospital referentes à assistência, todas essas estatísticas de ocupação de leito, média de permanência, números de consultas e internações, tudo é o SAMIS que fornece para a administração, então o prontuário é o centro depositário principal dessas informações.

Mas ele apresenta uma série de problemas graves e o SAMIS está profundamente preocupado com esses problemas, e nós temos que procurar soluções.

A gente vê, circulando pelos corredores, que os prontuários não cabem mais, não existe mais área física suficiente, é como um tumor crescendo dentro do hospital e vai ocupando mais áreas, mais áreas. O volume de papel armazenado é absurdo.

Existe uma legislação que é muito antiga, omissa e incompleta, e por ser incompleta a assessoria jurídica termina fazendo as coisas mais legais que a lei manda com medo de estar interpretando errado. A legislação brasileira diz que o prontuário deve ser mantido em seus documentos originais por vinte anos, então, eu posso microfilmá-lo, posso digitalizar, mas continuo tendo a obrigação legal de manter o documento original. Essa é nossa legislação e é assim em muitos países, menos nos Estados Unidos que varia de Estado para Estado, tem alguns Estados que aceitam formulário informatizado e assinatura eletrônica (através de senha) e outros que exigem a guarda do papel.

Nossa legislação diz que devemos guardar o prontuário por vinte anos, mas não diz, em nenhum momento, o que compõe o prontuário, não existe uma definição legal quanto ao conteúdo mínimo ou obrigatório de prontuário.

Vinte anos após o último atendimento, e se é uma criança, o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente - diz que, por exemplo, se o hospital atende um recém-nascido e ele nunca mais volta (ele é de Craciúma, Pará, etc.), o prontuário será mantido até a maioridade dele (18 anos), depois mais vinte anos pelo ECA.

- E a gente tem como saber se teve óbito, tem como cruzar datas, Ilda?

- Não, já tentamos consultar Secretaria da Saúde, coisa assim, mas não conseguimos.

- Porque era uma forma de renovar 50% desses dados.

- Na verdade, nós temos só o controle do que acontece no hospital, e, eventualmente, algum ..., mas isso é tão insignificativo, às vezes, a família informa ou o próprio médico, se é o médico que atende fora esse paciente e é daqui, ele até nos traz essa informação.

- Se o paciente vai a óbito ele cai fora dessa legislação?

- Não, mais 20 anos do último atendimento.

- Mesmo que vá a óbito?

- Mesmo que vá a óbito.

- Então não adianta nada!

- A questão do óbito é que ele pode ir para o arquivo morto, existe duas áreas físicas para guarda de prontuário.

Mas, o que nós queremos, na Comissão de Prontuários, é discutir com grupos setoriais, nós definimos que existe quatro grandes grupos de usuários, que são essas quatro grandes áreas: assistência, pesquisa, ensino e administração, então nós identificamos, inicialmente, seis grupos: assistência médica, assistência de enfermagem (dois), ensino e pesquisa (médica e enfermagem),

administração e, posteriormente, uma reunião conjunta para discutir o aspecto da assistência como um todo e a pesquisa como um todo.

Nosso interesse, com essas reuniões, é colher a opinião dos usuários de cada um desses grupos identificados, é colher opiniões, idéias, sugestões com o objetivo de melhorar a qualidade do prontuário. Isso no nosso entendimento pressupõe que se diminua o seu volume e que se consiga, de alguma forma, melhorar a legibilidade e a praticidade dessa papelada toda. Por exemplo, substituindo aquele conjunto de resultados dos exames laboratoriais por um consolidado, estão digitados, estão em discos e no momento da alta do paciente emite-se um relatório consolidado(pequeno, uma página ou duas páginas) tirando-se todo aquele volume.

A idéia inicial, que se tem, é que possam haver definições diferentes quanto a conteúdo de prontuário, que se possa pensar um conteúdo adequado e importante durante a internação do paciente, mas se refletir sobre a necessidade de se manter arquivado por 20 anos, às vezes por 38 anos, toda informação que é importante durante a internação deve e precisa ser mantida? Nós poderíamos definir o nosso conteúdo, já que não existe definição legal, o hospital pode definir qual é o seu prontuário.

Poderia talvez, ter um prontuário com conteúdo mínimo; durante a internação um conteúdo diferente, e um outro prontuário menor, reduzido e mais enxuto para ser armazenado, essa é nossa preocupação.

Agora, queremos enxergar e melhorar na qualidade, contudo não podemos deixar de guardar todas informações que sejam importantes para cada um dos atores envolvidos. Eu posso achar que determinada informação não é importante, mas outra pessoa que faça pesquisa vai me dizer: não, mas essa é importante porque eu uso em determinada situação ou uso no ensino, por isso é importante, a Comissão não se julgou competente para definir o que tirar ou colocar. Têm que ser ouvidas as pessoas que realmente lidam com essas informações e lidam com o prontuário. Então, essa é nossa proposta de metodologia de trabalho, fazer 6,7 ou 8 grupos que trocarão idéias em torno desse assunto: o que podemos fazer para que se consiga melhorar a qualidade dessas informações e reduzir os seus volumes. Qual o conteúdo que, futuramente, será informatizado.

Essa é a idéia, esses pequenos grupos discutirão e nos darão subsídios para a Comissão de Prontuários elaborar uma proposta a partir dessas idéias, aí essa proposta será discutida amplamente, provavelmente em março do ano que vem, voltaremos a procurá-los, conjuntamente a um grupo maior ainda, com um questionário, uma amostra significativa desses usuários do hospital que responderão o que acham dessa nossa proposta. Uma vez validada vai para a VPM para consideração.

Acho que existe uma inércia muito grande de todos nós do Brasil inteiro e nos hospitais, o prontuário é isso mesmo, então se arquiva isto, é mais fácil arquivar tudo e entregar o problema para lida do que a gente refletir sobre a importância e a necessidade disso.

- A maioria das pessoas que lida com prontuário não sabe da dificuldade de espaço, provavelmente, é isso.

Não só de espaço, como da qualidade da informação. Então, o que eu quero é uma conversa livre, de preferência que fale um de cada vez para facilitar a nossa transcrição depois. Quero que conversem, troquem idéias nesse sentido; o que podemos fazer para melhorar a qualidade, diminuir o volume, aumentar a legibilidade e a capacidade de acesso a essas informações.

- Do ponto de vista da enfermagem, nós temos uma Comissão do Processo de Enfermagem que vê quais dados são importantes no trabalho do enfermeiro, o cuidado que desejamos prestar ao paciente. Discute-se essas questões de registro(o que deve ser registrado).

- Só um aspecto, hoje vamos discutir a necessidade de informação para pesquisa e ensino; assistência discutiremos oportunamente.

- Certo, é que para nós não dissocia, Mariza, pois no momento que temos um prontuário onde a enfermeira faz o registro do seu processo de trabalho; como ela coleta os dados ou como ela faz um plano de assistência, isso para nós é para ensino e pesquisa. Há então essa preocupação, o grupo de enfermagem está preocupado com isso, já discutem há dois anos isso, os resultados vão aparecer no correr desse processo com as propostas que esse grupo fará. A lida sabe, cada área nossa tem um histórico de enfermagem(onde são coletados os dados sobre o paciente), então nas diversas áreas têm seu método de coleta de dados. Eu acredito que essa comissão pretende enxugar bastante, fazer um roteiro único ou mais próximo disso. O objetivo é a informatização do processo de enfermagem. Respeitando as especificidades: a materno-infantil, etc, mas terá um roteiro básico.

- Vejo a dificuldade de enxugar esses prontuários antigos. Eu acho que a gente tem que estudar formas de não inchar muito os próximos, ser mais sintético. Então, essa Comissão, eu acho importante que veja como reduzir ao máximo as informações. Eu não vejo como enxugar um

prontuário em atividade agora, a não ser de agora em diante com novos formulários, se não pode tirar nada?

- Mas, se pode tirar! Nossa idéia é que se tenha um prontuário de trabalho (esse que vai para o serviço do paciente interno ou vai para o ambulatório) reduzido e que o conjunto desses prontuários e os antigos possam ser arquivados fora, porque não serão usados para assistência, pesquisa ou ensino. É essa a nossa idéia inicial, que pode ser usada para questões administrativas e legais. O prontuário de trabalho (o que acompanha o paciente) pensa-se em reduzir até os antigos.

- Porque cada documento traz uma informação, são exames, vão confirmar a evolução, confirmar a prescrição...

- Do ponto de vista da enfermagem, todos esses documentos como se encontram, vocês acreditam que serão necessários, serão consultados? Eu queria saber isso de vocês, ou algum tipo de documentos que vocês acham que não são necessários depois da alta do paciente, documentos que não precisam estar no prontuário?

- Se a gente pensar em pesquisa dependerá do foco de pesquisa, porque em determinado momento estamos preocupados com dados objetivos, no outro momento pode ser a interpretação que o profissional fez, outro pode ser a preocupação com as reações farmacológicas, vai depender do enfoque que a pesquisa buscará no prontuário. Assim, hoje, eu acho difícil saber o que será importante em função de pesquisa, porque a pesquisa qualitativa pode procurar os fatores no prontuário. Tudo dependerá do enfoque.

- Aí vem a questão do tipo de pesquisa que se realiza. Quando tu vês uma pesquisa que se realiza voltada mais para a área de... tu vais dar dados completos, objetivos de exames, número de internações, de reações...

- Muito fáceis de computar.

- É, muito fáceis de manusear. Agora, na enfermagem, nós usamos muito essa coisa qualitativa, até para para saber como está o nosso trabalho, para saber como a enfermeira está trabalhando junto do paciente. O registro que ela faz, relações que ela está fazendo, dados, exames, evolução médica e evolução da enfermagem, quer dizer, é outro tipo de pesquisa que se pode fazer.

- Quais são os documentos dentro do prontuário que são de responsabilidade da enfermagem?

- Todo processo. Desde o histórico, evolução (na folha de evolução).

- Às vezes ocorre, muitas vezes interessa, no ambulatório, a gente tomar conhecimento das evoluções, das prescrições médicas, então tu também manuseias isso.

- Quais são os formulários específicos da enfermagem?

- Aquele folha de controle, todas são comuns, o histórico de enfermagem é o mesmo também.

- Sabe, eu acho que a solução no manuseio do prontuário é delimitar um tempo em que ficaria no prontuário os dados do paciente. Uns cinco anos e o resto seria microfilmado.

- Mas essa idéia de repente é boa. O SAMIS mantém uma amostragem dos prontuários dos últimos cinco anos, e os mais antigos que isso poder-se-ia tirar algumas folhas para diminuir o seu volume.

- Sempre lembrando que esses documentos que serão retirados não serão colocados fora, continuam as regras.

- Eu acho muito perigoso restringir muito as coisas. Acho que essa informatização, eu fico pensando, de repente fazemos históricos marcando cruzinhas e aquela coisa subjetiva, a especificidade do paciente que a gente tanto quer valorizar no cuidado, como é que colocaremos isso aí dentro.

- Os hospitais que já informatizaram, eles informatizaram aquelas informações objetivas. Então, tem-se um sistema de informações bem bom, quando o paciente chega tem-se um sumário, uma lista de problemas, um sumário da última internação, mas não vi nenhum hospital que tenha eliminado o papel.

A grande discussão, no último congresso internacional, foi como a armazenar e recuperar a informação subjetiva tanto do médico quanto da enfermagem. Uma anamnese, um histórico, uma evolução tu não fazes cruzinhas ou até faz, contido perdes em qualidade e riqueza de informação. Essa informação subjetiva que tu podes armazenar feito texto, hoje, tu recuperas o texto, mas não consegues gerar informações a partir do texto, a não ser que o humano sente na frente, leia cada um, retire informação dali. O entendimento que o computador tem de linguagem natural é nulo, enquanto ele não conseguir interpretar a linguagem natural esse tipo de informação não administra bem.

- Ele não recupera, mas ele existe dentro do prontuário todos os estudos, pelo menos nesse encontro que eu fui em São Paulo com convidados da Europa, em termos de América tem um

estudo de dados mínimos de enfermagem e diagnóstico de enfermagem, como na Europa são dois grupos que estudam isso aí, mas tanto uma como a outra têm a parte informatizada e os campos abertos para ser escrito como texto. Tu tens uma forma legível escrita e tens a evolução, nesta a impressão sempre continua, só que algumas coisas em termos de diagnóstico já são feitas em classificação não tão aberto como é feito aqui, é mais dirigido pelo diagnóstico (como se fosse o CID) para aquele determinado problema.

- Eu faço parte do grupo de pesquisa de enfermagem, nós tivemos uma reunião terça-feira e eu levei a problematização ao grupo para ver se havia alguma coisa que o pessoal gostaria de trazer. Na nossa discussão, viu-se que uma coisa leva a outra; é um conjunto, mas o grupo levantou que uma coisa que poderíamos trabalhar paralelo a isso (uma função educativa) é como usar o prontuário, como escrever, como ser usuário do prontuário de uma maneira adequada. A gente vê muita repetição de informações.

Observa-se que, normalmente, a piora é mais registrada que a melhora, tem-se mais dados para se ver a piora em termos de evolução do que a melhora. Por exemplo, há informações pouco objetivas, que dentro desse processo educativo se poderia trabalhar que dentro de uma evolução a pessoa descreve toda escala de..... na UTI (um trabalho que foi feito), ao invés de usá-la, simplesmente, tendo dados mais concisos que dar-te-iam informações mais precisas e com mais parâmetros, sem ter que descrever e fazer evolução de uma folha. Poderia se ter alguma coisa mais sintética para atualização de dados do paciente, que às vezes se repete, e poderia ser única.

Outra coisa que nos ocorreu, para dedução, um resumo na folha de controle. Foram algumas idéias que ocorreram inicialmente, claro que para fazer uma pesquisa todos os dados, desde o histórico, a evolução, todo o processo é importante, não há como ter uma coisa ou a outra, mas no processo educativo há de se trabalhar alguma coisa, se repensar. Para o usuário isso poderia dar consistência no registro e não se ter tanta coisa repetida no prontuário.

- Pegando o gancho do negativo, que é mais comentado, quantas vezes a gente vê o paciente bem e sem queixas.

- Mas a falta de queixas não é uma amostra.

- Pois é, mas então, talvez, ver o lado positivo da falta de queixas, deve estar relacionado com alguma evolução que ninguém viu antes.

- Uma outra coisa, eu acho que esse prontuário foi criado em cima de um sistema de Weed e hoje isso se perdeu totalmente, acho que se deveria recuperar alguma coisa nesse sentido que fosse uma linguagem comum da filosofia do prontuário para toda a equipe. Isso eu acho uma coisa importante, porque não tem mais coerência entre aquela folha de listagem de problemas com a evolução. É uma questão a se discutir.

- Se as pessoas não estão mudando, é porque não estão convencidas de que há validade, então temos que, primeiro, ver qual é a filosofia comum de quem registra para que seja aceito.

- É, para se chegar a um consenso nisso aí, que seja uma coisa de conhecimento de todo o grupo, porque eu vejo, por exemplo, tu tens alunos ou residentes, essas pessoas têm que ter um programa de tomar conhecimento dessa filosofia.

- Aí tu ensinas ao teu aluno que ao encontrar um problema, que ele abra o problema à equipe. Então, chega o chefe da equipe e desmonta. "quem é que te autorizou".

- Mas já tem que se trabalhar inclusive essas questões. Porque o prontuário do paciente não é o prontuário médico.

- É, mas até ontem era.

- Tá na hora de mudar.

- Foi introduzido esse sistema, no início, parece que estava indo bem. Com o passar do tempo as pessoas resolveram não aceitar mais e passou a ser prontuário médico.

- Os médicos não fazem a lista de cuidados.

- O problema da lista é mais complicado ainda. Não houve convencimento, os médicos não se convenceram do uso da lista de problemas. E na faculdade, quando se aprende a fazer anamnese (lá no 3º semestre) ninguém faz.

- Aí na enfermagem fala, e quando é registrado, eles falam que aquilo só pode ser usado pelos médicos.

- Inclusive, entre nós seria um ponto a se discutir, teria que ser uma folha eliminada do prontuário, é a folha paralela que a gente usa de lista de problemas.

- Existem duas listas.

- Sim. É um absurdo. Isso é uma folha que poderia ser eliminada. A enfermagem teria que usar somente.....

- Pelo roteiro do novo prontuário que a gente fez, tem uma lista para todos, uma folha, é prontuário do paciente, nome do prontuário seria: registro sobre o paciente, por lei, ele pertence ao paciente e está sob a guarda do hospital.

- Se ele quiser levar?

- Não pode, só a cópia. É outra questão que se discute.

- Mas se tem que levar exames, tem que ter. A gente não pode no ambulatório, se o paciente quer cópia de exames, as enfermeiras que trabalham no ambulatório não podem solicitar ao paciente essa cópia, tem que ser com autorização médica.

- Isso já foi abolido recentemente.

- Ah!, mas nós não sabíamos.

- É recentemente, mas por causa do estatuto.

- Daí, discute-se os excessos que podem haver. Porque qualquer estudante chega lá no SAMIS e pede um prontuário, até parente.

- Parece que para parente não, a autorização é por escrito e nem para o advogado, só com procuração.

- É, mas estava-se dando para familiares que vinham pedir.

- Se um colega(médico ou enfermeiro) inimigo aqui dentro do hospital, briga e vai lá e pega o prontuário do outro colega e ...

- É qualquer profissional do hospital tem acesso.

- Eu li um artigo sobre a segurança em prontuários informatizados, com computador fica mais fácil, mentira, fica mais difícil. Então, ele avaliou nos diversos hospitais americanos a questão de sigilo. Ele comenta, no artigo, que nos E.U.A. é prática comum, já no prontuário papel(já era assim), o acesso ao prontuário de profissionais, de qualquer nível do próprio hospital, e seus familiares é restrito sempre. Os prontuários dos profissionais, que trabalham no hospital, e de seus familiares é guardado até separado, e o acesso é muito mais retido para evitar esse tipo de dificuldade.

E quanto ao prontuário informatizado o que se alega, até para fazer pesquisa, eu preciso ter acesso a qualquer prontuário, não existe sigilo para pesquisa, não importa o que tenha eu preciso para minha estatística. Se está no papel, para eu saber se este paciente é aidético ou psiquiátrico, eu vou consultar e saberei o nome dele; se estiver no computador, ao menos, eu tenho que saber acessar, tenho que saber a senha, o esforço é maior, proteje muito mais o sigilo da informação.

- Prá ensino, especificamente, com os alunos?

- Depende do enfoque que darás à pesquisa. E no ensino trabalha isso.

- E essa idéia de se manter um conjunto dos últimos 5(cinco) anos completo e depois parciais dos mais antigos?

- É idéia boa.

- Outra idéia que eu achei muito importante é essa de se pensar em trabalhar num sumário dos controles.

- Dados de informação do paciente, dados objetivos(idade, ano) não precisa ter repetido, não tem porquê. A informação é a mesma.

- Se a gente acessar o A e N dos dados de identificação do paciente vem até a contagem do ano.

- Quem sabe essa folha, da lista de problemas, pensa-se em uma reformulação dela. Ela tem bastante espaço, ela tem três linhas para cada problema. E a gente lista bastante problemas, quem sabe se poderia reorganizá-la, pensar uma coisa mais sintética e que na mesma folha coubessem mais problemas. Pensar se os problemas inativos e passados ficam assim, porque não são tão utilizados quanto os problemas atuais e ativos, em termos de ocupação de espaço.

- Tem que continuar até para se ver a...

- Eu falo em termos de espaço, desse espaço que se usa, comparado com essa versão aqui.

- Eu sugeriria que vocês pensassem, trabalhassem nessa idéia de sumário.

- Nós tínhamos um sumário do gráfico dos sinais vitais. Ali, nós tínhamos de vários dias, era da semana inteira do paciente. Era uma folha, uma súmula dos sinais vitais.

- Por exemplo, agora, se tivéssemos um sistema informatizado, onde vocês registrassem essas informações a cada tomada, o sistema deveria nos devolver só esse gráfico, não precisaria devolver mais nada. É o que a gente quer.

- Tenho uma solicitação, nem sei se é pertinente ou não, sobre uma área da escola que tem Saúde Pública, Administração e Psiquiatria. Os alunos de Saúde Pública me pediram, se havia uma possibilidade de conseguir, um exemplar do prontuário, do modelo de relatório usado pela saúde pública para eles opinarem, pois desconhecem.

- Uma coisa, que até por ignorância minha, como é que funcionará esse registro no computador nas diferentes áreas. Estou pensando em aluno, estamos lá no ambulatório com um número x de alunos, número de pacientes, com um horário restrito e que os alunos; no início, tu ficas, assim, três horas para fazer um registro, quando tiver que ter acesso um aluno no terminal, como é que funcionará na prática? Porque eu imagino que terá um terminal em cada consultório, não há condições do aluno fazer registro ao mesmo tempo, como é que se dará?

- Pode-se dizer, assim, que o número de terminais são muito maiores que normalmente deveria, porque é um hospital-escola. É como na sala de prescrição, tem mais de um terminal.

- Provavelmente, terá um lugar ali dentro que terão terminais para os alunos poderem fazer anotações.

