

A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DOS REGISTOS MÉDICOS PARA OS HOSPITAIS

Paulo Jorge Moreira Gil de Oliveira

Dissertação de Mestrado
em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Doutora Maria de Fátima Figueiredo, ISCTE Business School, Departamento de Marketing,
Operações e Gestão Geral

Setembro 2015

A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DOS REGISTOS MÉDICOS PARA OS HOSPITAIS

Paulo Jorge Moreira Gil de Oliveira

Resumo

Os registos médicos são parte essencial na produção das unidades hospitalares, em todas as vertentes do trabalho diário dos profissionais de saúde, estando integrados nos cuidados de saúde às populações.

Registos adequados são reflexo de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, na medida em que espelham aquilo que foi feito, elevando os níveis de segurança dos doentes, mantendo a continuidade dos cuidados posteriores e permitindo que os hospitais sejam correta e justamente pagos pelos serviços efetuados.

Foi avaliada uma amostra de episódios hospitalares codificados em termos de Grupos Diagnósticos Homogêneos e respetivo valor associado, foi avaliada a qualidade duma amostra de notas de alta e foi feito um inquérito a Médicos hospitalares sobre as dificuldades e importância dos registos clínicos.

Os resultados mostram que existem alguns défices nos registos clínicos, com os consequentes desvios de financiamento do hospital; foram identificados os principais fatores que contribuem para a registos clínicos inadequados e propostas algumas medidas tendo em vista a sua melhoria.

Assim, com este pequeno trabalho realizado num hospital, chama-se a atenção para a importância da qualidade dos registos clínicos para os hospitais, tendo por base a prestação de bons cuidados de saúde às populações.

Palavras chave: Registos clínicos, qualidade, hospitais

Classificação JEL: I19 , Y40

Abstract

The medical records are an essential part of the hospital production in all daily work aspects of health professionals, being therefore an integral part of the health care to the population.

Adequate records are the mirror image of proper health care, as it indicates what has been done, elevates the patients safety levels, maintains the continuity of aftercare and allows a correct and just payment to the hospital for the provided services.

The quality of a sample of discharge notes, one sample of hospitalar episodes coded was evaluated in terms of Homogeneous Diagnostic Groups and its associated value and was made a survey of hospital doctors about the difficulties and importance of clinical records was evaluated.

The results show some deficits in the medical records, with the consequent funding gaps; the main contributing factors were identified and some measures to improve the medical records were proposed.

So, with this little work done in a hospital, I intend to highlight the importance of the quality of medical records for the hospitals, sustained by good health care.

Keywords: Clinical records, quality, hospitals

Classificação JEL: I19, Y40

Agradecimentos

A construção de uma tese de Mestrado é uma tarefa laboriosa e que consome muito tempo, pesando esta tarefa ainda mais quando o mestrando tem já grande parte do seu tempo tomado pelas suas actividades familiares e laborais. Assim, uma tese como esta, constrói-se não apenas com o esforço do mestrando mas também, com o esforço daqueles que o rodeiam nos ambientes familiares e de trabalho.

Quero por isso agradecer á minha Família mais próxima, a minha esposa Graça e o meu filho Guilherme, pelo apoio que me deram e pedir desculpa pelo tempo que com eles não pude estar desde o início do Mestrado em 2013.

Os meus agradecimentos também, à minha equipa de trabalho no Hospital Beatriz Ângelo, por toda a camaradagem e facilidades concedidas ao longo de todo o Mestrado, bem como, à equipa do Gabinete de Codificação daquele hospital, que tão gentil foi no fornecimento de dados fundamentais para a realização deste trabalho.

Para terminar e não menos importante, agradeço à Professora M^a Fátima Figueiredo, por todo o apoio dado na elaboração da tese.

Índice de siglas

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

FMI – Fundo Monetário Internacional

GCD – Grande Categoria Diagnóstica

GDH – Grupo de Diagnósticos Homogéneos

ICM – Índice Case Mix

JCI – Joint Commission International

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WebGDH – Programa informático de apuramento dos GDH

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tabela da ACSS das Grandes Categorias Diagnósticas.....	10
Tabela 2 – Tabela de pagamentos da Portaria 839-A/2009 (parcial).....	17
Tabela 3 – Registo clínico mais importante na atividade clínica (grau de importância).....	29
Tabela 4 – Qual a importância dos registos clínicos nas várias vertentes (grau de importância).....	30

Índice de figuras

Figura 1 – Peso do financiamento nos 2 grupos avaliados.....	23
Figura 2 – Firma de advogados Morrow Kidman Tinker Macey-Cushman (especialistas em ajudar utentes/clientes nas questões contra os Médicos).....	40

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Distribuição dos questionários respondidos.....	26
Gráfico 2 – Distribuição da amostra pelo sexo.....	26
Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício em Medicina (%).....	27
Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com as especialidades (%).....	27
Gráfico 5 – Distribuição da amostra com o exercício de cargos de gestão/liderança (%).....	27
Gráfico 6 – Distribuição da amostra pela ligação à Codificação Clínica (%).....	28
Gráfico 7 – Tempo do horário semanal gasto com os registos clínicos.....	31
Gráfico 8 – Que fatores contribuem para registos clínicos inadequados (%).....	32
Gráfico 9 – O que se poderia fazer para melhorar a qualidade dos registos clínicos (%).....	32
Gráfico 10 – Os médicos são os melhores gestores para os hospitais?.....	33
Gráfico 11 – Importância de disciplinas como Governancia Clínica, Estratégia de Organizações de Saúde, Gestão da Qualidade em Saúde na formação dos Médicos..	33
Gráfico 11 – Conhecimento da importância da Codificação Clínica/GDH.....	34

Índice

Resumo.....	i
Abstract.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Siglas.....	iv
Índice de tabelas.....	v
Índice de figuras.....	vi
Índice de tabelas.....	vii
1.Introdução.....	1
1.1 Os registos clínicos e a sua importância.....	2
1.2 Grupos Diagnósticos Homogéneos e Codificação Clínica.....	8
1.3 Objectivos da dissertação.....	13
2. Métodos.....	15
2.1 Análise de codificação.....	15
2.2 Análise das notas de alta.....	17
2.3 Questionário aos médicos.....	18
2.4 Revisão da literatura.....	22
3. Resultados.....	23
3.1 Resultados comparativos de codificação GDH.....	23
3.2 Resultados da análise da qualidade das notas de alta.....	25
3.3 Resultados do inquérito aos médicos.....	26
3.3.1 Caracterização da amostra.....	26
3.3.2 Importância dos registos clínicos.....	28
3.3.3 Tempo gasto com os registos clínicos.....	31

3.3.4 Que fatores contribuem para diminuição da qualidade dos registos clínicos e o que fazer para melhorar.....	31
3.3.5 Importância da formação em gestão e a liderança dos Médicos.....	32
3.3.6 Importância da Codificação Clínica e GDH no financiamento dos hospitais.....	33
4. Discussão.....	35
5. Conclusão.....	46
6. Bibliografia.....	47
Anexos.....	52

1. Introdução

Esta tese enquadra-se nos objetivos do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresas. A ideia do tema, a importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais, surgiu e ganhou corpo desde 2012, numa altura em que o país estava no início duma importante crise económica e que culminou em grandes restrições financeiras em vários sectores, com bastante impacto no sector da saúde; os gastos com a saúde foram reduzidos em 1,8% em 2010 e 6,7% em 2011. Uma área tão importante como a saúde não deveria ter cortes no seu financiamento mas, quando os governos têm que fazer cortes para garantir a sustentabilidade financeira do país, a saúde acaba também por ser afetada. Sendo assim, é especialmente nestes períodos de crise que as unidades de saúde terão que conseguir mecanismos que lhes permitam otimizar os seus recursos, reduzir ao máximo os custos, mantendo no entanto a qualidade na assistência às populações. Numa altura em que palavras como desperdício, controlo, contenção, ineficiência, dívida, estão tão em voga, é importante que todos os cidadãos, no seu campo de atuação, deem o seu contributo e os médicos, têm um papel fundamental na área da saúde.

Esta tese gira à volta da importância que os registos clínicos podem ter para que os hospitais possam ganhar o mais possível com os serviços que prestam, com qualidade e de forma segura, sendo o trabalho dos profissionais de saúde, fundamental para que isso aconteça. Aos médicos foram ensinados os valores e a nobreza da profissão, mas nunca se referiam ao vil metal; atualmente, é inegável continuar a pensar que o preço da saúde não tem importância, tornando-se necessário ter presentes algumas noções de economia e gestão em saúde (Macedo & Reis, 2011).

Nos nossos dias ser médico significa ter que exercer num palco com diversos interesses em conflito, com mudanças tecnológicas e científicas sem precedentes, em que o grau de exigência e a expectativa de um bom resultado terapêutico de uma população de utentes, considerados agora como consumidores de serviços de saúde, é cada vez maior (Fragata, 2006). O principal foco de preocupação das organizações prestadoras de serviços, nomeadamente os hospitais, é a procura pela excelência da qualidade dos serviços, com foco na satisfação e no atingir das expectativas dos utentes.

Esta tese de mestrado debruça-se sobre a importância dos registos clínicos para os hospitais

nomeadamente na vertente financeira, na medida em que a qualidade daqueles poderá ter implicações diretas ou indiretas na saúde dos doentes e também, nos resultados finais do financiamento dos hospitais. Irei também abordar quais as principais dificuldades dos médicos ao fazerem registos no seu trabalho diário e equacionar algumas medidas para tentar ultrapassar esses obstáculos.

1.1 Os registos clínicos e a sua importância

O FMI estima que Portugal é o país da eurozona cuja evolução futura dos gastos com a saúde mais impacto terá nas contas públicas; é um dos valores mais elevados entre os países desenvolvidos, sendo cinco vezes superior ao estimado para a Segurança Social. As despesas reais de saúde cresceram em Portugal, nos últimos 15 anos, sempre mais do que o PIB e a um ritmo relativo superior ao da média da OCDE; a despesa total em saúde é superior a 10% do PIB (duplicou em 10 anos). Os portugueses não são os que tem mais custos com a saúde (1613 US dólares per capita), mas face à riqueza produzida pelo país, gasta com a Saúde bem mais do que a média da OCDE.

Os hospitais enfrentam de forma cada vez mais importante a missão de garantir a sua viabilidade e sustentabilidade, estando em rota de colisão com as necessidades dos utentes e com a realidade económica; para isso têm que dar provas do seu desempenho no que respeita à acessibilidade, efetividade, eficiência e segurança nos cuidados às populações. O aumento dos problemas de qualidade, o crescente aumento das necessidades de cuidados de saúde das populações e o conseqüente aumento dos custos é inaceitável e insustentável para grande parte dos hospitais (Porter, 2006), não escapando à regra os hospitais portugueses. É por isso necessário conhecer cada parte do sistema, fazer monitorização dos seus processos internos, ter informações de confiança, atualizadas e pertinentes, sendo elementos essenciais para a definição de políticas e práticas de gestão dos hospitais.

Os hospitais existem para oferecer e satisfazer as necessidades dos utentes, fornecendo-lhes os diversos cuidados em várias áreas, com o intuito de fornecer um serviço de elevada qualidade, sendo para isso fundamental a competência e o *know-how* dos seus profissionais. Estas

organizações de saúde estão atualmente sob forte pressão para a contenção de custos, o que poderá ser de alguma forma um entrave a uma prestação adequada dos seus serviços. O modelo de que em saúde não se olha a meios para atingir os fins (a saúde e o bem estar das populações, curar e salvar vidas humanas), terá que ser substituído pelo modelo da eficiência, para obter resultados de qualidade a custos controlados (Delgado, 2014). Nesta nova perspetiva vêm ao de cima as questões da Gestão em Saúde cujo objetivo é utilizar de forma racional os recursos disponíveis, com máxima criação de valor para os utentes e para a sociedade.

Desde sempre que a formação académica dos médicos não teve em conta a importância dos custos e dos gastos em saúde, dando fundamentalmente importância a cadeiras básicas tradicionais como a anatomia, a patologia, farmacologia, entre outras, na sua vasta formação. A saúde não tem preço mas tem custos (Macedo & Reis, 2011), pelo que seria importante que os alunos de medicina, desde as bases da sua formação, comessem a aprender algo sobre boas práticas de gestão e economia em saúde (Packard, 2015); isso é tão mais importante no contexto económico em que temos vivido nos últimos anos, em que foram tomadas medidas de contenção importantes, com o sector da saúde a ser muito penalizado.

Especialmente nos últimos anos, de mão dada com a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde, tem aumentado a preocupação com a segurança dos doentes, ao mesmo tempo que se assiste a um desenvolvimento tecnológico e a uma crescente capacidade de agir sobre os processos biológicos (Schout, 2006). Para que haja segurança em todas estas vertentes, os registos clínicos de tudo o que se faz, de tudo o que se pensa vir a fazer e de tudo aquilo que foi feito, são de extrema importância, de forma a diminuir ao máximo a possibilidade de erro. Dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde têm sido associados, em vários estudos, à diminuição de qualidade dos cuidados prestados e a mortes por erros médicos que poderiam ter sido evitados. Em 1999, o Institute of Medicine, nos Estados Unidos, reportava que todos os anos ocorrem cerca de 98 000 mortes e mais de 1 milhão de lesões mais ou menos graves, naquele país (Weingart, 2000); em alguns desses eventos estarão associados défices de comunicação, nos registos feitos nos hospitais e na maneira como se interpretam esses mesmos registos. Com este relatório do Institute of Medicine, chamou-se mais uma vez a atenção para a importância das tecnologias de informação e dos registos clínicos adequados (Lapão, 2007). Mas também outros estudos mostram que existe um aumento do risco clínico e erro em Medicina com a falta de circulação de informação concisa, no tempo certo, entre todos os

intervenientes em toda a cadeia de prestação de cuidados de saúde. Um estudo sobre a perceção geral do público que diz respeito ao erro médico e às suas implicações, feito pelo Directorate General of Health and Consumer Protection 1, em que participaram 25 países da União Europeia, no qual se incluía Portugal, concluiu que 78 % dos inquiridos considera o erro médico um “problema grave no seu país” e que 28 % já viveu (diretamente ou num familiar próximo) consequências do erro de diagnóstico ou de tratamento (European Commission, 2006). Um estudo envolvendo 28 hospitais australianos concluiu que a comunicação era a principal causa de eventos adversos nos serviços e que os problemas de comunicação eram responsáveis por duas vezes mais mortes do que a ineficiência clínica (Wilson, 1995).

Os últimos governos têm tentado melhorar os registos eletrónicos de dados de saúde e a sua partilha a nível nacional, como armas fundamentais para otimizar os cuidados prestados à população e maximizar a eficácia e eficiência de um sistema de saúde moderno.

Muitas das alterações que ocorreram nos cuidados de saúde nas últimas décadas, tais como o progresso na tecnologia de informação e uma crescente necessidade de *accountability*, levaram a que houvesse também um importante incremento no número e modelos de registos clínicos que, para serem úteis, terão de ser de qualidade adequada (Scheffer, 2002). Numerosos estudos mostram que o aumento do risco clínico e o erro em medicina podem estar associados à má circulação de informação clara e atempada entre todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde. De facto, a qualidade dos registos clínicos é de fulcral importância na manutenção e melhoria da segurança dos doentes, constituindo um dos pilares na estratégia de governação clínica e na procura contínua da qualidade em saúde. Um processo clínico bem organizado é certamente uma das ferramentas mais importantes colocadas à disposição dos médicos, pois permite comunicar os factos relevantes aos utentes e a todo o pessoal de saúde; permite também a fácil documentação e a recuperação de informação vital para a continuidade de cuidados. Num estudo realizado pela Doctors Company foram identificados alguns fatores importantes nos quais os hospitais se podiam focar para melhorar a segurança dos doentes, entre os quais se destacam os registos médicos (Taufen, 2012). Entre os registos clínicos mais críticos destacam-se o registo de alergias, o registo da patologia associada à doença principal, o registo das complicações decorrentes dos cuidados médicos e o registo da medicação habitual dos doentes.

