



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.

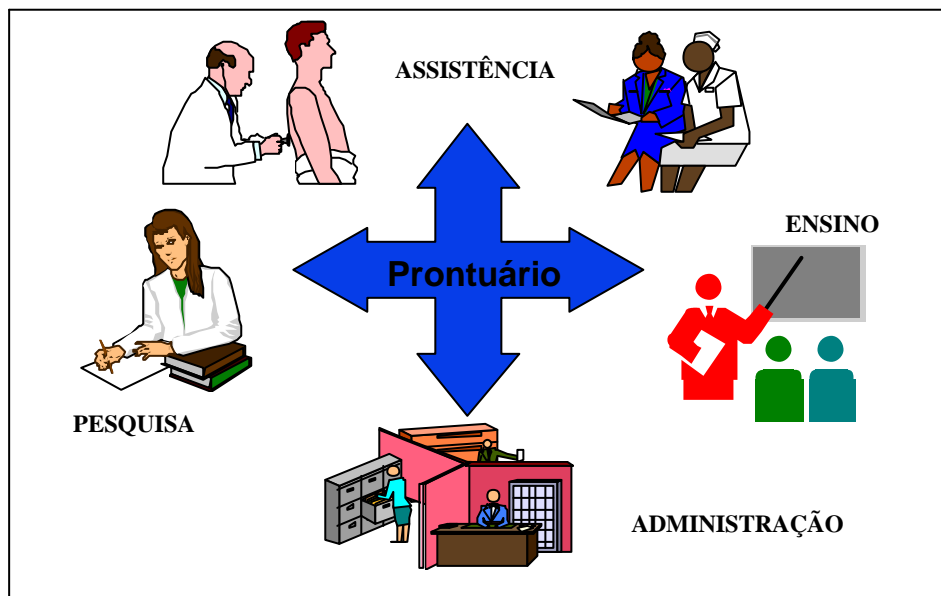


Fig. 1 - Atividades envolvidas com o Prontuário de Pacientes

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).

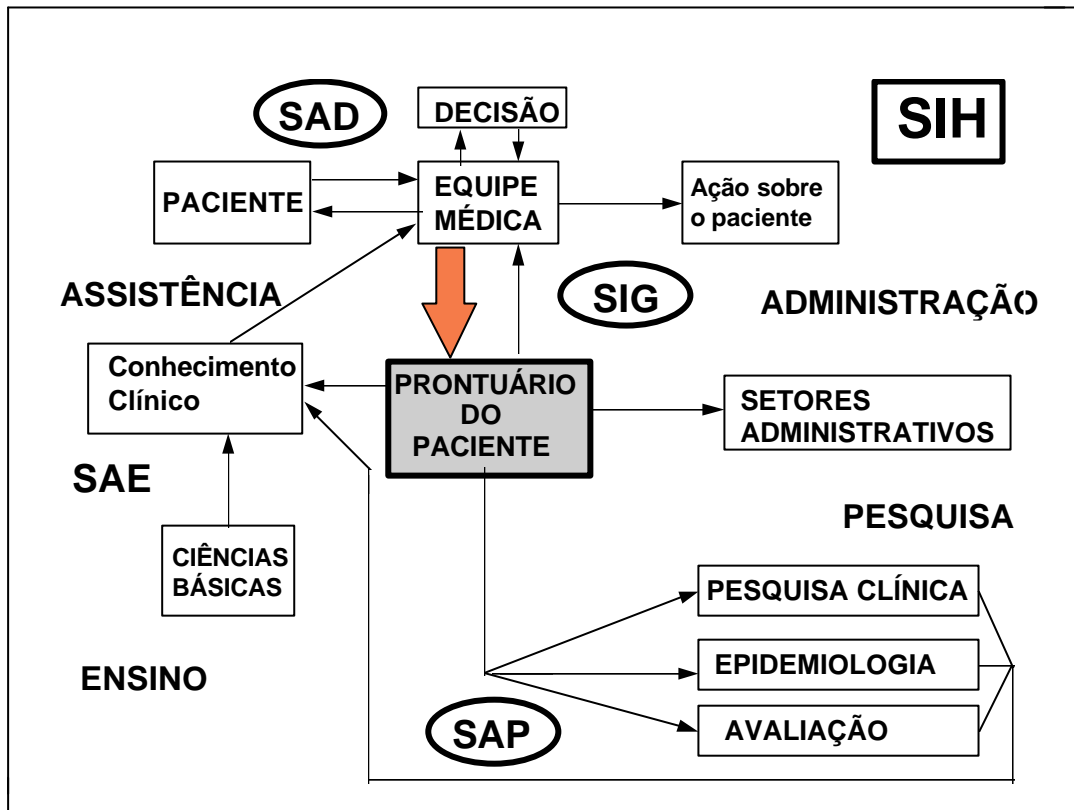


Fig. 2: O Prontuário do Paciente: centro do SI de um Hospital (modificado de Martinez, Leão e Stumpf, 1982)

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, dispondo 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 regule 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 freqüência, 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 Wiliians (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.

