



M 2014

**U. PORTO**  
FEUP FACULDADE DE ENGENHARIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# **A CERTIFICAÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

**O CASO DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE**

**SUSANA MARTA SANTOS PRECIOSO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

À FACULDADE DE ENGENHARIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM  
CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

A Certificação de Serviços de Informação em  
instituições hospitalares: o caso do Centro  
Hospitalar São João, EPE

Susana Marta dos Santos Precioso

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Ciência da Informação,  
orientada pelo Professor Doutor Gabriel David

Faculdade de Engenharia e Faculdade de Letras  
Universidade do Porto

Membros do Júri

Professor Doutor António Lucas Soares  
Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Professor Doutor José Carlos Nascimento  
Universidade do Minho

Professor Doutor Gabriel de Sousa Torcato David  
Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

julho de 2014

## **Agradecimentos**

À Dra. Fernanda Gonçalves pela disponibilidade e dedicação com que enfrentou este trabalho, por todos os ensinamentos que me transmitiu ao longo da minha permanência no Setor de Arquivo do CHSJ, e pela motivação e entusiasmo com que sempre dirigiu este trabalho.

Ao Professor Gabriel David pelas horas dispensadas e pelo empenho e orientação sempre demonstrada no decorrer deste trabalho.

À Dra. Joana Gomes e ao Dr. José Pedro Maçorano pelo apoio que me prestaram sempre que necessário e pela dedicação para com o projeto. À Patrícia pelo carinho e pela ajuda no decorrer do trabalho.

Ao Engenheiro Emanuel Silva pela boa disposição com que sempre me recebeu e por todos os ensinamentos passados no âmbito do projeto de Certificação.

A todos os colaboradores do Setor de Arquivo e Acesso à informação, dos quais não me compete nomear ninguém em concreto, pois todos se mostraram sempre muito recetivos e entusiastas no decorrer do projeto. A estes um agradecimento por todas as horas disponibilizadas em meu auxílio e apoio.

À Dra. Sara da Secretaria Geral do Ministério da Saúde por me ter permitido assistir a algumas reuniões do grupo de trabalho com vista à normalização e à certificação de serviços de arquivo em instituições de saúde.

Aos meus amigos, por se manterem sempre presentes, apesar das minhas constantes ausências.

Aos meus pais, pelo apoio manifestado em todo o meu percurso académico, e o auxílio e carinho demonstrando em todas as horas, e ao meu irmão, pela companhia nas viagens até ao Porto.

Ao Coutinho, pela calma com que encarou este projeto, e pela amizade e apoio demonstrada ao longo de todo o percurso.

## Resumo

O CHSJ é uma instituição hospitalar de referência na prestação de cuidados ao utente e, simultaneamente, um hospital universitário. Por esse motivo, a informação clínica produzida nesta unidade hospitalar reveste-se de particular interesse para a prestação de cuidados e para a investigação científica, constituindo o reflexo da atividade de prestação de cuidados de saúde realizada na instituição. No que se refere à estrutura orgânico-funcional do CHSJ, a responsabilidade da gestão da informação clínica é partilhada pelos diferentes serviços que participam na admissão, acompanhamento e alta do utente durante a prestação de cuidados, bem como pelo Serviço de Gestão da Informação (SGI), que integra o Serviço de Informática e o Setor de Arquivo e Acesso à Informação, sendo responsável por assegurar a gestão e a preservação da informação clínica produzida/ recebida, bem como a gestão de toda a infraestrutura de suporte à produção e armazenamento de registos clínicos, independentemente do suporte.

A presente proposta serviu como estudo preliminar para certificação do SGI, com enfoque para a análise e mapeamento de processos, no sentido de contribuir para a implementação de boas práticas. Tendo por referência a norma ISO 9001:2008, bem como orientações para a gestão de serviços de informação e normas específicas para a área da Saúde, o presente projeto, contribuiu para uma análise dos requisitos base a considerar na certificação de um Serviço de Informação numa instituição hospitalar. Com isto pretende-se alcançar de níveis adequados de qualidade do Setor de Arquivo, mensuráveis pela conformidade dos indicadores de qualidade do Serviço.

Este trabalho insere-se num projeto macro de normalização atualmente em curso, que envolve a certificação dos Serviços de Arquivo de instituições de Saúde, no qual o CHSJ participa. Nesse contexto, o presente projeto foi desenvolvido em articulação com um projeto de dissertação de mestrado na área da qualidade, sob a tutela do Serviço de Certificação, focando-se nos aspetos específicos da Ciência da Informação.

**Palavras-chave:** setor de arquivo, certificação, qualidade, gestão da informação

## Abstract

The CHSJ is a hospital institution of reference in the diligence to the patient and, simultaneously, a university hospital. For that reason, the clinical information produced in this hospital unit is of particular interest in the thoroughness of care and in the scientific investigation, establishing, this way, a reflection of the activity in the thoroughness of care carried out in this institution. In what concerns the organic-functional structure of the CHSJ, the responsibility of the clinical information management is shared by different services that participate in the admission, accompanying and discharge from hospital of the patient during the diligence, as well as by the Information Management Service (IMS), which integrates the Informatics' Service and the Archive Sector and Access to Information, being responsible for assuring the management and preservation of the clinical information produced / received, as well as the management of all infrastructure support to the production and storage of the clinical registers, independently of the support.

The present proposal served as a preliminary study for the certification of the IMS, focused on the analysis and mapping of processes, so as to contribute to the implementation of good practices. Having as reference the ISO 9001:2008 norm, as well as the orientations for the management of information services and specific norms in the Health area, the present project, contributed to an analysis considering the base requirements in the certification of an Information Service in a hospital institution. With this, it is pretended to achieve adequate levels of quality in the Archive Sector, measurable in conformity with the quality service indicators.

This work is inserted in a macro project of normalization currently in course, which involves the certification of the Archive Sector of Health institutions, in which the CHSJ participates. In that context, the present project was developed in articulation with a master's degree treatise project in the field of quality, tutored by the Certification Service, focusing in the specific aspects of Science Information.

**Keywords:** Archive Sector, Certification, Quality, Information Management

# Índice de conteúdo

Lista de figuras .....	9
Lista de tabelas .....	11
Lista de abreviaturas e siglas.....	13
1. Introdução.....	16
1.1. Contexto da investigação .....	16
1.2. Apresentação da investigação.....	18
1.2.1. Questões de partida .....	20
1.2.2. Objetivos do trabalho .....	23
1.3. Estratégia de investigação .....	24
1.3.1. O modelo científico informacional.....	24
1.3.2. Abordagem e metodologia de investigação .....	25
1.3.3. Método quadripolar.....	26
1.4. Enquadramento da investigação no contexto do projeto de certificação do SGI do CHSJ .....	29
2. Revisão da Literatura .....	32
2.1. A Gestão da Qualidade.....	32
2.2. A série ISO 9000.....	33
2.2.1. Sistemas de Gestão da Qualidade.....	39
2.2.2. Abordagem por processos .....	41
2.3. Casos Similares .....	43
2.3.1. Caso A: Implementação de um SGQ num Hospital Universitário .....	43
2.3.2. Caso B: Archive Service Accreditation .....	46
2.3.3. Caso C: Implementação de um SGQ numa unidade hospitalar domiciliária .....	50
2.4. Aplicação das ISO 9000 na saúde .....	52
2.5. Modelos de acreditação/ Certificação em Portugal .....	55
2.5.1. Acreditação pela Joint Commission International.....	56

2.5.2.	Acreditação pelo King's Fund.....	57
2.5.3.	Outros referenciais .....	58
2.5.3.1.	EFQM – European Foundation for Quality Management .....	58
2.5.3.2.	DUQuE - Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe .....	60
2.6.	Impacto da certificação nos serviços de saúde .....	62
3.	Gestão da Informação de Saúde.....	69
3.1.	Génese e evolução da estrutura informacional.....	69
3.1.1.	Arquivo e Estatística.....	69
3.1.2.	Departamento de Organização e Informática .....	72
3.2.	Gestão da informação no contexto hospitalar do CHSJ .....	76
3.3.	Introdução às aplicações utilizadas pelo Setor de Arquivo .....	86
3.4.	Descrição do SI do CHSJ de suporte à produção/ acesso de registos clínicos ....	
	.....	100
3.5.	Situação atual: apresentação do Setor de Arquivo e Acesso à Informação ....	106
4.	Mapeamento e análise dos processos de gestão da informação clínica.....	119
4.1.	Disponibilização dos processos clínicos para a consulta externa.....	120
4.2.	Gestão de IDs de utentes .....	141
4.3.	Acesso a informação clínica para utilizadores externos .....	151
5.	Recomendação de melhorias e identificação de indicadores de desempenho .....	161
5.1.	Método de medição do desempenho e eficácia do SGI.....	161
5.2.	Medidas atualmente em curso no SGI do CHSJ.....	164
5.2.1.	Avaliação dos inquéritos relativos à utilização do processo clínicos em suporte papel na consulta externa .....	164
5.2.2.	Propostas de ações corretivas e preventivas no tratamento das NC identificadas.....	169
5.3.	Ações de melhoria.....	178
5.3.1.	Espaço de armazenamento da documentação do Arquivo .....	178
5.3.2.	Armazenamento e recuperação da informação.....	181

5.3.3. Controlo dos equipamentos e instalações: análise e melhoria.....	190
5.4. Indicadores de desempenho .....	193
6. Conclusões e perspetivas de desenvolvimento .....	200
7. Referências Bibliográficas .....	206
8. Anexos .....	215
8.1. Anexo A – Distribuição dos processos clínicos pelos Secretariados e Pavilhões do CAM de acordo com as diferentes especialidades .....	216
8.2. Anexo B – Questionários efetuados aos médicos das várias especialidades do CHSJ tendo em vista a redução do uso do processo clínico em papel .....	221
8.3. Anexo C – Requisição de registos clínicos.....	222
8.4. Anexo D – Registo da Não Conformidade(s)/ Ocorrência(s)/ Sugestão(ões)..... .....	223
8.5. Anexo E – Proposta de procedimento de Disponibilização dos processos clínicos para consulta externa .....	225
8.6. Anexo F – Proposta de Procedimento de Gestão de IDs de doentes.....	229

## Lista de figuras

Figura 1 - Contextualização do projeto da dissertação.....	22
Figura 2 - Tendência do volume de pesquisa de técnicas de Gestão da Qualidade .....	37
Figura 3 - Regiões que mais pesquisam o termo "ISO 9001" .....	38
Figura 4 - Estrutura documental de acordo com A. Pinto & Soares, 2011 .....	41
Figura 5 - Modelo de um SGQ baseado na abordagem por processos.....	42
Figura 6 - Modelo EFQM.....	60
Figura 7 - Estados participantes em cenários piloto .....	81
Figura 8 - Módulo do resumo de procedimentos clínicos do SONHO.....	87
Figura 9 - Módulo Arquivo Clínico do SONHO.....	88
Figura 10 - Módulo de pesquisa de exames do SONHO .....	89
Figura 11 - Ecrã de recolha de dados demográficos do SONHO .....	89
Figura 12 - Autenticação no SONHO.....	90
Figura 13 - Módulo de Admissão à Urgência do SONHO .....	91
Figura 14 - Episódios de Urgência do Módulo de Alta de Urgência do SONHO .....	91
Figura 15 - Módulo de Internamento do SONHO .....	92
Figura 16 - Admissão do doente ao Internamento .....	93
Figura 17 - Módulo de pesquisa de pacientes do SAM .....	94
Figura 18 - Módulo do Resumo Clínico do Doente no SONHO .....	95
Figura 19 - Módulo de pesquisa de pacientes do SAM.....	96
Figura 20 - Janela com os episódios de urgência no Alert@ER .....	97
Figura 21 - Vista estruturada do acesso à informação clínica do doente a partir do SAM .....	98
Figura 22 - Número de registos integrados no Setor de Arquivo provenientes de arquivos paralelos em 2013 (Centro Hospitalar de São João, 2014b) .....	109
Figura 23 - Acesso a processos clínicos disponibilizados para consulta externa e solicitados para investigação (Centro Hospitalar de São João, 2014b) .....	112
Figura 24 – Tempo despendido com a utilização de diversas aplicações: o caso da consulta "tipo" de Obstetrícia.....	117