Os registos clínicos, os seus modelos e objetivos, têm variado ao longo da história da Medicina,

acompanhando também a sua evolução. A primeira grande evolução documentada do registo clínico ocorreu na antiguidade, com a utilização de um historial de casos escritos para fins didáticos; os médicos islâmicos, mais tarde, continuaram a aplicação de registos de histórias de casos reais para o ensino da medicina, tirando partido de modelos clássicos e helenísticos, mais cedo ainda que os médicos ocidentais. O embrião dos modernos registos clínicos surgiu pela primeira vez em Paris e Berlim no início do século XIX e foi também neste século que nos Estados Unidos começou o desenvolvimento do historial clínico dos doentes nos grandes hospitais universitários. No entanto, apenas no século XX, se desenvolveu um processo clínico adequado para a assistência direta em ambiente hospitalar e ambulatório (Gillom, 2013). Foi a partir da 2ª metade do século XX que a literatura médica começou a ter cada vez mais preocupações científicas e que o conceito de medicina baseada na evidência se generalizou; Lawrence Weed, em 1968, dizia que o registo clínico é uma componente dos cuidados médicos e que apenas um registo organizado pode ser considerado um documento científico (Barreto & Paiva, 2008).

O processo clínico constitui ainda hoje, em pleno século XXI, um instrumento fundamental para o desenvolvimento do que se convencionou chamar medicina moderna, quando a observação e o registo sistemático da história clínica e dos sinais e sintomas passou a ser o caminho para o diagnóstico de doenças.

No momento da alta hospitalar a nota de alta continua a ser um elemento clínico de importância crucial, fazendo uma síntese dos aspetos mais importantes do internamento, sendo essencial para a continuação dos cuidados ao doente. Para o médico que o assistiu durante o internamento significa que a sua principal tarefa terminou, parecendo bem menos importante a utilização posterior desses registos; no entanto, nas rotinas da gestão hospitalar, a nota de alta é fulcral não só do ponto de vista clínico mas também do ponto de vista administrativo e financeiro.

Para os médicos existem diferenças substanciais entre o valor atribuído ao ato de tratar o doente, que é a sua missão mais importante e o registo desse mesmo tratamento. Não existirá médico algum que negue a importância fundamental dos registos clínicos para a qualidade e segurança nos cuidados aos doentes e também para a produção de conhecimento, mas por vezes, quando estão a tratar os seus doentes, o registo cuidadoso parece tomar um tempo que poderia ser melhor utilizado. Isso é tanto mais verdade, quando as condições para a realização

da assistência aos doentes não são as desejáveis, havendo um conflito permanente entre o tempo disponível e a quantidade de doentes a serem avaliados e tratados.

Um processo clínico do utente bem organizado é essencial para a continuidade de cuidados adequados, seja com médicos diferentes seja com o mesmo médico. A boa estruturação dos registos, orientados por problemas, é desde longa data de valor inestimável para qualquer clínico, especialmente para o mais atarefado (Weed, 1968) e desde longa data que os médicos têm procurados métodos para fazer os seus registos de forma organizada e racional. São estas algumas das propriedades importantes a ter em conta para que os registos clínicos sejam de qualidade: a precisão, a relevância, serem cronologicamente corretos e a confidencialidade.

É assim uma das principais discussões em redor dos problemas e propostas para a melhoria dos processos clínicos: o que fazer para que nada do que aconteceu com os doentes e que pode ter significado para o seu tratamento, para a produção de conhecimento e para a gestão dos serviços, deixe de ser registado. Nesse sentido, tem-se procurado desenvolver instrumentos (eletrónicos ou em papel) que sirvam de apoio para bons registos clínicos. Um dos grandes avanços na melhoria dos registos clínicos e na exploração de todas as suas potencialidades foi a adaptação dos sistemas de informação eletrónicos ao campo da saúde (Berg, 2001). A combinação dos vetores produção clínica, recursos financeiros e custos, veio permitir aos gestores hospitalares estabelecer um sistema de controlo/produção/financiamento similar aos utilizados nas empresas mais sofisticadas de outros campos que não a saúde. Os sistemas de informação vieram possibilitar um melhor registo de toda a produção clínica, com todas as vantagens para o utente no planeamento e execução dos cuidados de saúde, mas também em áreas como o planeamento, a organização dos recursos, a avaliação da eficiência e o financiamento (Emberlyn-Tocci, 1983).

Os sistemas de informação são um importante instrumento de melhoria contínua da qualidade e da diminuição de custos, possibilitando a partilha de conhecimento clínico, o apoio à decisão clínica, à recolha e comunicação de informação clínica e epidemiológica, a utilização de sistemas de alerta, bem como a monitorização de indicadores e a sua avaliação (Fernandes, 2014).

Ao nível nacional, o registo de saúde eletrónico é fundamental para a qualidade da prestação de serviços de saúde, uma vez que possibilita disponibilizar informação de saúde relevante sobre

um cidadão e integrar a informação atualmente dispersa e partilhar essa informação com o objetivo de melhorar a prestação de serviços de saúde; permite ainda suportar a mobilidade de um cidadão, promovendo a disponibilização da informação no ponto e no momento em que ela é necessária. É também uma importante ferramenta de investigação clínica e de apoio ao ensino, disponibilizando indicadores clínicos, de gestão e económicos que possibilitem a realização de análises reais ao funcionamento dos serviços prestados, com vista à respetiva melhoria e controlo.

Os cuidados de saúde têm de ser prestados em tempo útil, com evidência e transparência processual, em segurança, com a certeza e confidencialidade esperadas e, por fim, com qualidade nos resultados atingidos. Um bom sistema de informação será um instrumento de apoio a uma prestação de serviços de qualidade, de modo a concorrer para a certificação de procedimentos, de serviços e das próprias instituições de saúde, tal como sugerem as inúmeras publicações sobre os benefícios nos custos e na segurança associados aos cuidados de saúde, desde a introdução dos registos eletrónicos (Zlabek, 2010).

Em Portugal, a informatização a nível hospitalar, começou na década de 80, com a utilização de uma ferramenta de apoio administrativa, o Sonho, que foi muito útil como apoio administrativo à atividade médica. Nos anos 90 iniciou-se a informatização dos sistemas de registo dos profissionais de saúde: o SAM para os médicos e o SAPE para os enfermeiros, havendo ainda outros no sector privado; surgiram também os sistemas de suporte de decisão clínica, com a sua importância no apoio ao trabalho dos profissionais envolvidos nos cuidados de saúde. Já no século XXI, surgiram sistemas cada vez mais complexos e com maiores possibilidades, de forma a apoiar não apenas a atividade clínica, como também fazendo a conexão entre a clínica e a necessidade de monitorização e gestão hospitalar. Surgiram a comunicação web, os sistemas biométricos, as tecnologias sem fios e os *touch screens*, entre outras tecnologias. Apesar do percurso ter sido longo e com altos e baixos, a introdução das tecnologias de informação e dos sistemas de informação na saúde no nosso país tem contribuído claramente para a promoção de ganhos em saúde e maior envolvimento e autonomia dos utentes/pacientes, face aos profissionais de saúde (Espanha & Fonseca, 2010). A segurança da informação é essencial e complementar aos sistemas de informação clínica, devendo a sua conjugação ser feita em função das necessidades específicas da rede, do sistema de informação ou do ambiente de que se trata (Araújo, 2007).

Apesar das vantagens da informatização, alguns médicos têm ainda algumas saudades dos tempos em que os registos clínicos eram feitos em papel. Raquel Braga, em 2012, escrevia sobre os registos em papel e algum saudosismo associado: “neles estão espelhados também a nossa alma e estado de espírito, através da letra mais aprimorada ou mais irregular; a pressão do tempo, através do texto mais cuidado ou das palavras e frases inacabadas”. Mas, para bem da melhoria dos sistemas de saúde, as tecnologias de informação e o processo clínico eletrónico vieram para ficar, com todas as vantagens e desvantagens associadas.

1.2 Grupos Diagnósticos Homogêneos e a Codificação

Os hospitais públicos relacionam-se com o financiador através dos contratos-programa, diminuindo assim a rigidez administrativa e descentralizando o processo de decisão das estruturas locais. O contrato determina objetivos por linha de produção e o financiamento é feito com base na produção realizada, de acordo com os preço-base por grupo de hospital, em vez do reembolso dos custos suportados. Como o sistema de preços é determinado pelo comprador, obriga a unidade prestadora a alcançar melhores níveis de eficiência sem comprometer a qualidade mínima exigida. Os hospitais, tais como quaisquer outros tipos de empresas, necessitam de financiamento para sobreviver e crescer face aos seus objetivos e missões respetivas; para isso necessitam de ser reembolsados pelas entidades pagadoras, pelos serviços que prestaram aos utentes ou clientes. Para que tal aconteça, terá que existir um sistema que permita avaliar, auditar e reembolsar justamente os hospitais de acordo com as respetivas produções.

Medir a produção de um hospital é uma tarefa complicada, pois a definição de produto hospitalar é muito complexa. Isto porque muitos dos dados importantes para a gestão estão relacionados com atributos intangíveis (dor, valor relativo da vida dos doentes) e todo o processo de tomada de decisões ao longo da cadeia de produção é heterogênea e difícil de analisar (Urbano & Bentes, 1988).

Produto hospitalar pode definir-se como o conjunto de outputs que cada utente irá receber dadas as suas necessidades de saúde, sendo parte do plano de tratamento que cada médico irá estabelecer. Teoricamente, isto implicaria que o hospitalar teria de ter tantos produtos, quantos

os doentes que trata, dada a diversidade de doentes, doenças e particularidades associadas; é aqui que reside o grande problema na medição da produção hospitalar.

Uma forma de medir aquilo que se produz num hospital é através daquilo que é registado no dia-a-dia, em termos de atos realizados para cada doente, de acordo com as suas doenças e necessidades; para isso os doentes/doenças terão que se ser padronizados de acordo com um sistema de classificação. Com um sistema de classificação de doentes é possível perceber as suas semelhanças e diferenças e tornar possível que os que sejam da mesma classe de classificação tenham um tratamento semelhante em termos de valor e pagamentos associados.

O sistema de classificação dos episódios de internamento e de ambulatório em Grupos Diagnósticos Homogêneos (GDH), teve a sua génese na década de 1960 na Universidade de Yale e desde então é utilizado em muitos países, nos quais se inclui Portugal, para que os hospitais sejam reembolsados de forma justa e de acordo com aquilo que produziram. Aquele sistema de classificação tem por base os dados obtidos na análise das notas de alta, as intervenções cirúrgicas e outros procedimentos, os diagnósticos principais e secundários e comorbilidades associadas e a idade dos doentes (Lopes, 2014).

O preço para cada GDH, de acordo com as Grandes Categorias Diagnósticas (GCD) (Ver tabela 1) é tabelado pelas entidades pagadoras (em Portugal a Administração Central dos Serviços de Saúde - ACSS), de tal maneira que os hospitais conseguem prever, de acordo com a produção programada, quais os valores do seu orçamento para determinado período.

Na prática, para que a cada episódio seja atribuído um GDH, é necessário que exista em cada hospital um conjunto de médicos codificadores que traduzam as informações clínicas em códigos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CDI). Esses códigos são introduzidos num programa agrupador, com um algoritmo próprio (Programa Agrupador Informático) por funcionários do Gabinete de Codificação; será esse programa que irá determinar o GDH de cada episódio de internamento ou ambulatório. A esse GDH irá ser associada determinada quantia que os hospitais irão receber da entidade pagadora, que no nosso país é o Estado Português e, por exemplo nos Estados Unidos, é o Medicare, sistema de seguros de saúde gerido pelo governo americano.

Grande Categoria de Diagnóstico	Descrição
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho
GCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta
GCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório
GCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório
GCD 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo
GCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo
GCD 9	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama
GCD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino
GCD 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino
GCD 14	Gravidez, Parto e Puerpério
GCD 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afeções do Período Perinatal
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas

GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas
GCD 18	Doenças Infeciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais
GCD 20	Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas
GCD 22	Queimaduras
GCD 23	Fatores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde
GCD 24	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana
GCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos

Tabela 1 - Tabela da ACSS das Grandes Categorias Diagnósticas

Se os registos clínicos forem incompletos ou inadequados, o hospital pode ter um prejuízo real porque os GDH não corresponderão de forma correta e justa à produção realizada e o financiamento da ACSS ao hospital será menor (Cheng, 2009, Hospital Case Management, 2014). Por exemplo: Um doente com uma hérnia umbilical, sem doenças associadas, nem complicações durante o internamento é financiado com um montante inferior, em comparação com outro doente com a mesma patologia, mas com algumas doenças associadas ou que tenha tido uma complicação durante o internamento. Mas só haverá essa diferença de financiamento se houverem registos dessas mesmas doenças associadas e das complicações ocorridas; se não estiver escrito é como se não tivesse acontecido.

Assim, entre várias outras, esta é mais uma das razões pelas quais os médicos hospitalares devem realizar registos médicos corretos nos processos clínicos dos utentes que seguem na sua prática diária (Morrow, 2013); para além disso, a adequada classificação dos episódios em GDH pode ter inestimável valor epidemiológico para estudos retrospectivos e futuras

investigações.

Para o ano de 2014, a ACSS decretou um preço de 2120,28 euros (valor padrão), nos respetivos contratos-programa do financiamento hospitalar, sendo esse valor variável e indexado de acordo com o índice de case-mix(1) de cada hospital (índice obtido através dos registos e GDH e que reflete a complexidade dos casos tratados em cada unidade hospitalar). Aquele é o coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, consequentemente, mais consumidoras de recursos.

- (1) O índice case-mix determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes, ou seja:

$$ICMHospital = \frac{\sum (doentes\ equivalentes\ GDHi \times peso\ relativo\ GDHi)}{\sum doentes\ equivalentes\ GDHi}$$

Este valor a receber pelos hospitais dependerá, em ultima instância, não apenas da produção real em cada hospital, mas sim da produção registada nos registos clínicos e adequadamente codificada; daí a importância dos registos, entre todos os outros motivos já descritos, para o reembolso adequado da produção hospitalar.

Uma situação como seja a sépsis, que pode ser consumidora de muitos recursos do hospital, é um dos diagnósticos que irá ter influência no peso relativo para cada GDH, sendo por isso necessário que haja registos clínicos exaustivos. Se isso não for feito os episódios não poderão ser agrupados nos GDH de complicações previstos, o índice de *casemix* do hospital não irá refletir a complexidade dos cuidados e o financiamento não será por ele indexado como seria justo (Lopes, 2014). Assim, esta codificação “numero-patológica” (Marreiros et al, 2010) é de importância fulcral na monitorização dos Contrato-Programa e é a materialização documental dos montantes por linha de produção em cada hospital do sistema de saúde.