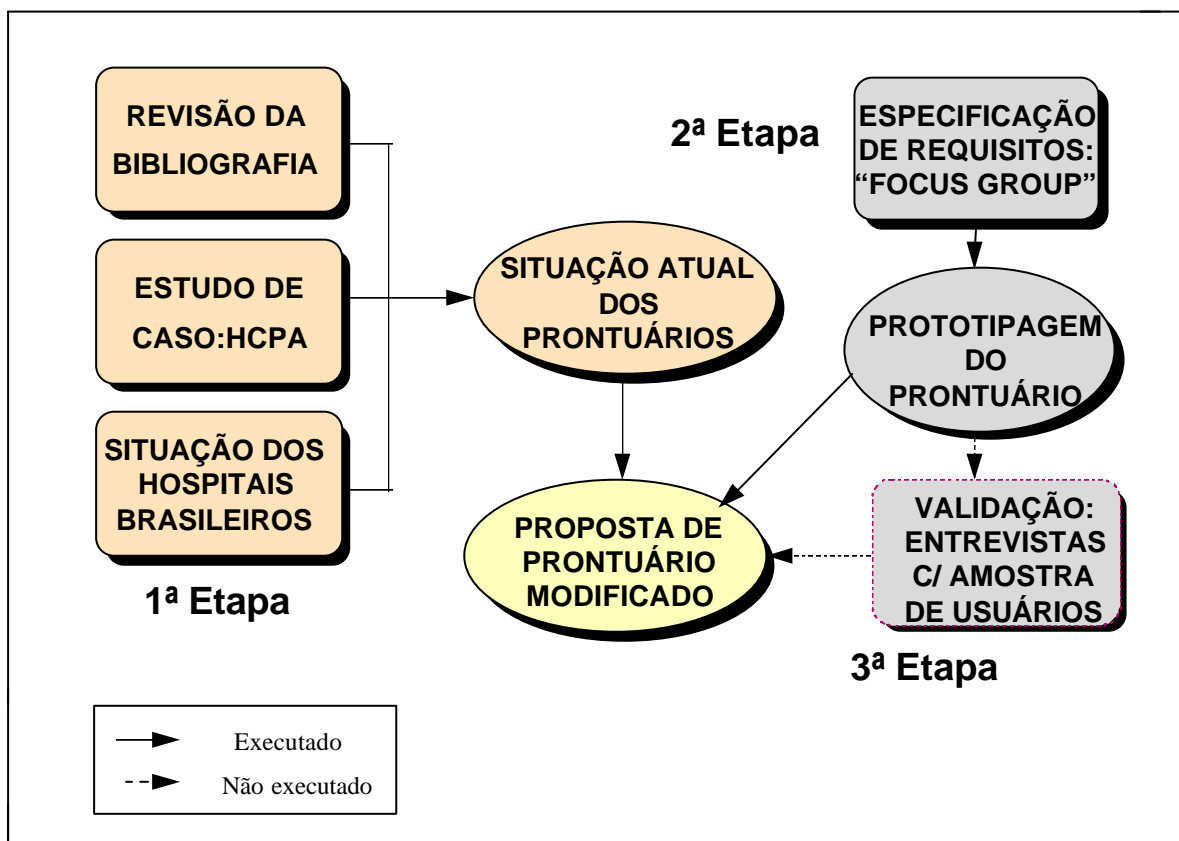


Fig. 3 - Metodologia e roteiro da pesquisa

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

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

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- 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.

3º - *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 ...").

4º - *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 Permanência (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).

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 microfiches 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 ambulatorios 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. Discuti-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 departamento 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 juizes. 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.

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.

² EE: Ensino de Enfermagem; AM: Assistência Médica; AE: Assistência de Enfermagem; ADM: Administração;

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 dúvida 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)

"Querida 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. Aí, 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

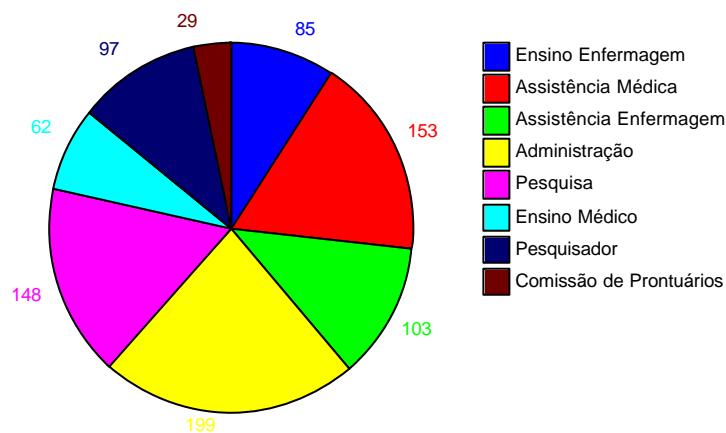


Fig. 11- Distribuição das intervenções por categoria

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.