Figura 25 - Diagrama de atividades do processo de Acesso à Informação Clínica para Consulta Externa .....	122
Figura 26 - Módulo de Arquivo do SONHO (Entradas e Saídas de processos) .....	124
Figura 27 - Ferramenta de pesquisa de doentes da Cirurgia Torácica.....	126
Figura 28 -Separador Dados Complementares da Base de Dados da CCT.....	126
Figura 29 - Base de dados dos doentes da Cirurgia Torácica.....	126
Figura 30 - Planta do Centro Ambulatório (CAM).....	131
Figura 31 - Distribuição dos processos clínicos ao CAM.....	133
Figura 32 - Processos Operacionais e de Suporte ao CAM .....	137
Figura 33 - Erro ortográfico de identificação do utente (exemplo 1.1) .....	141
Figura 34 - Erro ortográfico de identificação do utente (exemplo 1.2).....	142
Figura 35 - Erro de identificação do utente (exemplo 2.2) .....	143
Figura 36 - Erro de identificação do utente (exemplo 2.1).....	143
Figura 37 - Erro na identificação do utente (exemplo 3) .....	144
Figura 38 - Perfil de doentes duplicados do SONHO.....	145
Figura 39 - Transferência de Identificação e Dados de um doente para outro no SONHO .....	146
Figura 40 - Diagrama de atividades do processo de Referenciação de Doentes.....	149
Figura 41 - Formulário de manutenção de pedidos da BD de acesso à informação .....	154
Figura 42 - Atividade envolvidas no processo de acesso à informação por utilizadores externos .....	159
Figura 43 - Análise dos questionários realizados aos médicos das diferentes especialidades do CHSJ tendo em vista a diminuição do uso do processo clínico em papel na consulta externa.....	168
Figura 44 - Módulo de Arquivo do SONHO .....	182
Figura 45 - Histórico do módulo do SONHO .....	184
Figura 46 - Localização do processo clínico através do SONHO .....	185
Figura 47 - Requisições de processos clínicos no módulo do SONHO .....	187
Figura 48 - Gestão de documentação no SClinico.....	189

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Elementos básicos de modelação de diagramas de atividade.....	29
Tabela 2 - Normas da família ISO 9000 .....	35
Tabela 3 - Critérios de pré-qualificação do <i>Archive Service Accreditation</i> .....	48
Tabela 4 - Capítulos do Manual de Normas do JCI orientados para os doentes e para a gestão e organização.....	57
Tabela 5 - Análise comparativa das normativas.....	66
Tabela 6 - Objetivos e Processamento do Sistema Informático.....	74
Tabela 7 - Levantamento das aplicações informáticas de gestão de registos clínicos adaptado de J. Gomes, 2013.....	100
Tabela 8 - Secções do Processo Clínico Único do CHSJ.....	104
Tabela 9 - Tabela resumo do volume de documentação em papel e microfilme sob a responsabilidade do Setor de Arquivo relativo ao ano de 2013 (Centro Hospitalar de São João, 2014b) .....	108
Tabela 10 - Indicadores de desempenho relativos às funções desempenhadas pelo Setor de Arquivo e Acesso à Informação do CHSJ durante o ano de 2013 (Centro Hospitalar de São João, 2014b).....	113
Tabela 11 - Análise da atividade de Acesso à Informação Clínica para Consulta Externa, tendo em vista a introdução de mudanças no atual circuito de distribuição dos processos clínicos pelos Secretariados de Consulta .....	123
Tabela 12 - Organização do circuito de distribuição e recolha dos processos clínicos a diferentes especialidades realizadas pelo Arquivo Clínico e pela Central de Distribuição .....	128
Tabela 13 - Legenda da Planta do Centro Ambulatório (CAM).....	132
Tabela 14 - Acondicionamento dos processos clínicos dos diversos Secretariados de Consulta.....	135
Tabela 15 - Funcionários alocados às tarefas do Arquivo Clínico .....	138
Tabela 16 – Funções dos AT e AO afetos ao Setor de Arquivo e Acesso à Informação (Centro Hospitalar de São João, 2013a).....	139
Tabela 17 - Estatística de registos anulados entre 2011 e 2014 .....	148

Tabela 18 - Análise da atividade de Gestão de IDs de utentes, tendo em vista a introdução de mudanças .....	150
Tabela 19 - Análise da amostra e dos tempos dos pedidos de acesso à informação clínica no ATRIUM .....	155
Tabela 20 – Tempo estimado na referenciação de pedidos de CON e INT anteriores a 1992 .....	156
Tabela 21 - Atividades envolvidas no registo de pedidos de acesso a informação para outros fins na BD de acesso à informação.....	160
Tabela 22 - Análise SWOT do SGI Setor de Arquivo e Acesso à Informação (Centro Hospitalar de São João, 2013f) .....	162
Tabela 23 - Resultados dos inquéritos efetuados aos médicos das diferentes especialidades do CHSJ, ordenado por grupo de especialidade .....	166
Tabela 24 - Redução do número de processos clínicos/ dia enviados às especialidades de Cirurgia .....	167
Tabela 25 - Levantamento das NC dirigidas ao Setor de Arquivo e Acesso à Informação e respetiva Medida Corretiva.....	172
Tabela 26 - Exposição e esclarecimento das ocorrências reportadas ao AC .....	174
Tabela 27 - Exposição e esclarecimento das ocorrências reportadas pelo AC .....	177
Tabela 28 - Espaços de armazenamento da documentação clínica do Setor de Arquivo e Acesso à Informação.....	178
Tabela 29 - Oportunidades de melhoria no sistema de segurança contra incêndios nos espaços de depósito do Setor de Arquivo .....	191
Tabela 30 - Levantamento dos dados relativos à análise das listagens de protocolos de todos os espaços de depósito.....	195
Tabela 31 – Nº de processos clínicos em papel/ dia relativos ao circuito de acesso à informação para consulta externa. Dados recolhidos a partir dos protocolos.....	196

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AC – Arquivo Clínico

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AD – Admissão Direta

ARS – Administração Regional de Saúde

BD – Base de Dados

BLO – Bloco

CA – Conselho de Administração do Centro Hospitalar São João, EPE

CAM – Centro de Ambulatório

CCT – Cirurgia Cardio Torácica

CHSJ – Centro Hospitalar de São João

CI – Ciência da Informação

CON – Consulta

CT – Cirurgia Torácica

DGLAB – Direção-Geral do Livro, dos Arquivos e das Bibliotecas

DICOM Digital Imaging and Communications in Medicine

DOI – Departamento de Organização e Informática

DUQUE – Deepening Our Understanding of Quality Improvement

EHR – Electronic Health Record (conferir RSE)

EN – European Norm

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPR – Electronic Patient Record

GA RAI – Gabinete de Apoio ao RAI

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HDI – Hospital de Dia

HL7 – Health Level Seven

HNSCV – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

HSJ – Hospital de São João

INT – Internamento

ISO – International Organization for Standardization

IWA - International Workshop Agreement

LAB – Laboratorial

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MS – Ministério da Saúde

NC – Não Conformidade

NP – Norma Portuguesa

OM – Oportunidade de Melhoria

PCE – Processo Clínico Eletrónico (conferir EPR)

PCU – Processo Clínico Único

PDS – Plataforma de Dados da Saúde

RAD - Radiológico

RAI – Responsável pelo Acesso à Informação

RH – Recursos Humanos

RH – Recursos Humanos

RNU – Registo Nacional de Utentes

RSE – Registo de Saúde Eletrónico (conferir EHR)

SAAI – Setor de Arquivo e Acesso à Informação

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCD – Sistema Clínico Departamental

SGMS – Secretaria Geral do Ministério da Saúde

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SI – Sistemas de Informação

SIC – Sem Informação Clínica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SSI – Serviço de Sistemas da Informação

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

SU – Serviço/ Ficha de Urgência

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

URG – Urgência

WHO – World Health Organization

# 1. Introdução

## 1.1. Contexto da investigação

O Centro Hospitalar São João (CHSJ) é uma instituição hospitalar de referência na prestação de cuidados ao utente e é, também, em simultâneo, um hospital universitário. Por este motivo, a informação que produz, decorrendo primordialmente da prestação de cuidados de saúde, contém também um eminente valor para a investigação. Como qualquer outra organização, também esta lida com informação em múltiplos aspetos: produção, guarda, integridade, segurança, acesso, processamento e preservação. No entanto, o quadro normativo aplicável, derivado da natureza da sua atividade, determinando que o essencial do processo clínico é de conservação permanente, confere a estas atividades exigências especiais e justifica a dinâmica autónoma da informação clínica relativamente ao resto da informação administrativa. É sobre a informação clínica que esta dissertação se debruça.

A responsabilidade do património informacional clínico é partilhada pelos diferentes serviços que participam na admissão, acompanhamento e alta do utente durante a prestação de cuidados, e pelo Serviço de Gestão da Informação (SGI), que integra as funções de informática e o Setor de Arquivo e Acesso à Informação (SAAI) O SGI é responsável por assegurar a gestão e a preservação da informação clínica produzida/recebida, bem como a gestão de toda a infraestrutura produção e armazenamento de registos clínicos, independentemente do suporte.

Em 2013 o CHSJ, pelo terceiro ano consecutivo, voltou a ser colocado no topo do ranking dos melhores hospitais portugueses, num estudo anual efetuado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) (Centro Hospitalar de São João, 2013d). Sendo o maior Hospital do Norte do país, o CHSJ, foi considerado o mais eficiente a tratar *doenças cardíacas, vasculares, digestivas, endócrinas, metabólicas, infecciosas, pediátricas, dermatológicas e relacionadas com o sangue* (Centro Hospitalar de São João, 2013d). Margarida Tavares, diretora clínica do CHSJ explica que este é um indicador de mérito na classificação do CHSJ, associado à qualidade e ao valor dos profissionais e à complexidade dos casos que diariamente são tratados neste hospital.

Convém ainda referir que no mesmo ano o CHSJ voltou a distinguir-se na categoria de Hospitais e Clínicas de Saúde em Portugal, como sendo aquele que detém o maior índice de notoriedade espontânea, de entre algumas das marcas de saúde mais conceituadas do país, no guia “Marcas que marcam”. Estas conclusões foram apuradas tendo como base um estudo quantitativo junto do público em geral, através de

entrevistas presenciais sobre a notoriedade espontânea<sup>1</sup> (Centro Hospitalar de São João, 2013c).

Além destes, um estudo realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que comparava indicadores de produção clínica dos hospitais portugueses, revelou que os médicos do CHSJ (composto pelos hospitais de São João, no Porto e de Nossa Senhora da Conceição, em Valongo) registaram os indicadores de produtividade mais elevados (Centro Hospitalar de São João, 2013b). Este estudo assinala a eficiência e produtividade que estão por de trás dos processos clínicos, reconhecendo as áreas de suporte à produção clínica como um fator chave, entre as quais as funções desempenhadas pelo Setor de arquivo do CHSJ na preservação e acesso a toda a informação resultante dos cuidados de saúde prestados ao utente.

O ano de 2013 foi marcado pela entrada em vigor de relatórios de benchmarking<sup>2</sup> baseados no modelo proposto pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), no sentido de construir um *mercado público* de prestadores de cuidados de saúde, através do aumento da transparência e partilha de informação entre a comunidade. Este projeto visa apoiar os hospitais e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) no desenvolvimento do seu plano estratégico (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013a).

O processo de benchmarking procura melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro das instituições. Com isto tornou-se fundamental aceder a informação que permitissem comparar instituições hospitalares do Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da definição de indicadores de desempenho<sup>3</sup> para a dimensão económico-financeira, a dimensão da produtividade, a dimensão da qualidade e a dimensão do acesso, num contexto de melhores práticas nas principais áreas de atuação, acompanhando simultaneamente melhorias na qualidade do serviço prestado aos utentes, inclusivamente a nível do acesso, produtividade e qualidade da informação (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013a).

---

<sup>1</sup> Este conceito traduz o processo contínuo de medição de produtos, serviços e práticas face às melhores empresas concorrentes ou empresas de renome na liderança da indústria (Juran & Godfrey, 1999).

<sup>2</sup> Permite avaliar os resultados, o desempenho e tendências comparativamente a outros, de forma fiável, precisa e repetida. Para que o Benchmarking seja fiável, este deve (i) ter informação uniformizada, (ii) normas para as variações, (iii) linhas de base para comparação, e (iv) ter dados não corrompidos. (Blinch, 2012).

<sup>3</sup> Sobre a questão dos indicadores de desempenho que vão ser utilizados neste processo, conferir Administração Central do Sistema de Saúde, 2013b.

Os grupos de hospitais enquadrados neste estudo foram determinados segundo um *clustering* hierárquico. Ao CHSJ coube o grupo E, onde se encontram também inseridos o Centro Hospitalar do Porto, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, o Centro Hospitalar Lisboa Central, o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e o Centro Hospitalar Lisboa Norte. Para cada indicador, a eficiência de cada instituição dentro de cada grupo foi determinada pela relação de custos com a medida *doente-padrão* que se faz através da transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogénea, numa unidade de produção única. Por outras palavras, um paciente real pode valer mais do que um doente-padrão, tudo depende da complexidade do caso. A título de exemplo, segundo dados recentes disponibilizados pelas ACSS, um médico do São João com 35 horas semanais viu uma média de 49,5 doentes-padrão no primeiro semestre do ano 2013, destacando-se dos restantes hospitais, CH Lisboa Ocidental – 48.1, CH Porto – 45.5, CH Universidade de Coimbra – 45.2, CH Lisboa Central – 42.4 e CH Lisboa Norte – 41.1 (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013b) . Esta plataforma permite estabelecer a comparação dos diferentes indicadores entre as diferentes entidades hospitalares, garantindo o acesso a essa informação aos cidadãos.