1.3 Objetivos da dissertação

Entre os principais objetivos de um registo médico adequado encontram-se:

- Permitir consultar um historial sobre eventos e investigações anteriores;
- É uma importante forma de comunicar com os colegas e outros membros da equipa;
- É fundamental como base de dados para investigação;
- Constituir um importante registo médico-legal;
- Útil no planeamento de cuidados continuados;
- Facilitar o seguimento e monitorização de doenças prolongadas;
- É uma importante ferramenta de ensino;
- Permitir extrair dados fundamentais para o correto e justo reembolso pelo serviço prestado aos utentes (Sousa, 2012; Braga, 2012; Bali, 2011, Renaud-Salinas, 2001).

Em suma, os registos clínicos, sendo tarefa e dever diário de todos os médicos nas respetivas áreas (Silva e Neto, 2006), são uma preciosa ajuda à clínica, funcionando como uma extensão da memória do médico e como importante ferramenta de avaliação epidemiológica, pesquisa e, em última análise, produtora de valor na perspetiva de gestão financeira dos hospitais. Têm também um papel importante para a comunicação externa com outros fornecedores de serviços de saúde externos aos hospitais, investigação de queixas e fins médico-legais, planeamento e educação (Ministry of Health of New South Wales, 2012).

Em nenhum momento da minha formação médica houve uma disciplina, uma aula, uma qualquer formação, que tivesse como objetivo falar sobre a importância dos registos clínicos na sua vertente de importância financeira. Desde 2010, após acabar a especialização médica em Cirurgia Geral, que fiz formação e fui acumulando alguma funções associadas à área da auditoria clínica e codificação clínica; ao longo do tempo, fui ganhando cada vez mais competências e maior interesse pelas questões relacionadas com a qualidade do registo médico e a importância que isso poderia ter, não só na qualidade dos cuidados de saúde, mas também nas repercussões de âmbito financeiro das unidades de saúde. Sendo que para os médicos

poderem prestar bons cuidados de saúde necessitam que os hospitais tenham recursos financeiros, é importante que os médicos tenham noção que muita coisa se pode fazer para que esses recursos estejam disponíveis e sejam maximizados. Os médicos têm um papel fundamental na produção de valor nos hospitais, entendido com prestar bons cuidados de saúde às populações, mas também, na boa utilização dos recursos disponíveis; a produção de registos de qualidade, é um dos vetores fulcrais para que tal aconteça.

O que estará na base de registos médicos inadequados? Segundo alguns autores, poderá ser a pressão da falta de tempo, a mentalidade própria do ser médico, a crescente subespecialização médica com a conseqüente fragmentação dos cuidados aos pacientes e uma falta de confiança nas atividades mais burocráticas e de auditoria (Kardos, 1991). Haverão outros?

Com esta tese, procurara-se evidenciar a importância da qualidade dos registos clínicos dos hospitais e em como essa qualidade se irá traduzir em saúde para os utentes e melhores prestações financeiras daquelas unidades de saúde. Procurara-se também encontrar algumas pistas que possam concorrer para ajudar a solucionar alguns dos problemas relacionados com os registos médicos menos adequados.

2. Métodos

Os métodos de trabalho a utilizar na elaboração da tese, terão quatro componentes principais, descritas seguidamente:

2.1 Análise de codificação

Como já referido anteriormente, o facto de serem feitos registos clínicos inadequados, poderá levar a uma subvalorização da produção hospitalar, no que respeita ao pagamento pelas entidades pagadoras; isso irá ter repercussões nos resultados operacionais das unidades hospitalares. No meu trabalho como Codificador Clínico, integrado no Grupo de Codificação Clínica do meu hospital (são 13 codificadores no total), faço todas as semanas codificação clínica de episódios de internamento e de ambulatório, essencialmente do departamento cirúrgico. Assim, irei realizar um trabalho retrospectivo, tendo como base o meu trabalho semanal habitual, ou seja, a codificação dos episódios clínicos de 1 semana de trabalho.

Corresponde a uma amostra de 102 episódios (45 de internamento e 57 de ambulatório), das especialidades de Cirurgia Geral, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia e Dermatologia. Esta amostra faz parte de um total de 828 episódios codificados durante essa semana por todos os codificadores do hospital (388 de internamento e 440 de ambulatório).

Esta análise inclui a avaliação de todos os elementos do processo clínico de relevo em termos de codificação clínica, como sejam: Avaliações de internamento, diários clínicos, relatórios operatórios e anestésicos, relatórios anatomo-patológicos e notas de alta.

Alguns pontos importantes na codificação clínica são:

- os médicos codificadores apenas podem codificar registos escritos no episódio que está a ser analisado e não podem recorrer ao historial anterior registado no processo clínico;
- os médicos codificadores não podem fazer diagnósticos, apenas codificar o que está escrito, ou seja, não podem deduzir pelo que está escrito, determinado diagnóstico, que poderia alterar

o resultado final do GDH.

Irei assim fazer a análise e codificação dos 102 episódios, dividindo em 2 braços comparativos:

- No Grupo 1 – Iram ser codificados os 102 episódios, baseado nos registos que são possíveis encontrar nos episódios atuais em causa.
- No Grupo 2 – Posteriormente, serão codificados os 102 episódios, baseado nos registos que são possíveis encontrar não só no episódio atual, mas também, no historial completo do doente desde a primeira vinda ao hospital; ou seja, seriam episódios ideais que conteriam um resumo de todo o historial importante do doente (antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, familiares, alergias, etc.), dados esses que podem ser encontrados retrospectivamente no processo clínico eletrónico, mas que não podem ser codificados se não estiverem referidos nos episódios actuais.

Chama-se Agrupador de GDH à aplicação informática que contém os algoritmos necessários para agrupar os registos de episódios de internamento, de cirurgia de ambulatório e de ambulatório médicos realizados nos hospitais, em Grupos de Diagnósticos Homogéneos - GDH. O agrupador aplica estes algoritmos às variáveis de cada registo, classificando cada episódio dentro de uma Grande Categoria Diagnóstica (GCD) e, dentro desta, num Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH).

Os códigos da análise daqueles 102 episódios (de acordo com Classificação Internacional de Doenças) foram inseridos no programa agrupador acedido através da WebGDH, gerando para cada episódio um GDH; após análise dos preços correspondentes pagos pelo Ministério da Saúde/Administração Central de Saúde (ACSS), expressos na Tabela de pagamentos da Portaria 839-A/2009 (Ver tabela 2), por cada GDH em cada episódio, iremos verificar se existem diferenças no financiamento ao hospital em causa, diretamente relacionadas com a qualidade dos registos clínicos e respetiva codificação clínica associada.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Preço em Ambulatório	Diária de Internamento	GDH Cirúrgicas - Preço 1º dia de internamento	Limiar Inferior	Limiar Máximo	Demora Média Corrigida
193	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, com CC	C	3,0446	7.295,62 €	0,0000	- €	391,05 €	5.340,40 €	5	71	18,7
194	Procedimentos nas vias biliares, excepto só colecistectomia, com ou sem exploração do colédoco, sem CC	C	1,5880	3.805,25 €	1,1624	2.785,44 €	509,90 €	-	1	66	14,5
195	Colecistectomia, com exploração do colédoco, com CC	C	2,1870	5.240,60 €	1,6010	3.836,38 €	702,11 €	-	1	48	21,9
196	Colecistectomia, com exploração do colédoco, sem CC	C	1,7259	4.135,69 €	1,2634	3.027,53 €	554,08 €	-	1	37	14,8
197	Colecistectomia, sem exploração do colédoco, com CC	C	1,8295	4.383,94 €	1,3393	3.209,26 €	587,34 €	-	1	44	10,6
198	Colecistectomia, sem exploração do colédoco, sem CC	C	1,1426	2.737,96 €	1,1426	2.737,96 €	-	-	1	19	5,5
199	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença maligna	C	2,0331	4.871,82 €	1,4883	3.566,41 €	652,70 €	-	1	66	14,2
200	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença não maligna	C	2,0151	4.828,68 €	1,4752	3.534,84 €	646,92 €	-	1	67	12,2
201	Outros procedimentos hepatobiliares ou pancreáticos, em B.O.	C	2,6079	6.249,18 €	1,9091	4.574,71 €	837,23 €	-	1	71	16,7
202	Cirrose e/ou hepatite alcoólica	M	1,2736	3.051,86 €	0,0000	- €	1.017,29 €	-	2	41	8,5
203	Doença maligna hepatobiliar ou pancreática	M	1,5427	3.696,69 €	0,0000	- €	1.848,35 €	-	1	52	9,7

Tabela 2 – Tabela de pagamentos da Portaria 839-A/2009 (parcial)

2.2 Análise das notas de alta

Um dos elementos mais importantes na análise dos processos clínicos, quando se faz codificação e auditoria da qualidade dos registos, é a nota de alta. É um documento importantíssimo, em que deverá estar registado o sumário da passagem do utente pela unidade hospitalar. A qualidade das notas de alta depende muito da correta inclusão de todos os dados pertinentes relativos ao episódio atual, mas também, todo o historial anterior do doente (Rosado, 2013). Para a codificação, a nota de alta é o elemento mais importante, pois aquela deve ser feita essencialmente com base na nota de alta, complementada pelos restantes dados do processo clínico, como sejam o episódio de urgência, diários clínicos, relatórios operatórios e relatórios de anatomia-patológica. A nota de alta é um elemento clínico de carácter obrigatório (Ministério da Saúde, 2013), incluindo os doentes falecidos ou transferidos, e o seu conteúdo prevalece sobre a informação que consta nos restantes documentos do episódio (ACSS, 2014). É um documento fundamental para a continuidade dos cuidados, para a melhoria da circulação da informação de forma clara e atempada entre todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados na saúde. Dando um exemplo, se na nota de alta colocarmos também resultados de exames complementares, isso poderá evitar que eles sejam novamente prescritos por outros colegas, com os transtornos e custos que acarretam para o

doente e instituições.

Existe um conjunto mínimo de itens a ter em conta ao elaborar uma nota de alta, que devem ser minimamente respeitados, para que a informação seja correta. O despacho nº 2784/2013 do Ministério da Saúde decreta um conjunto de itens a respeitar para que as informações contidas na nota de alta sejam adequadas; já a Joint Comission International, entidade internacionalmente reconhecida na acreditação dos hospitais, recomenda nos seus manuais de acreditação, que a nota de alta deve incluir pelo menos o seguinte: motivo de admissão, diagnósticos e comorbilidades, achados clínicos relevantes, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados, medicações importantes, estado do doente na alta e instruções relativas ao acompanhamento.

Sendo a nota de alta um documento tão importante, irei fazer uma análise de alguns dos dados de maior importância na nota alta: O motivo de admissão, procedimentos efetuados no internamento, instruções para a continuidade dos cuidados e o diagnóstico principal e comorbilidades associadas. Irei analisar uma amostra de 88 episódios de internamento, extraídos com um método de amostragem aleatória sistemática, de um universo de 440 (correspondentes ao total de internamentos no departamento cirúrgico, excluindo a ginecologia) durante o mês de outubro de 2014.

Iremos verificar se os itens estão incluídos ou não, em cada uma das notas de alta dos episódios analisados. Com esta análise poderemos saber se as notas de alta, elementos tão importantes na avaliação da produção hospitalar, estão a ser adequadamente feitas e quais os pontos que terão que ser trabalhados e melhorados

2.3 Questionário aos médicos

Iremos também realizar um questionário aos médicos, no sentido de tentar perceber quais os fatores que poderão estar na génese de registos clínicos menos adequados: Cansaço? Pouco despertados para a necessidade do registo clínico adequado? Falta de motivação? Falta de tempo? Ignoram a importância do registo clínico para o desempenho financeiro das organizações em que trabalham? Falta de *commitment*? Gasta-se demasiado tempo com registos clínicos? Os

programas de formação médica deveriam incluir temas ligados à gestão e qualidade? Os médicos deveriam empenhar-se mais nas questões da liderança e gestão das suas unidades de saúde? O que fazer para melhorar os registos clínicos?

Foi utilizado um método exploratório voluntário, através dum questionário que foi enviado por correio eletrónico, para 199 Médicos de carreira hospitalar de um hospital da área da grande Lisboa (que façam registos em ambiente de enfermaria, consulta, urgência ou bloco operatório); utilizarei a ferramenta do Google Forms (Ver anexo 3) para os colegas que utilizem Gmail e para os restantes, será em formato impresso em papel. Seguidamente, discriminam-se as questões e respetivas hipóteses de resposta.

A importância dos registos clínicos na saúde financeira das unidades de saúde

- Idade

- **Sexo** : Feminino/Masculino

- Final da licenciatura

Anos desde o fim da licenciatura até agora

0 a 10 anos /10 a 20 anos/ > 20 anos

- Especialidade

Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Infeciologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Urologia, Reumatologia.

- Em algum momento da sua vida profissional esteve envolvido em cargos administrativos/gestão em saúde?

Sim/Não

- Está ou alguma vez esteve envolvido em codificação clínica?

Sim/ Não

- De todos os tipos de registos seguintes, atribua um valor de importância para si na sua atividade clínica

Sendo que 5 é o de maior valor para si

	1	2	3	4	5
Nota de alta					
Diário clínico					
Relatório operatório					
Declarações burocráticas, tipo atestados, baixas					
Avaliação de Internamento					
Registos de auditoria clínica					

- Que parte do tempo do seu horário de trabalho calcula que gaste nos registos clínicos?

Até 10% do tempo /De 10 a 20% do tempo/ De 20 a 30% do tempo/ > 30% do tempo

- Qual dos fatores pensa ter mais importância para que os registos clínicos sejam por vezes inadequados?

Se tiver outra opinião, pode responder em texto livre mais abaixo

Cansaço /Falta de tempo /Sistemas de informação pouco adequados /Falta de motivação/ Outra

- Na sua opinião, os registos clínicos são importantes para:

Classifique de acordo com a importância para si (sendo 5 o mais importante)

	1	2	3	4	5
Clinica					
Investigação					
Avaliação da produção e financiamento					
Efeitos médico-legais					
Ensino					
Epidemiologia					

- Na sua opinião o que se poderia fazer para melhorar a qualidade dos registos clínicos?

Escolha o mais importante para si. Se tiver outra sugestão pode escrever em texto livre mais abaixo

Melhorar sistemas de informação/Aumentar nº de médicos nas equipas /Implementar sistemas de incentivo para que sejam feitos bons registos clínicos/Pessoal de apoio administrativo que possa prestar apoio aos médicos nos registos/Outra

- O Jornal “The Guardian” publicou: Doctors make the best managers for hospitals. Na sua opinião, qual das afirmações seguintes corresponde mais à sua forma de estar na saúde?

Os médicos devem exercer a sua atividade clínica, tendo em atenção a utilização adequada dos recursos, envolvendo-se o mais possível na liderança das unidades de saúde /Os médicos devem concentra-se apenas na clínica deixando para os gestores e administradores as preocupações com a gestão /Os médicos devem concentra-se apenas na qualidade dos cuidados de saúde que prestam, independentemente dos custos

- Na sua opinião, disciplinas como Governação Clínica, Estratégia de Organizações de Saúde, Gestão da qualidade em Saúde, terão importância em algum momento da formação dos médicos?

Sim / Não

- Conhece a importância da Codificação Clínica e dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH) para o financiamento das unidades de saúde? *

Sim, muito bem /Tenho algumas noções sobre o assunto / Não sei / Tem pouco interesse para os médicos

2.4 Revisão da literatura

Iremos também continuar fazer uma pesquisa bibliográfica exaustiva, de forma a perceber o que existe já escrito sobre este tema, para fundamentar mais adequadamente a minha dissertação. Serão utilizadas as ferramentas mais usuais de busca, nomeadamente a Pubmed, Scielo, Scopus e também o Repositório e a Biblioteca do ISCTE e da Escola Nacional de Saúde Pública. Foram utilizadas para pesquisa na internet as palavras “financiamento hospitalar”, “registos clínicos”, “registos médicos”, “qualidade e registos”, “codificação clínica”, “financiamento hospitalar”.