- Além disso, o que se pretende é que no futuro se pense em sistemas mais ágeis e mais fáceis de se usar.

- Eu coloquei isso, porque, realmente, é uma coisa que imagino: como é que a gente vai operacionalizar?

- Falar em prontuário, vocês sabem como é que funciona no Einstein? Claro, é um hospital privado e não é um hospital-escola, mas eles têm uma sala de SAM, cada internação(o ambulatório é separado, não se mistura o registro de ambulatório com o registro de internação) abre-se uma pasta.

Existe uma estante com as pastas, quando o último prontuário vai entrar(lotou), aqueles anteriores vão para o arquivo morto(para o espaço). E cada internação tem uma pasta nova, caso o médico insista, eles buscam.

Eles estão informatizando o resumo das internações, então os médicos terão acesso a esses resumos informatizados.

A grande discussão para informatizar, até esses aspectos bem resolvidos, é a validade da assinatura de pronto, por isso é fundamental que se possa informatizar a entrada de dados e não repetir. Hoje, inclusive, na prática, os exames não são assinados. As cópias que vêm não são assinadas.

- Quando sai a prescrição, eles assinam, mas a assinatura deles é, às vezes, ilegível. Eles não têm uma farmácia. O problema é tão sério de não ser reconhecidas pessoas, por exemplo, eu tive um problema sério que ainda não foi resolvido, quando sai o receituário do psicotrópico pronto, sai primeiro a prescrição, e ele sai depois, demora mais para sair o receituário do psicotrópico, ou quando os impressores mandam imprimir mais de uma vez a prescrição, então o receituário do psicotrópico fica na sala de prescrição.

Aí, qualquer pessoa que entrar na sala de prescrição; nós cansamos de achar, nessa sala, o prontuário preenchido com assinatura, CRM e nome do médico, então, tu podes ir lá, vestida de branco ou de qualquer aventalzinho, vai lá na farmácia e pega o psicotrópico.

Por isso, tivemos que combinar com a farmácia que só aceitar-se-á, na farmácia, com assinatura da enfermeira da unidade e COREM dela. Porque as pessoas não se responsabilizam, que aquilo que deixam na impressora é uma coisa extremamente importante. Como nós somos responsáveis pelos psicotrópicos da unidade, nós ficamos preocupados, pois aumentou muito o volume de psicotrópico.

Antes, só pedias a receita daquele que precisavas no estoque, agora, toda vez que ele prescreve, se necessário sai na receita. Então, vai ter 100(cem) ampolas de Dolantina numa unidade, sem necessidade, é uma coisa, que se tem que resolver. A responsabilidade das pessoas com as suas senhas (de não dar) e daquele formulário que vai sair, tem que haver uma conscientização, eu acho muito importante para a assinatura eletrônica. Porque eu canso de ver darem senha para todo mundo.

- O que o hospital pretende, quando validar essa discussão, é eliminar todas as senhas, apagar todas as senhas, recadastrar todas as pessoas e trabalhar com cartão. E a pessoa, ao receber o cartão, vai assinar o termo de compromisso, onde estará bem explicitado todas as responsabilidades que ela estará assumindo e os problemas que terá se emprestar o cartão.

- Um cartão desses seria o cartão ponto, o cartão de acesso ao computador, um sistema único.

- O doutorando terá uma senha, ele poderá prescrever, senha diferenciada que permita fazer todos os procedimentos; prescreva, evolua e tal, mas para ser executado tem que passar o cartão do professor.

Mas pelo fato de receber o cartão e assinar um termo, a pessoa dar-se-á conta da sua responsabilidade.

- Faz um resumo.

- O que ficou, mais ou menos: para pesquisa é muito difícil determinar as áreas da pesquisa, então tu ficarias com os últimos anos, 5(cinco) ou 10(dez) anos, e a gente guardaria por inteiro o prontuário; a revisão da folha de controle intensivo da enfermagem, para ver se há condições de se fazer uma síntese; uso de uma lista única de problemas para a gente trabalhar no ensino, pesquisa e assistência numa folha única. Acho que é isso, esses são os pontos importantes que ficaram.

- E a questão desse sumário que vocês colocaram, acho interessante que tivesse um sumário da internação ou, periodicamente, a nível de ambulatório, que se fizesse, anualmente, um sumário para aquele paciente, ou de 2(dois) em 2(dois) anos. Que isso constasse lá, já como uma idéia de poder avaliar uma série de fatores.

- Poderia se tentar fazer um formulário, tipo esses que a gente fez para sumário de alta, fazer um sumário de ambulatório que fosse facilmente preenchido, porque muda o profissional que atende o paciente e ele tem que ler todo o relatório, às vezes, essa folha de resumo é suficiente para ele fazer uma idéia geral e o atendimento. Tendo esse sumário, de repente, se possa eliminar e fica só essa folha.

-Vai depender da visão de quem fizer o sumário, tipo de coletânea. Vejo dificuldades por tudo aquilo que a Rosane falou, tipo de enfoque que a pessoa dá.

- A Ilda pode te falar das notas de alta.

- Os processos estão sendo informatizados, a prescrição, mais tarde a evolução; no momento da alta do paciente o sumário vem, o profissional para fazer a alta chama a rotina de alta, esse sumário vem, praticamente, preenchido com: nome, onde baixou, em que data baixou, que data teve alta, já está tudo no sistema, já vem na tela, praticamente, preenchido; o médico só preenche o que falta: o motivo da alta ou alguma observação. Essa é a idéia, mas, de repente, então esses sumários de ambulatórios poder-se-ia pensá-los nesta perspectiva, que ele vá ser um sub-produto de sistemas de entradas de dados.

- O simples fato de tu teres um sumário que coloque quais as especialidades desse paciente, quantas consultas teve em cada área, os diagnósticos feitos em cada área, já dá uma idéia muito boa de como foi o atendimento do paciente. Porque até recuperar isso lendo um prontuário é difícil.

Para programar cada área, quando foi, como foi feito, qual foi o encaminhamento, montar esse programa aí!

- Lendo os prontuários, esses dias, metade dos problemas já resolvidos não são fechados. Ao avaliar o paciente, ele já resolveu o problema, e o prontuário ainda está aberto.

- Acho que está piorando a qualidade.

- A gente ensina e durante a aula fazem, aí quando se formam parece que se esqueceram de tudo.

- Alguma coisa tem.

- É aquilo, eles não estão convictos. Durante o tempo da escola, a gente consegue que eles entendam a importância do registro. Não tem nada.

- Lista de problemas nem todos prontuários têm.

- Existe a folha e não é preenchida?

- Não, nem tem a folha.

- Mas a unidade tem, é uma atribuição da unidade não é? Ela tem que manter na prancheta, aquela, tem que estar sempre ali.

- Bom, mas as secretárias, agora, ficam fazendo faturamento, elas estão mais.....ainda.

- Acho que tem uma coisa, no momento que se começou a fazer registro era uma luta, era tudo desconectado.

- Agradeço a participação de vocês, todos receberão um retorno. Vocês todos responderão ao nosso questionário.

CPM - PROJETO PRONTUÁRIO
REUNIÃO 2
ASSISTÊNCIA MÉDICA
20/10/1995

Relação de participantes: Dr. Sisson, Dr. Heitor Hentschel, Dr. Ribeiro, Dr. Fleck, Dr. Mário Sérgio, Dr. José Ricardo, Ilda Pereira Silveira(do SAMIS), Dr. Mauro Cheplewisk.

- Obrigada por terem vindo. O objetivo dessa reunião é que vocês debatam a respeito do prontuário médico.

A Comissão de Prontuários esta trabalhando preocupada com os problemas relativos a prontuários. Um deles: o espaço e a área física. Vendo os números relativos a prontuários, percebe-se que são muito grandes.

O volume dos prontuários é tão grande que se espalham no corredor da biblioteca. Esse aqui, por exemplo, é um prontuário de um paciente. O arquivo morto já não cabe na área a ele destinada, então, o volume e a área física são um dos graves problemas, mas não é, no nosso entendimento, nem o mais importante. O mais importante é a qualidade das informações armazenadas a possibilidade de encontrar estas informações no prontuário quando se precisa delas. Esse grande volume de papel armazenado é um dos motivos que dificultam e escondem as informações desejadas.

Então, nós começamos a discutir algumas alternativas: quem sabe possamos eliminar alguns documentos do prontuário. A legislação brasileira determina que eles sejam armazenados por 20(vinte) anos em seu documento original. Tem recém-nascido que nunca mais volta, e se guarda por 38(trinta e oito) anos a pasta dele. A lei determina que se armazene o prontuário, mas a lei não diz o que compõe o prontuário, isso não está definido em lei. Essa definição cabe a cada hospital, que documento compõe o seu prontuário. Esta é uma brecha, entendemos que seja a maneira, talvez, de se trabalhar e de se pensar em alternativas, já que se tem que guardar o papel, mas que papel guardar, quais desses documentos que até hoje armazenava-se após a alta do paciente, esse prontuário deve ser enxugado em alguns documentos ou documentos a serem substituídos por algum tipo de sumário. Por exemplo, seria possível., já que estávamos trabalhando com alguns sistemas informatizados, e já que os exames são digitados, no momento da alta do paciente, eliminar da pasta toda aquela papelada de exames e substituir por uma folha ou duas emitidas pelo computador, com os resultados sumarizados de alguma forma em menos papel.

Na discussão que começamos, demo-nos conta de que a única maneira de propor ao hospital alguma mudança é ouvindo os usuários, ouvindo as pessoas que trabalham com os prontuários. Esses usuários são de diversas áreas, é da assistência, pesquisa, ensino, administração e departamento jurídico do hospital.

é uma vez só, dos diferentes usuários para levantarmos alternativas para melhorar a qualidade do prontuário.

- Como falasses, o mais importante é a qualidade, e isso daí não será afetado só pela localização. A racionalização do prontuário é o que mais discutiremos agora.

Gostaria de deixar registrado que há muito tempo se fala na Comissão de Prontuários, que avalia a qualidade desses prontuários e é composta por membros dos diferentes serviços, ela avaliaria, em forma de amostra, a qualidade dos prontuários existentes em outros lugares, essa comissão analisaria e daria um retorno para trabalharmos.

Do contrário, cada um faz do jeito que quer, isso tem que ser num programa próprio, que até hoje não se resolveu, enquanto não for criada uma comissão que tenha um poder mais que formal, mas sim constituído.

Uma coisa, nessa questão de racionalização, conteúdo de prontuário, é que não faz sentido as coisas do jeito que estão. Informatizar-se uma parte do prontuário, significa um acúmulo de informação num sistema informatizado e um acúmulo de papel dentro do prontuário. Piorou ao invés de melhorar, estamos acumulando informações sem qualidade em dois sistemas diferentes. Isso é absolutamente, irracional.

Partindo do princípio, que se tu acumulas essa informação de alguma maneira, então, guarde essa informação dessa maneira. Porque eu estou entendendo que, eventualmente, nós começaremos a encher um prontuário de papel com dados da informatização e o sistema, eventualmente, será apagado.

O objetivo seria ajudar esse nosso sistema, estava avaliando onde é que está o volume do papel gerado pela informatização do sistema: nos exames e nas prescrições. Na prescrição, tem que fazer a mesma coisa.

A idéia de eliminar-se não só no final, mas se criares uma grade para entrar essas informações, não precisas gerar isso para entrar no prontuário, pode ficar dentro do terminal. Ficar na informatização. Então, tu acessas aquilo ali no vídeo, diminui papel.

Pode-se entrar, ter uma grade de entrada para prescrição daquele dia, não se terá "n" papezinhos gerados, está no vídeo e pronto.

- A lei diz: "que o prontuário precisa ser armazenado por 20(vinte) anos em seu documento original. Nesse caso, não é o disco?

- Até seria o disco, o disco periga sair mais caro que o papel, se não sai, ótimo.

- Eu acho que parte desse problema, é, também, decorrente do fato de muitos documentos de emissão de resultados de exames, eles têm um espaço físico de papel, aquele monte de dados muito elevado.

Ontem, por exemplo, pedi uma dosagem hormonal que foi emitida em meia página de papel, onde interessa a data, o registro do paciente e o resultado, isso em quase meia página.

O SAMIS não é informatizado, existe o prontuário informatizado do paciente. Está propondo que existisse, eventualmente, parte disso...

- Os exames e as prescrições em fita.

- Então, aí, de repente, teríamos uma dicotomia do SAMIS. O SAMIS teria toda aquela coisa física do prontuário e mais prescrições a serem procuradas no sistema, no caso, computadorizado.

Olha, eu não sei se, de repente, a prescrição e os exames não possam ser corrigidos em uma página.

- É, a idéia é essa. Em uma, duas páginas.

- Prescrição, para mim, é um documento interno que uso todos os dias.

- A prescrição é mais fácil de sumarizar.

- Acho que a sumarização desses dois pontos; exames e prescrição, já traria uma diminuição bastante razoável.

- A proposta, do Mauro, sobre os exames, é o seguinte: é, simplesmente, não ser emitido papel nos exames, mas todo mundo pega isso no terminal; e esse é um dos motivos pelos quais não prescrevemos mais no prontuário, nem fazem mais evoluções, porque o resultado está ali. Aí vem um papelzinho, três dias depois(leva mais tempo que antes quando chega), então, ninguém escreve mais nada, não escreve mais evolução, porque não tem que colocar aquele resultado ali, então não escrevem.

- O que vocês acham sobre o resultado consolidado da prescrição em relação ao problema legal que ela envolve? A prescrição é checada, se foi dado ou não determinado medicamento, então, essa checagem é uma das restrições...

- Essa checagem é no papel?

- É, checada no papel.

- Mas não poderia ficar guardado tudo que foi checado, de alguma forma(um sim ou não), isso é de responsabilidade da enfermeira, essa responsabilidade de conferir. Isso daí passaria a ser: todo não considerado como não dado; e todo sim é considerado como dado.

Meu ponto de vista é um trabalho para o programador deixe na tela. Tu nem precisas formalizar isso dessa maneira no hospital, quem é responsável e qual é o horário, pronto!

- Sim, mas de alguma maneira assinalar o que foi dado.

- Sim, assinala no terminal.

- Acho que cabe uma consulta quanto ao aspecto do documento original, esses aspectos médicos-legais são muito importantes. Então, por exemplo, o caso da dipirona aquele que houve a reação e um... o que ocorreu no documento original, tem uma folha da compensação da prescrição com asterisco sobre a dipirona ou é aquela folha ali da prescrição original mesma.

- Atualmente, é a folha que foi, saiu impressa e está marcado o que foi dado e o que não foi dado, mas se tu fizeres o documento original esse daí, alguém tem que dar autenticidade daquela coisa.

- É a assinatura eletrônica que dá. É o que a gente, também, está apostando. Temos que fazer um seminário sobre esse assunto, pois a assinatura eletrônica é um foco não muito bem...

- Poucos de nós assinamos alguma coisa, fora cheque, é cartão. O hospital pensa em eliminar, moralizar o acesso, eliminar a zero todas as senhas e passar a um outro sistema de senhas, talvez com cartão, e mediante a assinatura de um termo de responsabilidade, e os doutorandos passarão a ter senhas também(permite prescrever, só que essa prescrição deve ser referendada por cartão de um CRM, mas não precisará o residente informar sua senha).

- A enfermeira, por exemplo, responsável pela execução, após o cumprimento da sua tarefa diária, ela vai ao terminal e coloca o que foi dado e o que não foi dado, e é responsabilidade dela.

- Todos os conteúdos das telas podem ser impressos, se eles precisam mandam imprimir aquilo e carregam aquilo no bolso.

- Tudo que está escrito é o que vale, nada que é informado ou dito tem valor. O que não está escrito não vale.

É uma mentalidade, talvez, cartorial de advogado. E a evolução é a coisa mais importante, se eu não descrevo isso, mais tarde, eu sou o responsável. Essa é a parte que está faltando no prontuário. Se discutiu isso porque, depois do que tem acontecido, nós conversamos, a 1ª vez, sobre a qualidade do prontuário pela quantidade de papel que gerou a própria informatização, que era para diminuir o papel, mas gerou mais. Também, diminuí a informação em termo de evolução, daí, na realidade, é um processo de educação continuada.

Quando te educas, tu mesmo faz isso, porque fostes aprendendo a duras penas em cima de problemas, ou tu vais aprendendo preventivamente, ensinando as pessoas.

Tem que haver uma comissão que avalia a qualidade do prontuário, para orientar as pessoas de como tem que fazer um prontuário, para evitar que cheguem ao seguinte problema(é o que está acontecendo agora), cada vez tem menos evolução.

- Para nós é muito ruim, professor-assistente, porque a responsabilidade é do professor. Ninguém quer virar fiscal de prontuário, mas é o negócio que está indo para esse tipo de situação.

- Acho que deveria existir um treinamento periódico para todos os residentes que entram no hospital. Se não, entram na rotina aquele conhecimento por osmose, então muita coisa feita nem se comenta.

- Apesar do hospital ter documentos e sugerir que os prontuários sejam organizados de uma maneira, nunca se seguiu isso.

- Por que? Porque cada um faz de um jeito. Então, se tentasse uma uniformização tenderia-se a perder menos tempo, a longo prazo perder-se-ia menos tempo com esse tipo de supervisão, pois todo mundo faria um padrão estabelecido.

Isso é uma coisa difícil, dará trabalho.

- Essa questão do treinamento, as restrições são que todo mundo quer fazer treinamento com residente: o laboratório, o prontuário, o estacionamento, a segurança, etc. Se ver a viabilidade de uma forma adequada já que eles entram direto.

- Eu tenho essa preocupação. Eu sou chato, eu cobro essas coisas, eu vou no prontuário. Eu tenho um modelo para mim, considero adequado, mas não sei se esse é o modelo.

Então, acho que se tem que iniciar por aí. Qual é o modelo de prontuário para o serviço de pediatria. Se por unidade, por área?

Existe outro aspecto, também, que é a letra das pessoas, determinados colegas que escrevem e não se entende nada do que escrevem.

Parece-me que há algumas coisas a serem resolvidas, em termos de prontuário, na educação profissional, na educação médica para o trabalho.

O que eu noto é o seguinte: que a importância do prontuário nas questões médico-legais e nas pesquisas é a gente ter como esclarecer a respeito médico-legais e a questão da pesquisa. Há dificuldades nessas duas áreas.

Eu acho que no 1º dia do médico no hospital, em qualquer área, tinha que ter uma coisa solene, para serem conscientizados da importância daquele negócio. Hoje em dia, aquilo é um monte de papel que preenche ou não preenche. O prontuário tem que ter importância chave.

Deveria haver uma reunião inicial de conscientização e educação. Eles têm que ser sensibilizados da importância desse papel muito importante. Depois, eles têm que se interar das normas de preenchimento do prontuário.

Depois, essa questão de condensar coisas. Nós temos que guardar papéis, isso está na lei. Então, vamos guardar os papéis pertinentes.

Essa questão de condensar os exames é fundamental. A gente diminui a quantidade de papel barbaramente, só fico na dúvida médico-legal.

- Uma idéia, que a gente levantou dentro do SAMIS, era a possibilidade; para atender às questões legais, de que nenhum papel gerado durante a relação paciente possa ser colocado fora(nem os sinais vitais), para as questões legais eles têm que permanecer.

Então, a idéia que se chegou, isso é uma discussão que existe, tem uma lista na Internet sobre estudo de prontuários, existe uma tendência, que se discute antes da informatização, antes de informatizar, discutir o que tem que ser armazenado. Não iremos informatizar todo esse lixo.

Uma tendência que existe é que se tenha dois prontuários, dois conjuntos de papéis. Um prontuário muito enxuto e que atenda adequadamente as necessidades da assistência, da

continuidade do tratamento, das pessoas e do ensino. Essa seria a pasta que se manuseará no dia a dia que andar com o paciente e que estará no andar. Uma pasta menor, mais enxuta.

O outro conjunto de papéis...(fim do lado um)

Então, nós pensamos nessa hipótese que tipo de papéis, documentos se poderia se conferir no envelope, por exemplo.

- Mesmo assim, Mariza, acho que deveria ter enxugamento de papel. Existem documentos aí que a área física do documento é terrível, todo o espaço, aí tem: resultado normal. Isso certamente, poderia ser bastante miniabilizado.

- A estruturação do prontuário deveria ser: o exame no fim; diagnóstico e tratamento no início, porque a gente, rapidamente, acessa, sem falhar muito, as informações.

- Minha sugestão é que sempre ficasse junto ao procedimento que levou ao citopatológico. Minha sugestão é que caminhasse junto, mesmo uma biópsia. Tem a descrição: dia que foi feito, sangrou ou não sangrou, podia ser notificado.

- Se eu entendi bem, o foco da discussão é, fundamentalmente, papéis e volume. Quais desses papéis, que compõem o prontuário, que contribuem de fato com o engordamento do prontuário, a prescrição, exames e sinais vitais.

- Em alguns casos, os sinais vitais são mais de 50%.

- Temos que encontrar uma fórmula que possibilite reduzir o volume do papel desses prontuários médicos.

- Sinais vitais, por exemplo, vocês consideram que devem ficar, que são importantes.