## **1.2. Apresentação da investigação**

O crescente volume de informação produzida hoje em contexto hospitalar tornou quase que forçosa a aliança entre os serviços de informação e as tecnologias de informação, por sua vez, naturalmente impelida pela revolução tecnológica a que se assistiu no último meio século (Ribeiro, 2012). A este fator combina-se o envolvimento, cada vez mais ativo, de uma sociedade que vive o fenómeno da informação, hoje completamente indissociável dos meios digitais. Não compreender isto é residir ainda na época custodial, onde o valor supremo era o documento. A par deste fenómeno existe ainda hoje uma sobrevalorização da custódia, da conservação e restauro do suporte do documento que contém a informação, uma valorização dos instrumentos de acesso ao conteúdo (guias, inventários, catálogos, etc.), e é atribuída grande importância à preservação e conservação do património. Este paradigma tem dificuldade em lidar com a informação produzida em ambiente digital.

Esta dissertação abraça assim o paradigma informacional assente numa abordagem holística da organização e representação da informação e do Comportamento Informacional. A isto acresce o facto de que cada vez mais existem especialistas dedicados à fundamentação teórica e metodológica na área da Ciência da Informação (CI), tornando esta área um ramo científico. Por outras palavras, vivemos ainda hoje uma fase de transição entre o paradigma custodial e o paradigma informacional, acompanhando o reforço das componentes técnicas e tecnológicas, cada vez mais

desenvolvidas graças aos esforços de todos aqueles que contribuem para o sentido de uma normalização (Ribeiro, 2012).

A permanente evolução dos mercados à escala global, os contínuos desenvolvimentos tecnológicos e o crescente nível de exigência dos clientes reforçam a necessidade de sistemas da qualidade orientados para os processos, no sentido de contribuírem para a implementação de boas práticas. Quando pensamos em informação de saúde, quando pensamos em processos clínicos, que preocupações é que temos? Que preocupações é que não podemos deixar de ter? Quem são os interessados nos registos clínicos? Quem são os responsáveis pelos registos clínicos e pelo património informacional da instituição hospitalar? Qual é a realidade atual do modelo informacional? Qual o modelo informacional do processo clínico? Quais os suportes em que vivem repartidos os processos clínicos? A resposta a estas questões passará, em primeiro lugar, pelo entendimento da realidade informacional que se vive atualmente no CHSJ: a informação clínica encontra-se repartida por diversos meios (bobines microfilme, papel, eletrónico, etc.), nem sempre produzida de forma estruturada, e a sua utilização não é linear em todo o CHSJ. Esta situação configura uma oportunidade de melhoria: a construção de um modelo informacional uno. Neste sentido é necessário pensar numa realidade partilhada por diversos órgãos, serviços e setores do CHSJ, onde o mais importante é adequar a política informacional à realidade de todos eles, colocando esforços na construção de modelo informacional que seja comum a toda a instituição.

No que respeita à função de gestão da informação de saúde, que constitui o enfoque do presente trabalho, há uma crença generalizada que os investimentos feitos em tecnologias de informação contribuem para uma maior eficácia no combate ao desperdício de recursos e na eliminação de procedimentos inadequados. Contudo, num arquivo dinâmico como é o do CHSJ, onde todos os dias são requisitados centenas de processos, e onde os principais utilizadores de informação (os profissionais de saúde) são, simultaneamente utilizadores e produtores, o aspeto mais crítico é o acesso à informação.

Neste sentido foi elaborado um procedimento com o objetivo de normalizar o acesso à informação clínica sob a responsabilidade do Serviço de Gestão da Informação do CHSJ e da Responsável pelo Acesso à Informação. Este procedimento aplica-se a situações de acesso a informação clínica, independentemente do suporte de produção ou armazenamento, cuja guarda e preservação é da responsabilidade do SGI (Centro Hospitalar de São João, 2013g), sendo a apreciação da legitimidade do acesso à informação clínica competência da Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) de forma a garantir o cumprimento da Lei 46/2006 (*Lei nº 46/2007. D.R. nº 163 (Série I)*

de 24 de Agosto, 2007). No que se refere às competências especificamente atribuídas ao SAAI, estas serão especificadas no capítulo 4 do presente trabalho, na análise da atividade de Acesso a Informação Clínica para utilizadores externos.

O presente trabalho foca-se no SAAI, tendo como motor de investigação o arranque do processo de certificação desta unidade orgânica. Neste contexto é de assinalar a singularidade na abordagem arquivística aos arquivos clínicos, quando comparada com outras áreas de atividade.

Tendo presente que o processo clínico do doente é composto pelos registos de todos os atos que resultaram da prestação de cuidados, este fator coloca-nos perante uma realidade arquivística distinta dos contextos habituais de tratamento arquivístico de acordo com as ISAD(G). A questão de fazer uma descrição arquivística de um acervo de processos clínicos como o do CHSJ, é comum a todos os arquivos das instituições de saúde, que utilizam o Setor de Arquivo como local, não só de preservação da documentação, como de local de distribuição dos processos por toda a instituição. Um processo clínico é o resumo clínico do histórico do paciente no hospital, e como tal, durante a atividade do doente em todo o seu percurso na instituição hospitalar, os seus episódios serão consecutivamente integrados no processo. Um processo clínico só estará findo depois de declarado o óbito do doente. Neste contexto, não faz qualquer sentido realizar-se uma descrição arquivística de um arquivo hospitalar, como é o caso do Arquivo Clínico do CHSJ, uma vez que os sucessivos episódios e procedimentos realizados pelo doente ficam registados no SONHO, no resumo clínico do doente. Enquanto o doente for utente da instituição e tiver um percurso clínico ativo serão sempre integrados novos documentos, sempre associados ao respetivo episódio, não sendo útil a realização de descrição das unidades informacionais.

### **1.2.1. Questões de partida**

A presente dissertação tem por objetivo a elaboração de um estudo preliminar para o projeto de certificação do SGI, com principal foco na análise e mapeamento de processos funcionais do SAAI, no sentido de contribuir para a implementação de boas práticas. A presente dissertação parte de um trabalho de análise do Setor de Arquivo já apresentado, alvo de um trabalho académico intitulado “A (re)utilização da informação clínica no contexto hospitalar/ universitário: o caso do Hospital São João” (Gonçalves, 2011), importa agora comparar a situação atual com os dados obtidos na altura ao mesmo tempo que são apresentadas melhorias para o projeto de certificação.

Note que nos chamados contextos de saúde, os profissionais de saúde, agentes simultaneamente produtores e utilizadores de informação, urgem de recursos

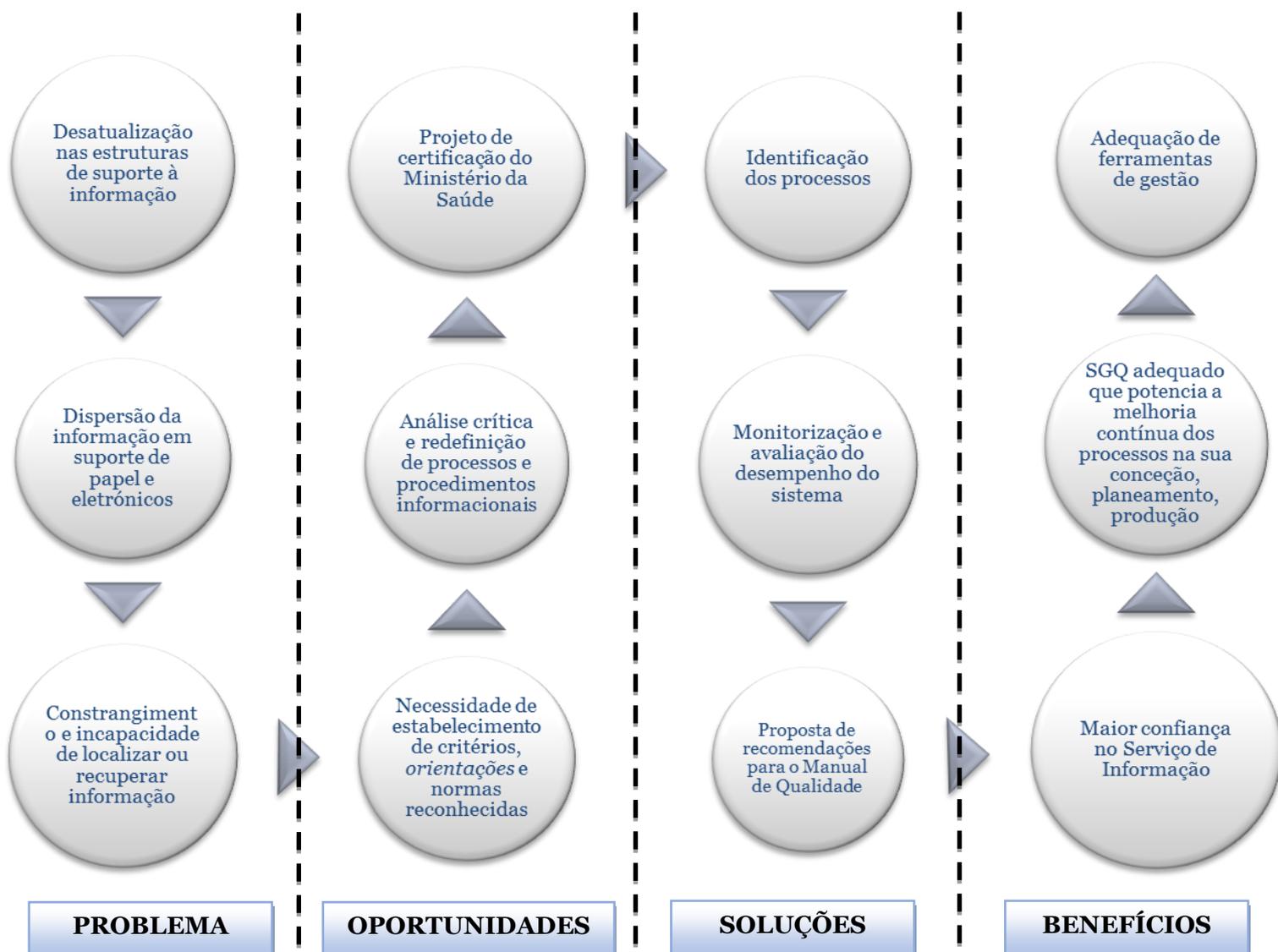
informativos em tempo útil. Também os estudantes e docentes, essencialmente do ramo da medicina, que contribuem para o desenvolvimento científico da área médica, são também produtores e utilizadores de informação. Tudo isto requer, à partida, medidas para uma gestão de informação de qualidade. O termo qualidade, por si só, indica-nos algo de excelência relativamente a alguma coisa, e é, ao mesmo tempo, idiossincrático. Quando falamos especificamente no acesso à informação de saúde, a qualidade deve ser uma condição e um fator determinante na satisfação das necessidades informativas dos interessados.

Como acima mencionado, o acesso à informação de saúde é um assunto com múltiplos planos de interesse, diversos interessados e áreas tão distintas como a prestação de cuidados de saúde, a investigação, a administração e gestão dos hospitais, o ensino universitário ou a atividade económica das seguradoras (Centro Hospitalar de São João, 2012), entre outras.

A fim de apreciar toda a diversidade de interesses que existem em torno dos registos clínicos e da sua gestão, o trabalho irá ser concentrado numa questão específica, que será o ponto de partida da dissertação:

**Questão:** quais os fatores a considerar para a implementação de um processo de certificação baseado na construção de um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ) num Serviço de Informação em contexto hospitalar?

Face à urgência do acesso à informação em contextos clínicos, a certificação do serviço de gestão da informação do CHSJ, EPE, vai contribuir para que a instituição garanta a conformidade dos seus serviços nesta área, a satisfação dos seus clientes e a melhoria contínua. À certificação em geral vêm associados dois termos: notoriedade e confiança. Além destes fatores, com a certificação vêm agregadas melhorias ao nível da gestão e acesso à informação, com impacto nas áreas clínicas de prestação de cuidados, bem como nas áreas de suporte, nomeadamente da gestão logística e da gestão financeira.



**Figura 1 - Contextualização do projeto da dissertação**

A figura acima representa esquematicamente a contextualização do projeto da dissertação e os trâmites que esta irá seguir, iniciando nos constrangimentos que deram origem ao tema desta dissertação, passando pela solução que o CHSJ tem em vista, ou seja, a certificação dos serviços de informação e terminando nos benefícios que este processo trará para a organização.

Atente-se que o papel a desenvolver nesta instituição passa, em primeiro lugar pela contribuição para o projeto de certificação ao nível da análise de processos, proposta de indicadores e recomendações para o Manual de Qualidade, em segundo apresentar sugestões de melhoria dos processos e em terceiro refletir sobre as especificações da certificação em serviços de informação de instituições de saúde.

### **1.2.2. Objetivos do trabalho**

Para concretização do projeto de investigação apresenta-se abaixo a árvore de objetivos que sucintamente estrutura os resultados a atingir com esta dissertação, já explicitados no ponto da contextualização<sup>4</sup>.