3. Resultados

3.1 Resultados comparativos de codificação/GDH

Na análise comparativa da codificação clínica gerada na análise dos dois grupos (o **Grupo 1**, dos episódios normais e o **Grupo 2**, dos episódios ideais), após classificação em GDH e tradução em preços pagos pela ACSS (de acordo com a Tabela de pagamentos da Portaria 839-A/2009), os resultados foram apurados e descritos na tabela em anexo 2.

Os resultados apurados totais foram os seguintes:

- **Grupo 1** - Nos episódios de internamento, foi apurado um valor de 167.733,86 euros
 - Nos episódios de ambatório, foi apurado um valor de 88.911,18 euros
- **Grupo 2** - Nos episódios de internamento, seria apurado um valor de 169.787,44 euros
 - Nos episódios de ambatório, seria apurado um valor total de 93.725 euros

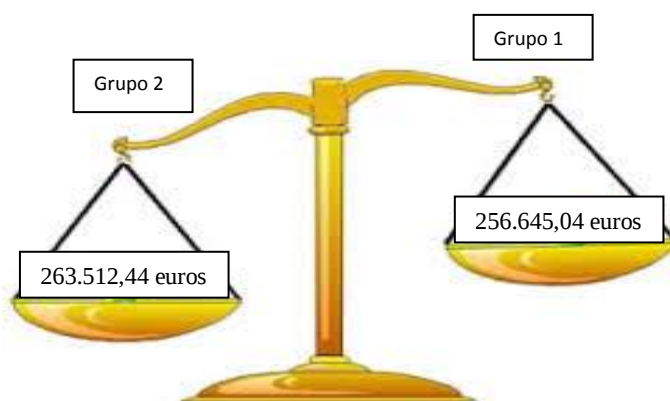


Figura 1 – Peso do financiamento no 2 grupos avaliados

Relativamente ao trabalho de análise dos processos de codificação conclui-se que no **Grupo 1** o hospital recebeu 256.645,04 euros (Valor real que o hospital recebeu da ACSS) enquanto que no **Grupo B**, o hospital receberia 264.012,44 euros (Valor que receberia se os registos clínicos

fossem os ideais); existe assim aqui uma diferença de **6.867,40 euros** a favor do grupo de registos clínicos adequados.

Este valor corresponde a mais 2,79% de financiamento que poderia ser ganho (4 episódios com registos inadequados em 102 codificados), levando a uma estimativa de **357.104,80 euros /ano** de prejuízo real para o hospital, se se extrapolasse para 52 semanas de trabalho; estes números referem-se apenas ao volume de trabalho de uma semana de trabalho de apenas um codificador, constituído cerca de 1/8 de todos os processos codificados nessa semana pelos 13 codificadores do hospital. Claro que aquela quantia é apenas uma estimativa; existem outros fatores a ter em conta, nomeadamente o Índice Case Mix e as cláusulas próprias de cada contrato-programa entre os respetivos hospitais e a ACSS.

3.2 Resultados da análise das notas de alta

Foi feito o levantamento das notas de alta de 1 mês de internamento no Departamento Cirúrgico do hospital, entre 1 e 30 de outubro de 2014; foi escolhida uma amostra de 20% das notas de alta, extraída com um método de amostragem aleatória sistemática, num total de 88.

Foram extraídas 41 da Cirurgia Geral, 14 da Ortopedia, 9 de Urologia, 6 de Cirurgia Vascular, 8 de ORL, 4 de Cirurgia Plástica, 2 de Dermatologia, 2 de Cirurgia Torácica e 2 de Oftalmologia (Ver anexo 2).

Os dados analisados foram: Motivo do Internamento, Procedimentos Efetuados, Instruções para o doente, Diagnóstico Principal e Comorbilidades/Complicações associadas.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

- O Motivo de Internamento estava ausente em 2,27% das notas de alta.
- Procedimento Efetuado estava ausente em 4,54% das altas.
- As Instruções para o Doente após a alta estava ausente em 1,13% das altas.
- O Diagnóstico principal e Comorbilidades/Complicações estava ausente em 43,1% das altas.

Nestes resultados destaca-se apenas 1 parâmetro que se desvia bastante daquilo que seria o ideal para uma nota de alta de qualidade: O Diagnóstico Principal e as comorbilidades/complicações associadas.

Na avaliação deste parâmetro, pode-se constatar que em 43,1% das notas de alta, estava inadequadamente registado (Ausente ou incompleto). Idealmente, todas as notas de alta terão que ter o diagnóstico principal, que corresponde frequentemente à doença responsável pela admissão e todas as doenças associadas do doente, bem como todas as complicações que surgiram durante o internamento (iatrogénicas ou não). Esta inconformidade significa que os codificadores ao analisarem os registos dos episódios destes doentes, não poderão codificar tudo o que seria desejável codificar e que muito provavelmente o hospital irá ter algum prejuízo no pagamento dos serviços prestados. Significa também que a informação transmitida a quem ler a nota de alta posteriormente não será a mais correta, com os possíveis erros de interpretação associados, estando mais uma vez em causa a segurança dos doentes.

3.3 Resultados dos questionários aos Médicos

3.3.1 Caracterização da amostra

Este questionário, foi elaborado e enviado utilizando a ferramenta Google Forms. Alguns dos médicos não utilizavam o Gmail, pelo que estes responderam utilizando o mesmo questionário em papel. Este questionário teve a adesão de 36,18 % dos médicos inquiridos, no universo de 199 para o qual foram enviados os questionários.

Os Médicos tinham uma média de 42,5 anos (entre os 25 e os 69 anos).

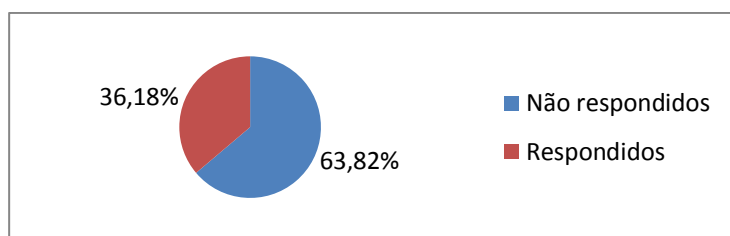


Gráfico 1 – Distribuição dos questionários respondidos

Responderam 39 médicas e 33 médicos.

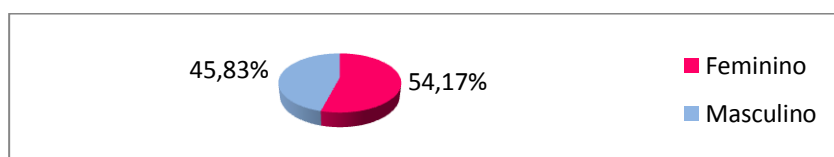


Gráfico 2 – Distribuição da amostra pelo sexo

50% da amostra refere-se a médicos com tempo de exercício de Medicina entre os 10 e os 20 anos, sendo os restantes 32% com mais de 20 anos e 18% com menos de 10 anos.

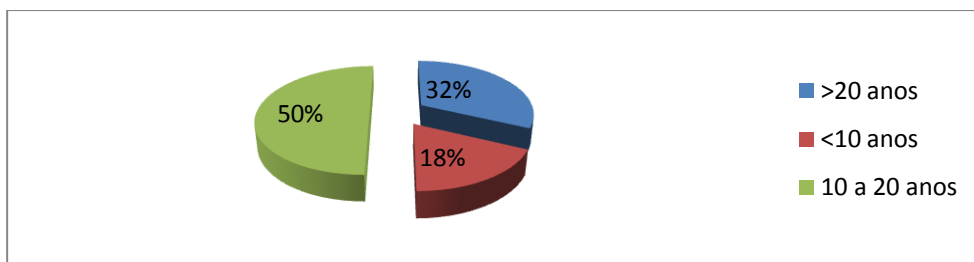


Gráfico 3 – Distribuição da amostra de acordo com o tempo de exercício em medicina (%)

As especialidades que mais responderam foram, Cirurgia Geral (29,16%), Medicina Interna (16,66%) e Ortopedia (8,33%). Especialidades como a Cirurgia Plástica e a Psiquiatria não responderam.

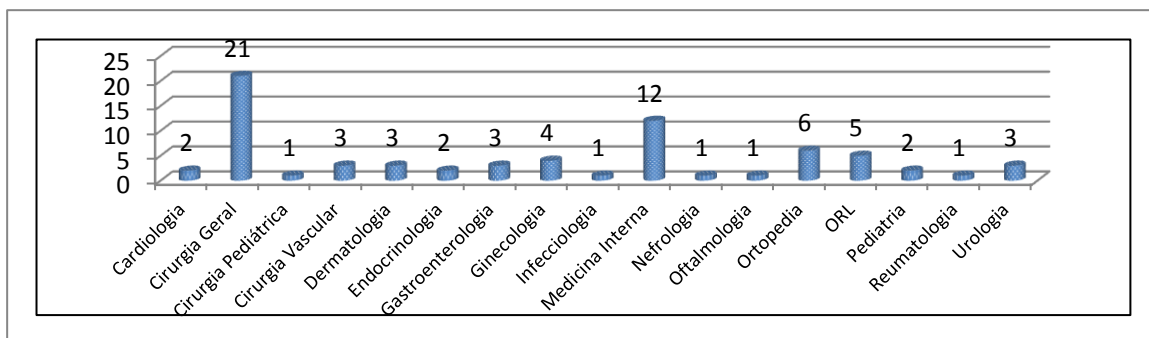


Gráfico 4 – Distribuição da amostra de acordo com as especialidades (%)

Dos inquiridos, 20,8% exerceram ou exercem atualmente algum cargo relacionado com a gestão ou liderança na área da saúde.

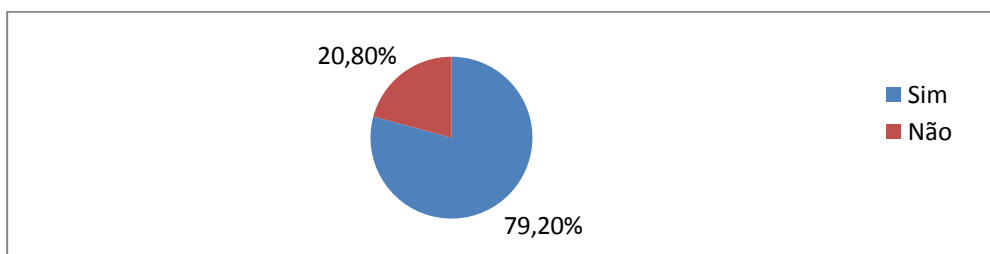


Gráfico 5 – Distribuição da amostra com o exercício de cargos de gestão/liderança (%)

Na análise das respostas à questão “Está ou alguma vez esteve envolvido em codificação clínica?” destaco que dos inquiridos, apenas 15,2% estão ou estiveram de alguma forma ligados à Codificação Clínica (Coordenadores, auditores, codificadores....) e que tiveram por isso formação na área da Codificação Clínica e GDH.

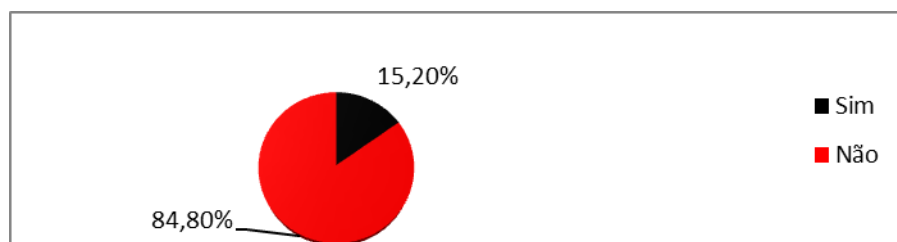


Gráfico 6 – Distribuição da amostra pela ligação à Codificação Clínica (%)

3.3.2 Importância dos registos clínicos

Na análise das respostas à questão ***De todos os tipos de registos seguintes, atribua um valor de importância para si na sua atividade clínica*** chega-se à conclusão que registos clínicos como a avaliação de internamento, diário clínico, relatório operativo e nota de alta são os mais importantes para os médicos, ao passo que registos clínicos acessórios, mais burocráticos, não diretamente relacionados com a prática clínica diária, como sejam os registos de auditoria, as baixas, os relatórios médicos, não serão tão importantes para os Médicos.

VARIÁVEL	GRAU DE IMPORTÂNCIA	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA RELATIVA (%)
NOTA DE ALTA	1	0	0%
	2	1	1,38%
	3	0	0%
	4	17	23,6%
	5	53	73,6%
DIÁRIO CLÍNICO	1	0	0%
	2	0	0%
	3	3	4,16%
	4	25	34,72%
	5	44	61,1%
RELATÓRIO OPERATÓRIO	1	5	6,94%
	2	1	1,38%
	3	0	0%
	4	16	22,22%
	5	50	69,44%
DECLARAÇÕES BUROCRÁTICAS	1	10	13,88%
	2	27	37,5%
	3	20	27,77%
	4	11	15,2%
	5	4	5,55%
AVALIAÇÃO DE INTERNAMENTO	1	2	2,38%
	2	7	9,72%
	3	13	18,05%
	4	23	31,94%
	5	26	36,11%
REGISTOS DE AUDITORIA CLÍNICA	1	7	9,72%
	2	11	12,27%
	3	25	34,72%
	4	15	20,83%
	5	4	5,55%

Tabela 3 – Registo clínico mais importante na atividade clínica (grau de importância)

Na análise dos dados das respostas à questão “*Na sua opinião, os registos clínicos são importantes para*” destaco que os médicos acham que os registos clínicos são os mais importantes para o exercício clínico diário, cotando-se as respostas de valor 4 e 5 em 95,84% da amostra.

As vertentes dos registos clínicos medianamente cotadas foram a investigação e os fins médico-legais, com 90,26% e 82,32% de repostas de cotação 4 ou 5, respetivamente. As vertentes mais mal cotadas foram a epidemiologia, (65,27%), o ensino (63,88%) e a avaliação da produção e

financiamento (63,88%).

VARIÁVEL	GRAU DE IMPORTÂNCIA	FREQUENCIA ABSOLUTA	FREQUENCIA RELATIVA (%)
CLÍNICA	1	0	0%
	2	0	0%
	3	3	4,16%
	4	16	22,22%
	5	53	73,6%
INVESTIGAÇÃO	1	1	1,38%
	2	1	1,38%
	3	5	6,94%
	4	28	38,88%
	5	37	51,38%
AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO E FINANCIAMENTO	1	1	1,38%
	2	4	5,55%
	3	21	29,16%
	4	27	37,5%
	5	19	26,38%
EFEITOS MÉDICO-LEGAIS	1	0	0%
	2	3	4,16%
	3	9	12,5%
	4	19	26,38%
	5	41	56,94%
ENSINO	1	0	0%
	2	4	5,55%
	3	21	29,16%
	4	32	44,44%
	5	14	19,44%
EPIDEMIOLOGIA	1	0	0%
	2	5	6,94%
	3	20	27,77%
	4	29	40,27%
	5	18	25,00%

Tabela 4 – Qual a importância dos registos clínicos nas várias vertentes (grau de importância)

Nas análises estatísticas efetuadas, chamo a atenção para a correlação entre o facto de ter ou ter tido alguma responsabilidade em cargos de gestão/liderança e a perceção da importância da importância dos registos de auditoria clínica. Existe evidência estatística que os médicos que têm ou tiveram responsabilidades de liderança/gestão dão mais importância que os restantes ao papel da documentação de auditoria clínica:

		Importância dos registos de auditoria clínica
Em algum momento da sua carreira esteve envolvido em cargos administrativos/gestão de saúde	Pearson Correlation	-,387**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	72

3.3.3 Tempo gasto com os registos clínicos

Na análise das respostas à questão “**Que parte do seu tempo do seu horário de trabalho, calcula que gaste nos registos clínicos**”, destaco que em 72,2% da amostra os médicos acham que gastam mais de 20% do seu tempo de horário de trabalho a fazer algum tipo de registo clínico. São poucos (4,16%) os que acham que o tempo gasto com registos clínicos, seja pouco (menos de 10 % do horário semanal).