- A gente nunca consulta sinais vitais, pelo menos, no ambulatório, mesmo as evoluções nas internações, na maioria das vezes, são coisas que passamos sem consultar.

- Na internação é importante.

- Podia ter uma folha, que fosse feito um gráfico. Seria mais interessante um gráfico, todo dia mede a pressão e coloca lá. Uma folha só.

- Seria mais interessante. Uma pergunta que, também. Eu não tenho nenhuma experiência de prontuário e hospital fora do Brasil ou países mais avançados. Como é feito isso nos Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra? Como eles resolveram?

- Tem experiências muito diversas. A maioria dos hospitais americanos e países da Europa têm alguma forma de informatização de prontuário.

Informatizaram aquele conjunto de informações objetivas: a medicação do paciente, os exames e as prescrições. Eles têm sempre o registro mínimo. São capazes de gerar, na tela ou papel(se alguém quiser), o sumário de cada internação e de cada procedimento.

Agora, existe uma grande dificuldade, no mundo inteiro, de como informatizar a informação não objetiva, o que é grande parte da informação médica que é a evolução, o histórico, anamnese; tu não fazes uma anamnese de cruzinha(tem até vários programas que a gente compra aí no comércio de anamnese, que o próprio paciente responde sim/não), mas não se faz uma anamnese de qualidade com cruzinha, não se faz evolução com cruzinha. É texto, é linguagem natural.

A gente armazena texto, escreve e armazena, mas tu só recupera o próprio texto. O computador não é capaz, ainda, de gerar informações a partir daquelas palavras ali.

Então, esse tipo de informação não está bem resolvido. Muitos hospitais armazenam isso no computador, mas continuam com o papel. A pasta continua existindo, a pasta acompanha, mantém a última internação, até porque pode ocorrer algo no sistema, pode cair o sistema. Sempre têm impresso a última ocorrência.

Em 1989, clínica de ...(?) São Francisco General Hospital na Califórnia, ele tinha dados dos pacientes nos seus computadores. E o prontuário do São Francisco General Hospital, era um prontuário muito semelhante ao feito no hospital, mais ou menos o que existe aqui.

As obrigações médicas eram bastante cobradas, a ausência de uma evolução diária de um paciente era um fato grave. O médico não ter registrado, viu o paciente determinado dia, no prontuário é uma coisa sumária. Até de cobrança que ele não viu o paciente, coisas do tipo.

- Como nós não podemos padronizar uma folha de coleta objetiva de dados, por exemplo, em evolução isso não é possível, daí porque me parece, extremamente, importante que cada serviço organizasse até a sua evolução dos pacientes. A nível de ambulatório, sistematizasse, também, a coleta das informações do paciente do ambulatório.

Para que não tenha uma evolução boa com 5 linhas ou outra para ser boa tenha 20 linhas e dizer a mesma coisa que dizia em 5 linhas, claro que tem o aspecto da capacidade de cada um de sintetizar, mas ainda assim, eu acho que tinha que organizar melhor isso. Consigo ler uma evolução de uma página inteira, tirar o conteúdo e colocar isso expresso na metade do espaço. Isso multiplicado pelo número de prontuários de pacientes que tem o hospital, provoca uma redução.

Acho que se tem de sentar, estruturar-se e ver como registrar seus dados. Colocar uma norma com coleta de informações, evoluções, as anamnésias. tem que haver uma evolução padrão.

- Dizes, assim, um roteiro mínimo de evolução para cada serviço.

Eu tenho, e agora estamos completando já 16 ou 17 sessões lá no Clínicas, tem-se verificado o seguinte, infelizmente, os pacientes vão ao óbito, caracterizados aqueles indivíduos que morreram no hospital, geralmente, sem diagnóstico. E aí, percebe-se que muitos relatos e muitas informações (relativas a doença que levou o cara ao óbito), o indivíduo morreu no hospital, e elas (informações) não estão presentes; fazem evoluções das mais magras; o paciente está piorando não é relatado. Tem situações que não informaram nada a respeito, informações claras sobre o indivíduo como, por exemplo, se o cara estava com diarreia ou não, alguns relatos estão lá: 39° (trinta e nove graus), aí tu vais olhar a evolução depois, a temperatura estava normal e será que é dado mal colhido ou mal registrado?

Existe um problema importante, acho que isso tem desdobramento na área legal também, porque eu imagino que muitos desses indivíduos, que morreram sem diagnóstico, acabam virando um processo médico eventualmente e muitas coisas não tem registro.

Algumas áreas são críticas, chega a ter situações onde o paciente foi para três vezes e só consta um relato da primeira indicação cirúrgica, mas não consta que o indivíduo foi re-intervir, ele teve apenas um laudo.

Acho que nessa questão de registro médico, tem que se vê, claramente, o que é importante ou não, mas está faltando a cobrança em relação a coisas que são ditas ao paciente e que não constam no prontuário. A gente vai procurar as pessoas, e as pessoas lembram do paciente, lembram que existiu tal motivação para fazer os procedimentos, contudo no prontuário não existe isso.

Acho que está faltando uma certa cobrança não sei de quem; tem que haver uma definição clara do que deve conter uma evolução e ter cobrança.

- Aqui se comentou alguma coisa sobre criar um envelope onde ficaria uma parte do prontuário. Talvez fosse bom para o manuseio do prontuário enxuto, mas teria muito mais problemas para o pessoal do arquivo, quem tiraria as informações desnecessárias para colocar nesse envelope, pressupõe uma página colada na outra, um número, precisaria remunerar. Assim, precisaria-se dois arquivos, duas áreas.

- Já existe dois arquivos hoje, um passivo (não é morto), são pacientes que, eventualmente, estão retomando e até a pesquisa. hoje, em termos de pesquisa são 10 anos, até 10 anos ele é utilizado para pesquisa.

- O que o SAMIS acharia dessa proposta de enxugar?

- Para nós é muito mais fácil de fazer isso, em função de ter uma área, hoje, superlotada que até pouco tempo (um ano atrás) era prontuário espalhado por todo chão do arquivo. Não havia condições de caminharmos ali dentro e a demora na busca do prontuário, quando um paciente está chegando numa emergência ou num ambulatório era enorme, sem falar na perda de prontuários em função do aglomerado que tinha de pastas. O sistema de arquivos que a gente tem é totalmente perdido em função disso.

Então, para nós sabemos que é mais trabalho, mas em termos de localizar em tempo hábil esse prontuário para nós é preferível. Mesmo porque, essa documentação, eventualmente, será mexida. É mais fácil.

- Só voltando ao que poderia ser retirado. A evolução só é manuseada em voz alta, porque a qualidade da nota de alta é muito ruim. Ela não consegue expressar o que foi feito, qual a orientação dada ao paciente pós-alta.

Então, realmente, na evolução, tem que ter o exame para se ter uma idéia, porque a qualidade dela é muito ruim.

Se melhorasse a qualidade, essas evoluções poderiam ir para esse arquivo.

- O serviço tem que ter um padrão de nota de alta. E todos farão a nota dentro daquele padrão.

- A pediatria, independente do sumário de alta, tem um sumário semanal. Nesse caso, um resumo da semana, um acompanhamento semanal dos casos.

- Então o sumário de alta não está sendo utilizado?

- Muitos não fazem e outros fazem mal.

- Acho que deve ter um sumário de alta padronizado em papel impresso. Tem que haver uma nota de alta dentro das normas para cada serviço.

- Mas o sumário, atualmente, é assim.

- Têm documentos chaves no prontuário a nota de alta e a nota de baixa são fundamentais.

Mais uma vez eu insisto: a conscientização da importância disso para os residentes é fundamental. Isso é ponto central.

- Quem é que mais manuseia o prontuário? É o residente?

- É.

- No Moinhos, como é que vocês estão trabalhando em relação ao prontuário.

- Tem algumas coisas que eu acho melhor que aqui no nosso hospital. Têm funcionários que estão codificando no computador (isso é uma coisa boa), mas não sei como estão guardando. Não se tem os arquivos passados.

- A estrutura de atendimento do Moinhos é diferente. As informações estão nos consultórios, a internação é uma intercorrência. Aqui, o paciente é do hospital, é diferente.

- Se a gente for no Moinhos, no arquivo médico, é meio caótico e não é muito organizado, mas tem todos os papéis daquele paciente numa pasta.

- Eu conheço o prontuário da Santa Casa e do Conceição, e tanto na Santa Casa e no Conceição, o prontuário é orientado, em geral, pelo faturamento e não pela informação médica. Preenchido de acordo com contas, com valores, com convênios.

Então, se vai buscar uma informação médica, em geral, acabará checando situações onde se separam fatos decorrentes de como foi pago a conta do paciente e não os fatos médicos ocorridos.

Isso orienta o prontuário do paciente.

- Eu vejo o prontuário como um documento médico, voltado à assistência do paciente, primeiramente voltado à assistência.

Ele é vinculado ao faturamento.

- Isso é um perigo, porque com a valorização do faturamento, a informação médica é cada vez mais pesada.

- É o que tende acontecer aqui. No meu entender, o SAMIS tem que ser subordinado ao...(?), que é um serviço a nível médico.

- São 3.000 (três mil) prontuários novos a cada mês. Na pediatria, há pacientes que vêm uma vez e nunca mais voltam. Então como é que funciona isso; confecciona o prontuário, vai para o arquivo e o paciente nunca vem, quando é que será revisado se esse paciente não consulta mais, como sai do ativo e vai para o passivo?

- A gente tem cinco anos. Como nosso cadastro é todo informatizado, então a cada cinco anos a gente revisa.

- O que faz quando há cinco anos ele não vem?

- Vai para o passivo.

- E os óbitos?

- Estão juntos. Estão no mesmo sistema, não existe um arquivo separado.

O óbito para nós é muito movimentado, na pesquisa aí. Ele vai em relação ao tempo.

- Quando é retirado do ativo?

- Em cinco anos. E muitas vezes, o movimento desse prontuário óbito é tão grande quanto do paciente que está dentro do sistema de 5 anos.

- Nunca se fez essa limpeza de se verificar os que estão. Não sei se já tem no hospital, pacientes que não tenham consulta há mais de vinte anos.

- Certamente.

- Está começando agora.

- Sim. Começou em 72.

- Mas qual a opinião de vocês em desprezar os prontuários mais antigos.

- Há mais de vinte anos, tu achas que tem?

- É, acho que algumas coisas que, hoje, julgamos sem valor, tenham muito valor mais tarde.

- Quem sabe não eliminar a pasta, mas eliminar dessas pastas mais de 50% do material.

- Chegamos a fazer um levantamento, e existia muitos prontuários que tinham somente os exames e, absolutamente, nada registrado. Isso nós eliminamos.

Existe uma infinidade de prontuários nessas condições, às vezes, com uma consulta de oftalmologia tendo só uma indicação de óculos. (fim do lado dois)

(fita 2) ... sinais vitais e normalmente algumas prescrições, guardar separado...

- Passar a limpo numa folha, a evolução.

- Se tu tens uma nota de alta bem feita e que resume exatamente o que ocorreu com o paciente, tu nem olha a evolução, tu só olha a evolução se a nota de alta não te esclarece.

- O que ocorre atualmente é que a gente pega alguns para fazer acompanhamento e existem determinadas especialidades que isto ocorre sempre que o paciente fica 20 dias e ele baixou para fazer um procedimento cirúrgico, não fez, e acaba saindo 15 dias depois, tem alta e não tem uma

evolução registrada, o paciente chega não tem a data e o médico, não tem horário de alta, nenhuma evolução, só a inscrição. Já teve o óbito desse paciente e não tem nada a respeito. Nada.

- A cirurgia produz 2,5 formulários por dia, a UTI pediátrica produz 31 por dia, a pediatria 11, a clínica 6,7.

- A ortopedia certamente é campeã.

- Campeã de não escrever?

- Os pacientes passam uma internação inteira sem uma anotação.

- Já houve caso nosso, onde o paciente foi transferido da ortopedia para a clínica com "n" problemas, cheio de complicações para fazer um procedimento "x" e, aí, a gente continuava acompanhando o caso e, mais adiante, revisando o caso, a gente só tinha as evoluções clínicas do paciente no ambiente da cirurgia ortopédica, só que todos os problemas do paciente a partir daí, praticamente, foram todos incluídos no procedimento como pegou, retirou, etc.

Aquela coisa assim, uma prótese tem que trocar porque infectou, "n" mais complicações extremamente caras e sujeitas a auditoria, etc.

- Não é registrada.

- Ou não registram ou é quase zero.

Então, eu imagino uma fiscalização disso, a partir do sistema de saúde: verificar troca de prótese, doentes com câncer, infecção na prótese e outros tipos de coisas, num hospital é uma responsabilidade.

- Existe um procedimento que é caro que é a angioplastia, às vezes, um paciente é submetido a três angioplastias numa internação, e não existe um registro do porquê ele foi submetido a mais de uma. Por que fizeram a 2ª e a 3ª? Não tem nada escrito!

- A retirada de alguns documentos, e de sinais vitais é um deles, é encarada pelos outros profissionais de saúde que atuam no hospital, às vezes, como interferência no seu espaço.

- Então, como é que a gente poderia lidar com essa situação.

- Nós sentimos tanto valor nesses dados que, inclusive, criamos uma forma específica de armazená-los.

- Em São Paulo (hospital-escola), a cada internação do paciente eles abrem uma pasta e não consideram os dados antigos. Armazenam essas pastas em umas estantes, mas no momento que o prontuário não cabe mais, as moças do arquivo retiram as pastas mais antigas e as novas pastas vão entrando.

Em média, acha-se, naquela sala de arquivos, a última internação.

É, esse sistema do Moinhos de Vento, a internação é intercorrência do atendimento daquele médico.

- Qual é o melhor exemplo brasileiro de hospital universitário em prontuário-médico?

- Não existe nenhum hospital. Eu não conheço, assim, a parte de organização, mas de informatização.

- Ainda é o nosso.

- O H.C de São Paulo, agora, mudou o grupo todo responsável pela informação do hospital. Pegou o pessoal do INCOR e levou para o H.C.

- Como é que eles estão vendo esse programa que vocês estão colocando aqui. Que soluções estão trazendo para isso?

- Existem adeptos mais fervorosos e menos fervorosos de informática, mas, basicamente, todo mundo procurando informatizar processos, informatização de processos. Por onde começa a informatização do prontuário, então informatizam os exames, a prescrição e a evolução. Vai informatizando as atividades, os processos médicos.

A informatização desses processos, gera uma informação armazenada em disco. A medida que essas informações forem aumentando, em tipos de informações, a gente conseguirá montar um prontuário informatizado.

- A possibilidade de digitação direta de documento (tipo escanar e gravar) isso não existe?

- Existe. Tem várias propostas muito boas. Tem empresas trabalhando nisso, mas é nossa opinião, no momento...

- Mas dessa discussão, a preocupação maior dos colegas médicos é com a qualidade das informações e com o não preenchimento adequado das informações do prontuário.

Talvez coubesse a esta comissão propor a VPM algumas medidas, discutir o assunto e com os chefes de serviço estabelecer maneiras de se melhorar isso, através de treinamento e de medidas de cobrança efetiva dessa qualidade.

Nessa lista que eu disse da Internet, tem um termo, não sei se a palavra em inglês tem o mesmo peso em português, no momento, tem uma discussão em andamento sobre o que cada

hospital está fazendo com os médicos delinqüentes, é semelhante em português. O que é? Estão matando pacientes, não, são os que não completam os prontuários.

O médico tem trinta dias para completar o prontuário, se ele não completa as informações, naquele prazo vencido, ele recebe advertência, depois dessas advertências são demitidos. Eles chamam, assim, de delinqüentes.

Na nossa época de residência era assim, a gente recebia, mensalmente, junto com o cartão ponto o registro dos prontuários, se faltava algum tipo de preenchimento, que além daquela folhinha que tem ali, e a gente recebia, se passava algum tempo, não sei se chegava a ser aplicado, mas a pena era: suspensão de salário e quando terminava a residência a pessoa não recebia o certificado.

- Hoje, ainda é assim na questão dos certificados.

- Minha sugestão, nesta área aí, é assim como tem nota nos terminais, atualmente, de que a senha vai modificar, eu usaria o terminal para esse sistema de fiscalização.

"Você não preencheu o termo de alta do paciente "tal", a partir de amanhã sua senha não funciona mais."

Isso aqui é um exemplo típico: o paciente internou para fazer a correção de uma fratura de colo no fêmur, essa senhora nasceu em 19/10, ela internou aqui na ortopedia, e as únicas evoluções que tem aqui são de medicina interna e da anestesia.

Oh, medicina interna consultoria e aí vai. Recuperação do pós-anestésico e lá vai, cadê a ortopedia?

- É absurdo!

- Acho que a cirurgia geral paga o preço e o ônus...

- Agora, descrição, laudo cirúrgico em qualquer hospitalzinho menor já está tudo informatizado, nós não temos aqui? Não?

- A nossa descrição cirúrgica, a gente pega assim; é duro fazer uma retrospectiva, aí vem lá: em 25/5...esterelizar, uma bobagenzinha lá, não são tão pertinentes.

A gente quer saber o seguinte: tinha....., não se tem noção do estadiamento da doença, isso é fundamental!

- Isso aí, no dia que estiver informatizado, no terminal vai dizer: a patologia do paciente é "x".

- Agora, essa proposta de cobrança, via informática é uma solução interessante para melhorar.

- Mas antes disso, precisará, os chefes de serviço deve-se ter esse roteiro mínimo.

- Isso aí, entrará, espero que em breve, o menu diferente para quem entra no sistema, onde vai ter por paciente direto. Uma das coisas que se propiciará é o correio-eletrônico, também pode ser utilizado um sistema de mala-direta: avisos para todo mundo ou para determinado grupo de pessoas.

- Eu insisto nesse treinamento mínimo, o cara receberia duas ou três aulinhas.

- Com instruções claras de cada serviço.

- Observar o preenchimento da parte superior, no dia anterior, cada nota de alta é discutida, se todo mundo aceita e concorda o residente e o assistente assinam a nota de alta.

- O formulário de alta, quando foi criado, o assistente assinaria, teoricamente, para comprometer, juntamente, o assistente com o atendimento e com a alta até por problemas legais. Mas na prática...

- Esse é o problema, não está havendo cobrança. Não existe nenhum mecanismo de cobrança.

- É, ter uma Comissão de Auditoria só para fazer leis, profissionais pagos.

- Ela tem que ter poder de cobrança.

- E tem que estar acima de eventuais divergências, até com a própria direção do hospital.

- Se não houver uma multa.

Nos Estados Unidos, as coisas funcionam melhor porque é debitado.

- Com a ajuda da Comissão de Prontuários, nós nos prontificamos; no final do ano passado, sugerimos à Comissão que estava organizando a recepção aos residentes, a Comissão sugeriu que membros dessa, que os convidados tivessem um espaço(cerca de duas horas) para a gente apresentar as normas, a importância do preenchimento do formulário e as normas desse preenchimento. Não nos deram esse tempo. Ainda, o que a gente fez, foi destruir uma nota de...

- Isso é uma coisa de muita resistência da Comissão de Residência, porque é a Comissão de Prontuário, é a Comissão de Infecção, são os laboratórios que tem, exatamente, a mesma reivindicação e, assim se a gente começar a somar são "n" coisas.

Obrigada, pessoal. A reunião foi muito produtiva.

**HCPA/CPM
REUNIÃO 3
ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM
25/10/1995**

Relação de participantes:

- 1- Enf. Mariléa Rodegheri
 - 2- Serviço de Enfermagem Materno-Infantil:
Enf. Elizabete Clemente de Lima - UTIP
Enf. Ivete Pretto - UC
Enf. Marcia S. de Assis - NEO
 - 2- Serviço de Enfermagem Médica
Enf. Carmen Birriel - QUIMIO
Enf. Maria Cecília Vicenti
Enf. Cássia Santos
Enf. Vera Delgado dos Santos
Enf. Terezinha Fernandes
 - 3- Serviço de Enfermagem Cirúrgica
Enf. Valéria de Sá Sotto Maior
 - 4- EME
Enf. Ninon Girardon da Rosa
 - 5- Serviço de Enfermagem Centro Cirúrgico
Enf. Mirian Buogo
 - 6- Serviço de Enfermagem de saúde Pública
Enf. Cleuza Helena Salgueiro
- CPM: Mariza K. Stumpf (moderadora)
Ilda Pereira - SAMIS

Esta reunião é para discutirmos a reestruturação dos prontuários dos pacientes do Hospital de Clínicas.

É um trabalho que a Comissão de Prontuários está realizando, coordenado pela professora Mariza Stumpf (professora da área médica, especificamente, da área de informática). Está se trabalhando há mais de um ano em relação a isso. A Comissão estudando essa problemática do prontuário, nós (dentro do Hospital de Clínicas) temos uma dificuldade com a guarda desses prontuários. Mesmo depois da última consulta do paciente ou se esteve internado, o prontuário tem que ser guardado por 20 (vinte) anos.