Objetivo principal: Contribuir para a certificação dos Serviços de Gestão da Informação do Centro Hospitalar de São João, EPE

## **1. CONHECER AS NORMATIVAS E ORIENTAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS**

1.1. Avaliar as normas relativas à certificação de instituições hospitalares

1.1.1. Utilizar a NP EN ISO 9001:2008

1.1.2. Utilizar a NP EN ISO 9000:2005

1.1.3. Utilizar a NP EN ISO/ IEC 17021:2013

## **2. IDENTIFICAÇÃO E MAPEAMENTO DOS PROCESSOS DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE (SGQ) DO SERVIÇO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO (SGI)**

2.1. Realizar uma análise orgânico-funcional ao serviço

2.2. Análise das atividades

2.2.1. Avaliar as infraestruturas existentes no ciclo de vida da informação

2.2.2. Identificar os processos do serviço de informação do CHSJ, EPE

2.2.3. Mapear os processos do serviço de informação do CHSJ, EPE

## **3. TECER ALGUMAS CONSIDERAÇÕES RELATIVAS AO PROJETO DE CERTIFICAÇÃO COM BASE NO ESTADO DA ARTE**

---

<sup>4</sup> Sobre as seguintes orientações consultar: THE WORLD BANK. 2004. Monitorização & Avaliação: Algumas Ferramentas, Métodos E Abordagens. Washington, D.C. e Campos, Jorge de Paiva. 2013. "Mapeamento de Processos: Uma Estratégia Vencedora." Accessed November 13. <http://www.aprendersempre.org.br/arqs/GE B -Mapeamento de processos- uma estrategia vencedora.pdf>.

#### **4. DEFINIÇÃO DE METODOLOGIAS E INDICADORES DE DESEMPENHO PARA MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA**

#### **5. PROPOSTA DE AÇÕES CORRETIVAS PARA MINIMIZAÇÃO E/ OU ELIMINAÇÃO DAS CAUSAS DAS NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS, E PROPOSTA DE AÇÕES PREVENTIVAS**

**Fonte:** Esta árvore foi construída com base nos esquemas representados em GIBSON, John E.; SCHERER, William T.; GIBSON, William F. – *Goal Development*. In *How to Do Systems Analysis*. Wiley: Interscience, 2007. 360 p. Cap. 3 (Gibson & Scherer, 2007).

### **1.3. Estratégia de investigação**

#### **1.3.1. O modelo científico informacional**

A revolução tecnológica que abriu portas à Sociedade da Informação, focada já no enquadramento epistemológico, caracteriza-se atualmente pela valorização da informação enquanto recurso desligado do conceito tradicional de documento, fortemente associado ao suporte da informação. *No quadro do novo paradigma emergente que apelidamos de informacional, a ciência da informação, em consolidação, pressupõe que o estudo da informação não seja confinada à prática empírica, composta por um conjunto uniforme e acrítico de modos/ regras (...)* (Ribeiro, 2009) e procedimentos que sobrevalorizam a criação, a classificação, a ordenação, a recuperação e a preservação acima da explicação do valor da informação através de modelos científicos cada vez mais seguros e irrevogáveis.

Para muitos, ainda não nos encontramos na Era da Informação, mas sim, na Era Informática. Pois bem, na perspetiva de um gestor da informação isto constitui uma falácia. Vejam-se todos os erros que foram cometidos no passado relativamente à gestão da informação, que era gerida por informáticos, sem competências para organizar a informação em todo o seu espectro. Numa visão simplista e redutora daqueles que olham para a informação como um mero adereço de uma organização, atente-se que esta é o pilar de qualquer uma e tem um valor incalculável. A informação é a substância. Não compreender isto é residir ainda no paradigma da época custodial (Centro Hospitalar de São João, 2012).

A Ciência da Informação emerge precisamente nesta abordagem, a de ter como objeto central a informação enquanto fenómeno e enquanto processo que se transforma pela dinâmica que as próprias propriedades lhe conferem (Malheiro & Ribeiro, 2002).

A tónica assente no estudo em questão está diretamente relacionado com a Ciência da Informação. Veja-se que a Ciência de Informação tem como objeto de estudo toda a panóplia de conceitos associados à informação, entre eles, a Gestão da Informação. Na direção pós-custodial, ultrapassa-se o conceito de arquivo como um local onde são guardados e preservados documentos, e utiliza-se agora a questão do arquivo como um sistema de informação que além destas funções, uma vez que alocado em contexto hospitalar, representa algo mais, ou seja, representa o local onde todos os atores do hospital acedem para obterem informação.

O maior benefício que resulta deste modelo, é integrar as tomadas de decisão do Sistema de Gestão da Informação numa perspetiva integrada da informação, desde a sua captura, passando pela sua organização, até ao momento da sua preservação. O arquivo é então analisado quando à sua organicidade, e quanto à funcionalidade que lhe é inerente. No caso específico da informação clínica produzida no contexto do CHSJ, ter-se-á sempre em consideração a funcionalidade que a mesma representa na prestação de cuidados clínicos, e no suporte de atividades de investigação, bem como os constrangimentos que a estrutura de suporte desta informação representa na sua modelação.

Além do que foi já apontado, acresce-se ainda o facto de que esta abordagem permite conciliar o estudo do presente trabalho com conceitos de ordem mais técnica da Ciência da Informação, fundamentais na conduta desta investigação.

### **1.3.2. Abordagem e metodologia de investigação**

Para a consecução de todos estes objetivos e as atividades que lhes estão associadas, numa primeira abordagem, foi essencial depreender quais os contributos que a preparação desta dissertação poderia trazer ao CHSJ, de forma a alinhar os seus objetivos, com as mudanças que acompanham a implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ), como visível na árvore de objetivos acima ilustrada. Dentro desta abordagem, torna-se necessário ser capaz de planear, organizar, conduzir e avaliar sistemas de informação, levando em consideração a política de informação definida para o contexto do CHSJ. Além disto, deve-se também ser capaz de fazer o levantamento de requisitos, interagir com o utilizador por forma a alcançar as suas expetativas, neste caso específico, no que toca à implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Para o trabalho em questão é ainda requerido o saber aplicar

técnicas, modelos, métodos para a seleção, aquisição, organização, representação, recuperação, preservação, acesso e uso da informação, inserindo as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na atividade em questão.

A presente pesquisa está enquadrada em ambiente empresarial, mais propriamente, no Centro Hospitalar São João (CHSJ). Tomando-a como ponto de partida, este tópico propõe-se a descrever e justificar a metodologia utilizada na consecução dos objetivos desta investigação, já explicitados na contextualização. Todos os métodos aqui referidos, mais concretamente a pesquisa documental, servem para esta investigação como a principal fonte de recolha de dados, que ajudará na elaboração e construção de toda a dissertação.

No sentido de dar resposta ao tema em questão, tornou-se imperioso refletir em algumas questões que darão azo às perguntas de partida e que, essencialmente, irão rumar o tema a compor ao longo do restante semestre. O que está bem? O que pode ser melhorado? Como pode ser melhorado? O que deve ser mudado? De que forma? Quais os recursos que vão ser necessários? Quais os métodos e indicadores a serem utilizados? Qual o tempo previsto na realização dos processos? Estas são algumas questões que terão papel na parte exploratória da investigação, e são parte da problemática em análise. As mesmas servirão de igual modo para avaliar os serviços de informação do CHSJ e dar resposta ao problema já definido.

### **1.3.3. Método quadripolar**

O rumo tomado por esta investigação passará pela aplicação do método quadripolar concebido por Paul de Bruyne, Herman e Schoutheete, por uma razão em particular: a área de estudo em que se insere – a Ciência da Informação – tem uma conotação evidentemente pragmática. Este método muito utilizado quando aplicado às ciências sociais tem a vantagem de combinar a abordagem qualitativa e quantitativa, permitindo ao investigador perspetivar o objeto de estudo na sua componente sociotécnica. Esta metodologia garante, além disto, a flexibilidade na estratégia de investigação, uma vez que esta não é linear, bem pelo contrário. A dinâmica investigativa resulta da interação entre quatro polos – epistemológico, teórico, técnico e morfológico – permitindo uma permanente projeção do objeto científico, das teorias e modelos instrumentais, a verificação ou refutação do contexto teórico e a arquitetura dos resultados da investigação. Todos os polos interligam-se continuamente, sendo que, os polos epistemológico e teórico têm a capacidade de alterar os restantes dois polos – técnico e morfológico – assim como estes, têm também a capacidade de alterar os polos epistemológico e teórico. De modo abreviado, como todos os polos estão interligados, os dois primeiros têm a capacidade de formular as decisões científicas, e

os dois últimos têm a capacidade de verificação estando, por conseguinte, em contínua reestruturação.

O polo epistemológico instancia a construção do objeto científico, e delimita as barreiras da problemática da investigação, ou seja, situa a investigação no atual paradigma informacional, associado às Tecnologias de Informação e à Sociedade da Informação – Era Digital, Era da Informação, Sociedade do Conhecimento – e ao seu impacto na sociedade em rede. Com princípio neste polo, foi elaborada a proposta de dissertação embebida no campo de estudo em que nos situamos: implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade no sentido da certificação dos serviços de informação do CHSJ, tendo em conta o percurso histórico desta instituição, e a diversidade e riqueza que o arquivo encerra. Com isto, é necessário depreender a diversidade de atores, de fluxos de informação e, inclusivamente, de sistemas de informação interrelacionados, inseridos num dos maiores hospitais do país.

No enquadramento teórico, coloca-se a questão da problemática de investigação, onde se insere a formulação de hipóteses, teorias e conceitos. A exploração desta problemática é realizada em função da revisão da literatura, onde se repescam conceitos da CI na Era da Informação. Para Bruyne (Malheiro & Ribeiro, 2002), “a parte teórica é a ordem da explicitação rigorosa dos conceitos e das proposições (...)”. Fundamentalmente, neste polo foram colocadas as questões de partida da investigação, apropriadamente mencionadas na contextualização, devidamente sustentadas pelas teorias e conceitos implicados ao modelo científico-informacional.

O polo técnico, como vem logicamente associado ao nome, é o ponto de contacto com a realidade, quer isto dizer, é o polo em que é realizada a exploração da problemática em função da revisão da literatura e da estratégia de investigação utilizada: recolha e análise de dados através da pesquisa documental, observação participante e do mapeamento dos processos. A dialética que se gera entre os três polos enunciados até aqui, permitem manter uma perspetiva científica no prosseguimento da investigação, através do confronto entre o enquadramento epistemológico, as teorias e conceitos assumidos no polo teórico e as operações do polo técnico. Veja-se então as técnicas utilizadas neste polo para a recolha de dados:

#### **A. Pesquisa documental**

Para a recolha de dados, mais propriamente dita, numa abordagem *a posteriori*, foi desenvolvida uma pesquisa documental, efetuada essencialmente nas bases de dados que se seguem: *Ebsco*, *ISI Web of Knowledge*, *PubMed*, *ScienceDirect*, *Scopus* e

RCAAP. Além destas, e para o contínuo levantamento de dados, recorreu-se aos serviços de documentação e informação das faculdades de Engenharia, Letras, Medicina e Economia. Feito o levantamento de todos os documentos que potencialmente seriam parte interessante para a investigação e elaborou-se a ficha bibliográfica da investigação.

### ***B. Observação participante***

Uma vez que a autora estará inserida em contexto empresarial, encontra-se prevista a utilização da observação participante como método adicional de recolha de dados, ao longo de todo o processo de investigação. Este método, pela dicotomia que encerra, será realizado quer de uma forma estruturada, quer de forma informal. Esta ferramenta permite obter uma visão da cultura organizacional, nos seus aspetos sociais/informacionais mais implícitos. Ela estará diretamente implicada com as tarefas de gestão da informação, bem como com os aspetos a ela relacionados.

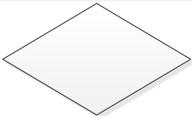
### ***C. Diagrama de Atividades***

Os diagramas de atividades serão utilizados para a descrição de fluxos de trabalho dos Serviços de Gestão da Informação do CHSJ, dos quais se irão mapear: (i) acesso à informação clínica para consulta externa, (ii) referenciação de doentes e (iii) acesso a informação clínica para utilizadores externos.

Nesta diretiva, encontra-se, por fim, o polo morfológico, onde são formalizadas as consequências resultantes da investigação, quer relativamente à problemática da investigação, quer a todo o processo de construção da investigação. No fundo este último polo orientou a direção dos três polos supracitados, uma vez que as medidas tomadas em cada um deveriam resultar no polo morfológico.