Estes resultados são subjetivos, resultando da ideia/sensação que os médicos têm do seu gasto de tempo na necessária tarefa de registarem tudo aquilo que fazem na sua prática diária. Sendo subjetiva esta avaliação e o tempo gasto nos registos de alguma forma considerado por vezes como um mal necessário, podem estes resultados pecar por excessivo.

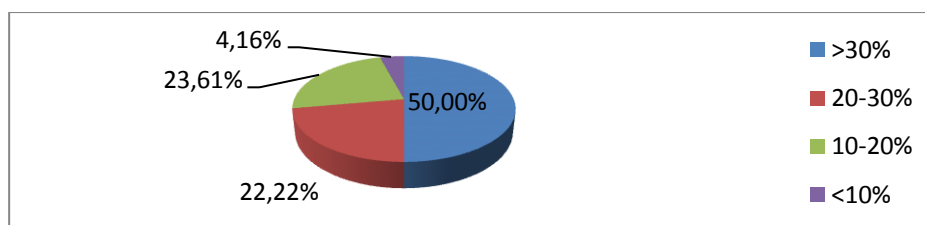


Gráfico 7 – Tempo do horário semanal gasto com os registos clínicos

3.3.4 Que fatores contribuem para diminuição da qualidade dos registos clínicos e o que fazer para melhorar

Na questão “**Qual dos fatores pensa ter mais importância para que os registos clínicos sejam por vezes inadequados**”, destaco o facto de a maioria das respostas centraram-se na falta de tempo para fazer os registos clínicos (48,6%) e nas dificuldades na utilização dos sistemas de informação (40,27%); as restantes hipóteses de resposta tiveram um número de respostas pouco importante. Esta pergunta tinha como hipótese de escolha outra resposta (espaço em branco para preenchimento alternativo), que só em 1 casos foi utilizado, com uma

resposta sugerindo a falta de disciplina dos profissionais.

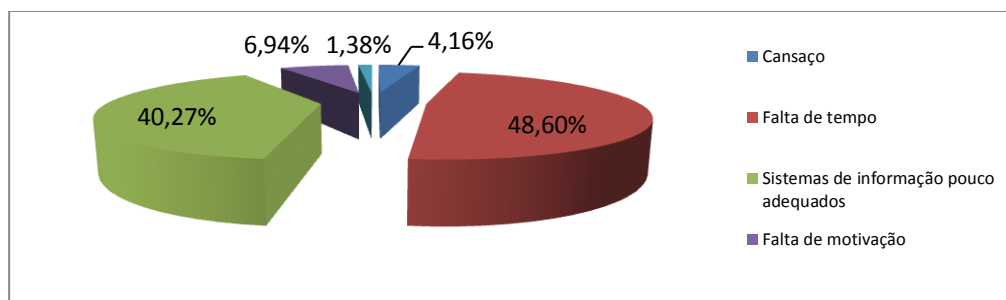


Gráfico 8 – Que fatores contribuem para registros clínicos inadequados (%)

Na análise das respostas à pergunta “*Na sua opinião o que se poderia fazer para melhorar a qualidade dos registros clínicos*”, destaca-se que os médicos, na sua maioria (54,16%), acham que o caminho para melhorar os registros clínicos passa pela utilização de sistemas de informação adequados, bem como aumentar o número de pessoal administrativo que possa prestar apoio nos registros clínicos.

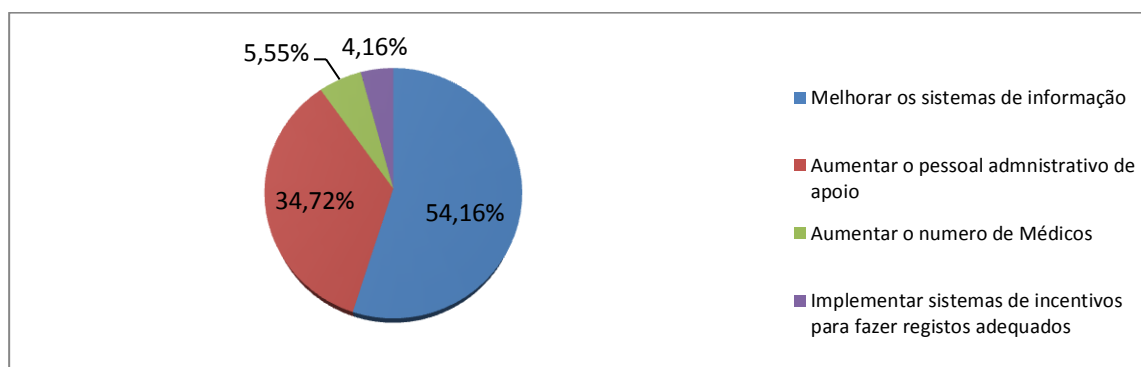


Gráfico 9 – O que se poderia fazer para melhorar a qualidade dos registros clínicos (%)

3.3.5 Importância da formação em gestão e a liderança dos Médicos

Na análise das respostas à questão “*O Jornal The Guardian publicou: Doctors make the best managers for hospitals. Na sua opinião qual das seguintes corresponde mais à sua forma de estar na saúde?*”, destaca-se claramente que a grande maioria dos médicos (93%) concorda com aquela afirmação do jornal britânico, concordando que os médicos devem fazer aquilo que

bem sabem fazer (exercer Medicina), utilizando os recursos de forma racional, mas também, participar ativamente na liderança das unidades de saúde.

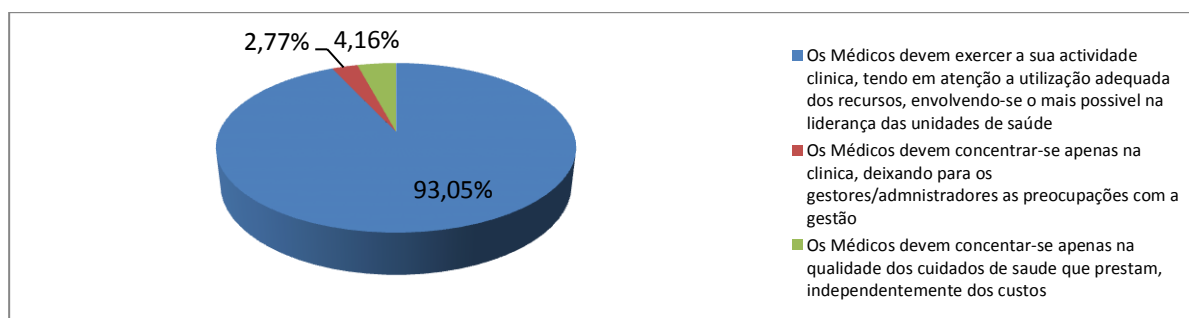


Gráfico 10 – Os médicos são os melhores gestores para os hospitais?

Na análise das respostas à questão “*Na sua opinião, disciplinas como Governância Clínica, Estratégia de Organizações de Saúde, terão importância em algum momento da formação dos Médicos?*”, claramente se chega à conclusão que a grande maioria dos médicos foi a favor do sim (97,22%).

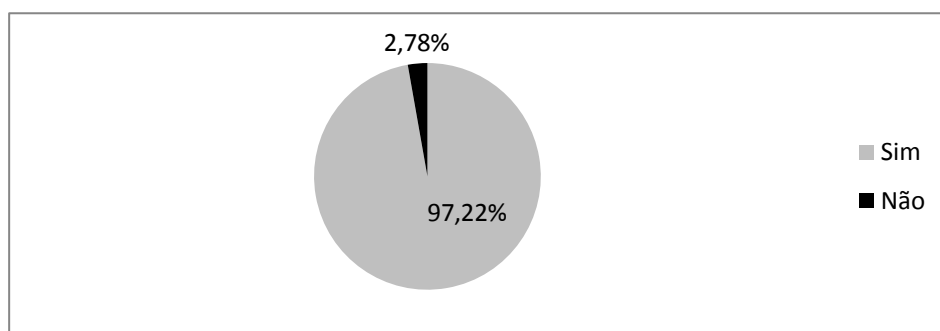


Gráfico 11 – Importância de disciplinas como Governancia Clínica, Estratégia de Organizações de Saúde, Gestão da Qualidade em Saúde na formação dos Médicos

3.3.6 Importância da Codificação Clínica e GDH no financiamento dos hospitais

Na análise das respostas à questão “*Conhece a importância da Codificação Clínica e dos Grupos Diagnósticos Homogéneos (GDH) para o financiamento das unidades de saúde?*”, destaca-se o facto de que a maioria dos médicos (68,05%) tem algumas noções sobre o assunto e apenas 29,16% conhece muito bem a questão da Codificação Clínica/GDH.

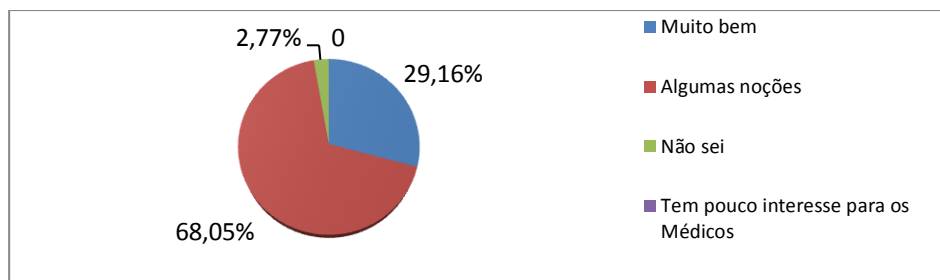


Gráfico 12 – Conhecimento da importância da Codificação Clínica/GDH

No cruzamento de dados com os dados do Gráfico 6 (Envolvimento em Codificação Clínica), pode-se constatar, sem surpresa, que a maioria dos que responderam que conhecem bem a importância da codificação e GDH, pertence ao grupo dos que de alguma forma estiveram ou estão ligados à Codificação Clínica. Existe uma relação positiva de intensidade mediana, com uma relação estatisticamente significativa:

		Está ou alguma vez esteve envolvido em codificação clínica
Conhece a importância da codificação clínica e dos grupos de diagnósticos homogêneos	Pearson Correlation	,506**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	72

Também o grupo de médicos que já teve ou tem algum cargo de gestão/liderança na área da saúde conhece melhor a importância da codificação clínica e dos GDH no financiamento dos hospitais. Existe uma relação positiva de intensidade mediana, com uma relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis:

		Em algum momento da sua carreira esteve envolvido em cargos administrativos/gestão de saúde
Conhece a importância da codificação clínica e dos grupos de diagnósticos homogêneos	Pearson Correlation	,391**
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	72

4. Discussão

Manter níveis elevados de qualidade da informação clínica é um problema no sistema de saúde de qualquer país e unidade de saúde, devendo ser realizados esforços para se estabelecerem *standards* de níveis mínimos de qualidade (Cowan, 2000). A questão da qualidade dos registos clínicos está muito relacionada com a prestação dos cuidados de saúde, na medida em que aqueles são o reflexo da qualidade da prestação dos serviços prestados e o seu nível de complexidade (Salvi, 2000). Na atualidade, o processo clínico contém informações, sinais e imagens, de acontecimentos relacionados com a saúde dos utentes e toda a prestação de cuidados de saúde, curativa ou preventiva, de forma científica, sigilosa, possibilitando a comunicação entre a equipa de saúde (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, entre muitos outros), mas também com os restantes *stakeholders* de toda a cadeia de assistência em saúde (Governo, pagadores, famílias). Sendo assim, manter uma boa qualidade dos registos clínicos é uma prática que terá que ser continuamente estimulada e melhorada.

A documentação clínica dos utentes dos hospitais inclui qualquer e toda a informação relacionada com a passagem do doente pelo hospital, quer seja em consulta, internamento, cirurgia de ambulatório ou simplesmente uma sessão de hospital de dia (por exemplo, tratamento de quimioterapia ou diálise). É utilizada para avaliar o estado atual do utente, avaliar os cuidados prestados, estabelecer um plano de trabalho e possibilitar a continuidade dos cuidados (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2006). É necessário que os registos sejam precisos e completos; a documentação clínica completa e de qualidade tem sido ligada desde sempre a uma boa qualidade dos cuidados de saúde e diminuição dos custos em saúde.

Estudos recentes mostraram que cerca de 20% dos utentes tiveram eventos adversos durante as primeiras semanas após a alta do hospital. O principal tipo de eventos adversos esteve relacionado com a medicação prescrita; mas, existem outros fatores que contribuem para eventos adversos, como sejam, a informação inadequada para os utentes nas notas de alta e também a informação insuficiente para a continuidade de cuidados por outros profissionais de saúde. Um terço dos eventos relacionados com a informação poderia ser prevenido e outro terço, não podendo ser prevenido, poderia ser reduzido na sua gravidade se medidas corretivas fossem instituídas de forma atempada.

Um estudo realizado por Walraven e colaboradores (2002) chegou à conclusão que o risco de re-internamento diminui quando os doentes que tinham estado hospitalizados foram reavaliados pelos médicos assistentes, tendo como ferramenta de avaliação uma nota de alta adequada. Outro estudo (Forster, 2003), chegou à conclusão que o tempo de permanência na urgência de um hospital de Ottawa, era maior em cerca de 1,2 horas nos utentes com défices de registo no processo clínico.

A necessidade de informação com qualidade, atualizada e atempada que esteja disponível de forma segura e simples, leva-nos à importância do uso de uma sistema de informação eletrónico que tenha a possibilidade de permitir a troca de informação entre os vários participantes dos cuidados de saúde nos hospitais (Martins, 2011). A disponibilidade de um sistema desta natureza permite:

- Melhorar substancialmente a qualidade dos registos clínicos e o uso de ferramentas de apoio à decisão clínica;
- Reduzir de forma substancial a possibilidade de erros relacionados com a falta de informação aos profissionais, na altura e locais necessários para tomada de decisões clínicas;
- Diminuir o tempo de disponibilização de resultados clínicos de exames complementares, melhorando a interface com entre o utilizador e as entidades onde são realizados;
- Reduzir custos, conseguindo assim melhorar de forma significativa os indicadores de gestão da performance hospitalar.

Várias discrepâncias podem ser encontradas entre aquilo que se faz na prestação de cuidados de saúde aos utentes e aquilo que é registado na realidade. Como se disse anteriormente, aquilo que não está registado no processo clínico dos utentes é como se não tivesse acontecido.