Se a gente levar em conta a média, no Clínicas, no mínimo de 100 (cem) folhas por internação (a média); na Pediatria aumenta; Na Psiquiatria, é uma área que aumenta, consideravelmente, essa média; na cirurgia, é uma área com menor número, porque o tempo de internação é menor. Isso gera mais ou menos 3.000 (três mil) novos prontuários a cada mês. Temos uma média de 46 (quarenta e seis) mil consultas mensais e 1.900 (mil e novecentos) internações ao mês.

Então, isso gera em 1.900 (mil e novecentos) internações mensais vezes 100 (cem) (número de páginas em média), vocês vêem o número de páginas (de volume) que temos de guardar.

Assim, a Comissão está trabalhando no sentido de rever os nossos prontuários, tentando ver o que precisamos desse prontuário, o que é importante, e esse grupo se detém mais em estudar a parte de assistência.

Depois que ele tem a alta, o que precisa ser guardado em termos de responsabilidade, de história do paciente, o que na outra internação nós pesquisamos para dar continuidade; O que precisa ficar dentro do prontuário, o que a gente pode eliminar, ou sugestões.

Então, a gente veio aqui justamente para ouvi-los e, por isso, pedimos representantes de todas as áreas, contando com aquelas especificidades de cada área, para que depois, a Mariléia, que é coordenadora desse grupo, ela vá em uma reunião maior com outras áreas, junto com a área médica, junto com a nutrição e outras áreas que envolvam outros profissionais para discutirmos esse ponto.

Se fizéssemos esse tipo de discussão com todo mundo, ficaria muito difícil. Então, com essas áreas que são maiores (a área médica e de enfermagem), estamos fazendo pequenos grupos de discussão para, depois, fazermos grupos maiores.

A metodologia do trabalho se resume em cada um opinar sobre o que é importante ser mantido no prontuário para sua área. Outra coisa é a qualidade, de como fica o prontuário 15(quinze), 20(vinte) anos depois, o estado dele com coisas que não se consegue nem ler.

- A Hilda (chefe do SAMIS) já estava em pânico com a situação dos exames. Vocês têm visto nos corredores, aquilo é um tumor, vai crescendo e ocupando área. Tem agora, o arquivo morto com uma área de 600(seiscentos) metros quadrados, os prontuários que não são consultados há mais de 5(cinco) anos a Hilda leva para lá, mas a área cresce, cresce e se crescesse em qualidade e em informação seria ótimo, daríamos um jeito de resolver o problema de espaço, mas não é bem assim.

Além do espaço físico, do grande volume que, muitas vezes, dificulta o atendimento; tenho até uma fotografia, de um paciente são 5(cinco) volumes com 2(dois) ano de internação, um paciente adético crônico. Se eu preciso de uma informação para atendimento dele.

- Ah, não vais pesquisar...

- Tem muita sujeira, muito lixo, muita terceiras vias, uma porção de coisas.

A informatização que pensávamos, em termos teóricos, que a informática viria resolver os problemas, em relação a volume de papel, a informática só aumentou. Mais e mais folhinhas de exames e não se sabe o que está na pasta e o que não está.

Enfim, piorou.

Então, paramos para discutir o problema do volume, do excesso de papel armazenado e da qualidade de informação, o que a gente quer nessa metodologia é ouvir as pessoas, ouvir os diversos grupos de várias expressões ou níveis, principalmente, cada um fala o que pensa, a gente grava, nós vamos transcrever as idéias e, a partir desta síntese, a Comissão vai propor para a VPM(?) alterações no quadro, no seu conteúdo, na sua metodologia, em várias coisas. Não só tirar papel, mas modificar papéis.

Por exemplo, uma das propostas que surgiu é a possibilidade do ... (?) imprimir ao final, no momento da alta do paciente, o controle dado pelo resultado dos exames. Então, no momento da alta do imprimir uma folha, duas folhas, sei lá, com exames um do lado do outro. O prontuário chega lá embaixo, põe-se fora todas aquelas folhinhas e substitui por esse consolidado.

Com a prescrição talvez se possa fazer a mesma coisa, ela, também, está sendo gravada, armazenada em disco (ainda não em todo hospital), assim em outros processos que venham a ser informatizados.

Então, idéias desse tipo: diminuir volume, melhorar qualidade e trocar sistemática dentro da lei e dentro das necessidades. Queremos enxugar o prontuário, mas não queremos que saia dele nenhuma informação que seja importante.

Do ponto de vista médico, um papel é importante e outro não é; do ponto de vista da enfermagem, é outro; do ponto de vista da pesquisa, a necessidade é outra; do ensino, outra e da administração, é outra.

- Ocorre, constantemente, na própria evolução médica e de enfermagem, coloca-se coisas demais sem necessidade. Por exemplo, os sinais vitais do paciente, temos uma folha específica para eles.

- Em relação a prescrição, ela vem na impressão com aquela letra grande e, eventualmente, lá na ... (?), sai com a impressão menor.

Tu tens condições de ler e, às vezes, ficas com uma folha de prescrição, não com duas ou três folhas, é só o tamanho da letra que é menor, mas tens condições de ler perfeitamente. Com computador ela aumentou, uma prescrição que tu tinhas, uma para cada dois dias, tu tens três folhas para um dia.

Eu acho que a questão da prescrição tem que ser muito bem trabalhada. Tem muita coisa da prescrição por computador que é alterada manualmente. Sem informar o sistema.

Então, fico me questionando o seguinte: cabe a gente armazenar isso, mas depende. Tem muita hesitação com relação a isso.

- Se alterar no computador, sai uma prescrição só com a alteração, então são mais folhas. Por exemplo, se ele alterar duas vezes, são mais duas folhas.

- Outra coisa que eu acho que acumula muito papel, é a forma de organizar formulário. No histórico de enfermagem, a lista de problemas, ela fica mais embaixo ou fica na segunda contra capa.

O paciente chega, eu não acho o histórico, vou fazer outro. Faço outra lista de problemas. Esses dias, eu dei-me ao trabalho de procurar, o paciente tinha quatro listas de problemas, (4)quatro ou (5)cinco históricos dentro de (5)cinco anos, porque as pessoas não acham.

Então, minha proposta é que se coloque bem para cima na hora de organizar, a lista de enfermagem também. Fica lá embaixo, sabe o que acontece às vezes, a gente arranca o que está embaixo, atrapalha todo o trabalho.

- Tem outra situação que nos acontece. No ambulatório, a paciente vem consultar o pré-natal pela primeira vez, então, o prontuário está completamente vazio, aí, eu abro a lista de problemas dela, quando ela chega para ganhar na emergência, se ela chega em cima da hora, o pessoal não tem prontuário, porque não chegou ainda, então, eles abrem uma lista(eles precisam daquilo).

Nasce o bebê. Só que aí, quando vai para a internação, chega o resto do prontuário, aí tem outra folha. Quando ela vem do pós-parto, eu tenho, às vezes, três folhas de lista de problemas; problema 1(um): gestante adolescente RH-; na outra página: gestante RH- foi tarará-tará; 3ª folha: recém-nascido não sei o que. São três listas de problemas, com um problema escrito, iguais.

- Sem contar que quando a gente recebe o paciente que está baixando, a lista de problemas(com relação a problemas da doença) nunca é atualizada.

- Outra coisa, é que nós da enfermagem usamos uma lista de problemas separada dela.

Levamos a Comissão de Prontuários, nós temos que usar a mesma folha, a lista do paciente não da enfermagem.

- Agora, nós estamos num processo de estudo para nós da enfermagem usarmos a lista de problemas do paciente. Estamos estudando isso para excluir e ficar somente com a do paciente. Passaríamos a usar essa lista de problemas, já ficaria uma só.

- Talvez antes de pensarmos em diminuir o número de folhas do prontuário, teríamos que conseguir educar os profissionais a utilizarem adequadamente o prontuário, é o caso do desperdício das folhas de evolução.

A gente vê assim: evolução aqui, aí um espaço em várias linhas; outra evolução e um riscão. A página de trás não sendo usada, então, pega-se folha nova.

Estou há muito no ambulatório, mas quando estava na internação obstétrica(tinha muita rotatividade), então a gente não tinha prontuário muito grande.

Mas, o pessoal da clínica que têm esses prontuários muito grandes; certamente, vocês devem ter outras coisas que eu não estou me lembrando direito, mas isso é uma coisa que me chama muita atenção.

- Eu sou do CO, eu vejo mais desperdício nas folhas.

A cada paciente que baixa faz várias admissões repetitivas, fica várias evoluções meio semelhantes. Tem várias evoluções dela, ela baixou na semana passada, baixou de novo, vou fichar de novo, e assim vai.

- É que isso está ligado a educação das pessoas. Porque no momento em que eu sou educada a me dar conta de ver isso e pesquisar, se ela foi atendida no ano passado e ela era solteira, o que mudou dela: que ao invés de ter 15(quinze), hoje ela tem 16(dezesseis). Ela continua sendo branca, ela só mudou o estado civil, continua tendo só 2(dois) filhos, continua sendo estudante do 1º grau. Só que não, as pessoas terminam repetindo.

Deveríamos ser educados a utilizar o prontuário de uma maneira que ele nos servisse para ter essa visão ampla.

Esse exemplo que tu deste desse prontuário enorme o que termina acontecendo: no ambulatório, uma diabética, por exemplo, vem consultar gestante, abre dois prontuários, então tem meia hora para terminar, já terminou a minha hora, já vem outra.

Tem uma lista de problemas ultra obsoleta; unha encravada, quando ela tinha 10(dez) anos(agora está com vinte e três), não sei o que, não sei o que.

- Esta é a verdade.

- ... que contemplasse informações desde a baixa do paciente, qual o problema que originou aquela internação, a evolução, os procedimentos realizados e a nota de alta se isso fosse preenchido adequadamente.

- Os dados de identificação, tem os dados de identificação já informatizados, são coletados pela admissão, tu não tens porque repetir aqueles dados em nenhum histórico ou anamnese.

- Esse histórico a gente complementaria os dados? Teve alta, mas volta daqui a seis meses, alguma coisa mudou, então posso completar os dados, mas a estrutura do histórico continua a mesma.

- Na psiquiatria, temos histórico e histórico reinternação que é uma folhinha, o outro são três folhas, o de reinternação é uma folha, se o paciente é internado dentro de um ano a gente usa de reinternação.

- Porque na emergência chega o paciente, demora muito para chegar o prontuário, tu estás sobrecarregado de trabalho, preferes abrir um histórico novo, aproveita que os familiares estão ali e começa a fazer.

- O que mais vem no prontuário, a mim parece que é folha de evolução, a prescrição...

- Os exames e os sinais vitais.

- Os sinais vitais, dentro da enfermagem, nós temos de quatro a cinco folhas diferentes. Não temos um padrão de folha de controle.

- Na assistência ao paciente, esse conjunto de folhas que é gerado na internação, em uma internação futura ela é consultada?

- Não. Depende se o prontuário chega no momento da internação consulta, mas se ele não...

- Cada unidade tem uma folha de controle, ao final de cada sessão, a gente faz um consolidado para uma linha dessa folha aqui que é uma folha mensal.

Essa folha transcreve todos os hemodiálises, todas as sessões do mês. Porque não é interessante para o paciente saber cada detalhe da hemodiálise.

Quando ele tiver ocorrência maior, a gente vai para folha de evolução, mas se não os dados básicos estão aqui.

Então sai uma folha por mês.

- Outra idéia, que surgiu na reunião de enfermagem com relação aos sinais vitais, é voltar ao passado e usar grades que são muito mais fáceis de se visualizar o que está acontecendo com o paciente, o que vai evoluindo e ficaria em uma folha, de repente.

- Era muito mais organizada a informação, a letra, eles tinham um capricho muito maior. Hoje em dia, tu não consegues, usa errorex, é ilegível muitas vezes.

- Era um gráfico, uma coisa que ficava até pendurada na cama do paciente, todos que chegavam tinham tudinho. Tu não precisas ir na pasta para ver.

- Realmente, desenhar gráficos toma muito tempo. Se a gente conseguisse registrar os sinais vitais no terminal, por exemplo,...

- Na psiquiatria, fazemos a prescrição de enfermagem por computador. Todos os dias sai uma prescrição e uma lista de problemas. Coloca-se na pasta e vai para o prontuário.

- Eles estão usando um sistema que não foi mais aprimorado. A única unidade que está utilizando é a ...(fim do lado A)

- ... tu digitas o número...

- Mas esse sistema será modificado, não foi modificado e nenhuma outra unidade o implantou, ficou com ela, justamente, por causa desses problemas.

A psiquiatria chegou chegou e implantou, ficou com ela e continua trabalhando.

- ... facilmente pode ser usada com relação a lista de problemas, faz a prescrição e a lista. Vem assim: a lista com o problema número um e na outra folha a prescrição com o problema número um...

- Na realidade, como é internação ele terá um número "x" de problemas, daí tu compilas na internação, não repetes, se ele teve por 10(dez) dias o problema número um...

- A tendência é informatizar tudo. É que está meio informatizado e um monte manual.

- Vocês acham que em termos de assistência daria para fazer um consolidado desses sinais vitais?

- Pensar no assunto. Substituir o conjunto de folhas do momento da alta, após a alta do paciente, substituir o conjunto de folhas dos sinais vitais por um consolidado?

- Se a nota de alta diz coisas dos sinais vitais anteriores, não há necessidade...

- No lugar que eu trabalhava antes, no TI, faz-se sinais vitais de 15(quinze) em 15(quinze) minutos, situações que corre risco, os sinais vitais, às vezes, é um registro, até um respaldo para ti.

- A idéia que surgiu é de substituir papéis por consolidados, ou retirar papéis do prontuário que são necessários durante a internação, mas não são importantes quando o paciente retorna, se houver, o consenso de se retirar coisas do prontuário, esses documentos serão guardados a parte por cinco anos que é o que prescreve a lei.

Não se pensa em por fora. O que se pensa é desafoga o volume do prontuário. Deixar o prontuário de trabalho...

O SAMIS prefere ter armazenamento duplo, do que lidar com esses prontuários. Então, esses envelopes ficariam guardados a parte por cinco anos. Como são raramente procurados, aí...

- É um respaldo que o profissional tem o que ele escreveu.

- O mesmo se discutiu em relação a prescrição. As folhas de prescrição para serem consolidadas são bem mais complicadas.

Nossa idéia é que fosse possível consolidar para numa próxima internação do paciente, valesse a pena olhar para aquele consolidado.

Hoje em dia, ninguém olha porque é muito difícil colher informações.

O que nós pretendemos é, atendendo a legislação em curso, tentar, de certa forma, dribá-la. De que forma? A lei diz que o prontuário tem que ser guardado por 20(vinte) anos depois do último atendimento; Em relação a menores de idade é pior ainda, o recém-nascido, muda-se para a Bahia e nunca mais aparece, guarda-se até fazer 18(dezoito) anos, então de conta mais 20(vinte) anos. São 38(trinta e oito) anos.

A nossa legislação além de estabelecer o prazo, estabelece que o prontuário tem que ser guardado em seu documento original, o papel tem que ser guardado.

Se bem que eles falam em documento original, hoje na solicitação de exames, qual é o documento original? Onde é que vai primeiro armazenado a informação? É o disco, não é?

- Os exames são feitos todos eles já informatizados, por que precisa guardar, claro o resultado do exame no papel, por que não pode ser no ...

- Primeiro se a gente conseguisse fazer consolidados ficaria mais fácil.

Segundo, como não temos, poucos hospitais do mundo têm uma disponibilidade muito grande de terminais, a configuração ideal de um hospital informatizado é cada leito com seu terminal. Terminais não burros como os que temos aqui, terminais inteligentes, padrão windows...

Então, se nós tivéssemos terminais de "beira-de-leito", teria-se tudo no computador. Se tu precisas o resultado de um hemograma do ano passado, vais pegar no terminal, não precisa pegar na pasta. Enquanto não houver a ...(?) ideal, tem que ter um resumo pelo menos na pasta.

E a legislação fala que o prontuário tem que ser guardado etc., etc., mas não diz o que é prontuário, não detalha qual é o conteúdo. Isso, então, cada hospital define. O Hospital de Clínicas pode definir qual é o conteúdo essencial do seu prontuário.

Tem uma lista da Internet(?) que discute prontuários. Uma das coisas que se discute nessa lista é que alguns hospitais americanos estão dividindo os prontuários: o prontuário de trabalho principal, que é esse que circula. E outro prontuário com dados não essenciais, para fins legais, administrativos e até de assistência em casos especiais. Então está lá, mas não anda junto.

E esse prontuário essencial é o que está sendo informatizado nos Estados Unidos. Informação essencial para circular junto com o paciente.

- A gente viu os sinais vitais, histórico(que nós estamos trabalhando para tentar padronizar). A prescrição de enfermagem; caso vocês sentem e prescrição de enfermagem, a necessidade de guardar dia a dia? Vocês consultam as prescrições anteriores?

- De uma internação para outra?

- A prescrição de enfermagem tem um roteiro?

- A prescrição tem, mas há discussões sobre questões corriqueiras.

A discussão é assim: nós prescrevemos rotinas muitas vezes, troca de equipo, coisas que são de rotina.

Então a discussão: o que é para prescrever? Os cuidados e os motivos.

Já estou fazendo um trabalho junto a parte de convênios e vejo que será difícil tirar as rotinas, pois é o modo do hospital cobrar: é o colchão peri...(?) tem que estar na prescrição, troca de oxigênio, troca de equipo, sonda, cada vez que faz uma sondagem tem que estar na pasta escrita, paciente de convênio e particular. O SUS já não tem, porque é um pacote, mas precisa saber quantas sondagens foram feitas.

A prescrição não é só o cuidado, é também, o modo de cobrança. Se está na evolução não pode ser cobrado, pode ser cobrado só se estiver na prescrição.

Isso tudo depende de uma discussão com os convênios e ver.

- A gente sempre teve uma idéia, a enfermagem, que o convênio não pague a prescrição da enfermagem, não é a informação que temos do convênio. Eles consultam a nossa prescrição.

- Realmente, muito da prescrição é a rotina, basicamente rotina.

Manter aquele dado de rotina com relação a zona... , aí se teria um compilado. Teria isso para checar, mas não ficaria na prescrição.

- Nossa preocupação foi não informatizar uma prescrição, até perdemos nossa no GESIS, estávamos mais adiantados da área médica em termos de prescrição, justamente porque não fizemos a informatização, realmente, esse histórico, essa prescrição como estava, porque

necessitávamos de uma discussão mais ampla para não informatizarmos todo hospital com uma coisa que não teria como recuperar.

- A prescrição de enfermagem não tem nada a ver com a prescrição médica. Médica é diferente, tu sabe do dia a dia. Nós temos anotações prescritas para cada problema. Por isso, que se faz uma por dia, muito mais elaborada.

- Na psiquiatria, é a única unidade que está usando. Tem problemas, mas ela funciona muito bem.

- Em relação aos convênios, eles cuidavam as prescrições. Queriam saber quantos catéter trocados, sangue (tinha que colocar início e término, se não eles não conseguiam cobrar).

Tu imaginas se não tem as coisas ali o hospital não consegue cobrar.

- Para cobrar tem que estar em formulário.

- Mas prescrevem ou não?

- Prescrevemos.

- A maioria das prescrições é muita rotina. Prescrição da enfermagem é 80% rotina.

- Prescrevem: rotina para...?

- Não, não.

- Outra idéia, que surgiu na vez anterior, foi a necessidade de se padronizar, não só na enfermagem, mas também na área médica, um conjunto mínimo, ter-se um roteiro. Tentar estabelecer roteiro e padrões em conteúdos para cada parte do prontuário.

Até a anamnese, cada um inventa o seu estilo literário. Às vezes falta informação, às vezes tem demais, então, tentar estabelecer um modelo.

- Tentou-se implantar, lá em cima uma vez, o protocolo para, por exemplo, Tinha o protocolo e cada médico com uma conduta. Sabe, é muito questão de educação.

- O sumário de alta é padronizado. Talvez, tenha que se só reformular e, aí, preenchendo aqueles ítems.

- Ao sumário de alta tem-se muitas críticas em relação ao formato. É uma tentativa, está em teste.

Vocês têm algum comentário sobre o formato do sumário ou quanto ao seu conteúdo? O que falta? O que tem a mais?

- Nas unidades, a gente tem o sumário de alta para a cirúrgica e depois, quase não tem quase retorno desse paciente.

O sumário de alta, eu não o vejo voltar para a pasta. É feito uma nova nota de internação, e aquele sumário de alta fica no prontuário e não é usado.

- Como é feito o treinamento de enfermagem em relação a preenchimento de prontuário. Quando entra gente nova no hospital. Como é feito?

- É na unidade.

- Não é forma padrão, mas normalmente, há um treinamento informal.

- Na área de enfermagem, não existe como os residentes que, de repente, entram 200(duzentos) novos?

- Não, não.

- O treinamento acaba sendo individual, da chefia com..... .

- Existe a idéia de que ter um prontuário de fácil acesso, uma parte e outra. Isso já é uma idéia do grupo? Tem chance de isso se consolidar? Porque na realidade, seria importante se ver o que ficaria nesse compilado que se manuseará mais.

- Temos um sentimento de que seja possível. A proposta da Comissão vai refletir o consenso dos grupos, essa idéia será proposta se houver aceitação.