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

**Tab. 1- Distribuição das intervenções por categoria
B- Não considerando a participação dos pesquisadores**

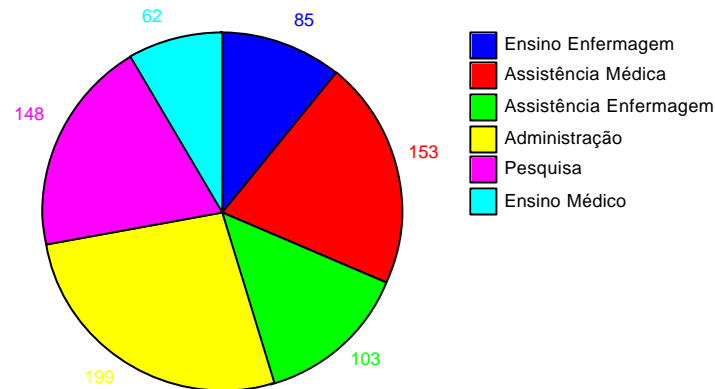


Fig. 12- Distribuição das intervenções por categoria, não considerando a participação dos pesquisadores

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	ambulatorio	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	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	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 + Informar + Informatizar + 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

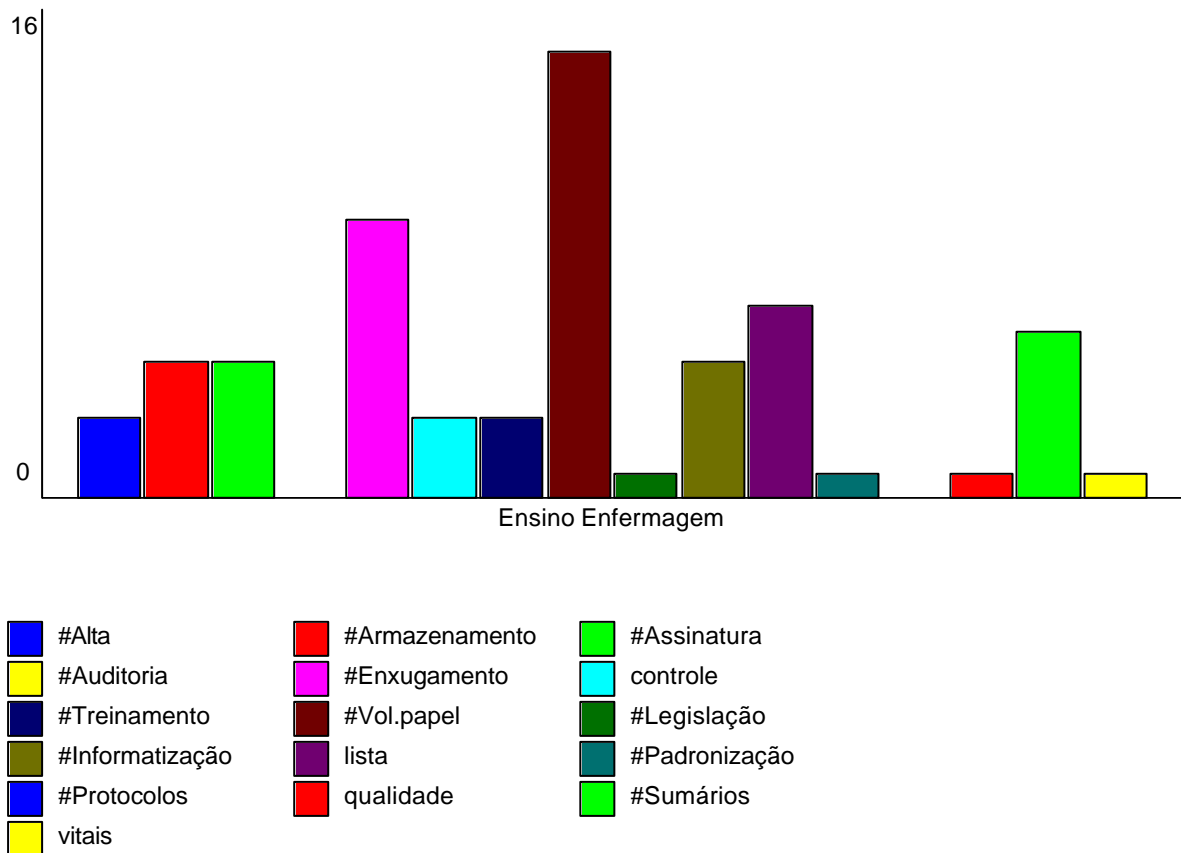


Fig. 13 - Utilização das palavras-chave no grupo de Ensino de Enfermagem

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

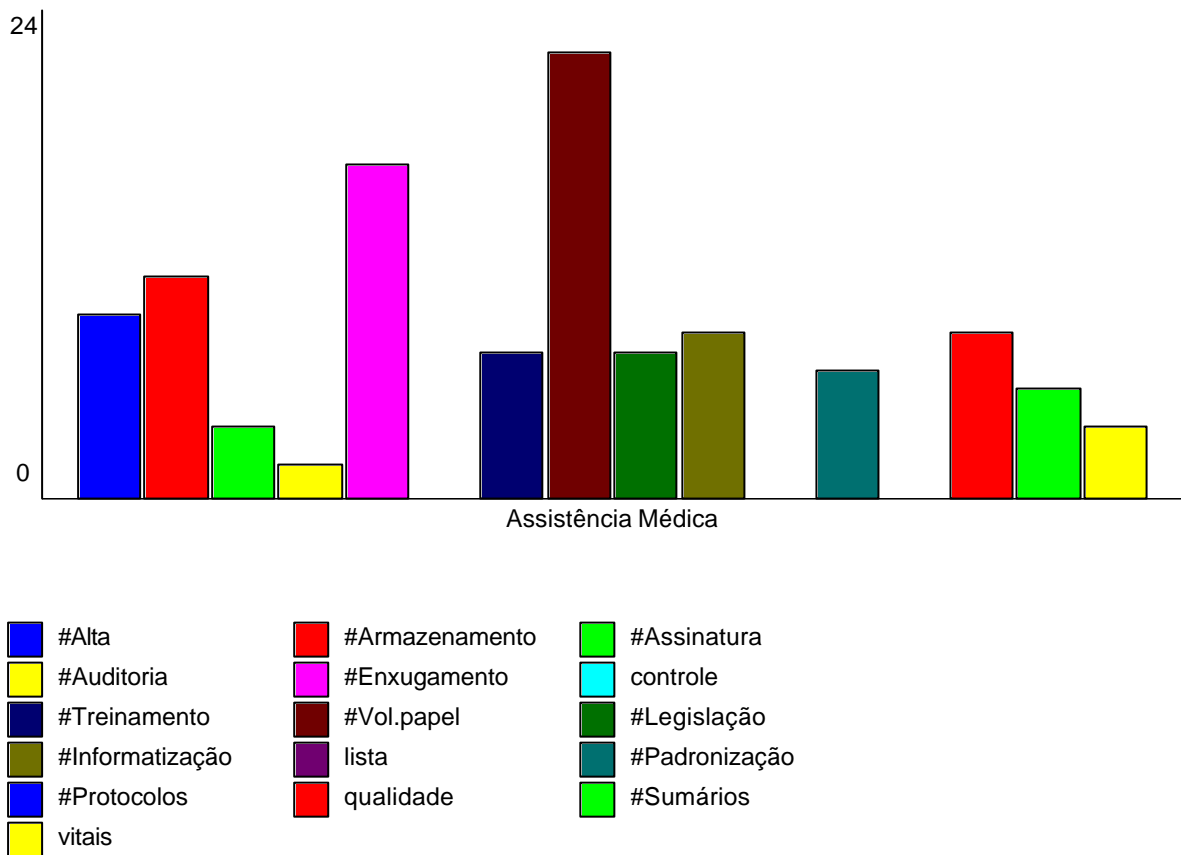