Como se pode constatar na análise feita aos episódios realmente codificados versus episódios ideais, existia um desvio substancial nos montantes envolvidos, a desfavor da unidade hospitalar em causa; ou seja, este hospital poderá não ser devidamente reembolsado pelos serviços que efetivamente prestou à comunidade, constituindo assim uma diminuição real dos seus resultados operacionais. Esta foi apenas uma estimativa, mas que daria algo como 6.867,40 euros no mês analisado ou 357.104,80 euros/ano de prejuízo real para o hospital, se se

extrapolasse para 52 semanas de trabalho, constituindo um desvio de 2,79%. Esta análise da codificação clínica foi realizada no departamento cirúrgico; sabe-se de longa data e é quase tradicional, de uma forma geral, que os cirurgiões escrevem menos e de pior qualidade que os colegas das especialidades não cirúrgicas; ainda assim, no sector não cirúrgico poderão também existir algumas discrepâncias com relevo na faturação dos processos codificados.

Assim, depois desta análise e da consulta à literatura mundial sobre o assunto, pode dizer-se que a qualidade dos registos médicos é fundamental para uma codificação verdadeira, com todo o financiamento associado, de forma justa e correta; claro que existirão outros fatores a ter em conta no apuramento de contas dos pagamentos do Ministério da Saúde aos hospitais, como por exemplo os contratos-programa das parcerias público-privadas e todas as condicionantes inerentes.

A qualidade dos registos e as implicações associadas à Codificação Clínica são apenas um dos exemplos que se poderia mostrar para concluir que os registos clínicos têm importância na sustentabilidade económica dos hospitais. Os registos clínicos inadequados podem ter implicações financeiras a outros níveis, como sejam:

- Podem levar a que, por deficiente transmissão de informação, sejam pedidos mais exames complementares de diagnóstico, com os consequentes incómodos aos doentes (físicos, psicológicos), gastos materiais e de pessoal e, o consequente aumento do tempo de internamento, que se traduzirá no final em mais custos.
- Podem também levar a mais gastos com novas terapêuticas, quando a evolução dos doentes e da sua resposta às terapêuticas instituídas não sejam devidamente registadas.
- Enquanto propiciadores do erro médico, podem ser responsáveis em última análise, por menos ganhos para os hospitais. Isto porque além dos possíveis efeitos nocivos aos utentes, podem aumentar os gastos com material, aumento do tempo médio de internamento, gastos de tempo em bloco operatório, gastos com pessoal, etc.

Grande parte dos médicos, nos quais me incluía eu antes de fazer formação em Codificação Clínica, não tem noção da importância dos registos clínicos no financiamento das unidades hospitalares em que trabalham; no inquérito aos Médicos, apenas 29% da amostra conhecia muito bem o assunto Codificação e GDH, sendo que a maioria desses, estava ou tinha estado

ligado aos Gabinetes de Codificação. Isso resulta do facto de não haver formação sobre o assunto na formação base dos Médicos, mas também porque há pouca formação nos hospitais, que deveria ser da responsabilidade dos respetivos gabinetes de codificação.

Os médicos preocupam-se pouco com as questões financeiras envolvidas nas suas atividades clínicas?

Os médicos tiveram formação para tratar e curar doentes, tendo como princípios orientadores o famoso Juramento de Hipócrates:

Juro por Apolo Médico, por Esculápio por Higia (ou Hygéia, ou ainda Higeia) por Panaceia e por todos os Deuses e Deusas que acato este juramento e que o procurarei cumprir com todas as minhas forças físicas e intelectuais,

Honrarei o professor que me ensinar esta arte como os meus próprios pais; partilharei com ele os alimentos e auxiliá-lo-ei nas suas carências,

Estimarei os filhos dele como irmãos e, se quiserem aprender esta arte, ensiná-la-ei sem contrato ou remuneração.

A partir de regras, lições e outros processos ensinarei o conhecimento global da medicina, tanto aos meus filhos e aos daquele que me ensinar, como aos alunos abrangidos por contrato e por juramento médico, mas a mais ninguém.

A vida que professar será para benefício dos doentes e para o meu próprio bem, nunca para prejuízo deles ou com malévolos propósitos.

Mesmo instado, não darei droga mortífera nem a aconselharei; também não darei pessário abortivo às mulheres.

Guardarei castidade e santidade na minha vida e na minha profissão.

Operarei os que sofrem de cálculos, mas só em condições especiais; porém, permitirei que esta operação seja feita pelos praticantes nos cadáveres,

Em todas as casas em que entrar, fá-lo-ei apenas para benefício dos doentes, evitando todo o mal voluntário e a corrupção, especialmente a sedução das mulheres, dos homens, das crianças e dos servos,

Sobre aquilo que vir ou ouvir respeitante à vida dos doentes, no exercício da minha profissão ou fora dela, e que não convenha que seja divulgado, guardarei silêncio como um segredo religioso,

Se eu respeitar este juramento e não o violar, serei digno de gozar de reputação entre os

homens em todos os tempos; se o transgredir ou violar que me aconteça o contrário.

O juramento de Hipócrates é um juramento solene efetuado pelos médicos, tradicionalmente por ocasião de sua formatura, no qual juram praticar a medicina honestamente; foi escrito por Hipócrates no século V antes de cristo, tendo sido ratificado em 1948 pela Convenção de Genebra e atualizado em 1968 e 1983. De acordo com este juramento, o principal objetivo da profissão médica é a saúde dos seus doentes, não havendo naturalmente, qualquer referência à qualidade dos registos médicos (que deveriam ser quase inexistentes quando o juramento foi elaborado); de facto, o objetivo da nossa nobre profissão é a saúde dos doentes e será com essa intenção que deveremos agir na nossa prática diária. Mas na prática clínica dos médicos, existem pequenos atos e decisões, com os quais se poderão reduzir custos, otimizar os recursos existentes e em simultâneo melhorar a qualidade; a elaboração de registos clínicos de qualidade é um desses atos.

A maioria dos médicos acha que disciplinas como Governancia Clínica, Gestão da Qualidade, Estratégia de Organizações de Saúde serão importantes em algum momento da sua formação; a maioria deles concordou que os médicos devem fazer aquilo que bem sabem fazer (exercer medicina), utilizando os recursos de forma racional, mas também, participar ativamente na liderança das unidades de saúde.

Na minha prática diária clínica e nas minhas funções como Auditor Clínico e como Codificador Clínico, consigo avaliar que as preocupações com os registos clínicos são muito variáveis com as pessoas e o tipo de especialidades Médicas. Na grande maioria acham que os registos clínicos são mais importantes para a clínica, sendo menos bem importantes para a avaliação da produção e financiamento. De uma forma global os médicos dão compreensivelmente muito mais importância a registos mais ligados à sua área clínica, em prejuízo de outros acessórios (relatórios médicos, auditorias, baixas, etc.); na sua maioria, a amostra concordou que a nota de alta é o elemento de registo clínico mais importante na passagem do doente para o hospital.

De facto, a nota de alta é um elemento de fulcral importância para o doente, para todos os profissionais de saúde implicados no sistema de saúde e também para as tarefas de gestão hospitalar. Horwitz, em 2015, realizou um estudo que demonstrava a associação entre a qualidade das notas de alta e o risco de readmissão hospitalar. Demonstrou ainda que vale a pena o esforço e o tempo despendido com a elaboração de notas de alta de qualidade.

Na análise das notas de alta que foi feita no departamento cirúrgico do hospital, encontraram-se algumas falhas, sendo que a mais importante delas se relacionava com a correta discriminação dos diagnósticos principais, diagnósticos acessórios e complicações associadas. De facto, não são resultados brilhantes, o que poderá ter algumas repercussões a nível da produção hospitalar, bem como a nível da má comunicação para a continuidade dos cuidados.

A firma americana de advogados Morrow Kidman Tinker Macey-Cushman, de Seattle, anuncia nas suas páginas de internet que falhas de comunicação Médica têm sérias consequências para os doentes; convida os doentes e suas famílias a pedirem o seu apoio jurídico se acharem que de alguma forma tenham sido lesados pelas falhas de comunicação Médica, nomeadamente no que diz respeito a notas de alta deficientes. Dizem também: ***“Our attorneys have recovered millions of dollars on behalf of those injured by negligent medical care”***.

Este é mais um dos motivos pelos quais os registos clínicos inadequados podem dar prejuízo aos hospitais: as perdas com pagamentos de indemnizações aos doentes de alguma forma lesados, estando esse dano relacionado com a má comunicação.

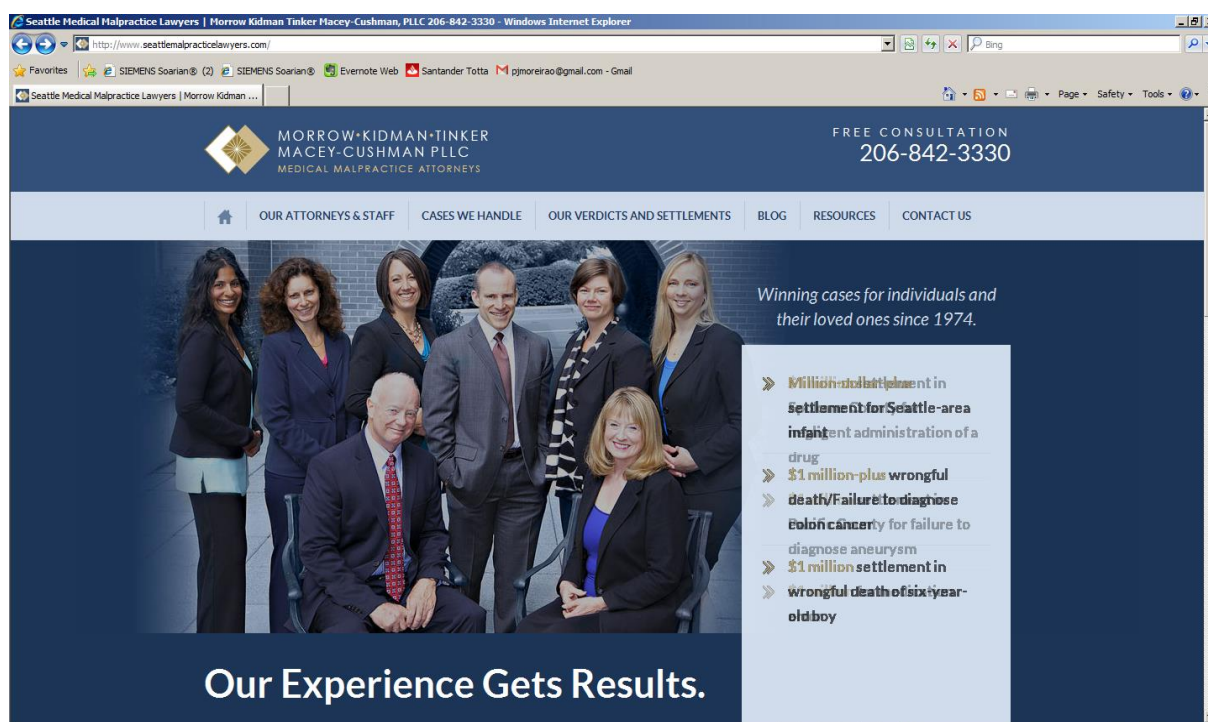


Figura 2 – Firma de advogados Morrow Kidman Tinker Macey-Cushman (especialistas em ajudar utentes/clientes nas questões contra os Médicos)

Esta é uma questão com a qual os Médicos americanos têm que conviver diária e constantemente, a possibilidade de terem de indemnizar pela sua má prática, existindo firmas de advogados que trabalham só para isso; no nosso país, tal ainda não se verifica de forma tão marcada mas está em crescendo este tipo de mercado de trabalho de advocacia.

A maioria dos médicos acha que passa demasiado tempo a fazer registos clínicos, tempo esse que poderia ser melhor utilizado para outras funções. No questionário realizado, 72% dos Médicos achou que passa pelo menos 20% do seu tempo a fazer registos clínicos. Quando estão a tratar os seus pacientes na prática diária, o registo parece roubar tempo que poderia ser melhor utilizado, havendo um conflito permanente entre o tempo disponível e a quantidade de doentes a serem avaliados e tratados. Na verdade, esta sensação de passar tanto tempo a registar (mais de 20% do horário de trabalho), pode estar relacionada com outros fatores.

Porque será que os médicos fazem por vezes registos inadequados ou incompletos? Que fatores contribuirão para isso? Na opinião dos médicos que responderam ao questionário, os fatores mais importantes são a falta de tempo e os sistemas de informação pouco amigáveis para os utilizadores. Fatores como a falta de motivação e cansaço terão pouca importância nesta amostra.

Mas em outros hospitais do sistema de saúde, estes últimos dois fatores poderão ter muito relevo. Shanafelt em 2012, dizia que os médicos sofrem mais de exaustão e esgotamento (*burnout*) que outros trabalhadores, estando as origens do problema mais relacionadas com o ambiente próprio do sistema de saúde do que com as características dos indivíduos mais suscetíveis. Dois fatores que parecem aumentar o *burnout* são a falta de controlo ou de autonomia e a falta de sentido clínico daquilo que os médicos são obrigados a fazer, com a interminável e saturante burocracia, muita da qual deveria ser cumprida por outros profissionais, com óbvios ganhos de performance das instituições (Revista da Ordem dos Médicos, 2015).

A gestão da produção dos registos clínicos é fundamental nos processos de gestão da qualidade assistencial e não deve ser tratada como parente pobre. Dela dependem as atividades que se realizam nas unidades de saúde. Para que haja uma adequada gestão de informação é necessário que todos os profissionais sejam agentes fundamentais e responsáveis pela sua produção e utilização, ou seja, que exista uma cultura institucional de valorização da informação. Em

simultâneo, é necessário que os gestores implementem propostas que permitam articular as perspetivas e necessidades de informação clínicas, de pesquisa e gestão internas com as crescentes necessidades externas (económico-financeiras, vigilância epidemiológica, avaliação de desempenho em várias perspetivas). Os Médicos que exercem ou exerceram cargos de gestão ou liderança compreendem melhor a necessidade de bons registos clínicos e a sua importância em termos de codificação e auditoria clínica, como se pode constatar nos resultados já apresentados, pelo que os líderes terão um papel fundamental no incentivo do registo clínico de qualidade.

O que se pode fazer para aumentar a qualidade dos registos clínicos? De acordo com os resultados do inquérito realizado, a maioria dos médicos pensa que os sistemas de informação deveriam ser melhorados e que deveria haver pessoal administrativo que pudesse prestar apoio aos médicos nos registos.

Sendo fundamentais elevados níveis de qualidade dos registos clínicos, saliento seguidamente algumas das medidas que se poderiam tomar para a poder melhorar:

- Melhoria continua dos sistemas de informação, com organização sistemática e facilidade de utilização dos registos clínicos, em todas as vertentes do sistema de saúde, mantendo a confidencialidade necessária;
- Facilitar o mais possível o acesso dos profissionais aos sistemas de informação, utilizando as ferramentas de hardware já disponíveis no mercado, como sejam os tablets e outros similares.
- Tirar aos médicos alguma da carga de registos necessários, através da utilização de pessoal administrativo de apoio aos registos clínicos (p. ex. elaboração de rascunho de notas de alta); A própria JCI, no Padrão ACC3.2 da sua 4ª edição do manual de acreditação dos hospitais, diz que qualquer indivíduo qualificado para isso pode preparar o sumário da alta, como por exemplo, o médico assistente ou um profissional administrativo; claro que a nota de alta final, teria que ser sempre revista e validada por um médico.
- Incentivos para a produção de registos adequados, à semelhança dos incentivos para outras vertentes do trabalho médico.
- Staffs médicos adequados em número às necessidades da produção, tendo em conta que os

médicos necessitam de tempo para fazer registos clínicos adequados.