- Sumário de alta, histórico de enfermagem, anamnese médica, consolidado dos exames.

- Se tu tens isso no processo, tens uma noção geral do paciente. Se ele é diabético, que ele já internou não sei quantas vezes, que ele faz insulina, não faz.... Se quiseres maiores detalhes tu podes ter uma forma de acessar dentro do SAMIS, CPI..., aí tu puxa e manda vir, se não é menos volume.

- Repete a lista?

- Lista de problemas, sumário de alta, histórico de enfermagem, anamnese médica e consolidação de exames.

- E a evolução?

- Não preciso a evolução e nem a parte dos sinais vitais. Isso é volume. Ficam guardados para pesquisa e outras coisas, mas eles ficam separados.

- A ficha de identificação é importante ter e bem preenchida.

- O que compõe... a identificação, a anamnese, aí começam as prescrições, evolução e a nota de alta?

- Tem as folhas de consulta também.
- Só se teve na última internação.
- Eu acho que a descrição da cirurgia deveria permanecer. É uma folhinha.
- Vocês não consultam, mas, lá em cima, todo mundo consulta a ficha de anestesia. Tem coisas que estão na ficha de anestesia e não escritas em lugar nenhum.

.....

- Bem, nós falamos em lista de problemas, prescrição, evolução, controle intensivo de enfermagem, nota de alta. Tem mais alguma coisa que gostaríamos de colocar em relação aos setores?

- É que cada especialidade tem seus formulários específicos e obrigatórios.

.....

- Está em discussão, até a Comissão, perguntaram o Decreto-lei para a Comissão e a Comissão aqui do hospital que suspendeu o Decreto a nível estadual.

O Secretário da Saúde, ano passado, publicou um Decreto, os 20(vinte). Dizendo que os hospitais teriam 30(trinta) dias para estabelecerem rotinas dos recém-nascidos. A partir dessa data, ficaria obrigatório, no momento do parto, na sala de parto, a coleta...(fim da fita) .

- vocês gostariam de conversar mais alguma coisa? Então, se houver alguma necessidade, a gente retorna(talvez em março) quando terminarmos todas as sessões, vamos retornar a vocês esse trabalho, mas a partir de agora...

- Muito obrigada.

HCPA/CPM
REUNIÃO 4
ADMINISTRAÇÃO
27/10/1995

Identificação:

Às dez horas da manhã do dia 27/10/95, no Hospital de Clínicas, reunião sobre prontuários de pacientes: **O Prontuário na Administração do HCPA**

Participantes convidados:

Bel. Jairo H. Gonçalves - Depto Jurídico; Cesar Augusto Nunes - Faturamento; Bel. João Antonio Paim - Faturamento; Analista Israel Paulino da Rosa e Silva - GSIS; Bel. Roberto S. Izquierdo - Radiologia; Sra. Lúcia Helena da Costa - SAMIS; Profa. Erica Duarte - GENF; Dr. Carlos Alberto Ribeiro - Consultoria Médica; Dr. Júlio Bohel - Supervisor do SUS (ausente); Sr. Luiz Everaldo de Freitas - Laboratório.

Comissão de Prontuários: Mariza K. Stumpf (moderadora); Ilda Pereira; José Ricardo Guimarães

Introdução:

- A Comissão de Prontuários há dois anos em funcionamento, junto ao pessoal do SAMIS e da Ilda, desde o início das nossas atividades, têm trabalhado junto no sentido de melhorar as condições dos prontuários do Hospital de Clínicas.

O prontuário é o documento básico dentro do hospital no atendimento das quatro grandes áreas: (1)- na assistência ao paciente, ele é fundamental. (2 e 3) -Na área de ensino e pesquisa, continua sendo o prontuário o depositário de informações e dados; (4) -e na área administrativa, vocês sabem que todo conjunto de informações que vão para a administração do hospital referentes à assistência, todas essas estatísticas de ocupação de leito, média de permanência, números de consultas e internações, tudo é o SAMIS que fornece para a administração, então o prontuário é o centro depositário principal dessas informações.

Mas ele apresenta uma série de problemas graves, e o SAMIS está profundamente preocupado com esses problemas, e nós temos que procurar soluções.

A grande discussão no momento, tanto em relação ao prontuário informatizado quanto ao prontuário papel, é a definição do que se chama de core record (como chamaria em português?), tradução: prontuário chave? É o que seria essencial, conteúdo essencial do prontuário. Então, eles estão discutindo que deve haver, pelo acúmulo de informações tanto em papel como em meio magnético, no prontuário, informações demais. Às vezes (no papel) de forma não legível, perde-se, resga-se, fica-se segundas e terceiras vias de coisas. Assim, isso faz um acúmulo de papel que torna o prontuário um documento difícil de manusear. Difícil de achar uma informação lá dentro.

A nossa legislação determina que o prontuário tem que ser armazenado por vinte anos depois da última vinda do paciente ao hospital. O objetivo dessa reunião é discutir com vocês o que vem a ser os documentos essenciais do prontuário médico. O volume do prontuário é excessivo. Há, então, necessidade de definir-se um prontuário principal e um prontuário secundário, isso tanto informatizado quanto em papel. A grande discussão é o que comporia esse prontuário principal.

Nessa nossa forma de trabalho, o que nós estamos pretendendo fazer é discutir as possibilidades de se reformular o prontuário. E nós achamos que seria muito importante ouvir, em pequenos grupos, esses diferentes usuários do prontuário; da área de assistência, pesquisa, ensino e administração. Colher idéias para elaborarmos uma proposta de prontuário. Essa proposta será elaborada a partir dessas idéias que estamos colhendo. Uma vez pronto, essa proposta será posta à opinião de todos. Faremos uma pesquisa para confirma, com uns 150/200 (cento e cinquenta/duzentos) usuários do hospital, ver as opiniões e, uma vez aceito, ou em torno daquilo que houver consenso, ... à direção do hospital.

Depois dessas discussões, vamos elaborar uma proposta de modificação do prontuário, de enxugamento desse prontuário, que será submetida à apreciação de uma mostra grande de usuários do hospital antes de ser encaminhada à administração.

Discussão:

Algumas idéias que se têm, como ponto de partida, é o que se tem visto fora daqui ou idéias que já surgiram. Então, nós estamos procurando discutir medidas que possam diminuir o volume do prontuário sem que se percam informações; melhore a qualidade da informação que, por exemplo, uma das coisas que estamos encaminhando é o consolidado dos exames, poder substituir toda aquela papelada exames por um consolidado.

Outra idéia que se discute é a possibilidade, vários hospitais americanos discutem isso, existe uma lista na Internet em discussão sobre o prontuário médico. Então, uma das discussões, que está em andamento nessa lista, é a definição do que eles chamam de "**Core Record**", quer dizer o registro principal que é mantido em papel, que é o prontuário de trabalho, aquele que acompanha o paciente na sua internação, vai para o ambulatório e circula pelo hospital.

E outro conjunto de documentos que, muitas vezes, são relevantes durante a internação, são necessários no momento da alta, do faturamento e que não são mais, necessariamente, consultados numa segunda internação do paciente, como por exemplo as informações sobre pressão, temperatura ou controle hídrico colhidas a cada turno.. Esses documentos não precisariam ficar nesse prontuário principal, poderiam ser armazenados separadamente em outro arquivo de busca menos freqüente, por exemplo, questões legais, não sei qual é a proporção de número de pacientes que entra com processo contra o hospital, mas, certamente, é um número pequeno em relação ao nosso universo.

- Não chega a vinte processos por ano. Esse tipo de processo, digamos: por erro médico ou coisa assim. O máximo que nós temos aqui, se eu não me engano, é em torno de 20/25(vinte/vinte e cinco) processos.

- Completamente irrelevante.

- Tem aumentado...

- Mas aí, estamos discutindo o seguinte: processo seria esse número, mas requisições têm diariamente.

- Então, é isso que queremos ouvir de vocês, considerações a respeito do ponto de vista legal, jurídico e do ponto de vista do faturamento. Queremos saber o que o faturamento busca no prontuário, que documentos têm as informações necessárias.

A lei diz que as informações sobre o paciente devem ser armazenadas por vinte anos em documento original. O menor de idade depois da maioridade e mais vinte anos.

E esse tipo de processo contra o hospital, por erro médico, é, também, o mesmo prazo de prescrição?

- Seria de até vinte anos.

- Não, são cinco? A gente pensava que fossem cinco anos. Não prescreve em cinco anos?

- Não. Prescreve nesse prazo de até vinte anos.

- Prescreve em vinte anos. Então, toda documentação precisaria ser armazenada por vinte anos.

- Eu não digo que toda documentação, mas, principalmente, os atos que foram praticados pelo processo teriam que armazenar, porque pelo prontuário é que se chega na questão da culpa. É o único documento que, na verdade, existe.

Judicialmente, o prontuário é mesmo que o processo para os advogados. Se você quiser ver se o advogado errou, é só pegar o processo e ver. Assim, é o prontuário médico, se alguma pessoa de fora quisésse examinar se a conduta tomada foi correta, é só verificar o prontuário. Se não tiver prontuário não tem. Não se prova, digamos, erro médico com testemunha, não tem como, até porque testemunha, geralmente, é leigo.

Sem prontuário não tem como provar nada; grande prova é essa, tanto, que a primeira coisa que o autor de uma ação pede é que se junte ao processo o prontuário médico.

- Quando se pede que junte o prontuário médico, é cópia?

- Cópias.

- De todo?

- Normalmente, junta-se todo. Até para evitar que se diga que se sonegou alguma informação.

- porque a lei não determina o que compõe um prontuário, né?

- Mas o prontuário seria o conjunto de todos os atos praticados.

- Sim. Mas cada hospital tem liberdade para definir como é o seu prontuário.

- Numa ação judicial, se escolher algumas peças estar-se-á correndo o risco da outra parte dizer que ele está omitindo alguma coisa, mas isso é muito subjetivo, depende do que está discutindo-se.

Por exemplo, se alguém alega que no dia "tal" não foram tomadas "tal" e "tal" medidas, claro que não se precisa do prontuário de dez anos atrás. Agora, nunca se sabe quando acontecerá essa data.

- Pegando o exemplo de uma cirurgia. Um determinado hospital define que a descrição cirúrgica não faz parte do seu prontuário (antes do processo). O hospital tem esse poder?

- Tem, por conta e risco. Porque, veja bem, se não houver registro dessa cirurgia, como é que se vai discutí-la depois. Aí, a prova inverte contra ele. É ele que terá que provar que naquela cirurgia foram tomadas todas medidas e precauções desejadas, mas se ele não tem esse registro, acho que fica meio complicado.

A função do prontuário é essa: registro. Seria um banco de dados na verdade. Por aqui ele pode se defender, mas por ali pode ser condenado.

- Em vista disso, nas requisições algumas vezes a DPM(?) seleciona o conteúdo.

Não é um número grande, mas algumas vezes, o juiz manda um ofício reiteirando que é todo prontuário.

- Mesmo que o paciente venha há vinte anos no hospital, mas o que ele está questionando é a consulta da semana passada.

- Normalmente, acredito que a pessoa mencione toda sua história na passagem por aquele hospital.

- Um hospital como o Eistein, lá em São Paulo, eles abrem uma nova pasta a cada internação. Vão guardando exames..., enchem a estante quando não há mais lugar... Se o médico exigir a pasta da internação anterior, eles são capazes de buscar.

São pacientes que vão sempre naquele médico, a cirurgia o próprio médico faz...

- É uma relação diferente.

- É, bem diferente. Ontem, um paciente na emergência, o prontuário já no passivo, uma média de oito anos que... no hospital, a médica ... para definir se internava ou não.

- E no faturamento como é que funciona?

- Faturamento exige (o Ministério da Saúde) cinco anos que se guarde todas informações que compõem o atendimento.

Existe muita tradição nessa documentação, como por exemplo, eles não pagam algumas medicações específicas, mas eles exigem que se apresente a nota..., o que foi utilizado no paciente, a descrição dia a dia, a descrição do ato cirúrgico, embora pagando o pacote.

Ainda, há um conceito muito tradicional na documentação. Na realidade, ... requisição de material, mas eles exigem (quando fazem auditoria) a descrição do ato cirúrgico (documento indispensável), as evoluções, históricos, anamneses são documentos que eles analisam e uma série de outros documentos que eles definem como documentos de cobrança. Que são laudos solicitando procedimentos especiais; laudo de internação, embora não seja arquivado diretamente no prontuário médico, por uma decisão nossa (praticamente temos dois arquivos, uma parte administrativa de faturamento de laudo, de nota de sala, de prótese e nota fiscal, numa parte separada), embora tenha-se ofício grandes que eles dizemno prontuário.

Então, a gente pega (quando chega o Ministério da Saúde) essa parte e a outra parte ... , se não seria um prontuário complicado. Até, inclusive, tem prontuário do hospital que está composto com essas coisas (notas fiscais...) depois para se analisar, torna-se uma confusão no prontuário. Dá um prontuário técnico e um prontuário administrativo complicado. Resolvemos criar paralelo e se sabe quando vem aqui uma auditoria se pega de um lado e do outro. A parte técnica (evolução, etc.) está lá no SAMIS; e parte de laudo de internação, laudo de solicitação de medicamento especiais, notas fiscais, outros laudos de acompanhantes, diária de UTI (que ele exigem) ficam arquivados a parte. A gente faz a junção dos dois quando sofre uma auditoria. Isso para o nosso grande cliente que é o Ministério da Saúde.

As entidades privadas exigem: a descrição cirúrgica, as notas de sala e as prescrições médicas. E todos os resultados de exames.

- Essa exigência é para todos os pacientes ou só nas auditorias.

Todos pacientes têm que ter isso, porque tu nunca sabes quando vão auditar.

- Como é que a UNIMED paga? Mediante...?

- Temos três termos de cobrança. Um termo atinge mais ou menos 90% da nossa clientela, que é o SUS, aí, a gente não apresenta nenhuma documentação junto com a conta. Vai só um disquete, no qual diz que a gente está cobrando. Então, se tem que guardar aqui toda documentação que ocorreu durante a internação, por médicos que eles credenciam no hospital como auditor ou supervisor, então, esses te autorizam previamente a tu ficas arquivando. Se o paciente tem que ir para UTI, tem que autorizar. Alguns exames desses, eles exigem que a gente mande para um órgão

especial para eles darem. O marcapasso, tomografia e cintilografia exigem que se mande para lá, uma carta vai computadorizada para um lado e outro documento para outro lado.

Quando eles vêm auditar o hospital, tem que mostrar tudo, o que os médicos-auditores autorizaram, os documentos (inclusive os que não tem autorização prévia).

- Em relação aos documentos que eles exigem do hospital, definem quais sejam esses documentos?

- Por exemplo, na descrição cirúrgica, se num determinado hospital não tem descrição cirúrgica como um dos seus documentos?

- Eles não aceitam. Eles não definem o padrão da descrição cirúrgica, mas eles têm por tradição que num ato cirúrgico tem de haver a descrição de como abriu a parede, a técnica que usou, aquelas coisas tradicionais.

- Quais são os documentos que eles exigem?

- Eles querem ver no prontuário: laudo-médico, laudo de autorização para procedimentos especiais.

- Mais administrativos.

- Mais administrativos, descrição do ato cirúrgico, anamnese, prescrição médica e evolução.

- Está escrito isso? Há uma norma em que esteja escrito, ou tu sabes por experiência?

- Eu sei por experiência. Eu não conheço se existe norma. Porque isso é muito antigo.

- controle de sinais vitais eles exigem. Temperatura coisas assim?

- Não é comum eles verem. Eles olham muito a folha da ... na sala de recuperação.

- Só que, basicamente, é a folha de controle dos sinais vitais.

- OS sinais vitais da unidade não sei. Nunca foi lançado numa auditoria que tenha faltado ou não. Não é uma coisa que eu tenha registrado como principal. Prescrição, anamnese, evolução e exames sim.

Na última auditoria, teve que chamar cinco pacientes para se bater novos raio-x. Porque não tinha na hora a descrição deo raio-x, os que eles viram a descrição eles aceitaram.

Agora, por exemplo, eu recebi um documento formal que alguns procedimentos de plástica, eles querem que acompanhem a chapa e uma avaliação do médico.

- Em relação as prescrições, tem-se uma idéia que a gente faça uma consolidada. Tu achas que este tipo de documentação seria aceito?

- Eu acho que negociando se aceita. eu acho que se tem de romper a cultura do tradicional. Eles estão muito habituados a uma situação, ninguém propôs uma nova situação.

Pode haver problemas com os convênios que pagam por dose, por prescrição. Mas, isso se pode fazer em duas etapas: primeiro manda-se o descrito e, depois, só mantém-se no hospital um histórico assim: tomou antibiótico oito dias/ quatro vezes ao dia.

- No convênio, a gente manda a documentação toda. Então, o compromisso pela segunda via reduz. Porque ao mandar para ele, já recebeu toda prescrição ítem por ítem. Depois que eu fiquei com o resumo é só uma decisão interna. O que nós temos atuar é o SUS. Como o SUS não paga medicamento específico, só com algumas excessões, torna-se preciosíssimo eles exigirem que guarde.

- Existe auditoria de convênio. Eles vêm aqui procurar?

- Quando os pacientes estão internados, durante a internação. É raro algum complemento no que se encaminhe.

- Acontece que é discriminado numa folha deles, uma folha que eles definem como regra para descrição de medicamentos.

Escreve quando e quanto foi consumido e tal.

- Tu anexas a prescrição para ver se confere.

- Médica e de enfermagem.

- O que não estiver na prescrição (pode estar na evolução) já complica. Está só na evolução e não está na prescrição dá problema.

- Na reunião de assistência de enfermagem, a prescrição de enfermagem, eles discutiram, que é repetitiva, cansativa, é rotineira. Todo mundo sabe que quando escreve soro que tem que mudar equipo não sei o que, mas se não estiver detalhado os convênios não pagam.

- A prescrição da nutrição também, se não estiver na prescrição; porque a prescrição não é mais considerada médica. Aquela requisição é o documento requisitado.

Eles trabalham com ítems, diferente do SUS que trabalha com pacote.

- Se a prescrição ficar, completamente, informtizada. Completamente no sistema, sem o papel como é que ficaria?

- Do ponto de vista jurídico, a lei diz que o documento original é que tem que ser armazenado.

m Mas , no momento em que a rotina estiver informatizada , o documento original não será mais o papel.

Pode-se guardar o relatório, o resultado no computador.

- A tendência, agora, é essa. Não vejo nada contra isso.

- Não existe mais a prescrição manual...

- Quanto a assinatura eletrônica qual é a posição?

- Não há nada contra. A tendência é o papel desaparecer e ficar os dados.

- Existe uma resolução do Conselho Estadual de Medicina que diz que todo prontuário inativo não inferior a dez anos, ele pode ser substituído por outro. Desde que seja mantido...

- O registro.

- Substituído por outro, desde que seja plenamente.

- Guarda por vinte anos aquele registro.

- Em relação a prescrição eletrônica, acho que com os convênios é tudo uma questão, nos contratos, começar a firmar a ponto de não mandar mais papel. Descrição da prescrição mandá-la, em vez do papel, mandá-la ...

Isso é uma questão de negociação. Porque a tendência do mercado é querer que se apresente só disquete.

- As informações dos disquetes seriam mais completas, detalhadas...

Mas por mais que o prontuário esteja informatizado, isso eu tenho visto nos outros hospitais, os hospitais sempre mantém, de alguma forma, o prontuário papel. No mínimo, um resumo, um sumário de alta muito bem feito, com todos laudos do que aconteceu na última consulta ou internação anterior, isso está no prontuário papel. Quando o paciente retorna, o sistema pode estar fora por qualquer motivo, sempre o prontuário papel tem que garantir o atendimento daquele paciente.

Mas a tendência é passar tudo para disco.(fim do lado)

- Os filmes são guardados?

- Só os de internação...

- São entregues ao paciente?

- Existe uma proposta de serem, inclusive, eliminados os de internação, mas não está ainda.

Fazer uma seleção e verificar os que interessam para fins de ensino e pesquisa. Esses ficariam em um arquivo separado e o resto eliminado. Essa é a proposta.

- E o ambulatório...

- Queria saber a opinião, principalmente do setor de faturamento, sobre a possibilidade de se vir a ter... um outro formulário contendo todos aqueles documentos necessários para assistência, pesquisa e ensino, e um terceiro onde armazenar-se-iam as informações que são importantes, mas de uso pouco freqüente, de busca pouco freqüente.

Tomar o formulário enxuto.

- Tem que ser enxuto o suficiente para não ser taxado de omissos.

- Ah, sim. Com certeza.

- Mas existem alguns documentos que?

- Não. Não, por exemplo, "tais" e "tais" documentos devam ser, necessariamente, guardados.

- Mas existe um consenso para que um hospital universitário estabelecer.

- Sim, é uma questão interna, mas na questão externa está se buscando maior... possível para... .

- Existem alguns documentos...? alguns documentos que oneram o prontuário em termos de volume. Claro, ninguém pensa em eliminar do prontuário a anamnese, nota de alta, nota de baixa, as prescrições. O que onera o prontuário, em volume, são as prescrições, exames e os sinais vitais. Esses três papéis estão muito críticos, estão onerando o prontuário.