Nos diagramas de atividades apresentados são utilizados os elementos de modelação a seguir indicados:

**Tabela 1 - Elementos básicos de modelação de diagramas de atividade**

<b>Elementos</b>	<b>Nome</b>	<b>Descrição</b>
	<b>Início</b>	Indica a primeira ação da atividade (podem haver vários)
	<b>Atividade</b>	Representam uma atividade que contém uma ação que deve ser realizada até à próxima atividade
	<b>Condição</b>	Permitem definir caminhos alternativos a seguir, com base numa decisão
	<b>Transição</b>	Representam o fluxo do processo de uma atividade para outra
	<b>Fim</b>	Indica o fim das atividades (podem haver vários)
Linhas verticais de responsabilidade	<b>Swimlanes</b>	Permite delimitar a responsabilidade por cada uma das atividades

Nesta diretiva, encontra-se agora o polo morfológico, onde são formalizadas as consequências resultantes da investigação, quer relativamente à problemática da investigação, quer a todo o processo de construção da investigação. No fundo este último polo orientou a direção dos três polos supracitados, uma vez que as medidas tomadas em cada um deveriam resultar no polo morfológico.

#### **1.4. Enquadramento da investigação no contexto do projeto de certificação do SGI do CHSJ**

Em 2012 o Serviço de Gestão da Informação solicitou apoio ao Serviço de Certificação no sentido de dar início à organização do SGI por processos, de acordo com as suas diretrizes.

De acordo com o Serviço de Certificação o processo organiza-se em diversas fases distintas:

1. Sensibilização geral: Apresentação do Sistema de Certificação a todos os colaboradores do SGI;
2. Definição dos Processos: Identificação dos processos principais a realizar pelos responsáveis do SGI em colaboração com o Serviço de Certificação;
3. Constituição de grupos de trabalho para definição dos processos: a caracterização dos processos será realizada por equipas de funcionários do SGI, procedendo-se ao levantamento de atividades e recolha de dados e de impressos em utilização, para o estabelecimento de indicadores, a elaboração de procedimentos e instruções de trabalho associadas aos processos.
4. Auditoria interna: realizada pelo Serviço de Certificação para verificação dos processos definidos na prática.

Os pontos 2 e 3 serão realizados em reuniões semanais de trabalho a realizar com o Serviço de Certificação, sendo previamente agendada uma reunião por semana.

No sentido de agilizar o trabalho o SGI deverá recolher os seguintes elementos: (1) diagramas de atividades já realizados pelos serviços (atuais e antigos); (2) procedimentos e instruções de trabalho realizados (aprovados em CA ou implementados internamente); (3) impressos em utilização e (4) listagem de bases de dados sob a responsabilidade do SGI.

No âmbito do projeto de certificação, foi realizada uma apresentação interna pelo Diretor do Serviço de Certificação que procurou integrar todos os funcionários afetos ao SAAI no âmbito deste projeto, dando-lhes a conhecer quais os fatores principais que vão estar envolvidos neste processo. A apresentação incidiu em aspetos chave da qualidade, procurando indagar quais os fatores críticos que afetam o Setor de Arquivo no apoio à prestação de cuidados de saúde aos utentes do CHSJ. Dos indicadores críticos do Serviço, o aspeto mais salientado nesta apresentação foi a urgência na disponibilização dos processos clínicos para a consulta externa, tarefa à qual são alocados grande parte dos funcionários do Setor de Arquivo.

Naturalmente, quem vai estar envolvido no processo de avaliação de fatores não conformes do Setor de Arquivo serão os funcionários afetos a este serviço, sempre apoiados pelos líderes e com o comprometimento da gestão. A estes últimos cabe comunicar a todo o serviço a importância da implementação de um SGQ e da melhoria contínua do mesmo, sendo precisamente esta a metodologia que se pretende levar a cabo. Além disto, é também à gestão de topo que cabe averiguar se existem os recursos necessários à realização deste projeto e assegurar que os objetivos estão a ser cumpridos tendo em conta a missão da organização. Para isso, e tal como foi reforçado na apresentação, devem existir programas de formação, atribuição de competências e

definição de prioridades, sendo que todos os colaboradores envolvidos neste processo devem ser dotados de autonomia.

No sentido de averiguar se estão lançadas as bases para iniciar um processo de certificação devemos, em primeiro lugar, perceber o que é que o serviço precisa para ser um serviço de qualidade? Qual o desempenho do Setor de Arquivo no apoio das atividades de prestação de cuidados de saúde? Os clientes estão satisfeitos? Quais os processos, atividades e tarefas a que cada funcionário está afeto? Em que medida o trabalho está organizado para que o processo seja realizado? Os equipamentos e instalações são adequados? Estas foram algumas perguntas chave lançadas na apresentação e que vão estar envolvidas na deteção de Não Conformidades (NC). A deteção de uma NC deverá despoletar uma ação corretiva, no caso de ser uma ação no sentido de eliminar a NC, ou uma ação preventiva, quando se trata de impedir uma causa de NC, no sentido de evitar a sua ocorrência novamente.

Todo este projeto decorre orientado para os clientes, que neste caso serão os profissionais de saúde do CHSJ e os utentes do CHSJ, sendo estes últimos os beneficiários diretos de todo este processo. Prevê-se que em dezembro de 2014 o projeto de certificação esteja concluído.

## 2. Revisão da Literatura

### 2.1. A Gestão da Qualidade

A questão da qualidade na saúde passa pela capacidade de satisfazer as necessidades dos interessados, sejam eles médicos, enfermeiros, pacientes, administrativos, externos, gestores ou outra parte interessada no serviço de saúde e pela capacidade de estar em conformidade com os requisitos e com a especificação (Attal, 2009). A qualidade na saúde passa precisamente por todas as entidades acima referidas, ou seja, esta pode ser medida de acordo com práticas que garantam a segurança do paciente indo de encontro às suas necessidades. Investigadores acreditam que a definição de qualidade num contexto hospitalar é importante no sentido de ir de encontro às necessidades do paciente e daqueles que utilizam os serviços de informação de saúde (Attal, 2009). Tais serviços devem ser regidos por normas específicas da área, de modo a garantir a segurança e evitar prejudicar, acima de tudo, os pacientes.

No início de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a enfatizar a qualidade na prestação de cuidados de saúde como um processo dinâmico que utiliza os melhores resultados para alcançar uma prática de excelência, envolvendo os conceitos gerais do processo de controlo da qualidade, avaliação, melhoria e garantia (World Health Organization, 2003). Posteriormente, a mesma organização passa a enfatizar o desenvolvimento de modelos mais genéricos e assim surge o atual foco nos Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) (World Health Organization, 2003).

Os termos *prática baseada na evidência*, *profissionalismo* e *qualidade na prestação de cuidados de saúde* adquiriram hoje um novo significado: de acordo com Caspaire (1993) e Berwick (1989) um novo paradigma está a surgir: a gestão da qualidade nos cuidados de saúde (Apud Nabitz, Klazinga, & Walburg, 2000)<sup>5</sup>. Na Europa, existe já uma longa tradição de desenvolvimento de modelos e métodos que avaliam a qualidade do trabalho, os mais conhecidos são as normas profissionais, inspeções de procedimentos, comités de visita, *peer review*, certificação e acreditação (Nabitz et al., 2000). Na área específica da saúde, estes modelos e métodos passam pela acreditação de sistemas, programas de gestão da qualidade organizacional, auditorias clínicas, sistemas de segurança dos pacientes, guias para a prestação de cuidados, indicadores

---

<sup>5</sup>A este respeito conferir: Berwick, M. D. 1989. "Continuous Improvement as an Ideal in Healthcare." *New England Journal of Medicine* 320: 53–56 **citado por** Attal, Zakaria Zaki Al. 2009. "Factors Affecting the Implementation of Joint Commission International Standards in United Arab Emirates Hospitals". Salford Business School Faculty of Business , Law and the Built Environment University of Salford , UK.

de desempenho, sistemas para obter a opinião dos paciente e colaborações no sentido da melhoria da qualidade (Groene, Botje, Suñol, Lopez, & Wagner, 2013).

Pacientes, profissionais de saúde, e outras partes interessadas, têm diferentes perspectivas da qualidade e diferentes prioridades relativamente àquilo que deve ser prioritariamente implementado (Rooney & Ostenberg, 1999). No que toca ao reconhecimento externo relativo à capacitação das organizações na implementação de um SGQ estes têm sido, segundo Suzana Parente e Rui Loureiro (Parente & Loureiro, 1998), evidenciados de acordo com dois níveis de desempenho:

1. Padrões organizacionais e funcionas de gestão da qualidade, de que são exemplos na área da saúde, os da Joint Commission nos EUA ou o King's Fund no Reino Unido; ou ainda os não específicos da saúde, como o caso das ISO, particularmente a série 9000. Todos estes modelos requerem processos de acreditação ou certificação;
2. Criação de prémios destinados a galardoar as organizações ou unidades funcionais de organizações, que mais se tenham evidenciado no âmbito da qualidade. Temos como exemplo o *Deming Prize* instituído em 1951 no Japão, o *Malcolm Baldrige Award* nos EUA e o *European Quality Award* criado em 1992 pela EFQM.

No âmbito do presente trabalho importa destacar as normas ISO 9000 e os sistemas da Joint Commission e do King's Fund, a serem analisadas de seguida.

## **2.2. A série ISO 9000**

A *International Organization for Standardization* (ISO) é uma federação mundial disseminada por entidades nacionais de *standards*. O trabalho da ISO é geralmente realizado através de comités técnicos em que cada membro da entidade ISO tem direito a estar representado (ISO, 2001). Esta rede internacional, fundada em 1947, está representada em 164 países, atualmente reúne mais de 19.500 normas que abrangem três grandes setores do desenvolvimento sustentado: economia, ambiente e sociedade (ISO, 2014; Pinho, 2011; Rodríguez-Cerrillo, Fernández-Díaz, Iñurrieta-Romero, & Poza-Montoro, 2012). Estas normas ajudam a unificar especificações técnicas de produtos e serviços, tornando a indústria mais eficiente e quebrando barreiras no comércio internacional (ISO, 2014).

A ISO desenvolveu normas para sistemas de qualidade (série ISO 9000) que têm sido utilizadas para avaliar aspetos específicos dos serviços de saúde (C. D. Shaw, 2000). Em cada país, um corpo nacional testa e reconhece entidades independentes

competentes para certificar organizações que obedecem às normas. O processo de auditoria que se segue, cujas linhas de orientação podem ser vistas na norma ISO 19011:2011, testa o cumprimento dessas normas (C. D. Shaw, 2000).

A série ISO 9000 engloba um conjunto de normas que definem fundamentos e vocabulário (9000), requisitos (9001) e *guidelines* (9004) para os SGQ. A ISO 9001 e a ISO 9004 são normas de SGQ que foram concebidas para se complementarem, contudo podem ser utilizadas de forma independente (Instituto Português da Qualidade, 2008). A primeira especifica requisitos para um SGQ que pode ser utilizado para aplicação interna pelas organizações ou para certificação, ou para fins contratuais. Está focada na eficácia do SGQ para ir de encontro aos requisitos do cliente (Instituto Português da Qualidade, 2008). Por sua vez, a ISO 9004 proporciona à gestão linhas de orientação para atingir o sucesso sustentado para qualquer organização num ambiente complexo, exigente e sempre em mudança (Instituto Português da Qualidade, 2009). Esta norma está focada na gestão da qualidade, contudo, não se destina a fins de certificação, regulamentares ou contratuais (Instituto Português da Qualidade, 2008). À semelhança das duas normas acima referidas, também a ISO 9000 foi desenvolvida para apoiar as organizações na implementação e operação de SGQ eficazes (Instituto Português da Qualidade, 2005).

Existem quatro normas que formam um conjunto coerente de normas de SGQ (Instituto Português da Qualidade, 2005). Para enquadrar as normas da família ISO 9000, veja-se a Tabela 2 - Normas da família ISO 9000:

**Tabela 2 - Normas da família ISO 9000**

<b>Norma</b>	<b>Designação</b>	<b>Definição</b>
<b>NP EN ISO 9000:2005</b>	<i>Fundamentos e vocabulário</i>	Descreve os fundamentos de um SGQ e especifica a terminologia que lhes é aplicável.
<b>NP EN ISO 9001:2008</b>	<i>Requisitos</i>	Especifica os requisitos de um SGQ, para que os produtos e/ou serviços satisfaçam tanto os requisitos dos seus clientes como dos regulamentos aplicáveis.
<b>NP EN ISO 9004:2009</b>	<i>Guidelines</i>	Fornecer linhas de orientação que consideram tanto a eficácia como a eficiência de um SGQ, com o objetivo de melhorar o desempenho da organização e a satisfação dos seus clientes e das outras partes interessadas
<b>NP EN ISO 19011:2011</b>	<i>Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão</i>	Serve para orientar a execução de auditorias a SGQ e sistemas de gestão ambiental.

A ISO lançou as primeiras normas desta série em 1987, e em 1994, 2000 e 2008 a série ISO 9000 foi revista no sentido de uniformizar os modelos de gestão da qualidade existentes (Heuvel, 2006; Pinho, 2011). Estas normas são genéricas, o que significa que podem ser aplicadas em qualquer organização, em qualquer setor de atividade, independentemente do tipo, produto ou serviço que proporcionam (Heuvel, 2006; Instituto Português da Qualidade, 2008). As normas da série ISO 9000 são fundadas no conceito de que a garantia da qualidade de um produto ou serviço é melhor alcançado através da aplicação simultânea de normas de produtos e de normas de SGQ

(Heuvel, 2006). Estas normas representam um modelo internacional consensual nas práticas de boa gestão, com o objetivo de assegurar que a organização pode continuar a fornecer produtos e serviços que (i) atendam aos requisitos dos clientes, (ii) aumentem a satisfação dos clientes e (iii) atinjam melhorias contínuas no desempenho na perseguição desses objetivos.