- Fazer parte dos planos de formação dos hospitais, temas como a qualidade dos registos e a importância da codificação (por exemplo, nas sessões do internato médico dos hospitais).

- Melhorar a comunicação entre os gestores hospitalares e os profissionais médicos, de forma a um alinhamento conjunto para os mesmos objetivos e missão. Apresentações periódicas das situações financeiras/económicas das unidades de saúde aos seus colaboradores, para que todos tenham uma noção da saúde financeira das organizações em que trabalham (Como estamos? Para onde vamos? Estamos a cumprir os nossos objetivos?).

- Introdução na formação médica de disciplinas no âmbito da gestão em saúde, em algum momento da sua longa formação. Todos os Médicos deveriam receber formação em abordagens sistemáticas para a melhoria da prestação de serviços de saúde. Isso poderia incluir ferramentas para análises das variações e melhorias das práticas das organizações e gestão de processos de solução de problemas em equipa. Esta vertente da participação formal na melhoria da prestação dos serviços de saúde deveria ser uma parte esperada do trabalho de um médico e não apenas uma eventualidade. O American College of Physician Executives relata que mais de cinco por cento dos CEO dos hospitais são agora Médicos, com esse número crescendo rapidamente. As escolas de Medicina na Duke University, da Universidade de Wisconsin e da Universidade de Kentucky, incluem na formação básica clínica, cadeiras como liderança médica, contabilidade, marketing e treino de gestão. Liderança médica é importante porque permite que os médicos se relacionem melhor com os seus pares e, ao aprenderem algo sobre a vertente administrativa, podem ajudar o sistema de saúde a superar um dos seus desafios mais importantes: colmatar a lacuna de comunicação que muitas vezes existe entre a administração e os clínicos.

- Melhoria dos processos de auditoria aos registos clínicos, incentivando a melhoria continua inserida numa cultura de segurança, cumprindo as orientações do despacho 2784/2013 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde no seu artigo 5 que diz, que nos estabelecimentos hospitalares do SNS deve haver um plano de auditoria interna aos registos clínicos. Terão que se estabelecer rotinas de auditoria clínica ao processo clínico em todas as áreas clínicas, de acordo com as normas do Ministério da Saúde e da JCI; para que isso aconteça, deverá haver uma equipa constituída por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, de preferência com formação adequada em auditoria clínica.

- Continuar a incentivar a formação contínua dos médicos codificadores, de forma a extraírem dos processos clínicos, todos os dados codificáveis, de forma adequada. As formações têm importância fundamental para manter os codificadores a par das atualizações e para aumentar o nível de motivação. É assim importante a participação em cursos de atualização, conferências, congressos e o acesso a publicações; existem também algumas publicações *on-line*, *newsletters* e seminários que podem ser preciosas ajudas para os codificadores.
- Incrementar a melhoria contínua da qualidade dos registos em sintonia com os outros profissionais de saúde dos hospitais; tal como outras atividades dos hospitais, terá que ser um trabalho de equipa.
- Criação de programas de melhoria da documentação, à semelhança de países como os Estados Unidos, em que existem os *Documentation Improvement Specialists*, cujo trabalho é promover com os médicos a melhoria contínua da documentação clínica. A mensagem para os Médicos deve ser simples: bons registos clínicos melhoram a comunicação, melhoram o reconhecimento de condições de comorbilidade que podem responder ao tratamento e, mostram ter qualidade e respeitar as normas de segurança. Os médicos são por natureza pensadores independentes, necessitando que lhes sejam mostradas razões claras e concisas para mudar os hábitos de registo clínico.
- Estimular o uso de linguagem específica no registo das impressões clínicas; só assim o departamento de codificação poderá também codificar com mais especificidade, evitando a codificação de diagnósticos ou comorbilidades inespecíficas. Deve ser identificado sempre o diagnóstico principal de admissão, evitando listas de sintomas.
- A documentação dos registos médicos deve respeitar o seguinte:
 - a) Ser clara e precisa.
 - b) Legível.
 - c) Usar abreviaturas e símbolos aprovados.
 - d) Escrever em tinta escura que seja facilmente reproduzível, legível e difícil de apagar, quando os registos são em papel.

- e) Ter o tempo de entrada do registo visível.
- f) Ter a data de entrada visível.
- g) Deve ser assinada pelo autor, e incluir o seu nome impresso e cargo ou tipo de profissional. Num sistema informatizado, isto irá exigir a utilização de um sistema de identificação apropriado, por exemplo, assinatura eletrónica.
- h) Os registos de alunos envolvidos no cuidado e tratamento de um utente deve ser supervisionado por um orientador e devidamente assinalado.
- i) Os registos de diferentes grupos profissionais deverão estar integrados no processo clínico e de fácil acesso.
- j) Uso de registos claros e precisos nas interações clínicas entre o utente e toda a equipa de saúde, nomeadamente no que diz respeito à observação, ao diagnóstico, plano de assistência estabelecido, tratamentos efetuados e resultados;
- k) Ser suficientemente clara, estruturada e detalhada para permitir que outros membros da equipa de cuidados de saúde possa assumir o cuidado do utente em qualquer momento.
- l) Feita no momento dos eventos ou logo que possível. O momento da escrita deve ser distinguido do momento do incidente, evento ou observação que está sendo relatado.
- m) Sequencial, de modo a refletir a cadeia correta dos acontecimentos.
- n) Ser relevante para esse utente.
- o) Todos os erros devem ser devidamente corrigidos. Uma entrada incorreta original deve permanecer legível. Para registos eletrónicos as mudanças devem ser mantidos e a nota de substituição deve ser ligada à nota marcada como "escrito em erro".

5. Conclusão

Com esta tese, procurou-se realçar a importância que a qualidade dos registos médicos têm para que, os hospitais possam ganhar o mais possível com os serviços que prestam às populações; a registos médico de qualidade irão corresponder benefícios para a saúde financeira dos hospitais (menos gastos e mais encaixes financeiros) e naturalmente, os doentes irão beneficiar com isso.

Os problemas e dificuldades que se verificaram nas amostras colhidas em apenas um hospital, poderão também ser comuns a outras unidades hospitalares, pelo que as propostas sugeridas para melhorar a qualidade dos registos clínicos, poderão também ser aplicadas noutros hospitais.

Resta-me dizer que falta fazer ainda muito trabalho, na senda da melhoria contínua da qualidade dos registos clínicos; cabe a todos os intervenientes contribuírem um pouco mais, visto ser responsabilidade de todos. Apenas assim se conseguirá que os registos clínicos contribuam para a prestação de bons serviços às populações e, simultaneamente que os hospitais tirem proveito deles do ponto de vista financeiro.

Dizia Michael Porter que em saúde, a maior qualidade corresponde um menor custo, pelo que terá que se trabalhar nesse sentido em todas as vertentes do sistema de saúde. Os médicos, sem qualquer dúvida, terão que continuar a fazer aquilo que melhor sabem fazer: cuidar dos seus pacientes, não excluindo no entanto, a necessidade de ter fazer registos clínicos de qualidade.

6. Bibliografia

- **Administração Central do Sistema de Saúde** – Registo de Saúde Electrónico, 2009
- **Administração Central do Sistema de Saúde** – Circular normativa nº23/2014/DPS/ACSS de 27-8-2014
- Araújo, S. – **Segurança na Circulação de Informação Clínica**. Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2007. Tese elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Redes e Serviços de Comunicação ministrado pela Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- **Audit Commission of Royal College of Physicians** – Improving clinical records and clinical coding together, Royal College of Physicians, London, 2009
- Bali, A et al – Management of medical records: Facts and Figures for surgeons, **Journal of Maxillofacial Oral Surgeons**, Setembro 2011, 10(3): 199-202
- Barreto, J e Paiva, P. – O registo clínico orientado por problemas, **Revista de Medicina Interna**, 2008, Vol.15, nº3, pág.201-206
- **Berg, M** – Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges, **International Journal of medical Informatics**, vol. 64, (2-3), Dez 2001, 143-156
- Braga, R. – Os registos clínicos e a codificação, **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, 2012; 28: 155-6
- Bugada, H – Os pilares fundamentais da clinical governance, **Revista Portuguesa de Gestão & Saúde**, fev 2006, nº0
- Cardo, S. – The quality of medical records: a retrospective study in Lazio region, Italy – **Annale di Igiene**, 2003 Sep-Oct;15(5):433-42
- Cheng, P. – The risk and consequences of clinical miscoding due to inadequate medical documentation: a case study of the impact on health services funding, **Health Management Information Management Journal**, vol.38, nº1, 2009
- College of Physicians and Surgeons of Ontario – **A guide to better physician documentation**, Physician Documentation Expert Panel, Nov 2006, Ontario
- Cowan, J - Clinical governance and clinical documentation: still a long way to go?, **Clinical Performance and Quality Healthcare**, Vol. 8 Iss: 3, pp.179 – 182
- Cox, JL, Undocumented patient information: an impediment to quality of care, **The American Journal of medicine**, [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(02\)01481-X/abstract](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(02)01481-X/abstract)
- Delgado, M. – Os médicos e a gestão, **Acta Médica Portuguesa**, 2014 Mar-Abr; 27(2): 155

- Emberlyn-Tocci S, Rowe, JM – Maintaining medical record, **Medical Group Management**, 1983 Jul-Ago; 30(4), 54-6, 64-5
- Espanha, R.; Fonseca, R. – PNS 2011-2016: tecnologias de informação e comunicação, **Alto Comissariado da Saúde**, Lisboa, 2010.
- **European commission**. Directorate-general of health and consumer protection. Special eurobarometer survey on medical errors. Brussels: Directorate-General of Health and Consumer Protection, 2006.
- Fernandes, A. – **Plano Nacional de Saude 2012-2016**, DGS, 2014
- Fragata, J – A segurança dos doentes – Indicador de qualidade em saúde, **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, capa, v26, nº6, 2010
- Gillom, R – From papyrus to the electronic tablet: a brief history of the clinical medical records with lessons for the digital age, **The American Journal of Medicine**, vol. 126, 10, outubro 2013, p853-57
- Hanson JL et al - Quality of outpatient clinical notes: a stakeholder definition derived through qualitative research, **BioMedCent Health Services Research**, 2012 Nov 19;12:407. doi: 10.1186/1472-6963-12-407.
- Hill, E. – Five common coding errors mistakes that are costing you, **Family Practice Management**, 2011 Mar-Apr;18(2):31-5
- Horwitz, L – Discharge Summaries v.s. Hospital readmission Rates, Morning Signout, 2015, morningsignout.com/discharge-summaries-vs-hospital-readmission-rates/
- **Hospital Case Management** - Documentation must be complete and accurate, 2014 Jul;22(7):93-4.
- IOM Report – To err is human, **Institute of Medicine**, 1999
- **Joint Comission International**, JCI Accreditation Standards for Hospitals, 5th Edition, 2014
- Kardos, GG - Failure to document, **Quality assurance and utilization review**, 1991 Fall; 6(3):99-103.
- Lapão, L. – A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitectura de sistemas e de profissionais altamente qualificados, **Revista de Estudos Politécnicos**, 2005, Vol.II, nº4, 015-027
- Lapão, L. – **Survey on the status of the Hospital Information System in Portugal**, Methodes of Information in Medicine, 2007; 46

- Lopes, F – A importância dos registos clínicos para a avaliação da produção e o financiamento hospitalar, **Associação para a Medicina, Artes e ideias**, <http://www.amaieurope.org/md/index.php/2014-02-03-11-01-55/spminestor>
- Macedo, A., Reis, A. – **A saúde não tem preço mas tem custos**, Edições Silabo, Lisboa, 2011
- Martins, M – **Processo Clínico Electrónico – Levantamento de Processos no Hospital da Prelada**, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Mestrado Integrado em Engenharia Mecânica, 2011
- Marreiros, A et al – **A codificação numero-patológica dos hospitais públicos portugueses . Implementação de mecanismos de suporte no processo de avaliação dos registos clínicos hospitalares e sua relação com o financiamento**, 2010, <http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=ptPT&biw&bih&q=cache:8mpWyn64FIJ:htt://diarium.usal.es/pgalindo/files/2012/07/2010HJHospitalesMarreiros.pdf%2Bclassifica%C3%A7%C3%A3o+numeropatol%C3%B3gica+dos+hospitais+publicos+em+portugal&gbv=2&&ct=clnk>
- **Ministério da Saúde/ACSS** - Portaria 839-A/2009, Diário da República, 1ª série, nº147, 31.7.2009
- **Ministério da Saúde**, Despacho nº 2784/2013, Diário da República, 2ª série, nº36, 20.2.2013
- **Ministry of health – New South Wales** – Policy Directive: Health Care Records - Documentation and Management, 21 Dec 2012
- Morrow, K. – Specifics matter when it comes to coding, **Medical Management Group Association** Connex, 2013 Apr;13(4):12-3,
- Morrow, K e al – **Failure to communicate test results**, <http://www.seattlemalpracticelawyers.com/legal-services/medical-malpractice/lawyer/failure-to-communicate-test-results/>
- Navsaria, D – **Coding and Documentation: a Brief Guide, Medscape Medical Students**, <http://www.medscape.com/viewarticle/414681>
- OCDE - **OECD Series on Health Care Quality Reviews**, 2015
- Packard, D - 5 important qualities for a medical leader (and one to avoid), **Beckers's Hospital Review**, 15 Set 2015, <http://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/5-important-qualities-for-a-medical-leader-and-one-toavoid.html?sthash.b7bsjghr.mjjo>
- Parente F. et al – Processo clínico informatizado: uma opinião, **Medicina Interna**, 2003, voll.10, nº4, pás. 227-230
- Rahn, A. – Shore up your clinical documentation, **Medical Economics**, 2011 Feb

10;88(3):26-8

- Reid, B et al – Coded data quality for Casemix payments: insights from two external audits, **BMC health services Research**, 2011, 11(Suppl 1): A8

- **Royal College of Physicians** - Improving clinical records and clinical coding together, Audit Commission, London, 2009

- Rosado, J et al – Importance of the quality of the Discharge Report in the Management of a Surgical Clinica Unit – **Cirugia Española**; 2013, 91(6): 378-383

- Salvi, J. et al – Factores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de papel, **Revista de Administração em Saúde**, Vol.13, nº50 – Jan-Mar,2011

- Scheffer, G et al, - defining and improving data quality in medical registries: a literature review, case study, and generic framework, **Journal American of medical Information Association**, 2002: 9:600-611

- Schout, D. & Novaes, H.- From records to indicators: the management of health care information production in hospitals, **Ciência e Saúde Colectiva**, 2007 Jul-Aug;12(4):935-44.

- Shanafelt, T. et al - Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population, **JAMA Internal Medicine**, 2012, Vol 172, nº18

- Silva, F.& Neto, J – Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil, **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31(2): 113-126, 2007

- Silva, J – Os Médicos portugueses estão em burnout, **Revista da Ordem dos Médicos**, Editorial, ano 31, nº157, março 2015

- Singiseti, K, Staley H. – Good medical records: a guide for the foundation year doctor, **British Journal of Medicine Hospital**, 2009 Oct;70(10):M159.

- Sousa,J. – Sistemas de anotação clínica, **Revista portuguesa de Medicina Geral e familiar**, 2000, 10

- Swage, T. – **Clinical Governance in Health Care Practice**, 2ªEd, Edimburgh: Butterworth Heinemann, 2004

- Porter, M, Teisberg, E – **Redefining health care: creating value-based competition results**, Harvard Business School Press, 2006

- Rahn, AC – Shore up your clinical documentation – **Medical Economics**, 2011 Feb 10;88(3):26-8.