Exames, já estamos discutindo a emissão de um consolidado. Então, eliminar-se-ia esses papezinhos.

Futuramente, a prescrição também. Vai se discutir a idéia.

- ...

- E o terceiro é os sinais vitais. Em alguns casos, chegam a volume extraordinário de papel.

Então, por exemplo, se estes documentos fossem guardados em pasta separada. Porque sinais vitais é um tipo de informação que dificilmente, consulta-se quando o paciente reinterna, dificilmente se olha aquela folha, porque se houve alguma intercorrência de importância significativa isto está na evolução.

- A não ser que ele baixe com uma crise depressiva, e tu não sabes se aquilo é do momento. É quando tu vais para ver se ele já era paciente, se chega da emergência, não tens a anamnese, mas é uma coisa bem rara.

- Discutiu-se, ontém, a possibilidade de se ter um sumário dos sinais vitais, como era utilizado antigamente, de forma gráfica, uma coisa muito mais fácil. Mas, que de alguma forma, o computador viesse a traçar esses gráficos e não o profissional.

- Ah, se não é um atraso.

- Não há tempo, hoje, para sentar-se e fazer, mas o gráfico é vantagem.

- A gente já andou tendo um estudo, porque têm folhas de sinais vitais diferentes: CTI e SR são diferentes da Pediatria. Numa época, tentamos manter uma só, a que saísse da SR não se necessitasse abrir uma nova folha, que se pudesse continuar.

Fazer uma folha mais completa, o CTI usaria todas aquelas partes, a SR alguma e a unidade o restante, mas não se mudaria de folha.

A folha de controle dos sinais vitais do bloco da SR, ela vem com informações do bloco: a Hidratação, o sors. E elas fazem um fechamento. Então, não podemos continuar, pois é outra folha e não tem. E tu abres outra folha, porque precisa ter, tens que manter toda parte de líquidos para fazer o controle na unidade.

- Tentamos fazer isso com a pediatria. Hoje, em uma reunião que tivemos, foi colocado bem diferente do que estás colocando.

Eles estão encontrando dificuldades, hoje existe um que é usado pela unidade normal da pediatria, pela emergência, pela NEO e pela E se tentou padronizar. Eu acho que se tem de fazer um trabalho bem bom de padronização.

É que se tu não utilizas todas pessoas que participam disso, aí vai.

- Uma pergunta nessa parte jurídica, uma coisa que não está clara para mim.

Nós temos três prontuários(seria a nossa proposta), então, dentro desses deixaríamos o mais enxuto possível essas informações que necessariamente, precisaremos em nova internação do paciente.

Teríamos um segundo prontuário, no qual ficariam todas essas outras informações, que não serão postas fora, mas não serão guardadas juntas.

Aí, juridicamente, quanto tempo depois pode entrar com uma ação?

- Até vinte anos.

- Isso vai depender do que a pessoa pretende e a partir de que ato(digamos que houve algum dano), se ela tem um histórico de vinte anos, é evidente que verá sobre o último.

Vamos supor: ela fez uma cirurgia em 1985, mas fez outras antes, se ela está questionando aquela ali, vai provar a partir daquela ali. É sempre o ato que...

- O cara tem um problema nessa mão aqui, e eu tiro a outra mão. Quanto tempo ele pode reclamar?

- Pode reclamar sempre até esse prazo de vinte anos.

- Então, realmente, todos os dados de evolução e sinais vitais são importantes numa causa.

A gente nunca sabe. Essa outra parte não adianta fazer sumário, ela tem que ser guardada.

- Ninguém discute a guarda dela. O que se discute é que se tenha no prontuário de trabalho um resumo daquilo.

- Aí, a importância de se guardar coisas que, realmente, darão respaldo.

- Tem que se guardar a evolução e os sinais vitais. Porque ali nos sinais vitais pode estar dito, fazes observações ali.

- Tem uma ação na qual se questiona que foi encontrada uma gaze internamente, foi deixado uma gaze.

O que a pessoa faz. Vai no prontuário, ali tem o registro. É isso que a pessoa quer.

- Que tipo de registro pode procurar?

- Foi encontrado uma gaze na parede dá... sei lá, (aí sou um analfabeto)

Isso consta no prontuário, não consta?

- Não.

- Todos nossos erros vão para o prontuário.

- Então, isso consta ali. O autor da ação vai querer que conste ali que na verdade foi constatados. Aí, vai discutir se essa questão de ter deixado ou não constitui um erro.

- Ela já tem a prova, já tem o fato e se não tem tudo bem, ele nunca vai provar aquilo ali.

Aqui, entra outra questão: o que se deve colocar no prontuário, se deve ser verdadeiro ao ponto de ser temerário.

- Aí, é questão ética.

- Cada vez, o médico escreverá menos por medo.

- É ética, até que ponto se deve colocar para não ser taxado de anti-ético.

- Tem que se rever essas coisas. Um caso desses específico: uma pessoa ficou com gaze no estômago. Eu devo colocar no prontuário? Não sei. Eu te confesso. Pelo que tenho visto, hoje, isso parece uma inquirição. Não sei até que ponto tu deves colocar. Não sei.

Hoje, eu pensaria duas vezes para aconselhar, se me perguntassem. Ou se colocasse, colocasse de outra maneira, mas não uma coisa inocente.

A tendência é o poder judiciário fazer justiça social em cima disso.

Acho que tem de se cuidar o que coloca. Porque se não for isso aí, um acidente desses no processo, a única coisa que ele pode contestar é a técnica que foi usada, aí fica mais difícil para ele. Então, a única forma é um acidente, que não dá para dizer que não se tenha nessa loucura que se atende aqui.

- Nos casos de recusa de baixa, que o paciente venha a falecer, porque na emergência não tenha.

- Aí, é outra coisa. Não contesta técnica, contestará o sistema.

- Na verdade, quem acabará sendo, é o médico.

- Não. Eles geralmente, acionam o hospital.

Mas existe. Um caso na emergência, a pessoa esteve aqui para ser atendido e disseram que não precisaria ficar baixado. Ele chegou na esquina e faleceu.

Então, o que se está alegando no processo? Que houve um erro. Quando ele foi examinado, deveria ter ficado retido no hospital, vai discutir-se isso.

Veio um perito de fora ver o prontuário, e no prontuário não tinha certas informações.

- Nessa situação, quando não tem a informação como é?

- Sempre a presunção é contra o hospital. Eles vão dizer que tu omitiste ou tu sonegaste, então, alguma coisa tu fizeste.

- A ausência de informação é contra?

- É indício contra quem deveria tê-la. Digamos que seja um documento vital no processo, aí a parte dirá que ele tirou do prontuário para não se comprometer.

- Se o hospital define, previamente, o que compõe os documentos de registro?

- Só que aqui é folha na evolução.

- Uma coisa é folha de registro, outra coisa faltar documentação.

- Tu te dás conta do erro, e isso está no prontuário, e tu.

- Nunca diz que tu erraste, nunca.

- Tá, se acontece uma situação, aquilo é trabalhado para uma recuperação.

- Tudo bem, mas ela pode dar isso em função disso e pode dizer que está fazendo, agora, dano maior.

Se em função dessa falha que colocaste, ele teve algum sofrimento. Eu tenho um caso para contestar. Uma pessoa que veio fazer exame de HIV, e naquele primeiro teste constatou-se HIV positivo; aí, foi sugerido que o paciente fizesse novo exame, o que ele fez: saiu daqui e foi fazer exame no laboratório, daí deu negativo.

Então, ele fez um terceiro, negativo. Foi para um quarto. Então, entrou com processo pedindo dano moral.

É uma questão subjetiva, que causou dano moral causou. Agora, vamos discutir isso aí.

- ...

- O que o médico deveria ter colocado? Exame positivo, sugere-se repetí-lo.

- Acho que, previamente, deveria ter visto isso. Antes, dele fazer o exame, deveria ter feito assinar. Porque é um resguardo.

"Esse teste, eventualmente, pode dar positivo, mas deve-se fazer um segundo exame para, definitivamente, constatar."

Se ele ficar preocupado com aquilo, ele já está sabendo antes. Aí, se ele quiser entrar, eu entro antes: "mas sabia que poderia dar."

- Então, qualquer procedimento de risco eles teriam que assinar?

- Acho que sim. A pessoa não poderá alegar desconhecimento.

- ...

- Ele recebeu a informação através da residente. Veio à consulta e ela informou.

- Mas ela informou oralmente.

- É.

- Agora, vai ter que provar que foi dito a ele.

- E quando falta informação no prontuário? A equipe responsável por aquela internação preenche mal. Têm muitos, os prontuários vêm piorando a qualidade das anotações feitas. Muitas notas não são assinadas, sem CRM, sem nada.

Se detecta-se que o prontuário está incompleto, quem é que? Chefe da equipe?

- Depende da responsabilidade estar vindo de quê.

Se for administrativa pode ser. Mas se for legal, será indício negativo, é o hospital ou o médico.

- Internamente não existe, hoje, mecanismo dentro do hospital que obrigue as equipes a preencherem de forma completa o prontuário?

- Não sei.

- Nessa lista da Intermedic(?), uma das coisas que levantam é o problema dos médicos delinquentes.

- É forte!

- Chamam de delinquentes aqueles que não preenchem adequadamente o prontuário.

Em muitos hospitais americanos, eles têm trinta dias, cada prontuário que vai ao SAMIS é revisado, sofre uma auditoria, o que estiver incompleto é notificado...

- Hoje, ainda se faz isso.

Exige-se o médico-residente é responsável pelo preenchimento.

A única coisa que o SAMIS conseguiu, contra a Comissão de Residência, que ela embargasse a saída do residente, de dar o certificado, sem que ele esteja quite com o prontuário.

- Mas, o que é para nós completo; é ter a nota de alta, anamnese, assinatura na última prescrição são essas coisas que a gente consegue avaliar.

É como foi levantado aqui. Eles passam dois anos dentro do hospital, dois anos depois eles não preenchem nada. Então, quando vão sair, eles vão na Comissão de Residência, dizem: "Tens que passar no SAMIS".

Daí, ele passa lá e tem 200(duzentos) prontuários para ele fazer. Ele vai fazer(sabe que precisa), mas a qualidade dessa informação é péssima.

- Se tiver prontuário eletrônico, se a informação estiver..., preciso papel?

-Eu entendo que não. Vai ser armazenado na sua forma original, se eu faço a prescrição em terminal...(fim da fita)

...

- A discussão não é três prontuários, é a forma de armazenamento de documentos.

Vai ficar tudo no central, terá em papel o prontuário de trabalho daqueles pacientes que mantém... E outro emitido a medida da necessidade.

- Isso para futuro. De qualquer forma o prontuário de papel.

- Mesmo a prescrição informatizada, a checagem é manual. O que é informatizado é o que for preciso, mas o que realmente foi feito está manual, Não tem como informatizar essa informação: os sinais vitais, tudo é manual.

- ...

- É uma questão jurídica.

- De qualquer forma, continuamos com o problema dos prontuários volumosos...

- Vejo em duas etapas: como prepararmos o futuro, porque o passa já aconteceu.

Hoje, temos 600(seissentos) mil de passado, que são dois prédios lotados.

O tempo passa e ele vai aumentando por não se delinear o futuro.

E essa delineação está na informatização. Está na prescrição médica, hoje existente, ela se efetiva no sistema. É só ter o resumo, resumo papel, daquele paciente habitual(que tem de definir-se um prazo).

Hoje a prescrição(é maior volume no prontuário) está 80% informatizada?

- Não.

- Em torno de 60%.

- Desses 60%.

- Em fase de implantação.

- Mas, certamente, o caminho da atuar é fazer esse retorno ser efetivo. Parece-me que aí reduzir-se-á o volume de papel.

- Sim, mas tem-se essa idéia de fazer um retorno de todos os procedimentos ocorridos...

- Aquilo que está 60% efetivado, acho que esse é o caminho.

O que precisamos para não emitir mais que esses 60% no papel que hoje emite-se?

Vinte anos tem que estar guardado, mas a concepção de guardado é magnético mais papel.

Livra-nos.

- ... marcar quais os exames que seriam importantes para fazer parte. No final, no sumário de alta, o médico marcaria os exames que teriam de fazer parte do documento, que seria o resumo.

- Por enquanto, o aprisionamento de ... está sendo em fita. Não temos dispositivos on line suficientes para manter todas essas informações.

Se o paciente retorna, eu não recupero imediatamente, possa demorar horas para achar a fita que está. Isso será possível quando tivermos toda informação on line, meio magnético tipo CD, tipo um disco em que será possível acessar.

Por isso, por enquanto, precisa-se desse resumo impresso e na pasta.

- Tenho um resumo. Não posso por fora esse resumo daqui a cinco anos?

- Eu acho complicado.

- Esse consolidado já elimina vinte folhas a uma.

- Pior é a prescrição. Volume grande e não sei como será eliminado. Tem que estar checado.

- Eles fazem essa checagem e essas alterações no terminal também.

- Para fazer no terminal, tens que ter terminais disponíveis.

- É preciso checar ou é preciso dizer que não fez.

- Não fez.

- Estamos presos ao papel.

- Tu tens que confirmar o que fizeste. Legalmente, tu confirmas o que fizeste.

- Se tua rotina é dizer tudo o que não fez, a princípio, tudo que não disser tu fez.

continua saindo no papel, ao final do expediente, tu só define aquilo que não fizeste.

Cito isso, porque no ambulatório é assim. Nosso faturamento já define o que estás cobrando. O que eu tiro? São os 12%, que são os que faltarem. Os demais(80%) já estão definidos para cobrar.

Pelo sistema antigo, eu informava todos 78% e mais os 12%, agora não, só informarei aquilo que não cobrarei.

No sistema da prescrição tem que ser assim. São excessões que não são feitas de uma série de itens, então só diz aqueles que não conseguiste cumprir efetivamente.

- Do ponto de vista da cobrança, é necessário algum tipo de checagem?

- É necessário, porque hoje estou acostumado ao risco. Se eu não vejo o risco fico na dúvida de cobrar ou não.

Mas se substituir o risco por um "x"do computador. Pronto, é ao "x"do computador que vou me adaptar. É questão de hábito.

- Isso é uma rotina interna do hospital.

Mas externamente, os convênios e o SUS exigem alguma coisa desse tipo?

- Não. O SUS não entra no mérito disso, mas vai querer saber se o paciente tomou.

Eu comecei a mandar para os convênios a prescrição do computador.

Eles poderiam não aceitar, porque fora eu que datilografara. Poderiam. Tudo é uma questão de mudar. Negociar.

- Eu tinha uma idéia de que a coisa era muito mais rígida do ponto de vista dos convênios e até do SUS.

- Não existe nenhuma determinação?

- Não existe. Eu mandei prescrição pelo computador e ninguém me reclamou.

Rodinha é para não cobrar, checagem é para cobrar, se não tem nada eu devo procurar alguém para fazer.

Já existem prontuários que cabem nesse critério de vinte anos inativo?

- Sim.

- Quem sabe a gente faz um levantamento e põe fora?...

- Têm valor científico?

- Têm.

- Aí, está a discussão. O valor acadêmico que é a discussão. porque técnico já sabemos, são vinte anos, mas acadêmico.

Esse acadêmico só seria eliminado se houvesse uma comissão que avaliasse. Vamos separar todos que têm vinte anos e definir quais valem a pena para fins acadêmico.

- Ver o valor acadêmico. Ver o que os professores pensam que deva ser guardado: Porque, como ...

- Uma coisa que tem de ser avaliada é aquele paciente que tem uma única consulta no hospital e esse prontuário fica lá ocupando espaço. Têm pacientes que passaram uma vez na emergência a quinze anos atrás e o prontuário está lá.

- Tu sugeres eliminar esses prontuários?

- Sugiro. Inclusive, se fosse armazenado em outra forma.

- A proposta dela, também, é de dez anos abrir novo prontuário. Existe essa proposta?

- Sim. Quem não se movimenta eu guardo o prontuário lá e começa outra história.

- Paciente com dez anos não tem vida aqui no hospital, seriam todos modificados no arquivo.

Os documentos iriam para o lugar e isso seria arquivado.

Quem viesse hoje, passaria a ter novo registro e nova vida no hospital.

Para diminuir o volume de papel. Se por eventualidade, tiver de ressuscitá-lo, depois desses dez anos, necessitaria de uma justificativa bem clara. Se não, vida nova.

- Com novo registro?

- Novo registro, nova vida e nova sistemática.

- Se o médico requerer e busca o prontuário?

- Se requerer, esse requerimento teria de ser extremamente restrito. Se requerer para consulta, se quiser manter o histórico, terá de definir o que salvar daquilo para essa nova vida. Volta o papel para lá e ele seria obrigado a fazer um resumo daquilo tirado, faria um extrato. (fim do lado)

- ... mais de dez anos, o paciente vem na emergência e não chega acompanhado de outras pessoas que possam dar informações sobre o paciente, é importante para salvar...

- Pois é isso. Tem que se definir se é importante ou não. O que é prontuário? Prontuário é para quando chega o paciente ter suas informações e poder resolver os problemas ali.

- Isso é economia significativa, ter informação é um fator que te abrevia uma série de atos.

- O profissional que está atendendo tem que ter isso disponível de uma forma adequada.

- ...

- Na reunião de assistência, demos o que é ... mínimo: a lista de problemas, a anamnese, exame físico, nota de alta (porque diz quais as medicações que o paciente recebeu), histórico de enfermagem. Assim, tu tens uma noção do paciente, tens o principal e não precisas todos os sinais vitais do paciente (isto ficaria em outro local).

- Tecnicamente, uma coisa conclusiva não ajuda mais? Assim: sinais vitais durante internação, normal.

Precisaria todo?

- Não, mas se ele não teve nenhuma normalidade?

- Para o profissional que está atendendo, algo conclusivo, se tivesses uma nota de alta que dissesse: paciente hipertenso, diabético, etc. Tu não precisarias... naquele momento para decidir.

Essas coisas conclusivas mostram um desafio de tentar buscar. Deixar o profissional solicitar o que ele quer. E não empurrar tudo para ele.

- Bem, a reunião está encerrada. Ela foi muito proveitosa para nós e agradecemos a presença de todos. Obrigada.

HCPA/CPM
REUNIÃO 5
PESQUISA
17/11/1995

Participantes:

Bel. José Roberto Goldim - Grupo de Pesquisa / HCPA
Enf. Heloisa Hoefel - Controle de Infecção Hospitalar
Dra. Marseille - Patologia / HCPA
Enf. Lisiane Pascolin - Comissão de Pesquisa / HCPA
Enf. Rosane Carrion - Escola de Enfermagem / UFRGS
Dr. Jorge Pinto Ribeiro - FAMED / UFRGS
Profa. Vera G. Vieira / DMI
Prof. Walter Koff / PG Cirurgia
Prof. Sergio Barros / PG Gastro
CPM: Mariza K. Stumpf
Ilda Pereira
Enf. Débora
José Ricardo Guimarães

Introdução:

- A Comissão de Prontuários está discutindo modificações no prontuário. Essa é uma discussão que ocorre no mundo inteiro.

A grande discussão no momento, tanto em relação ao prontuário informatizado quanto ao prontuário papel, é a definição do que se chama de core record (como chamaria em português?), tradução: prontuário chave?

é o que seria essencial, conteúdo essencial do prontuário. Então, eles estão discutindo que deve haver, pelo acúmulo de informações tanto em papel como em meio magnético, no prontuário, informações demais. Às vezes (no papel) de forma não legível, perde-se, rasga-se, fica-se segundas e terceiras vias de coisas. Assim, isso faz um acúmulo de papel que torna o prontuário um documento difícil de manusear. Difícil de achar uma informação lá dentro.

No hospital, como em outros, a área do SAMIS é um tumor que vai crescendo e crescendo, e não tem solução para isso.

A nossa legislação determina que o prontuário tem que ser armazenado por vinte anos depois da última vinda do paciente ao hospital. Em caso de crianças... (interrupção).

Retomando. O objetivo dessa reunião é discutir com vocês o que vem a ser os documentos essenciais do prontuário médico. O volume do prontuário é excessivo.

Há, então, necessidade de definir-se um prontuário principal e um prontuário secundário, isso tanto informatizado quanto em papel.

Seria aquele prontuário que deva ficar on line, em caso de papel; on line: é aquela pasta que está lá no SAMIS e o pessoal do SAMIS acessa imediatamente. e off line seria, lá naquela outra área do SAMIS fora do hospital que é possível de buscar, mas demora entre vinte e quatro e quarenta e oito horas.

No caso de computador, on line é tudo que está disponível em disco permanente; off line é em discos acessórios ou em fitas, é possível buscar, mas não está disponível.

A grande discussão é o que comporia esse prontuário principal. Se nós não poderíamos mexer na estrutura do hospital e retirar dele alguns documentos que estão onerando muito o prontuário em termos de volume. Substituir outros por consolidados, por exemplo, resultados de exames (que foi até aprovado). Substituir toda aquela pilha de exames por um relatório consolidado. Hoje, os exames já estão todos no computador e, na alta do paciente, é emitido um resumo até mais organizado com todos hemogramas e exames organizados. Então, o pessoal do SAMIS retira da pasta todas aquelas folhinhas avulsas e substitui. Isso já reduz muito o volume.