Fig. 14 - Utilização das palavras-chave no grupo de Assistência Médica

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

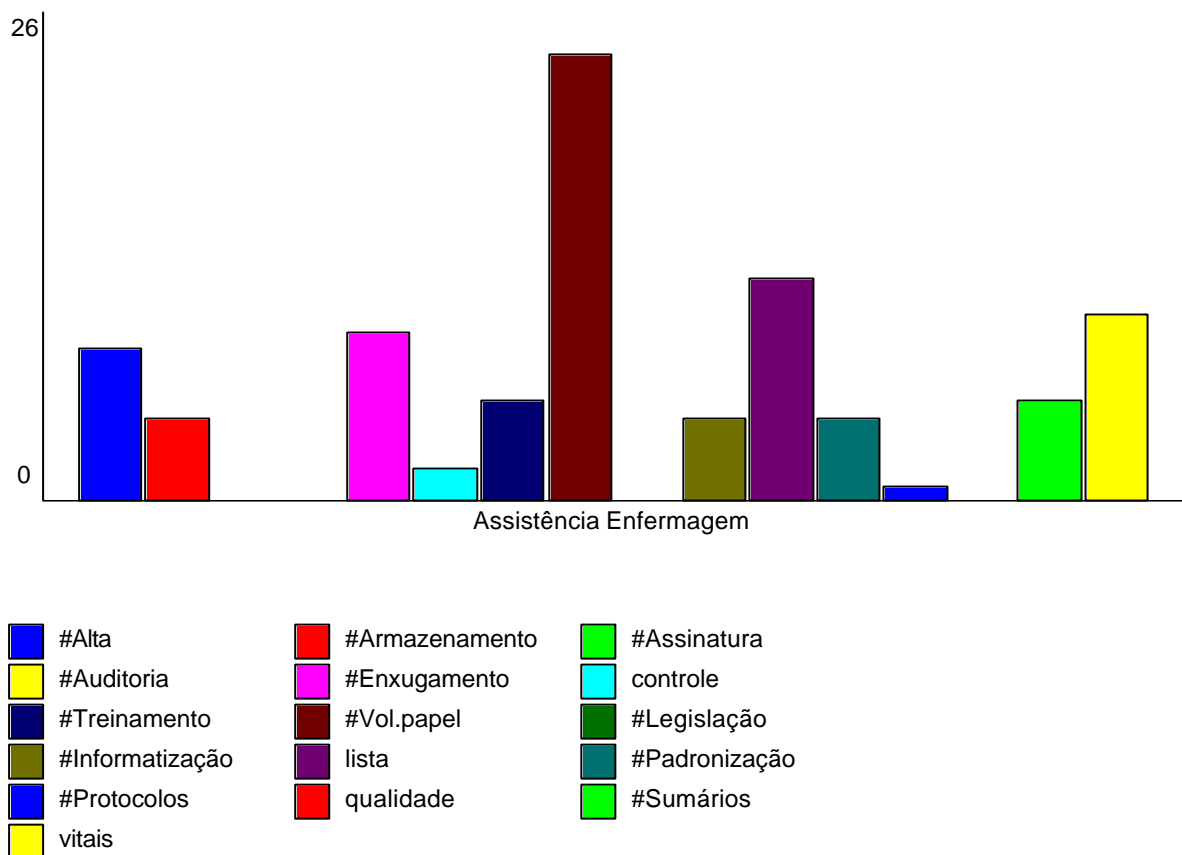


Fig. 15 - Utilização das palavras-chave no grupo de Assistência de Enfermagem

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

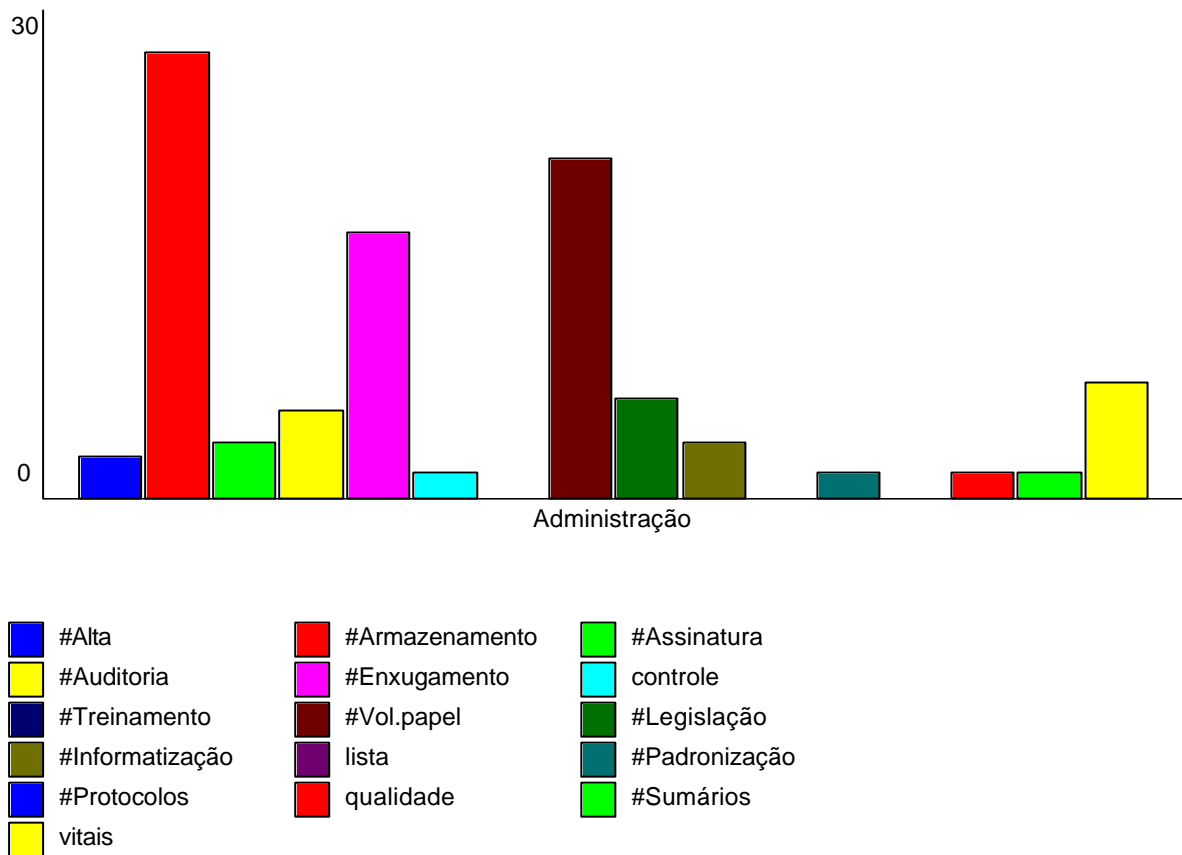


Fig. 16 - Utilização das palavras-chave no grupo de Administração