Pelo facto de os hospitais terem, muitas vezes, de preservar um número considerável de registos e documentação que resulta, frequentemente, num grande e descontrolado número de documentos, muitos dos quais duplicados, as normas ISO são consideradas, muitas vezes, sinónimo de burocracia. Contudo, as normas ISO podem, pelo contrário, ajudar a reduzir a burocracia na organização, especialmente nos hospitais onde é exigido um certo grau de documentação, uma vez que apresenta um sistema de controlo de documentos bem descrito (Heuvel, Koning, Bogers, Berg, & Dijen, 2005).

Ao que foi possível apurar até então, a evolução dos registos clínicos para ambiente digital não tem obedecido a nenhum plano ou estratégia, e continua a atitude de retalho que se assiste em suporte papel. Além disto, não aborda questões como são a falha da aplicação de normativos legais do acesso e integridade de registos clínicos (Centro Hospitalar de São João, 2012).

As normas da série ISO 9000 focam-se na manutenção do SGQ para cada produto ou serviço, tal que, cada produto vá de encontro às conformidades expectáveis. Contudo, estas normas não abordam quais devem ser as especificações no sentido de produzir um produto ou serviço de alta qualidade (Rooney & Ostenberg, 1999). A ISO 9000 está organizada em 20 categorias principais, abordando alguns setores como a responsabilidade da gestão, a gestão dos recursos, a qualidade do sistema, auditorias da qualidade internas e controlo de processos (Rooney & Ostenberg, 1999).

De acordo com a Fundação Britânica de Qualidade (Thawesaengskulthai, 2007), a informação retirada da internet tem grande influência na seleção de ferramentas de qualidade. Através da utilização do Google Trends, foi possível identificar a tendência mundial relativamente a técnicas específicas de gestão e comparar as três principais técnicas para a aplicação de um SGQ: ISO 9001, Six Sigma e Total Quality Management (TQM). A expressão de pesquisa foi a seguinte: (ISO 9001), (Six Sigma), TQM| (Total Quality Management). A Figura 2 - **Tendência do volume de pesquisa de técnicas de Gestão da Qualidade** ilustra a tendência no intervalo de janeiro de 2004 a dezembro de 2013, em Portugal.



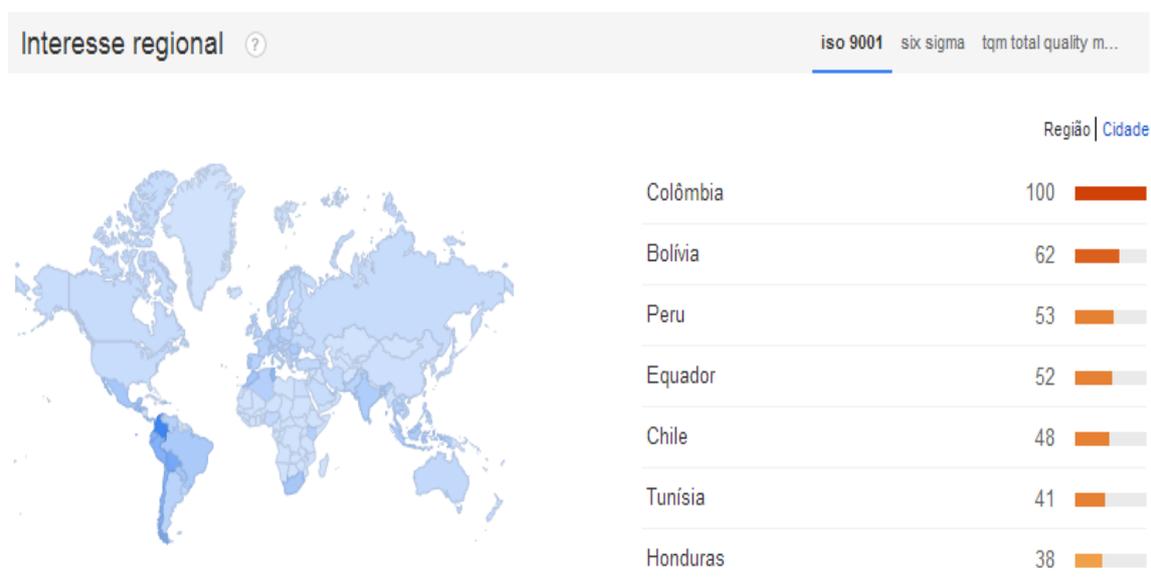
**Figura 2 - Tendência do volume de pesquisa de técnicas de Gestão da Qualidade**

**Fonte:** Google Trends, 2014

A Figura 2 - **Tendência do volume de pesquisa de técnicas de Gestão da Qualidade** evidencia que em Portugal a pesquisa da ISO 9001 foi mais relevante do que as outras duas técnicas de gestão da qualidade, seguindo-se o Six Sigma, e o TQM, este sem qualquer pesquisa efetuada no país. Caso a pesquisa fosse efetuada dentro do mesmo intervalo de tempo, mas nos Estados Unidos o cenário alterava-se. Neste caso a técnica que prevalecia seria o Six Sigma, seguindo-se a ISO 9001 e, por fim, o TQM, sem existirem sobreposições das técnicas, sendo que em média por mês, o Six Sigma tem cinquenta e oito visualizações, a ISO 9001 oito visualizações, e o TQM zero visualizações. Se falarmos do Reino Unido, o caso é semelhante ao anterior, com uma pequena diferença, a partir do ano de 2011 as técnicas Six Sigma e ISO 9001 sobrepõem-se, chegando mesmo a existir uma diferença mínima de visualizações por dia, cerca de nove visualizações por dia, no ano de 2013.

O pico registado em abril de 2005 pode ficar a dever-se ao aumento da literatura no ramo da norma ISO 9001 e aos casos de estudo efetuados, tendo em conta a aplicação desta norma. A nível mundial, regista-se uma maior pesquisa relativamente ao Six Sigma, sendo que o TQM, pelo contrário, mostrou ser menos popular nas pesquisas efetuadas no Google Trends.

A Figura 3 - Regiões que mais pesquisam o termo "ISO 9001" indica as sete regiões que mais frequentemente fizeram uma pesquisa que incluía o termo *ISO 9001*, apresentando grande relevância em regiões da América do Sul e, curiosamente, esta técnica tem menos atração nos Estados Unidos e no Reino Unido. Este facto pode ficar a dever-se ao facto de não existir muito mais conhecimento criado com a norma ISO 9001.



**Figura 3 - Regiões que mais pesquisam o termo "ISO 9001"**

**Fonte:** Google Trends, 2014

Às Honduras seguem-se Guatemala, Marrocos e El Salvador com um índice de valor de pesquisa igual a trinta. Este índice contraria o facto de existir um maior número de certificações com a norma ISO 9001 em países como a China, o Reino Unido e os Estados Unidos. Nestes últimos, a técnica que prevalece é o Six Sigma. Isto pode ficar a dever-se ao facto de ser uma técnica moderna, criada nos Estados Unidos, associada a temas como a qualidade e a melhoria de processos (Thawesaengskulthai, 2007).

Relativamente à série ISO 9000, a questão colocada no presente trabalho passa pela sua aplicabilidade em contexto hospitalar: será esta ferramenta útil para a implementação de um SGQ neste âmbito? A série ISO 9000 define requisitos (9001) e *guidelines* (9004) para os SGQ (Instituto Português da Qualidade, 2008, 2009), utilizadas e adotadas na indústria e em organizações que prestam serviços (Apud Heuvel 2006)<sup>6</sup>, como é o caso do setor hospitalar. Estes *standards* são genéricos, o que

<sup>6</sup> Sobre este assunto conferir: Marquardt, D. W. 1999. "The ISO 9000 Family of International Standards." In Joseph M. Juran Quality Handbook. New York: McGraw-Hill **citado por** Heuvel, Jaap Van Den. 2006. The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

significa que podem ser aplicados em qualquer organização, sendo de assinalar que se baseiam no conceito de que a consistência do produto ou a qualidade do serviço se atinge pela aplicação de *standard* de produtos e *standards* de SGQ. A existência de um SGQ que cumpra determinados *standards* é uma garantia adicional relativamente ao próprio produto. A *International Organization for Standardization* (ISO) adota uma abordagem por processos no sentido de melhorar o desempenho organizacional e financeiro, com enfoque na gestão da qualidade, no controlo de processos e na garantia de técnicas de controlo de qualidade que assegurem os resultados estipulados e impeçam desempenhos insatisfatórios e não conformes. Estas normas apresentam uma aceitação geral no que toca à aplicação de boas práticas, com o objetivo de assegurar que a organização pode continuar a distribuir um produto ou serviço que (i) corresponda aos requisitos de qualidade estabelecidos com os clientes, (ii) atenda às normas ou legislação aplicáveis, (iii) aumente a satisfação do cliente e, (iv) atinja melhorias contínuas no seu desempenho na perseguição destes objetivos.

### 2.2.1. Sistemas de Gestão da Qualidade

Cada vez mais, as organizações de saúde procuram oferecer um nível de qualidade adequado à prestação de cuidados de saúde, quer por razões de competitividade, quer pelo cada vez maior nível de exigência de clientes e da sociedade, que reclamam que exista transparência, eficiência, financiamento público e responsabilidade (Sampaio 2008; Apud Heuvel 2006<sup>7</sup>). O Instituto de Medicina<sup>8</sup> enfatiza a necessidade de redesenhar os sistemas de fornecimento de cuidados, no sentido de melhorar a sua qualidade, uma vez que estão fortemente fragmentados e os processos de cuidados estão pobremente desenhados (Institute of Medicine, 1999). Nesse sentido, a gestão da qualidade e a implementação de um SGQ, cujo enfoque recai no controlo de processos e na melhoria da sua qualidade, são essenciais para todas as organizações hospitalares (Apud Heuvel 2006)<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> A este respeito conferir: Relman, Arnold S. 1988. "Assessment and Accountability: The Third Revolution in Medical Care." *The New England Journal of Medicine* 319 (18): 1220–22 **citado por** Heuvel, Jaap Van Den. 2006. *The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

<sup>8</sup> O *Institute of Medicine* é uma organização independente, sem fins lucrativos que trabalha no sentido de providenciar auxílio na tomada de decisão acerca de questões de saúde. Sediada nos Estados Unidos, em conjunto com *National Academy of Sciences* providencia estudos que revelam algumas das melhorias mais significativas na saúde.

<sup>9</sup> Sobre este assunto conferir: Caspaire, A. F. 1993. *Handbook Quality of Care* (in Dutch). Utrecht: De Tijdstroom **citado por** Heuvel, Jaap Van Den. 2006. *The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

No que toca à qualidade dos cuidados de saúde, muitas melhorias têm sido feitas. Os SGQ são um pré-requisito para a homogeneidade e aplicação sistemática de iniciativas de melhoria da qualidade (Apud Groene et al., 2013)<sup>10</sup>.

De acordo com Abel Pinto e Iolanda Soares (A. Pinto & Soares, 2011) um SGQ traduz-se no envolvimento de todo o pessoal da organização num processo que vai procurar concretizar necessidades e expectativas dos clientes, através do fornecimento de produtos e serviços em conformidade com estes requisitos. De acordo com os mesmos, este sistema deve, à partida:

1. Desenvolver produtos e serviços que vão de encontro às necessidades e expectativas dos clientes;
2. Aumentar a satisfação do cliente através da melhoria contínua dos produtos e serviços, dos processos e, conseqüentemente, da própria organização.

O suporte de um sistema de gestão é a sua documentação. Passa por aqui a principal dificuldade sentida pelas organizações. Contudo, as principais atividades a serem realizadas no sentido de se repercutirem num sistema de qualidade, devem estar devidamente documentadas (A. Pinto & Soares, 2011): as metas a serem alcançadas, as responsabilidades dos vários intervenientes e os registos que permitam monitorizar o nível de eficácia do sistema.

---

<sup>10</sup> A este respeito conferir: Wagner, C., D. H. De-Bakker, and P. P. Groeneweggen. 1999. "A Measuring Instrument for Evaluation of Quality Systems." *International Journal of Health Care Quality* 11: 119–30 **citado por** Groene, Oliver, Daan Botje, Rosa Suñol, Maria Andrée Lopez, and Cordula Wagner. 2013. "A Systematic Review of Instruments That Assess the Implementation of Hospital Quality Management Systems." *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua* 25 (5): 1–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23970437>.