A discussão é esta: o que podemos tirar do prontuário e colocar neste prontuário secundário, em suma, queremos ouvir o que é necessário ficar neste prontuário on line.

Adotamos ouvir diversos grupos de usuários que identificamos dentro do hospital universitário. Existem aqueles usuários da área assistencial: médicos e enfermeiros que utilizam o

prontuário para assistência ao paciente; também serve para o ensino, pesquisa e para fins administrativos(faturamento, e todas as questões jurídicas).

Então, ao buscarem informações no prontuário o que vocês precisam, o que sentem falta, o que tem de ficar e quais os documentos básicos. Discussão nesses termos.

Depois dessas discussões, vamos elaborar uma proposta de modificação do prontuário, de enxugamento desse prontuário, que será submetida à apreciação de uma mostra grande de usuários do hospital antes de ser encaminhada à administração.

Discussão:

- Depois dessa proposta de sintetização do prontuário, será otimizada a, que o recém-nascido(não considerado patológico) tenha o seu prontuário como determina o Estatuto da Criança e do Adolescente? Isso tem sido um problema sério para nós. Queria saber se isso chegou a ser ventilado, se não o foi, gostaria que fosse considerada essa proposta para o futuro. Porque consideramos que é importante do ponto de vista de assistência e pesquisa.

- Essa informação existe. Não existe num prontuário específico de RN, mas tudo que... está no prontuário da mãe.

- Se ele entra de acompanhamento na puericultura?

- Passa-se para o prontuário da criança.

- No momento que ele é cadastrado pelo hospital, existe um sistema que busca aquela informação no prontuário da mãe e se inclui no prontuário dessa criança.

- Esta minha solicitação, eu proporia que tivesse um dia específico para discutir-se esse ponto que me parece, que não é o objetivo desta reunião de hoje, porque mesmo com essas informações no prontuário, nós, ao longo dos anos, tivemos problemas por causa disso.

Talvez, até uma diminuição do prontuário ou com a nova organização, essa solicitação perca o motivo de ser, mas, no final, deve-se verificar se resolveu ou não.

Nós temos dificuldades de achar essas informações facilmente.

- O Estatuto prevê que toda criança ao nascer tenha um prontuário, que esse prontuário tem de se manter ativo por dezoito anos.

- E mais vinte.

- Dezoito mais vinte.

- Como?

- Até os dezoito ele tem que permanecer aberto e depois mais vinte como arquivo morto.

- Tem que preservar essa informação por trinta e oito anos?

- Isso.

- E, realmente, isto não está acontecendo. Pois, o prontuário da mãe pode ser tomado inativo antes desses trinta e oito anos.

A gente não está levando em consideração que lá dentro tem informações do recém-nascido.

- Isso pode ter, principalmente; quando a gente começar a brincar mais seriamente com as coisas de fertilização in vitro, que começar a envolver doação e essas coisas todas, pode vir a ter desdobramento para ... informações depois dos dezoito, problema de revelação de característica do doador, identificação do doador que constará no prontuário sem acesso até os dezoito anos.

- Até pelo sistema informatizado como o hospital funciona? Funciona com registro. Claro, que faz pesquisa fonética, mas é mais com registro.

Quando informamos um problema do recém-nascido e não significa que um recém-nascido que esteja em alojamento conjunto seja um recém-nascido que não apresente nada. Pelo contrário, mas não é uma situação que precise ir para o berçário.

Aí, não tens como informar, ou seja, hoje não disponho das informações de problemas durante as internações dos recém-nascidos mantidos em alojamento.

- Em relação à pesquisa clínica, quais são os documentos?

- Eu vinha pensando como usuária do prontuário e como médica. Nós temos, principalmente por ser hospital universitário, duas utilizações bem distintas do prontuário.

Uma assim: o paciente reinternou e eu quero saber o que ele tem, teve, que alergias apresenta e "n" itens, porque eu quero tratar, imediatamente, essa pessoa que está doente. Para esse, eu penso em uma ficha bem sucinta no sistema sim/não, para facilitar ao próprio médico residente preencher.

Os prontuários não sei se chegam a ser, inteiramente, preenchidos todos os seus itens.

- Não.

- Então, o que vai ali? Vai o que é importante para atender o paciente. O básico sempre tem (alérgico a penicilina, fumou tantos cigarros...).

- Tem, mas é fácil de achar?

- Não.

- Se houvesse uma entrevista padrão, até do tipo sim/não, algumas perguntas parecerão sem utilidade quando for o caso de outra especialidade.

- Uma anamnese?

- Uma anamnese para ser on line, útil ao atendimento do paciente.

Outro problema é quando preciso desse prontuário, porque estou fazendo um levantamento de todos os casos de enfisema no hospital e eu quero fazer uma pesquisa. Eu chego, leio e falta isso, falta aquilo, então não dão para usar esse material. Uma pena, os casos são belíssimos, mas falta tanta coisa que não dá para eu fazer.

Sendo um hospital universitário, acho que a meta é mais difícil, é a longo prazo, mas chegar lá é o supra-sumo. Se daqui a dez anos, quero levantar todos os casos de câncer no pulmão com metástase no rim, se chegasse nesse prontuário e ali houvesse dados, mais dados que atualmente. A gente até foge desse tipo de pesquisa, porque sabe que os prontuários não dão nada.

- E que tipo de dados tem procurado? Quais são os documentos?

- Entra na minúcia do que irei pesquisar. Por exemplo, quero pesquisar abscesso pulmonar, então eu preciso saber se o paciente tinha dentes cariados ou não. Bom, realisticamente, quem é que anota os pacientes com dentes cariados ou não/

Se eu quiser fazer um levantamento e correlacionar os pacientes que tinham abscesso se eles tinham a boca séptica ou não, não acharei. Se eu quiser apresentar algo nesse sentido, a primeira coisa que eu tenho de me perguntar é como era a boca desse paciente, não saberei, pois não tem anotado.

- Poderíamos passar a estabelecer protocolo de atendimento por setor.

Na medida em que tivesses um protocolo de atendimento de abscesso pulmonar, no paciente com abscesso terias todos os itens que são necessários.

O cara é um hipertenso severo que internou via emergência com crise hipertensiva. Então, tem no protocolo.

Isto tem uma vantagem e uma desvantagem. A vantagem de poder-se recuperar informações, contudo tira um pouco da criatividade da peculiaridade do atendimento. Perde a elegância.

- Não chamaria de elegância, mas de cuidado centrado. Porque isso é uma coisa que se tu começa a fechar muito a informação, no momento em que vais fazer outro tipo de pesquisa que não a quantitativa, então são informações muito ricas que ficam prejudicadas.

Talvez se pudesse dividir as discussões em duas partes: aqueles pontos que já tem informações objetivas no prontuário e que são fáceis de serem reduzidos e esta forma desejada e, posteriormente, passar a discussão dos pontos que são descritivos, daí a discussão será mais profunda.

Para dar um exemplo, vocês sabem que temos uma prescrição padronizada e informatizada que a gente procura alterar dentro do nosso sistema no dia a dia, mas é uma coisa que já está feita. A pessoa só opta por aquele tipo de prescrição, tem 250(duzentos e cinqüenta) tipos de prescrições para prevenção de infecção, já estão informatizados os exames de uma forma padronizada: a idade, sexo, todas essas coisas estão padronizadas.

O difícil é reduzir essas informações descritivas.

- No momento, é considerado impossível. Tu não tens como reduzir todas observações descritivas de uma anamnese.

- A nossa linguagem é mais rica que essas maquininhas. Vocês têm pronto aquele parecer médico não personalizado, escolho uma das 250(duzentos e cinqüenta) e vou dar. Certamente, quando vocês escolhem uma tem a presença e.

- Cada opção que surge a gente vai incluindo uma nota para sentar bem no paciente. Cuidado centrado no paciente.

- Esse protocolo seria bom para quando fosse fazer uma pesquisa bem específica em uma determinada área, como ... com cuidado "x", essa parte quantitativa seria contemplada se fosse formalizado.

Se pensarmos na pesquisa qualitativa não se utilizará um só instrumento, o prontuário seria um deles. Vais usar entrevista, observação e uma série de outras, não ficaria limitado só ao prontuário.

Na pesquisa qualitativa, vai interessar muito mais aquele dado subjetivo e não aquele listado. Aí vem a parte das evoluções, que muitas vezes têm expressões que dizem tudo, mas não

dizem nada. Mais vale dizer o quanto melhorou, tomar a coisa mais clara. A gente pega um prontuário e só tem esse tipo de expressão. Não tem padrão, não é uniforme.

- Este é um dos grandes problemas da informação contida em prontuário.

- Tem processamento, hoje em dia, que podes trabalhar muito bem com linguagem livre.

Podes fazer análise de texto aberto sem sofrer muito. Uma coisa que nunca vamos deixar de ter é o problema seguinte: toda pesquisa baseada em dado histórico tem um vício fundamental, o dado coletado não conhecia o objetivo... Isso é inerente ao método.

Agora, uma coisa que me preocupa é o não registro do paciente ter sido submetido à pesquisa. Temos problemas seríssimos agora, nós estamos avaliando o ... de uma paciente que foi atendida... , no momento da sua alta e do bebê, houve troca da enfermagem e auxiliar da enfermagem avisou a equipe assim: "esta paciente é HIV positivo." Não tinha registro nenhum, a equipe foi no prontuário e não tinha registro de HIV positivo. Ela disse: "ela é HIV positivo, e eu sei disso porque há três anos atrás, quando teve o outro filho, ela era positivo."

Foi para o prontuário, que estava toda a evolução da equipe, e não consta, absolutamente, nada. Não consta a solicitação e nem o resultado do exame.

Ficaram: como é que ela sabe?" na dúvida, como a criança teve um ... febrão, seguraram a título de investigar o ... febrão, foram para exame e a criança é HIV positiva.

Aí, refizeram a anamnese com ela(mãe), ela não tinha colocado que era usuária de drogas no passado e que teve um acidente e, por isso sofreu uma transfusão. Fez um exame, é positiva mesmo.

Assim, começamos a fazer o trabalho detetive atrás. A equipe que atendeu em 1992 não sabia da pesquisa, essa pesquisa fora autorizada em 1987 para durar cinco anos, então bate exato. Era uma pesquisa que pegava mulheres de risco e não risco para ver sua produtividade.

Falando com a auxiliar de enfermagem, ela diz assim: "eu vi o bolinho dos resultados de exame da pesquisa com o nome dela, porque ela é filha de uma vizinha minha."

- Totalmente ao acaso.

- Naquele momento, é, claramente, uma quebra de privacidade, mas que acaba trazendo algum benefício. Isso é clássico, quando começa mal, os erros são cumulativos e a coisa vai numa progressão assustadora.

E neste caso, isso dará um processo bárbaro, pois o marido dela ficou exposto três anos.

- Ela não sabia?

- Quando ela teve alta em 1992, perguntou à equipe que lhe atendeu o seguinte: "Eu estou bem? Tudo está bem?"

Nós fomos ao banco de sangue. Chegamos no banco de sangue, está lá: duas amostras de sangue coletados para HIV, está lá a solicitação para HIV, não consta no prontuário. É uma outra equipe que estava envolvida na pesquisa dentro do mesmo serviço, contudo não se comunicavam. E, agora, o mais absurdo de tudo, a paciente teve alta dia 10, os resultados subiram dia 13.

Quer dizer que a equipe, que atendeu, não tinha mesmo a mínima chance de saber isso.

- Mas a equipe que fazia a pesquisa sabia e não anotou no prontuário?

- Não evoluiu, não fez, absolutamente, nada. Agora, vem o mais grave. Esta mulher tem problema de ovulação e ela teve que fazer tratamento para estimular a ovulação para ter essa outra gestação que nasceu um bebê HIV positivo.

Ela não tem coragem de testar o filho mais velho que está com três anos.

Pensamos, assim, o risco dessa mulher não ter sido tratado adequadamente nos últimos três, o risco dela poder ter evitado esta gestação, o marido que ficou a descoberto por três anos.

- Ele está positivo?

- Ele se nega a fazer.

Ontem me contaram outra versão, que agora quem está atendendo a criança soube de outro fato.

É um circo, e a raiz dele é um problema de prontuário. É um problema de falta de comunicação entre a equipe que envolveu a paciente numa pesquisa sem comunicar à equipe que estava atendendo; a paciente não teve conhecimento, ela não lembra se foi informada ou não.

O pior de tudo é não ter o registro no prontuário dela, de que ela é HIV positivo. No hospital, o registro consta, mas no banco de sangue.

- Isso é 1992?

- 1992.

- Existe a proposta de se fazer com que paciente assine o documento de baixa, dizendo que sabe, por estar num hospital universitário.

- Não tem valor legal nenhum isso. Não existe uma antecipação de consentimento. Isso é tão ilegal quanto aquilo que se tinha, antigamente, de se autorizar necrópsia por antecipação.

- Os estudos amplos, teoricamente, não poderiam ser feitos?
- Estudos retrospectivos em prontuários pode-se fazer?
- Não, tu podes com uma jogada. A Comissão de Ética pode liberar, aí vem um resguardo formal ao anonimato do paciente.

No caso de pesquisa histórica, tem uma discussão de que se deveria ter dois conjuntos de prontuário, conjunto acessável e conjunto não acessável a fim de pesquisa.

Aí, na internação e no próprio ambulatório, ele teria um documento que diria o seguinte: "consinto que os meus dados, exceto os de identificação, sejam ...(fim do lado)

... teriam os prontuários tarja preta que tu sabes não ter acesso. Não entram nem nas estatísticas de índice, nem nada. Isso eu tenho dúvida até que ponto isto é uma ... adequado ou não, porque o cara está consentindo numa coisa que ele nem sabe. É um consentimento inválido.

- No momento em que ele vem ao hospital, ele está necessitando da assistência, não vai deixar de assinar.

Existe uma coação, mesmo que indireta, porque o sistema que o acode é o universitário e está pedindo que ele passe por uma pesquisa do conselho.

- Na PUC, eles ainda têm a maldita folhinha da necrópsia. Tu assina aquele termo de internação (teoricamente a abertura do prontuário). Aqui no nosso diz: que o médico quando der alta os familiares ou o paciente mesmo vai sair do hospital., que o hospital não se responsabiliza por roubo e, tinha no nosso (foi retirado) um ítem assim: em caso de morte, já autorizo, antecipadamente, a necrópsia.

Um cara na PUC, ele foi internar a esposa dele (ela estava em trabalho de parto) e ele quando viu aquilo disse: "mas ela não vai morrer". Ele se sentiu violentado com o fato de assinar uma autorização de necrópsia.

Ele assinou, e quando a esposa teve alta, ele entrou na justiça por danos morais, pois ele disse que estava numa situação de fragilidade emocional e aquilo piorou a situação.

- Como é o perfil da pesquisa aqui no hospital? É mais prospectiva e mais por protocolo?

- Essa parte histórica vem pouca para nós, está aparecendo mais, mas não aparecia muito.

O grande volume do hospital é uma parte mais prospectiva, contemporânea, entretanto nunca vai se deixar de consultar o prontuário em qualquer situação.

Mesmo num trabalho contemporâneo, tu vais ao prontuário para tirar uma dúvida passada. Nesse prontuário deveria-se ter, a equipe de pesquisa tem que evoluir no prontuário que aquele paciente entrou no protocolo tal. Para gente recuperar o uso de pacientes a fim de pesquisas.

Isto teria impedido essa barbaridade com essa senhora.

- O grupo de pesquisa de alguma forma informaria isso.

- Vamos ter que começar incluir isso como uma recomendação formal. Isso não consta em nenhuma nota internacional, ninguém colocou a necessidade de evoluir no prontuário do paciente que ele é objeto de uma pesquisa.

- Essas informações geradas na pesquisa deveriam, de alguma forma, estarem contempladas, até porque podem cair no atendimento. Chega e sucede um caso, a fim de pesquisa, e uma prova de esforço para teste de uma medicação e o cara resistiu bem, mas por um problema qualquer, o cara chega aqui alegando dor no peito, não vais colocar o cara numa esteira de novo se ele fez há duas semanas atrás para fim de pesquisa. É um dado que se perde.

Estado de pesquisa consta no arquivo dos pesquisadores e só.

- Uma sugestão e um exemplo de coisa boa.

Em 1994, a gente fez, no outro hospital que eu trabalhava, um trabalho, testar um novo antibiótico. Fazia parte de um trabalho com ... internacional com a Alemanha.

Na metade do trabalho, recebemos auditorias da Alemanha para verem todos os prontuários. A gente deve ter de um a cinco anos uma auditoria da FDA.

Junto com o protocolo vem um carimbo. Um carimbo onde diz assim: "participa do projeto HF 355...". Então, quando veio era aquela coisa; "ah esses alemães tem que por carimbo, todos dias tem que por carimbinho", mas depois uma vez feito, uma vez tendo auditoria e uma vez tendo discutido, tem que ter. Eles estavam preservando, pois estavam a par de todas as coisas, o FBI ia fazer auditoria também.

No prontuário tinha que escrever, também, está participando e o consentimento. Então, tem uma pasta que é da pesquisa que eles vêm quando da auditoria, olham são os dados para a pesquisa daquele antibiótico, mas no prontuário do paciente que estava baixado tem.

- Tem duas pastas?

- Tem duas. Uma tem esses dados que são do protocolo.

- Mas tu evolui no prontuário oficial para reverter para uma pesquisa, se for o caso.

- Quando vem esta auditoria, eles vêm os dois.

Estamos com um problema, como se terá certeza de que estará no arquivo (eles precisam para uns vinte anos) todos esses prontuários. As radiografias fizemos slides de todas elas. Surgiu a possibilidade de fazermos microfilmagens dos prontuários para guardá-los. Não sei, se arquivo pegar fogo, se alguém for lá e pegar.

- Aonde?

- Lá na Santa Casa.

Se aquele paciente vai internar de novo.

- Nossos indicadores e nossas taxas de infecção, porque temos taxas separadas, envolvem todos pacientes do hospital. Nós, mensalmente, informamos essas taxas e, posteriormente, utilizamos isso para pesquisa. Aliás, é um trabalho prospectivo constante.

E isso não está apontado em lugar nenhum. Não sei como se faria essa informação, porque todos os pacientes participam.

- Isso é inerente.

- Mas depois, usamos estas informações.

- O uso de informações de serviço para fins de pesquisa não é autorizado definição. Tens que ter projeto.

- Mas para fins de rotina do hospital.

- Naturalmente, se tem um objetivo que é do programa do serviço.

O que eu quero saber é se teria de constar, em cada uma das nossas folhas de prescrição e de medida preventiva, que aquele dado é utilizado para pesquisa.

- Não, claro que não. Tua utilização desse dado que tens como rotina para fim de uma pesquisa, é uma coleta histórica. Tu não está indo atrás desse dado, já tens esse dado registrado. Vais fazer o uso posterior dele para fins de pesquisa, isso implica em teres um projeto aplicado e aquele comitê te autoriza o uso dessas informações para outros fins.

Para divulgar dados como pesquisa, tenho que ter uma autorização de uso dessa informação que não me pertence. Ele pertence à instituição.

- Um artigo no Crecin que eu li, referia-se a privacidade, segurança e ética em relação a prontuários informatizados.

Um grupo de consultores de alto nível (professores de Harvard) foram a dois hospitais tentar furar o sistema, violar tentar descobrir o quanto seguro eram os prontuários.

Um das constatações feitas e uma das recomendações é que todo hospital deve ter prontuários tarja preta, não autorizados, que se impeça de alguma forma o acesso, mas que eles chamam de prontuários VIPS. Deveriam estar nessa categoria os prontuários dos profissionais que atuam no hospital, seus familiares e celebridades.

Nós não temos nenhum controle desse tipo aqui?

- Tem. O problema é o prontuário de pessoa pública que não tem nenhum controle.

- Hoje, um aluno pode acessar o prontuário.

- Qualquer um. É um acesso aberto.

Para fim de prontuário de funcionário, o serviço de segurança tem um paralelo ao do hospital. Eu acho uma situação discutível, porque eles fazem isso para ser mais fácil de se ter acesso, mas acarreta risco para os funcionários, pois não evolui paralelo.

Então, no momento que eu internar, tudo que foi tratado aqui embaixo no serviço de segurança, no meu atendimento de rotina, não está incluído lá.

- Isto é porque o sistema não foi desenvolvido. Tem uma proposta de se desenvolver um dentro do hospital.

- Hoje, o prontuário do hospital é de papel.

- É a situação do papel. Papel tem registro aqui embaixo e não comunicantes, por exemplo, situações de risco de internação de emergência.

- É, separados.

- Quanto a segurança a esses bancos, onde os arquivos são informatizados?

- Eu acho que um registro informatizado é mais protegido que o registro em papel. O prontuário papel circula por tudo.

Se o sistema conserva aquelas normas básicas de níveis de acesso, senhas, mesmo com a senha diferentes níveis de acesso para o estudante, para administração e para os médicos. Tudo isso mantido é muito mais difícil. Até consegues, uma pessoa má intencionada até consegue, mas terá conhecimento de informática.