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

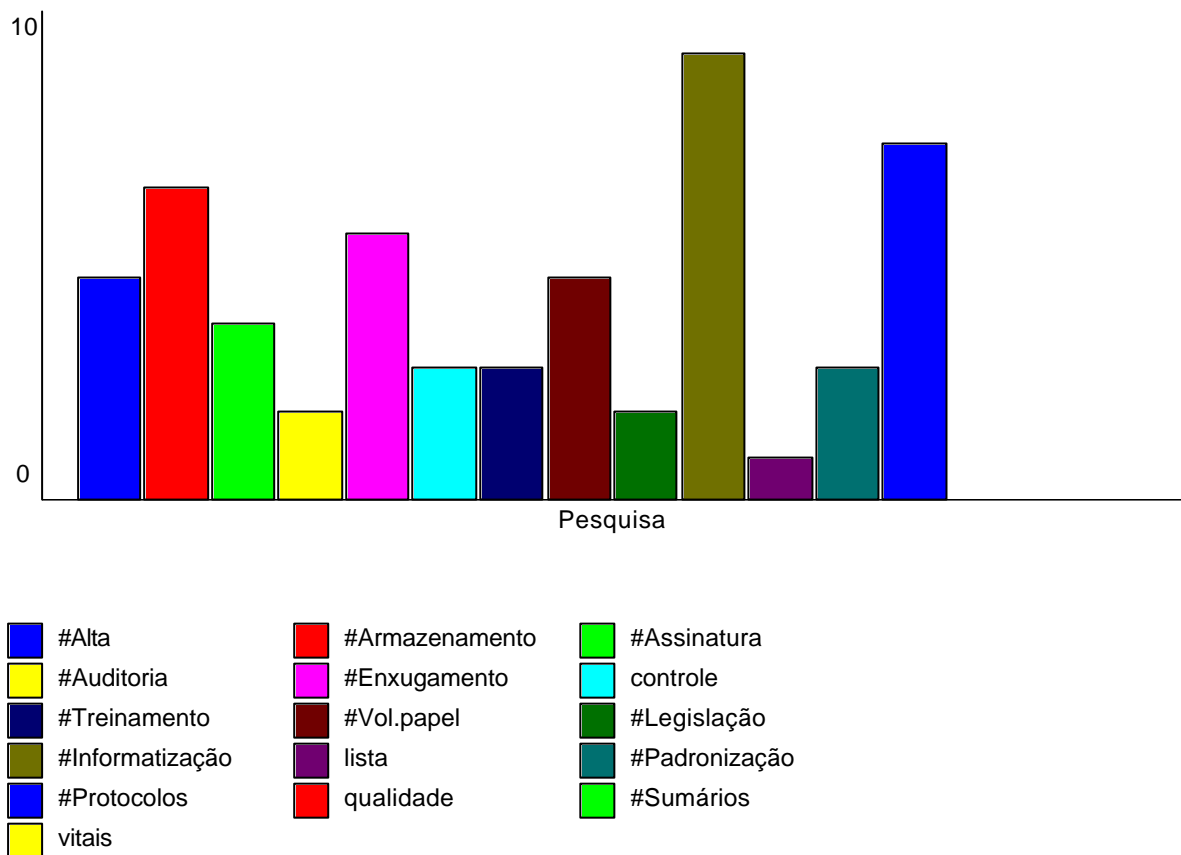


Fig. 17 - Utilização das palavras-chave no grupo de Pesquisa

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

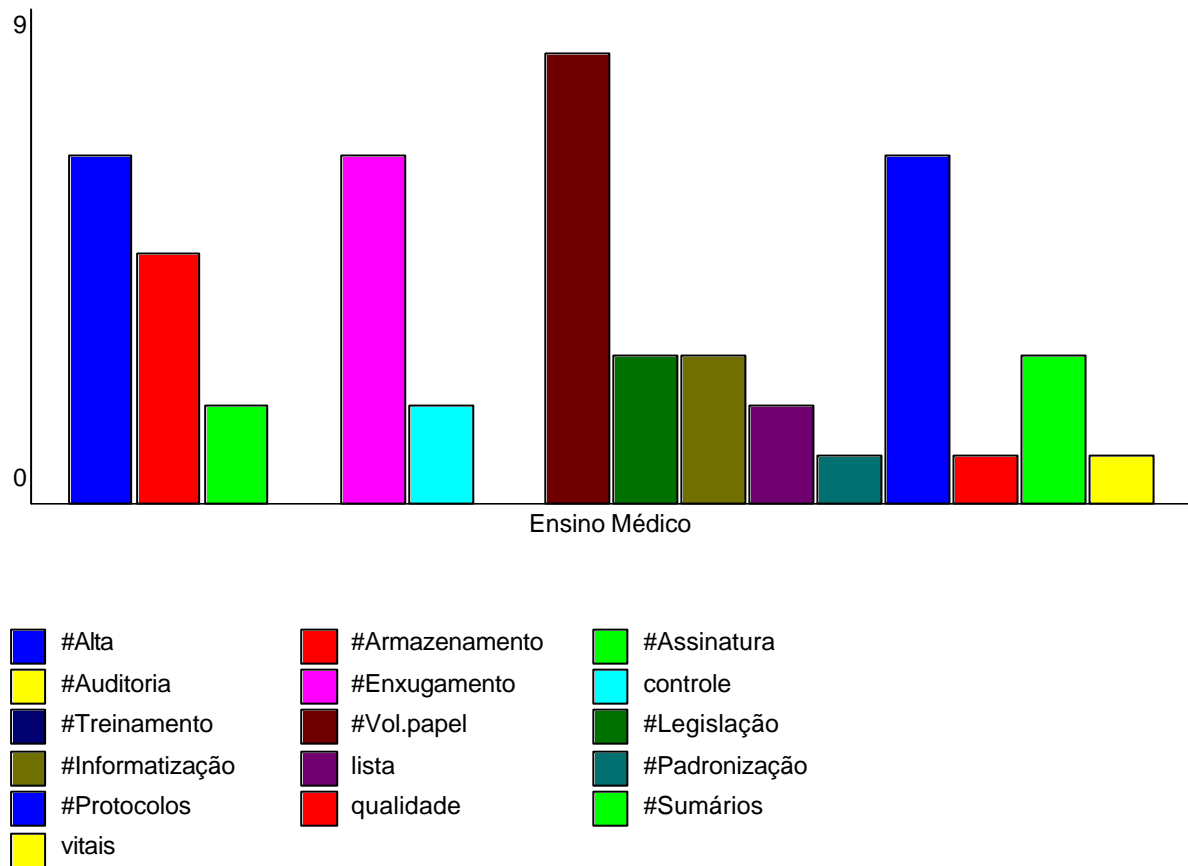


Fig. 18 - Utilização das palavras-chave no grupo de Ensino Médico

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 treinamentos (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.