Usualmente os documentos estruturam-se em quatro níveis:

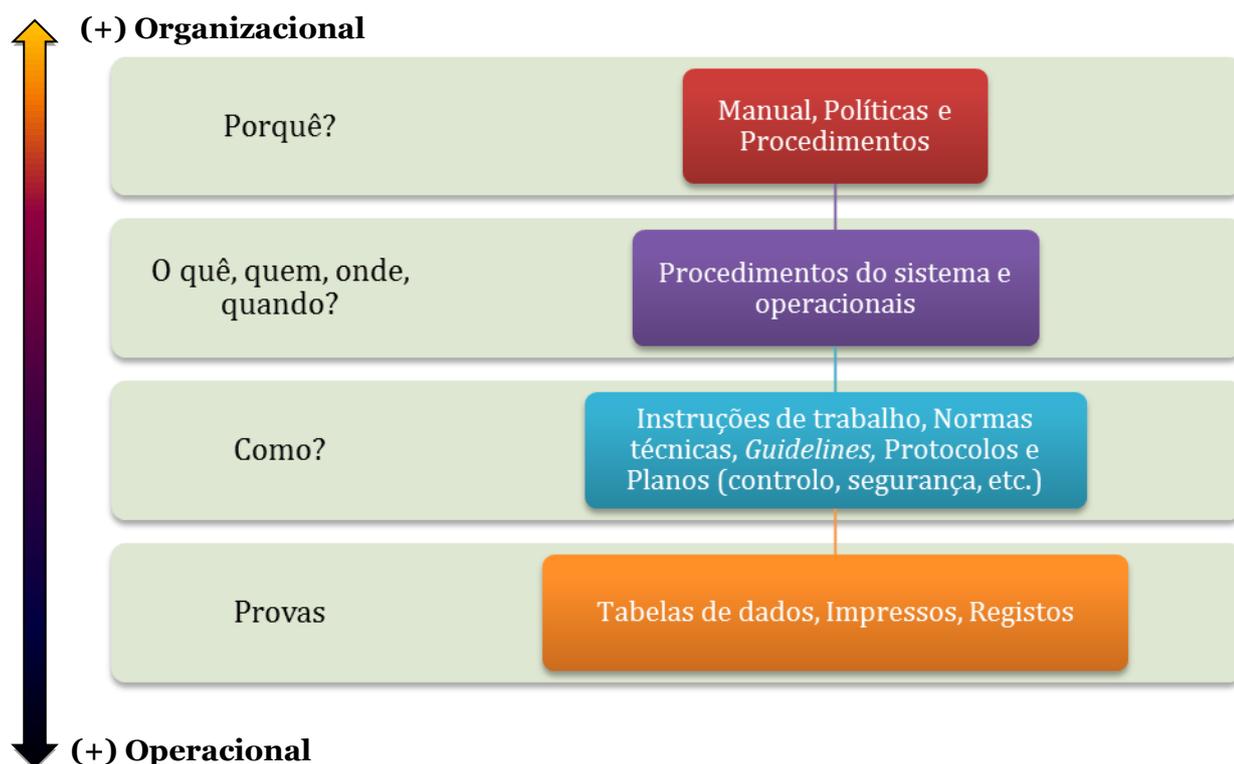


Figura 4 - Estrutura documental de acordo com A. Pinto & Soares, 2011

**Fonte:** A. Pinto & Soares, 2011

### 2.2.2. Abordagem por processos

A ISO 9001:2008 tira partido de uma abordagem por processos, de modo a alcançar os resultados esperados e prevenir um desempenho insatisfatório não-conforme, bem como no sentido de melhorar o desempenho organizacional e financeiro. Esta norma foca-se na gestão da qualidade, no controlo de processos e na garantia de técnicas de qualidade.

De acordo com esta normativa internacional (Instituto Português da Qualidade, 2008), para que uma organização funcione de forma eficaz e eficiente deve gerir uma sucessão de atividades interligadas. A *abordagem por processos* refere-se à introdução de um sistema numa organização, juntamente com a identificação, as interações e a gestão destes processos para produzir o resultado desejado. A sua principal vantagem é o controlo que exerce sobre a execução dos processos. Quando utilizada dentro de um SGQ, tal abordagem enfatiza a importância (i) de atender aos requisitos estipulados pela organização, (ii) de considerar processos em termos de valor acrescentado, (iii) de obter resultados de desempenho e da eficácia do processo e, (iv) da melhoria contínua



**Fonte:** APCER - Associação Portuguesa de Certificação, 2010

O serviço de saúde dever ser desenhado, gerido e administrado em função do paciente. A ISO 9000 não especifica *o que é* necessário ser feito pelos profissionais de saúde, e acredita-se que este requisito deva ser definido através de um consenso entre profissionais. Além disto, a ISO 9000 pode ser utilizado para assegurar o controlo das atividades (ISO, 2001).

A melhoria contínua requer uma configuração dos objetivos. Estes, por sua vez, devem ser mensuráveis, devem ser enquadrados num determinado período de tempo (Institute for Healthcare Improvement, 2014), e devem ter um público-alvo, que no caso específico do presente estudo são todos os utilizadores do Serviço de Gestão de Informação, do CHSJ.

Na medição da melhoria é utilizado um conjunto de indicadores que vão avaliar a eficácia de determinada mudança para o setor em questão, e se resultou em melhoria.

Para uma melhor compreensão da aplicação das normativas relativa à Gestão da Qualidade em contexto hospitalar, apresenta-se de seguida casos de aplicação no setor da saúde publicados na literatura.

## **2.3. Casos Similares**

### **2.3.1. Caso A: Implementação de um SGQ num Hospital Universitário**

De acordo com Heuvel (Heuvel, 2006), a primeira implementação de sucesso de um SGQ em ambiente hospitalar, ocorreu no Hospital Universitário de Utrecht, na Holanda, em 1994, precisamente o mesmo ano em que é publicada a ISO 9000:1994. Esta implementação foi efetuada num departamento de radiologia, devido ao seu carácter híbrido. Este hospital universitário elaborou um plano estratégico, onde o conceito da Total Quality Management (TQM) tomou um papel de destaque (Apud Heuvel 2006)<sup>11,12</sup>pois foi, em tempos, um conceito que ajudou as instituições na garantia da qualidade e na vantagem competitiva, e por esta razão foi bastante considerado no meio da saúde (Apud Heuvel 2006)<sup>13</sup>. No fim deste projeto de

---

<sup>11</sup> A este respeito conferir: Deming, W. E. 1986. Out of the Crisis. Massachusetts: MIT Press **citado por** Heuvel, Jan Van Den. 2006. The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

<sup>12</sup> A este respeito conferir: Institute of Medicine. 2001. Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press **citado por** Heuvel, Jan Van Den. 2006. The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications

<sup>13</sup> Gaucher, E. J., and R. J. Coffrey. 1993. Total Quality in Health Care: From Theory from Practice. Josey-Bass Inc. **citado por** Heuvel, Jan Van Den. 2006. The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

implementação de um SGQ, em 2003 o hospital holandês era o único que tinha uma certificação da ISO por toda a organização. Contudo, existiram algumas deficiências ao longo da concretização do projeto: (i) muitas vezes, não existia maneira de determinar a relevância de um determinado projeto, nem a sua contribuição para a organização; (ii) não existia um procedimento normalizado que avaliasse os custos antecipadamente; e (iii) no início do projeto, não existia nenhuma informação fiável acerca do progresso. Deste estudo resultaram três importantes conclusões: (i) o aumento da procura de investigação em radiologia, combinado com a redução de custos, reforçou o facto de ter de existir um controlo a nível da qualidade e dos custos; (ii) o departamento de radiologia, que estava acostumado a levar a cabo diferentes projetos de melhoria da qualidade, sentiu a necessidade de realizar uma abordagem integral e sistémica (Apud Heuvel 2006)<sup>14</sup>; e por fim (iii) o governo holandês decretou na legislação que as instituições de saúde deste país deviam ter um sistema de controlo da qualidade.

Durante o processo foram avaliados alguns métodos que deveriam guiar a investigação no sentido da construção do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Todavia, na época em que o estudo foi realizado não existiam alternativas reais para a implementação de tal sistema, pelo que se apostou na ISO 9000:1994. Pelo facto de o departamento de radiologia partilhar diversas características com a produção industrial, os autores acreditaram que a ISO 9000, sendo uma norma industrial, se encaixava nas suas necessidades. No final deste processo, o autor (Heuvel, 2006) reportou uma série de vantagens relacionadas com a implementação da ISO 9000, entre as quais, um excelente sistema de controlo de documentos, um aumento na produção e a diminuição de custos (Heuvel et al., 2005).

Heuvel e outros autores (Heuvel et al., 2005) desenvolveram, a partir de 1999, durante um ano e meio, um sistema de gestão da qualidade com base na ISO 9000. Durante este processo foram descritos e identificados processos de forma normalizada em procedimentos. Todos os processos *core* do hospital foram descritos em, aproximadamente, 60 procedimentos. O passo seguinte foi protocolar cada processo. Estes protocolos do sistema de qualidade fornecem uma descrição detalhada de tarefas específicas, por exemplo, como retirar pontos a um doente, ou como introduzir dados específicos no computador. Os processos e atividades apenas foram descritos quando estritamente necessários, de modo a assegurar a qualidade, limitando a um número mínimo. Uma vez descritos os processos e atividades essenciais, a gestão do hospital reuniu o Manual de Qualidade. Este manual contém descrições da organização, do

---

<sup>14</sup> A este respeito conferir: Hendricks Hendricks, M. J. 1995. "Physician-Proof Photo Logistics". Utrecht: University Hospital Utrecht **citado por** Heuvel, Jan Van Den. 2006. The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

sistema de qualidade, políticas do hospital e os indicadores de desempenho que estes autores colocaram em prática. Para concretizar a implementação do SGQ, foi implementado um sistema de auditoria interno, sendo que cinquenta trabalhadores foram treinados para auditar procedimentos e protocolos nos diferentes departamentos, resultando na introdução de melhorias. Quando todos os elementos requeridos para este SGQ ISO se deram por concluídos, concebidos e implementados, o sistema *ganhou vida*. Os procedimentos devem ter o desempenho para os quais foram *formatados*, sendo que se devem adotar medidas corretivas em casos de não conformidade.

O sistema tinha de sofrer melhorias. As auditorias internas e externas tinham que confirmar se o sistema corria em conformidade, ou se era necessário adotar melhorias. É de assinalar que estes autores implementaram a ISO 9000:1994 e, subsequentemente, a ISO 9001:2000 sem qualquer apoio externo ou consultores. Contudo, conseguem apontar uma série de resultados positivos. A fundamentação destes resultados surge durante os processos de análise e descrição, nos quais muitos funcionários foram envolvidos. Além destes, também as auditorias internas e externas forneceram uma série de informações sobre o funcionamento e o valor acrescentado do SGQ ISO 9000.

O SGQ ISO implementado pelos autores (Heuvel et al., 2005) mantém a focalização no cliente e nos pacientes, o que é muito estimulante. No passado, devido a exemplos externos, a atenção era desviada para parâmetros de eficiência e procedimentos administrativos como o preenchimento de formulários e os registos clínicos. Eles avaliaram antecipadamente as necessidades dos pacientes e, depois, numa base estrutural, a sua satisfação. Como é possível aferir, os autores (Heuvel et al., 2005) focaram a atenção no paciente e o feedback é positivo, o que é motivador para a área da saúde. Os processos estão todos identificados e devem ser melhorados continuamente em função das necessidades dos pacientes. Estes requisitos da ISO permitem que os autores se mantenham confiantes no rumo tomado para a melhoria da qualidade. O enfoque da ISO 9001:2000 no cliente, nos pacientes, é muito estimulante.

Tal como já afirmado, o Instituto de Medicina (Institute of Medicine, 1999) salientou que a qualidade da prestação de cuidados é, por vezes, insuficiente, porque os processos de prestação de cuidados estão pobremente concebidos e caracterizados por duplicações desnecessárias de serviços e longo tempo de espera e atrasos. Os autores do estudo (Heuvel et al., 2005) indicam que no seu SGQ todos os processos foram identificados, descritos e otimizados. Apesar disto, os autores indicam que ainda existe muito para fazer. Não obstante os indicadores de desempenho ao nível dos processos

estão desenvolvidos e monitorizados e são os responsáveis pelos departamentos que, enquanto detentores dos processos, têm que assegurar o melhor desempenho.

Um aspeto importante da ISO 9001:2000 é a sua abordagem em relação à gestão por processos. Os autores (Heuvel et al., 2005) recolheram informação de diversas fontes, tais como: questionários de satisfação dos clientes, queixas, incidentes, indicadores de qualidade, auditorias internas e externas. Estas medidas devem resultar em melhorias no SGQ, ao nível do desempenho e do processo de saúde e da qualidade dos cuidados de saúde. A análise de riscos e as subsequentes melhorias podem ser consideradas um importante passo na eliminação de falhas na segurança dos pacientes, como estabelecido pelo Instituto de Medicina (Institute of Medicine, 1999).

Foram desenvolvidos um conjunto de indicadores de desempenho tal como é requerido na ISO 9001:2000, e que são parte essencial da implementação de um SGQ, sendo que o indicador mais importante está relacionado com a satisfação do cliente.