- Só, que é necessário que o gerenciador, muitas vezes, seja alguém da área, porque às vezes ele não sabe para quem liberar determinada tela.

- Vai existir um furo básico que são os super-usuários da rede de informática.

Hoje em dia, pega-se no SAMIS, no hospital tem-se umas seis pessoas que são arquivos ambulantes do hospital, a Lúcia é um SAMIS ambulante. Ela é um super-usuário.

Tu pegas o gerente da base.

- Em qualquer área.

- É, sempre terá pessoas com acesso privilegiado.

- Com relação ao preenchimento dos prontuários pelo residente. Porque será que os prontuários são pouco preenchidos e mal preenchidos?

- Teoricamente, quem preenche são médicos em treinamento que têm o maior interesse de por a informação.

Se cada serviço, para determinada doença tivesse um protocolo. Esse protocolo sabemos que será binário, mas poderia ter algum objetivo didático para o residente, à medida que de tanto ele repetir, nas anamneses sempre consta um hipocratismo digital (pneumologista sempre tem que olhar as unhas do paciente), então, a grande maioria dos pacientes não tem hipocratismo digital.

Só que de tanto colocar não tem, não tem, hoje, eu acredito que a maioria dos pneumologistas não vão ... sem olhar as unhas dos pacientes.

Esse caráter repetitivo de preencher uma folhinha; independente de todo esse processo descritivo com relação a médico-paciente, coisas subjetivas são insubstituíveis nem pela informática, poderíamos tentar trilhar uma utilidade de ensino.

- Algumas coisas têm que ser mantidas como as percepções e expectativas que são próprias do nosso histórico, coisas muito peculiares, mas outras coisas que são repetidos como os dados de identificação do paciente e a procedência que podem ou não constar no nosso, quase sempre consta.

São essas coisas, para não repetir essas questões esses dados estariam num ponto só e o restante, que seria muito peculiar.

- As pessoas não fecham na parte de confiabilidade.

- Cada um sabe a quantidade de informação de que necessita.

- O pessoal faz a leitura de forma compartilhada. O único pessoal que lê o prontuário de "cabo a rabo" mesmo é o pessoal do faturamento.

Porque o resto do pessoal lê o seu pedaço, para o paciente isso é muito ruim.

- Em termos do profissional, acho que é possível se comunicarem nesse tipo de dado. Se tiver histórico de informática informatizado quando chamar o prontuário do paciente virá toda essa parte preenchida.

Tem a questão do aluno, tu não pode impedir do aluno buscar informação, ele, também, tem que ter experiência de perguntar. É um hospital ensino.

- O problema é saber o que é pertinente e registrar, mas assim perguntam: "como é teu nome, que idade tens, onde tu moras, de onde tu vens,". Qualquer pessoa que chega.

Talvez não precise entrar em certos detalhes que já estão escritos. Quando o paciente entra no hospital, por uma função puramente burocrática para cobrança, já está tudo ali.

Então, temos de ensinar que não se perca tempo dessa maneira. O objetivo de um aluno é diferente do seu professor, de um senior, todos terão uma ótica diferente. A idéia é entregar isso, contudo sabe-se que não é assim.

Outro ponto importante é a questão do nosso processo de pensamento (porque não registram?), porque vale muito mais o que a pessoa guarda dentro dela do que foi escrito e do que não foi escrito. (fim da fita)

... ver se foram colocados ou não.

No nosso caso, se o paciente tem infecção e ninguém informou (tu queres um quarto individual), o sistema de internação não permite individualizar o paciente.

A mesma coisa, precisa ter fundo de olho, pode até descrever o fundo de olho, mas tem que ter lá marcado que o fundo de olho foi feito. Se não foi marcado o próprio sistema informatizado contraria isso.

- Na parte médica, ensinaram qual é a anamnese. Ensinaram quais são os pontos.

Se tu fazes uma, que eu chamo de ..., tu vais marcando o que tem, o que foi feito e não foi feito isso te garante, absolutamente, nada.

O que garante é isso, mais a cobrança de que. Do ponto de vista de colocar no prontuário informatizado...

- Na enfermagem, estamos tentando juntar todos os históricos de enfermagem. Temos vários na materno é um, na neo, na pediatria é outro. Tenho dez unidades; no CTI é um, unidade e internação é outro, adolescente é outro, aidético é outro, a quimio é outro, a hemodiálise é outro, psiquiatria é outro. Quer dizer é quase um por unidade.

Tem particularidades que tens em comum. Estamos tentando ter um básico, e daquele básico, cada área abrir uma janela e pesquisar mais a fundo, mas partindo de um básico. Estamos há três anos tentando fazer e chegar a esse denominador comum.

- ...

- Em paralelo com a cobrança, que é fundamental, que isso tenha funcionalidade. O residente e o aluno vejam aquilo bem no que chegar e olhar o prontuário que vai ter um recado para mim do seu fulano.

Se ficar só assim: "eu faço porque vai ser cobrado", fica pesado e não dá resultado. É cobrado, pois dali depende o funcionamento.

- A cobrança, não é o maior problema cobrar do residente ou aluno, cobrar do professor que supervisiona. Infelizmente, é isto.

Essa tecla da cobrança e da revisão dos prontuários estamos há muito tempo nisso e nunca se conseguiu fazer nada em relação.

- Por quê?

- Porque isso depende de pessoas com disposição para realizar isso.

As pessoas com maior resistência são da área médica.

- ...

- Fica difícil fazer algum padrão para todos profissionais em níveis diferentes de experiência, de aprendizado e de objetivos.

- A gente já discutiu como motivar o residente, fazer treinamento no início da residência.

- Não é o residente.

- A questão da Supervisão é muito interessante, nosso sistema é complexo, mas deu frutos. Fico imaginando numa escala maior, porque é só para infecção.

Posso dizer que de 1985 para cá, por exemplo, nós tínhamos 50 medidas preventivas, hoje, temos 300. Nós temos "n" de que aquilo não foi visto, então, sei quantas medidas não foram vistas pelo controle de infecção porque não tivemos acesso e sei quantas nós supervisionamos. Sei o quanto enfermeiros notificam a mais do que a um tempo atrás.

Mas por quê? Porque o sistema é revisado quase que diariamente, pegamos a lista dos pacientes e dizemos: esse nós vimos, este não vimos; esse está certo/esse está errado". e vamos lá, conversamos com os enfermeiros, e eles se motivam. Lá no dia 15 eles recebem um prêmio, fazem concorrência para ver quem é que notifica mais.

Isso é do outro mundo. Agora vejo que criamos um monstro. É educativo.

- Tem um outro ponto, na enfermagem, sempre que a gente erra alguma coisa apontamos no prontuário: "paciente tal recebeu medicação trocada,

O Jairo disse que, agora, com o código do consumidor isso é muito perigoso. Isso pode gerar um processo.

- O Jairo sugeriu que ao registrar um erro que o consulte antes de escrever.

- A omissão é um problema e a facilidade ao acesso de tudo que acontece também é.

- Por falta de visão institucional, esses problemas ainda visam os profissionais. Tu pegas os processos americanos não é nunca o profissional. Se tens vínculo de emprego com a instituição, é esta a responsável.

- A gente não se sente protegido.

- Os advogados sugerem que se processe os profissionais e a instituição.

- É um problema ético.

- Em termos de pesquisa, tu sabes que o correto é registrar tudo, porque sabes os resultados a partir disso.

O maior problema é tentar omitir. Não conversar com o paciente e seus funcionários.

- É tem que ser honesto.

-

- Mais alguma coisa? Agradeço a presença de todos.

CPA/CPM
REUNIÃO 6
ENSINO
1º/12/1995

Participantes:

Convocados os oito departamentos da Faculdade de Medicina.

Presentes: representantes dos Departamentos de Cirurgia, Gineco-obstetrícia, Pediatria e Medicina Interna.

Introdução:

- O que nós resolvemos discutir é, a legislação diz: "o prontuário deve ser guardado", mas não diz o que compõe o prontuário.

Existe uma cultura médica, inclusive mundial, em relação aos documentos é a organização dos prontuários. Ela não difere muito no Brasil, nos Estados Unidos. A organização sim, entretanto o conteúdo não.

É uma discussão que tem no mundo inteiro. Em outros países, o prontuário ou já está informatizado ou está sendo informatizado em partes. Nós, aqui no hospital, já começamos, vamos dizer, ao que dará origem um dia ao prontuário informatizado, que é a informatização das ordens médicas na associação de exames, agora, na prescrição. Com tempo, teremos um prontuário on line, não sei.

Mas a discussão feita no mundo, nesta área de informática aplicada a medicina, nos congressos, nos livros e na Internet, é o que eles chamam de, definir o que seja o core-record.

O consenso que existe, que eu pude perceber não é pegar o prontuário e informatizá-lo, é separar. Definir que existe um conjunto básico de documentos que são necessários, que devem estar disponíveis em papel ou um computador, mas disponíveis on line. Preciso dessas informações em cinco minutos.

Mas existe dentro do prontuário tradicional um conjunto de documentos que não precisam ficar junto com os outros documentos importantes, dificultando o manuseio, a procura, o espaço físico do SAMIS e outros problemas.

Queremos discutir nessas reuniões isso.

O que seria importante ter sempre, prontamente, disponível e o que poderia ficar guardado num arquivo morto, que seria usado só para questões legais por exemplo.

O uso do prontuário central no ensino, o que vocês sugerem para melhorar esse prontuário central, o que seria o prontuário essencial?

Discussão:

- Para iniciar a conversa sobre isso, quando recebo um paciente e recebo um prontuário o que colocarei no prontuário.

Um exemplo específico, câncer de mama que há vinte anos faço ... , estou concluindo meu trabalho agora.

A gente tem tentado simplificar o trabalho, então, chegava o aluno viam a paciente, eu dizia para eles(vamos supor que ela foi operada há três anos atrás): "o que ela têm?; ela tem uma cirurgia conservadora em SP."; "qual é o estadiamento físico dela?"; é P1, n1 e no"...

Comecei a colocar, vamos dizer ela é receptora estrogênio positivo, que é um dado importante para eventual terapia futura... Então, já não preciso ir mais, em muitos casos, atrás da patologia para ver o tamanho do tumor e tal para poder estadiar.

Isto eu estou transferindo para frente do prontuário. Como assim, uma paciente tem um componente ... importante mais de 50%, ela tem uma chance de reduzir para 30%, para decidirem.

Assim, no meu consultório, na ficha do paciente, diz: componente ... , eu já sei que aquela paciente precisa de atenção especial. Estou trazendo para frente, na verdade estou fazendo um rito, porque cada vez, cada aluno, cada paciente; eu estou sempre, isso é a primeira coisa: supervisão. Se não tens supervisão no ambulatório com teus alunos e residentes, podes planejar o que quiseres, são tão variáveis os grupos, a atuação... Então, é complicado criar normas gerais.

- ...

A uniformidade inicial é uma coisa importante, se conseguíssemos um resumo de todo paciente mais uniforme de todas as áreas, aí cada serviço teria um protocolo, algo dirigido que seria bem mais, só completaria com os exames.

Tenho um câncer de mama, já tem isso no protocolo, tudo já é transcrito no protocolo, já está pronto para informática, ele já todo numerado. Tendo essa folha, tudo que chega é transcrito. Está completa não precisa, no prontuário, está carregando todo resto do material.

- ...

- E a psiquiatria? Tem características completamente diferentes.

- Não é que tenha. Acho que o básico do que ele falou é válido. Temos uns vinte subprogramas. Programas de tumor, programas de ... , programas sobre ansiedade, ... Então, certamente, trata-se de estabelecermos um prontuário básico. Um prontuário ou um registro específico para informações que são singulares a cada um desses programas.

Um dos problemas que vejo é, para mim é, totalmente, inútil guardar aquelas folhas de medicação, prescrições diárias, são pilhas e pilhas sem que tenhamos, no fim da internação um resumo das medicações usadas, das doses usadas, dos efeitos colaterais que ocorreram.

É uma coisa difícil. Cada vez que quero saber o que o paciente tomou, tenho de fazer um trabalho.

- Se é um paciente que venha de mais de uma internação terá.

- Todas aquelas folhas de prescrições medicamentosa poderiam ser sumariamente eliminadas, desde que no fim pudéssemos ter um sumário.

Outra coisa é os exames, teríamos um sumário que ao final pudéssemos registrar só os exames alterados.

Deveríamos encontrar fórmulas de sumarizar as informações.

Outra coisa que se poderia fazer é responsabilizar os nossos médicos com os registros que eles fazem que, atualmente, tem uma linha ilegível seguida de uma assinatura mais ilegível.

Nós fomos, recentemente, vistoriados pela coordenadoria da promotoria. Vistoriaram nossos serviços e aprovaram sem maiores problemas. Fizeram um registro que nós achamos razoável.

Eles abriram um prontuário, aleatoriamente, e não entenderam metade do que estava escrito. Não por termos técnicos, não entenderam o português. O que nos preocupou é que não são identificáveis as pessoas que escrevem.

Então, sugeriram(intimaram) que todo registro do prontuário seja ou carimbado, ou escrito o primeiro nome. Porque, isso obriga a pessoa a fazer registro um pouco mais decente.

É fundamental. Ninguém sabe quem fez.

O fato é que tem serviços que oferecem aos alunos carimbos dos professores para os alunos usarem a vontade.

No momento que der um problema legal.

- Que irresponsabilidade entregar um carimbo.

- Acho que tudo que for escrito deve ser identificado.

- ...

- Uma das coisas que nos fez falta é a possibilidade de acessar, rapidamente, a situação que indicou a alta.

Falou-se em sumário de alta. Parece-me uma coisa muito importante. Para nós, sumário de alta é um resumo daquela alta.

Isto poderá armazenar-se junto com todas as altas daquele paciente. Isso de forma reduzida. Aí, o prontuário escrito acabará em algum depósito de onde poderá ser acessado com tempo, mas não fará parte da rotina.

- Temos, eventualmente, com as internações voluntárias ... processos de cárcere privado. São aqueles pacientes que alegam quando internados ...

Os juizes estão valorizando para julgar ... , é um registro muito bem detalhado dos motivos da internação.

Todos aqueles casos em que as internações foram feitas, mesmo por motivo do paciente estar agressivo, e os registros não foram feitos, os colegas estão se incomodando muito.

Então, tem esta questão. Talvez, específica da psiquiatria, mas que necessita de uma avaliação bem feita.

Cada vez mais a qualidade do prontuário vai preservar ou não quando em questões prejudiciais.

- Essa questão da assinatura é muito importante.

- ...

- Admissão do paciente é um problema muito sério, só há quatro ou cinco anos que se tem isso disponível. Admissão não consegue estabelecer o que se passa, a previsão de alta.

Com acerto de 95% na nossa área...

- mas o sistema não exige?

- O sistema exige. O sistema, na medida que a prescrição é informatizada, é um campo obrigatório... previsão de alta. Quando chega aquele dia, chega, automaticamente, a alta. Aí, o médico aceita ou não. Se não aceita, retorna com prescrição...

Em função de ensino, o prontuário é muito usado?

- ...

- O prontuário admite, eventualmente, anexação de protocolo temporários, por motivo de pesquisa, por exemplo? Tem que abrir um prontuário separado?

- Se encaminha esse protocolo, novamente, para os serviços e pede-se que faça contato com a comissão para justificar a necessidade de manter aquele protocolo no prontuário.

Isto é julgado pela comissão. O profissional é solicitado para expor os motivos, mas, normalmente, não é rotina ficar no prontuário. O serviço é que mantém o controle desse protocolo.

- Protocolos de pesquisa os que são provisórios, temporários, esses não precisam anexar, porque, no fim, acabam ficando dentro do prontuário.

- Paciente entrou em atendimento de urgência, é operado, tem que esperar ... patológico. Tudo que é importante para alta ambulatorial.

Eu sou favorável que aquilo ficasse no prontuário até o término, pois eu tenho condições de completar aquilo a nível de ambulatório.

- O registro de internações é. tem uma série de parâmetros que temos de registrar, que é importante estar no prontuário.

...

- A comissão normaliza quanto a forma, dá sugestões para melhorar.

- O SAMIS não está autorizado a eliminar documentos do prontuário. O que se faz, quando é documentação que não faz parte do prontuário, é devolver o documento ao serviço. (fim do lado)

- Correspondência feita a residentes vocês têm acesso?

- Não.

- ... Se o residente saiu do hospital isso fica perdido.

- ... Tais serviços serão informatizados, trabalharão nesta sistemática.

...

- Concordas que para nós a prescrição e a folha de registro da recuperação elas não têm importância?

- Não tem importância (de prescrição)?

- Ela tem um problema legal.

...

- Um problema grande, que eu vejo é, tem pacientes lá na pediatria que têm dez prontuários. Fica três meses estudando-os para entender algo. Não chega ao ponto que querias... Não chega a ponto nenhum, aí tem que pegar todo aquele prontuário para estudar o caso.

hoje, aconteceu 8/9 de hemoglobina, e o residente de plantão não colocou nada. Não colocou qual o raciocínio dele para ter transfundido. Pegou o valor da hemoglobina no ar? Não colocou com quem discutiu.

A nota de alta, bem feita, é fundamental.

- Quem tem que exigir é a supervisão.

- Outro exemplo, as anamneses que temos na pediatria são abaixo da crítica, não encontramos uma bem feita, completa.

Como é que se resolve isso? É ensinando.

...

- Fazer anamnese dirigida para doença.

- Isso foi discutido. É, protocolos específicos para algumas coisas.

- A própria cirurgia teve avanço, no momento em que dividiu algumas áreas...

Então, existe a anamnese padrão e, depois, cada grupo tem seu protocolo, vai ter de completar aquilo e isso fica no prontuário.

- Meu protocolo esgota todo interesse. A ficha de consultório se reduz a quatro linhas, registra só o que interessa.

...

- Os consultores, responsáveis pelas consultorias, não escrevem no prontuário.

- Os exames são consultados aonde?

- Nos computadores. Eles transcrevem no prontuário, é transcrever os exames no prontuário.

- Professor que não trabalha com a máquina é que exige isso.

- Mas que transcreva com objetivo de justificar uma conduta.

E a pediatria que gera um volume grande de folhas de controle, são necessárias?

- Às vezes, temos cinco prontuários, três são de folhas de controle.

- Que interessa durante a internação tá, mas depois que o paciente teve alta, para uma internação futura?

- Para nada.

- Nem para ensino?

- Para nada.

- Efeitos legais?

- De repente, tenha que armazenar nesse prontuário.

- Tem projeto de informatização?

- A lei exige que se abra prontuário papel, mas a informatização do prontuário será a consequência da informatização dos processos médicos. E aí, informatizado a solicitação de exames, agora, a prescrição.

Com essa informatização do prontuário, conseguiremos a substituição daqueles papeizinhos de exame e de prescrição por um relatório consolidado.

- Então, achas que essas folhas de sinais vitais não tem utilidade?

- Exclusão disso, diminuiria à metade do volume.

- 30% mais ou menos. Substituir?

- Pode fazer um relatório, não tem porquê colocar todos dias, precisa-se de um relatório.

- E se, eventualmente, não foi ministrado alguma droga prescrita, a exceção é anotada. Deve ser comentada para entrar no relatório.

- A lista de problemas ainda está de pé?

- Está. Ela existe e é obrigatória.

...

- A lista de problemas, no caso, é o diagnóstico.

- Acho que se pode usar lista de problemas quase como um resumo do que está dentro do prontuário.

- Resumo de consulta.

- Chegou com aquele sintoma, sem problema: gripe.

- Não precisa escrever espirrou tantas vezes? Então, já facilita.

- É mais fácil.

- Outra coisa redundante nas consultas de pediatria, melhor ter a curva de peso do paciente no prontuário, que é uma folha que durante vinte anos do paciente é a mesma, porque tem ... consulta, data tal, tal idade, peso, estatura...

- Porque. Está lá no gráfico.

- Se a criança é normal porque anotar sinais vitais, descarta se a criança é normal.

...

- Essa informações redundantes são coisas importantes. Tem um peso na tabela de crescimento, tem anotado lá. O que aconteceu?

...

Noventa por cento dos prontuários da pediatria não têm a curva de peso. Aí, que acontece? Tu tens vinte folhas de prontuário, fragmentado o peso, daí não tem a curva.

- Quem anota?

- O residente que pesa e anota.

- Nos prontuários americanos, eles não colocam bobagens no prontuário.

- Tem que acabar com essa cultura de papel. Não precisamos mais o exame no papel.

- O que interessa no exame é o que significa no momento. O raciocínio te leva ...(fim da fita)

...

- O nosso grande problema é que o ensino, assistência e a pesquisa estão muito burocratizados, isso reflete no prontuário.

Qualquer dia, vamos perder leito para colocar prontuário.

- A própria residência já perdeu espaço para o prontuário.

- Para onde vai esse arquivo morto que está no corredor?

- Temos um prédio anexo ao hospital que estamos aproveitando. Estamos levando para lá prontuários de pacientes com cinco anos que não retomaram ao hospital. O que não impede, que em caso de retorno, ativemo-no novamente.

É um arquivo passivo, não morto.

- Então, tá gente. Muito obrigada.