- Renaud J., Salinas I - Evaluación de la calidad de las historias clínicas, **Pápeles Médicos**, 2001;10(1):32-40

- Salvi, J. et al - Factores que interferem na utilização do prontuário do paciente em suporte de

papel – **Revista de Administração em Saúde**, Vol. 13 N° 50 Janeiro-Março de 2011

- Taufen, A – 13 ways you can improve patient safety, **Medical Group Management Association**, March 2012

- Towers, A. – Clinical documentation improvement – A physician perspective, **Journal of AHIMA** 84, 7(Jul 2013: 34-41

- Urbano,J e Bentes,M - **Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos**, Conferência Sobre Financiamento e Gestão de Serviços Hospitalares, Vilamoura, Abril de 1988
Organizada pela Secretaria de Estado da Administração de Saúde - Sistemas de Informação para a Gestão de Serviços de Saúde

- Varela, A., rola, J. - Nota de alta hospitalar – Que informação para o Médico de Família, **Acta Médica Portuguesa**, 2000: 13:81-84

- Wallis, K. et al - Surviving "Payment by Results": a simple method of improving clinical coding in burn specialised services in the United Kingd, **Burns**, 2009 Mar;35(2):232-6

- Walraven et al – Effect of discharge summaries availability during pos-discharge visits on hospital readmission, **Journal of Internal Medicine**, 17 (3): 186-192, 2002

-Weed, L – Medical records that guide and teach, **New England Journal of Medicine** 278:593-600, 652-657 (March 1968)

- Weingart, S. et al – Epidemiology of medical error, **BMJ**, 2000 Mar; 320 (7237): 774-777

- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. **Medical Journal of Australia**. 1995;163:458-71

- Zlabek, J. et al - Early cost and safety benefits of an inpatient electronic health record- **Jounal American of Medical Information Association**, 2011;18:169-172.

A importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais

ANEXO I

Tipo de episódio	GDH	Valor atribuído real (euros) Grupo 1	Novo GDH	Valor atribuído após revisão (euros)	Doença	Intervenção cirúrgica
Internamento	556	8.395,50		8.395,50	Litíase vesicular	Colecistectomia Kocher
Internamento	580	2760,48		2760,48	Metástase hepática	
Internamento	565	11.238,89		11.238,89	Bócio	Tiroidectomia total
Internamento	290	2.513,19		2.513,19	Bócio	Tiroidectomia total
Internamento	167	1.750,22		1.750,22	Apendicite	Apendicectomia laparoscópica
Internamento	191	9.313,03		9.313,03	Metástases hepáticas	Hepatectomia dta
Internamento	192	4.613,98		4.613,98	Metástases hepáticas	Metastasectomias + laqueação portal
Internamento	167	1.750,22		1.750,22	Apendicite	Apendicectomia laparoscópica
Internamento	494	1.819,95		1.819,95	Litíase vesicular	Colecistectomia laparoscópica
Internamento	183	1.577,69		1.577,69	Diverticulite aguda	
Internamento	494	1.819,95		1.819,95	Litíase vesicular	Colecistectomia laparoscópica
Internamento	158	2.043,76		2.043,76	Abcesso perianal	Drenagem
Internamento	160	2.447,05		2.447,05	Hérnia incisional	Hernioplastia incisional
Internamento	585	12.296,60		12.296,60	Trombose mesentérica	Trombectomia/Laparostomia
Internamento	270	1.455,96		1.455,96	Hemangioma cervical	Excisão
Internamento	286	5.483,58		5.483,58	T.suprarenal	Suprenalectomia
Internamento	494	1.819,95		1.819,95	Litíase vesicular	Colecistectomia laparoscópica
Internamento	466	1.873,87		1.873,87	Para quimioterapia	Colocação de Implantofix
Internamento	394	2.318,13		2.318,13	Adenopatias abdominais	Excisão laparoscópica de ganglios
Internamento	291	1.443,26		1.443,26	Quisto tiroglosso	Operação Sistrunk
Internamento	465	1.230,23		1.230,23	Para quimioterapia	Colocação de Implantofix
Internamento	465	1.230,23		1.230,23	Para quimioterapia	Colocação de Implantofix
Internamento	149	5.350,11		5.350,11	T.cólon dto	Hemicolectomia dta laparotomia
Internamento	148	6.495,75		6.495,75	T.sigmoideia	Sigmoectomia laparotomia
Internamento	167	1.750,22		1.750,22	Apendicite	Apendicectomia laparoscópica
Internamento	565	12.296,60		12.296,60	Status estomas	Encerramento ileostomia + colostomia
Internamento	120	6.831,47		6.831,47	Pé diabético	
Internamento	468	7.263,99		7.263,99	Isquémia mesentérica	Enterectomia segmentar
Internamento	161	2.618,86		2.618,86	Hérnia inguinal	hernioplastia inguinal
Internamento	40	1.549,18		1.549,18	Dacriocistite crónica	Dacriocistorinostomia
Internamento	39	1.777,54	535	2.917,67	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Internamento	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Internamento	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Internamento	42	1.539,59		1.539,59	Retinopatia diabética	Injecção intra-vitreo
Internamento	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Internamento	55	1.986,73		1.986,73	Amigdalite crónica	Amigdalectomia
Internamento	55	1.986,73		1.986,73	Amigdalite crónica	Amigdalectomia
Internamento	55	1.986,73		1.986,73	Amigdalite crónica	Amigdalectomia
Internamento	60	1.102,99		1.102,99	Adenoidite crónica	Adenoidectomia

A importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais

Tipo de episódio	GDH	Valor atribuido real (euros) Grupo 1	Novo GDH	Valor atribuido após revisão (euros)	Doença	Intervenção cirurgica
Internamento	161	2.618,86		2.618,86	Hérnia inguinal	hernioplastia inguinal
Internamento	311	1.364,90	310	2.778,35	Litíase renal	Stent uretral
Internamento	494	1.819,95		1.819,95	Litíase vesicular	Colecistectomia laparoscópica
Internamento	193	7.295,62		7.295,62	Colecistite	Colecistostomia percutânea
Internamento	167	1.750,22		1.750,22	Apendicite	Apendicectomia laparoscópica
Internamento	147	6.540,80		6.540,80	T.recto	Ressecção anterior do recto laparoscópica
Total		167.733,86 euros		169.787,44 euros		

Tipo de episódio	GDH	Valor atribuido real (euros) Grupo 1	Novo GDH	Valor atribuido após revisão (euros)	Doença	Intervenção cirurgica
Ambulatório	160	2.447,05		2.447,05	Hérnia incisional	hernioplastia
Ambulatório	162	1.717,15		1.717,15	Hérnia inguinal	hernioplastia inguinal
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Quisto sebáceo	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Quisto sebáceo	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Quisto sebáceo	Excisão
Ambulatório	267	1.112,82		1.112,82	Sinus pilonidal	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Quisto sebáceo	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Quisto sebáceo	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Lipoma	Excisão
Ambulatório	284	715,28		715,28	Unha encravada	Excisão
Ambulatório	284	715,28		715,28	Unha encravada	Excisão
Ambulatório	267	1.112,82		1.112,82	Sinus pilonidal	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Quisto sebáceo	Excisão
Ambulatório	494	1.819,95		1.819,95	Litíase vesicular	Colecistectomia laparoscópica
Ambulatório	162	1.717,15		1.717,15	Hérnia inguinal	hernioplastia inguinal
Ambulatório	160	2.447,05		2.447,05	Hernia incisional	Hernioplastia
Ambulatório	162	1.717,15		1.717,15	Hérnia inguinal	hernioplastia inguinal
Ambulatório	162	1.717,15		1.717,15	Hérnia inguinal	hernioplastia inguinal
Ambulatório	160	2.447,05		2.447,05	Hérnia ventral	Herniorrafia
Ambulatório	284	715,28		715,28	Unha encravada	Excisão
Ambulatório	189	1.327,76		1.327,76	Hérnia umbilical	
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	T.pele	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	Lipoma	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	T.pele	Excisão
Ambulatório	266	2.237,86		2.237,86	Queratose actínica	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96		1.455,96	T.pele	Excisão
Ambulatório	270	1.455,96	269	3.326,23	T.pele	Excisão
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	42	1.539,59		1.539,59	Retinopatia	Injecção vítrea

A importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais

Tipo de episódio	GDH	Valor atribuído real (euros) Grupo 1	Novo GDH	Valor atribuído após revisão (euros)	Doença	Intervenção cirúrgica
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	42	1.539,59		1.539,59	Retinopatia	Injeção vítrea
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	42	1.539,59		1.539,59	Retinopatia	Injeção vítrea
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	461	2.587,93		2.587,93	Status pos cirurgia catarata	Remoção de pontos
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54	534	4721,09	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	40	1.549,19		1.549,19	Lesão palpebral	Excisão
Ambulatório	39	1.777,54		1.777,54	Cataratas	Cirurgia de cataratas
Ambulatório	42	1.539,59		1.539,59	Retinopatia	Injeção vítrea
Ambulatório	40	1.549,19		1.549,19	Lesão palpebral	Excisão
Ambulatório	60	1.102,99		1.102,99	Amigdalite/adenoidite	Amigdalectomia/adenoidectomia
Ambulatório	60	1.102,99		1.102,99	Amigdalite/adenoidite	Amigdalectomia/adenoidectomia
Ambulatório	60	1.102,99		1.102,99	Amigdalite	Amigdalectomia
Ambulatório	73	904,34		904,34	Papiloma nasal	Excisão
Ambulatório	60	1.102,99		1.102,99	Amigdalite/adenoidite	Amigdalectomia/adenoidectomia
Ambulatório	72	1.057,70		1.057,70	Desvio do septo	Septoplastia
Ambulatório	60	1.102,99		1.102,99	Amigdalite	Amigdalectomia
Ambulatório	62	1.250,60		1.250,60	Otite média crónica	Miringotomia
Total		88.911,18 euros		93.725 euros		

ANEXO II

Episódio	Motivo de admissão	Procedimentos	Instruções para continuidade dos cuidados	Diagnóstico principal e comorbilidades
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	1	1	1	0
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	1	1	1	1
9	1	1	1	0
10	1	1	1	1
11	1	1	1	1
12	1	1	1	0
13	1	1	1	0
14	1	1	1	0
15	1	1	1	1
16	1	1	1	1
17	1	1	1	1
18	1	1	1	1
19	1	1	1	1
20	1	1	1	1
21	1	1	1	1
22	1	1	1	1
23	1	1	1	0
24	1	1	1	1
25	1	1	1	1
26	1	1	1	1
27	1	1	1	1
28	1	1	1	1
29	1	1	1	1
30	1	1	1	0
31	1	1	1	0
32	1	1	1	0
33	1	1	1	0
34	1	1	1	1
35	1	1	1	1
36	1	1	1	1
37	1	1	1	1
38	1	1	1	1
39	1	1	1	1
40	1	1	1	0
41	1	1	1	0

A importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais

Episódio	Motivo de admissão	Procedimentos	Instruções para continuidade dos cuidados	Diagnóstico principal e comorbilidades
42	1	1	1	0
43	1	1	1	0
44	1	1	1	0
45	1	1	1	0
46	1	1	1	0
47	1	1	1	0
48	1	1	1	0
49	1	1	1	0
50	1	1	1	1
51	1	1	1	0
52	0	1	1	1
53	1	1	1	0
54	1	1	1	0
55	1	1	1	1
56	1	1	1	0
57	1	1	1	1
58	1	1	1	0
59	1	1	1	0
60	1	1	1	1
61	1	1	1	0
62	1	1	1	0
63	1	1	1	1
64	1	1	1	1
65	1	1	1	1
66	1	1	1	0
67	1	1	1	0
68	1	0	1	0
69	1	0	1	0
70	1	1	1	1
71	1	1	1	1
72	1	1	1	1
73	1	1	1	1
74	1	1	1	1
75	1	1	1	1
76	1	1	1	1
77	1	1	1	1
78	1	1	1	0
79	1	1	1	0
80	1	1	0	0
81	1	1	1	1
82	1	1	1	0
83	1	1	1	0

A importância da qualidade dos registros médicos para os hospitais

Episódio	Motivo de admissão	Procedimentos	Instruções para continuidade dos cuidados	Diagnóstico principal e comorbilidades
84	1	1	1	1
85	1	1	1	1
86	1	1	1	1
87	1	0	1	0
88	0	0	1	0

1=Presente

0=Ausente ou
incompleto

ANEXO III

A importância dos médicos para os hospitais

Olá caros colegas, sou o Paulo Oliveira, vosso colega da Cirurgia Geral do HBA. Estou a terminar o Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde e gostaria de pedir a vossa colaboração, no sentido de responder a um breve questionário (Anónimo). Este irá fazer parte da minha tese sobre "A importância dos registos para os hospitais". Agradeço desde já a vossa colaboração e se possível, respondam com brevidade. Demora cerca de 3 minutos a responder. Muito obrigado.

Nota: Para responder terão que clicar no topo da página em fill it out in Google Forms (Para quem tiver GMAIL). Quem não tiver GMAIL diga-me (paulo.oliveira@hbeatrizangelo.pt), que eu enviarei outro tipo de questionário).

* Required

Idade *

Sexo *

Final da licenciatura *

Anos desde o fim da licenciatura até agora

Especialidade *

Em algum momento da sua vida profissional esteve envolvido em cargos administrativos/gestão em saúde? *

Está ou alguma vez esteve envolvido em codificação clínica? *

De todos os tipos de registos seguintes, atribua um valor de importância para si na sua atividade clínica *

Sendo que 5 é o de maior valor para si

	1	2	3	4	5
Nota de alta	☐	☐	☐	☐	☐

A importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais

	1	2	3	4	5
Diário clínico	☐	☐	☐	☐	☐
Relatório operatório	☐	☐	☐	☐	☐
Declarações burocráticas, tipo atestados, baixas	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliação de Internamento	☐	☐	☐	☐	☐
Registos de auditoria clínica	☐	☐	☐	☐	☐

Que parte do tempo do seu horário de trabalho, calcula que gaste nos registos clínicos? *

Na sua opinião, os registos clínicos são importantes para:

Classifique de acordo com a importância para si (sendo 5 o mais importante)

	1	2	3	4	5
Clinica	☐	☐	☐	☐	☐
Investigação	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliação da produção e financiamento	☐	☐	☐	☐	☐
Efeitos médico-legais	☐	☐	☐	☐	☐
Ensino	☐	☐	☐	☐	☐
Epidemiologia	☐	☐	☐	☐	☐

Qual dos fatores pensa ter mais importância para que os registos clínicos sejam por vezes inadequados? *

A importância da qualidade dos registos médicos para os hospitais

Se tiver outra opinião, pode responder em texto livre mais abaixo

Na sua opinião o que se poderia fazer para melhorar a qualidade dos registos clínicos? *

Escolha o mais importante para si. Se tiver outra sugestão pode escrever em texto livre mais abaixo

Outra opinião

O Jornal The Guardian publicou: Doctors make the best managers for hospitals. Na sua opinião, qual das afirmações seguintes corresponde mais à sua forma de estar na saúde? *

Na sua opinião, disciplinas como Governancia Clinica, Estratégia de Organizações de Saúde, Gestão da qualidade em Saúde, terão importância em algum momento da formação dos médicos? *

Conhece a importância da Codificação Clínica e dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) para o financiamento das unidades de saúde? *

Submit