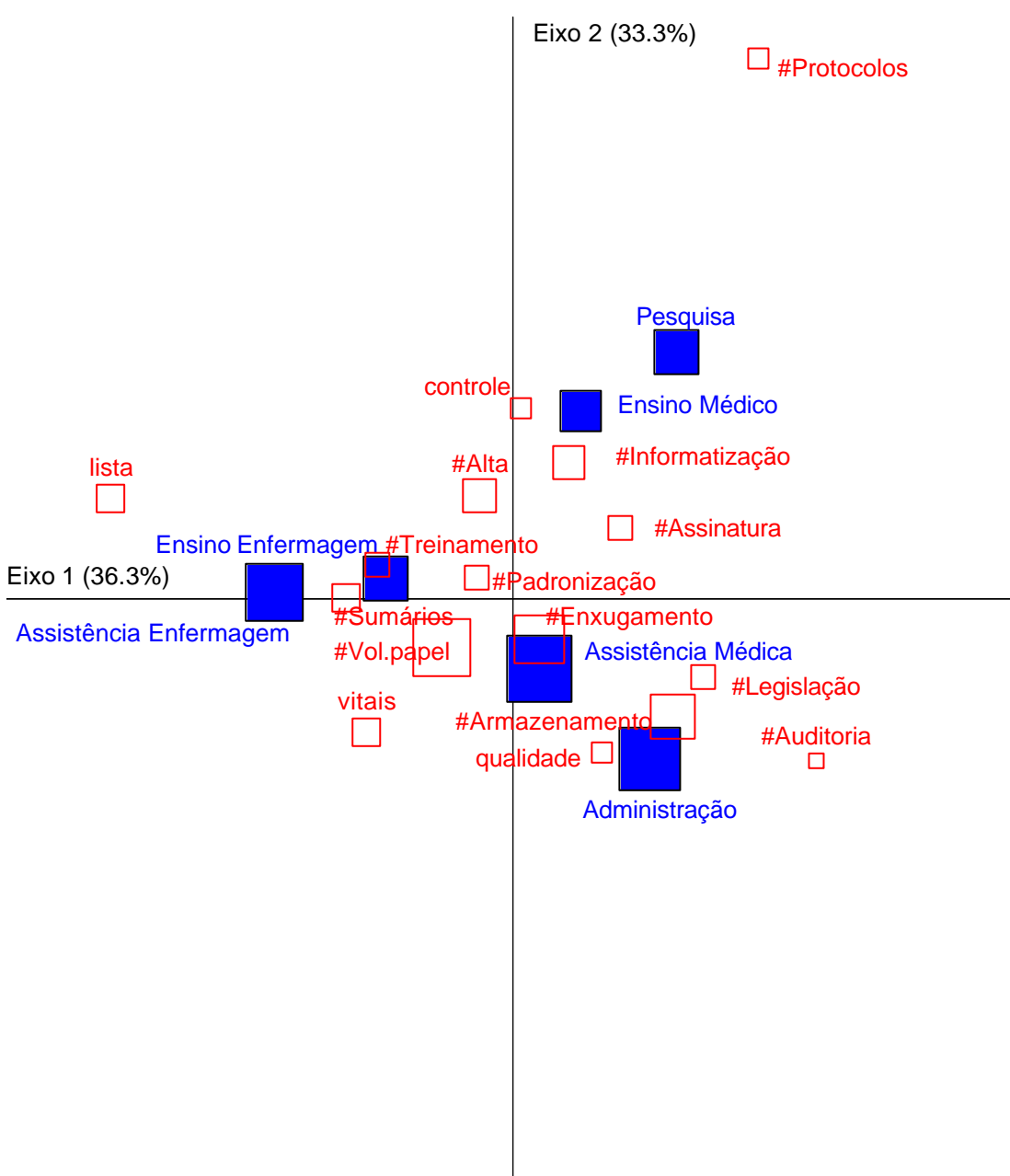


Fig. 19 - Análise Fatorial de Correspondência das citações das palavras-chave por grupos

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

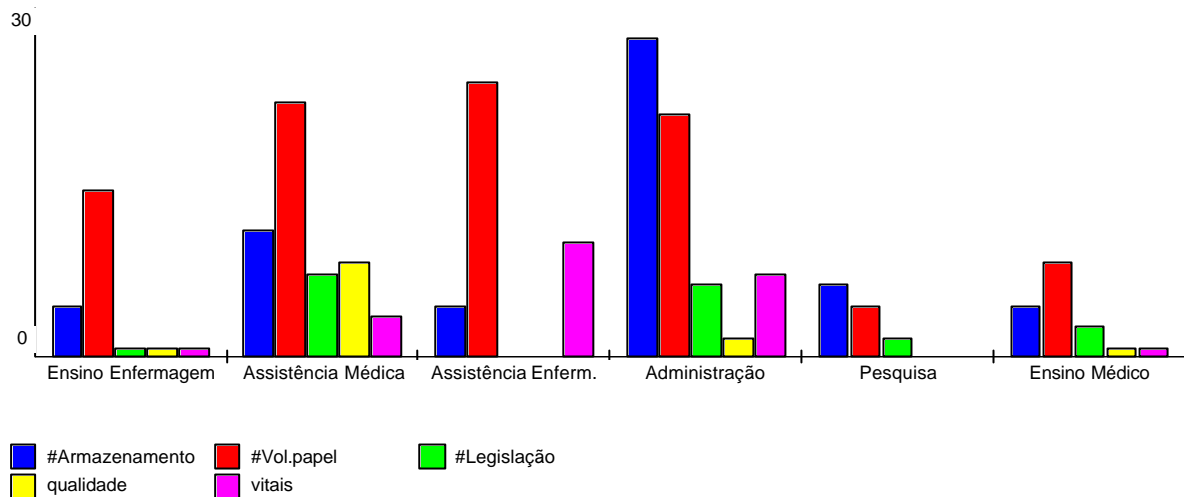


Fig. 20 - Histograma de distribuição de citações de problemas

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.	Administração	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

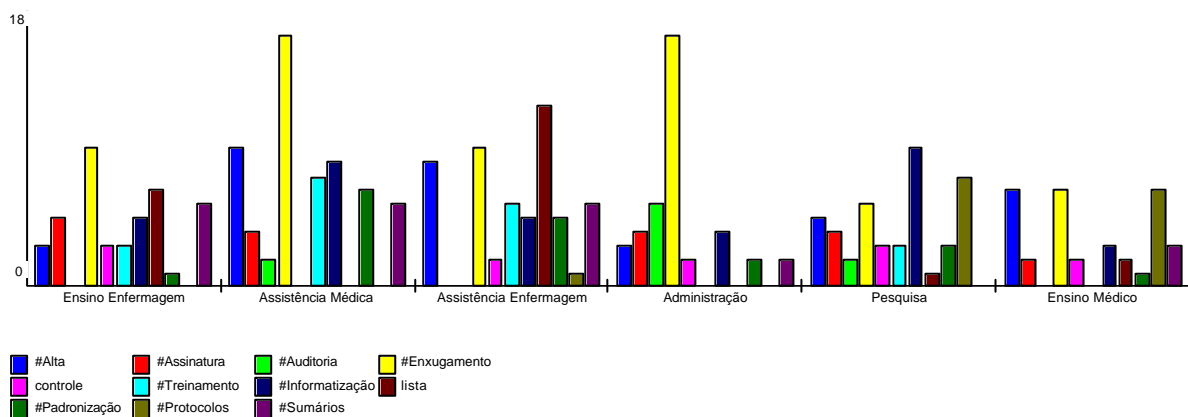


Fig. 21 - Histograma de distribuição de citações das soluções propostas

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 de 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 resumida a seguir:

<p>A) Permanecem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>B) É incluído:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentimento autorizado <p>C) São substituídos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • os resultados de exames laboratoriais, por um consolidado impresso após a alta do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • as prescrições diárias, por um consolidado por internação • o sumário de alta, por um relatório gerado pelo sistema <p>D) Armazenados no Prontuário inativo de Pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>E) Eliminados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Quarterly, 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.
- COTÊ 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 SLONGO 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 Electronic 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: Informática 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 am 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: AL-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.