No Reino Unido, dez pequenos hospitais relacionados com a BUPA, uma companhia de seguros da saúde, obtiveram uma certificação com a norma ISO 9001:2000. A BUPA foi a primeira companhia no Reino Unido a oferecer avaliação no âmbito da saúde, tendo sido efetuadas 72.000 avaliações só no ano de 2012 (BUPA, 2014), resultando numa satisfação dos pacientes de 82%. Nos Estados Unidos, muitas instituições garantem ter obtido com sucesso a certificação nos seus hospitais (Heuvel, 2006). Um pouco por todo mundo existem relatos de certificações bem-sucedidas, contudo, numa escala limitada.

### **2.3.2. Caso B: Archive Service Accreditation**

Tendo presente que o enfoque do presente trabalho se centra no SAAI incluímos na revisão da literatura aspetos relacionados com a certificação de Serviços de Informação, no sentido de enriquecer o presente estudo. Neste sentido é importante referir o trabalho desenvolvido pelo projeto de Arquivo Nacional do Reino Unido eu desembocou na norma *Archive Service Accreditation*, aplicável aos departamentos de arquivo da administração pública do país (Archive Service Accreditation, 2013e). Este *standard* veio substituir o *National Archives' Standard for Record Repositories* e, consigo, o respetivo programa de autoavaliação de arquivos de autarquias locais de Inglaterra e País de Gales.

O *Archive Service Accreditation* foi desenvolvido durante um processo de consulta e cocriação com o setor de arquivo do Reino Unido (Archive Service Accreditation, 2013c). Entre setembro e dezembro de 2012 vinte serviços de arquivo serviram para o estudo-piloto e para a aplicação do processo. Este estudo-piloto incluiu serviços de

arquivo por todo o Reino Unido, num espectro alargado de tamanhos e formatos das suas coleções. O *feedback* obtido desses estudos foi depois utilizado para criar o esquema e a norma em março de 2013 (Archive Service Accreditation, 2013c). Esta norma é composta por um conjunto de oito documentos no total <sup>15</sup>:

1. Standard: lista os requisitos que os arquivos devem alcançar para satisfazer o *Archive Service Accreditation* e quais os resultados esperados depois da sua aplicação;
2. Guia: procura ajudar os serviços de arquivo a compreender o propósito do esquema, como fazer uma candidatura e, de que forma cada requisito do *standard* pode ser aplicado ao seu serviço;
3. Tabela de escalas: divide os serviços de arquivo em dois tipos, e para cada um define uma série de indicadores. Os serviços de arquivo não precisam de preencher todos estes indicadores (devem encontrar aqueles que mais se adequam ao seu serviço) e até podem encontrar o seu lugar no meio destes dois tipos. Entre os indicadores encontra-se, por exemplo, o tamanho da coleção;
4. Critérios de elegibilidade: existem seis critérios de elegibilidade, que foram construídos para permitir aos serviços de arquivo determinar a sua qualificação para o processo de acreditação;
5. Glossário: define os termos e palavras que foram utilizados no documento do *standard* e do *guia*;
6. Formulário de candidatura: é o documento que serve para todos aqueles serviços de arquivo que pretendam candidatar-se ao *Archive Service Accreditation*.
7. Formulário de avaliação: é completado por assessores e avaliadores para a submissão do painel do *Archive Service Accreditation*;

---

<sup>15</sup> Sobre os documentos em baixo conferir as seguintes referências: Archive Service Accreditation. 2013a. “Archive Service Accreditation: Application Form” (May). <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-setor/archive-service-accreditation.htm>; Archive Service Accreditation. 2013b. “Archive Service Accreditation: Guidance” (May). <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-setor/archive-service-accreditation.htm>; Archive Service Accreditation. 2013c. “Archive Service Accreditation: Eligibility Criteria” (May): 1–13. <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-setor/archive-service-accreditation.htm>; Archive Service Accreditation. 2013d. “Archive Service Accreditation: Scalability” (May): 1–7. <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-setor/archive-service-accreditation.htm>; Archive Service Accreditation. 2013e. “Archive Service Accreditation: Glossary” (March): 1–2. <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-setor/archive-service-accreditation.htm>; Archive Service Accreditation. 2013f. “Archive Service Accreditation: Standard” (May). <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-setor/archive-service-accreditation.htm>.

8. Tabelas de referência cruzada: indica quais as secções do *standard* do *Archive Service Accreditation* remetem para cada secção de outros *standards* e esquemas

Para a seleção de quais os serviços de arquivo a integrar neste projeto do *Archive Service Accreditation* foi elaborado um conjunto de critérios de pré-qualificação para uma primeira fase. Existem seis critérios de avaliação que os serviços de arquivo devem satisfazer (Archive Service Accreditation, 2013a):

**Tabela 3 - Critérios de pré-qualificação do *Archive Service Accreditation***

<b>Critério</b>	<b>Definição</b>	<b>Descrição</b>
<b>Critério 1</b>	<i>Definição do serviço de arquivo</i>	Para a organização ser integrada no <i>Archive Service Accreditation</i> devia encerrar uma coleção que fosse de encontro à seguinte definição de arquivo:  “ <i>Materials created or received by a person, family or organisation, public or private, in the conduct of their affairs and preserved because of the enduring value contained in them or as evidence of the functions and responsibilities of their creator, especially those materials maintained using the principles of provenance, original order and collective control; permanent records.</i> ” (SAA, 2014)
<b>Critério 2</b>	<i>Tamanho da(s) coleção(ões) do arquivo</i>	Este critério destinava-se a limitar o número de serviços de arquivo a serem integres neste estudo-piloto, por forma a incluir apenas participações significativas. A(s) coleção(ões) deviam seguir pelo menos um dos seguintes requisitos: ter 4000 itens, 50 metros lineares e/ ou 4.2 metros cúbicos(Archive Service Accreditation, 2013a)
<b>Critério 3</b>	<i>Prestação de acesso</i>	O arquivo devia providenciar o acesso às coleções, para além dos membros da própria instituição ou organização, ao público em geral.
<b>Critério 4</b>	<i>Registos eletrónicos</i>	Repositórios que apenas apresentem coleções em suporte digital não foram considerados para este estudo
<b>Critério 5</b>	<i>Recursos Humanos</i>	O serviço de arquivo deveria ser gerido por pessoal competente, com competências profissionais capazes de atender ao tipo e natureza da organização e coleção.
<b>Critério 6</b>	<i>Armazenamento</i>	O serviço de arquivo deve ser equipado com suportes de armazenamento seguros para os registos que a instituição ou organização suporta.

Uma vez conferidos todos os critérios, os serviços de arquivo deveriam avaliar o seu serviço de acordo com uma escala presente no documento da escalabilidade (Archive Service Accreditation, 2013d). Este documento foi utilizado pelos assessores durante o processo de avaliação do serviço de arquivo a atuar no Reino Unido, e por forma a

garantir transparência durante o decorrer do processo de avaliação (Archive Service Accreditation, 2013d).

A decisão da acreditação passa por um painel que decide se acredita de forma provisória o serviço de arquivo, através da verificação do cumprimento dos requisitos estabelecidos pela norma. Este painel é composto por membros do comité governativo do *Archive Service Accreditation*. Esta acreditação provisória é mantida durante dois anos, até que nova candidatura seja requerida. Depois de dois/ três anos, será requerida uma nova candidatura de forma a manter o *status* de serviço de arquivo acreditado. Este processo de acreditação vai permitir aos arquivos que revejam o seu serviço com base numa norma reconhecida nacionalmente da gestão de arquivo. Assim sendo, os arquivos têm a oportunidade de reconsiderar as suas políticas, planos e procedimentos, identificando forças e fraquezas para futuro desenvolvimento (Archive Service Accreditation, 2013e).

A norma do *Archive Service Accreditation* foi desenvolvida a pensar nas necessidades dos setores de arquivo do Reino Unido. Tendo em conta o propósito e o conteúdo de cada um, a norma tinha como objetivo apoiar a transição para formas integradas de trabalhar na gestão de acervos culturais. O *Archive Service Accreditation* foi desenhado para ser aplicado em conjunto com outras *frameworks* e normas já utilizadas em setores de arquivo, museu e biblioteca, principalmente (Archive Service Accreditation, 2013e):

- a) A norma para acesso aos arquivos (NCA PSQG 2008);
- b) PAS (Publicly Available Specification) 197:2009, código para a gestão de acervos culturais<sup>16</sup>.
- c) Acreditação de Museus (2011).

A norma do *Archive Service Accreditation* está dividida em três secções: (i) saúde organizacional, (ii) acervos e (iii) *stakeholders* e as suas experiências (Archive Service Accreditation, 2013e).

Cada requisito *standard* do *Archive Service Accreditation* é acompanhado por um guia designado para ajudar na aplicação, de forma a (i) compreender o propósito do requisito e os resultados esperados que resultam da sua concretização, (ii)

---

<sup>16</sup> Este código providencia uma *framework* para a gestão holística de acervos culturais através da recolha de organizações tais como, arquivos, museus e bibliotecas. O PAS 197 surgiu efetivamente em janeiro de 2009, e foi desenvolvido pelo *British Standards Institution*. A terminologia utilizada pelo PAS 197 visava eliminar a redundância de termos que tinham diferentes usos e significados entre os setores de arquivo, museu e biblioteca (Archive Service Accreditation, 2013b, 2013e).

compreender as expectativas do requisito enquadrando-o no caso particular do arquivo, (iii) identificar possíveis evidências e (iv) encontrar ferramentas e recursos que possam ajudar a satisfazer as exigências (Archive Service Accreditation, 2013c).

O *Archive Service Accreditation* providencia um serviço de arquivo reconhecido externamente. Os benefícios que a sua aplicação pode trazer estão sumarizados em sete P's (Archive Service Accreditation, 2013e):

- 1) *Profissionalismo* – mecanismo que visa desenvolver e fortalecer o profissionalismo do setor de arquivo do Reino Unido;
- 2) *Performance* – uma norma aplicável a todo o setor de arquivo do Reino Unido que oferece um ponto de referência e estímulo para medir o desempenho;
- 3) *Perfil* – mecanismo para a sensibilização e compreensão dos arquivos, construindo uma base de confiança e de credibilidade, tanto no âmbito organizacional como externamente;
- 4) *Pessoas* – processo que ajuda o serviço de arquivo a responder às necessidades dos utilizadores, dos seus interesses, e a suportar o desenvolvimento de uma força de trabalho;
- 5) *Parcerias* – ferramenta que ajuda os arquivos a examinar mais amplamente a sua oferta, e que encoraja o trabalho de colaboração dentro e entre organizações;
- 6) *Planeamento* – uma *framework* robusta que facilita o planeamento de trabalho futuro, através da melhoria dos procedimentos e políticas, e pela redução de riscos organizacionais;
- 7) *Patrocínio* – uma *bagagem* de reconhecimento que demonstra a qualidade dos serviços, reforçando a confiança dos investidores.

### **2.3.3. Caso C: Implementação de um SGQ numa unidade hospitalar domiciliária**

Um outro de estudo de caso que importa descrever dado o envelhecimento da população – estima-se que até 2050 o número de cidadão europeus com mais de 80 anos duplicará e a percentagem dos que têm mais de 60 anos aumentará em 9% em 2025 relativamente aos 20% que se assiste atualmente (Iakovidis, 2011) – é o estudo realizado por Matilde Rodríguez-Cerrillo, Eddita Fernández-Díaz, Amaia Iñurrieta-Romero e Ana Poza-Montoro, que se propôs a escrever as alterações e resultados obtidos depois da implementação de um SGQ de acordo com a norma ISO 9001, na unidade domiciliária de um hospital, em Madrid, Espanha. O hospital domiciliário é

uma alternativa ao modelo convencional de hospitalização, que permite aos pacientes receber tratamento na sua própria casa. Não obstante, a transferência dos cuidados do paciente para a unidade domiciliária requer a gestão de determinados serviços específicos, tais como providenciar as viagens do pessoal, equipamentos, etc. (Rodríguez-Cerrillo et al., 2012).

O Hospital Clínico de San Carlos, localizado em Madrid, é composto por 16 membros do pessoal na sua unidade domiciliária. Em outubro de 2007, estes autores (Rodríguez-Cerrillo et al., 2012) começaram a implementar um SGQ seguido pelo departamento de gestão da qualidade do hospital, sem nenhuma contratação de um consultor externo. Todo o pessoal foi envolvido neste processo e informado acerca do processo de implementação do SGQ e dos benefícios que este traria.

Foram elaborados uma série de protocolos relativos aos cuidados domiciliários, equipamentos, recursos humanos, entre outros. Durante a implementação de processos foi necessário:

- a) Descrever a forma como o SGQ foi estabelecido, documentado, melhorado e mantido;
- b) Provar o empenho da comunidade;
- c) Definir e fornecer recursos materiais e humanos necessários para o SGQ;
- d) Identificar os requisitos dos pacientes deste hospital para providenciar o melhor tratamento possível;
- e) Controlar, medir e melhorar o SGQ.

Foi definido um mapa de processos que permitiu unificar critérios para todo o pessoal. Os processos definiram e controlaram o trabalho que deveria ser feito e explicaram como deveria ser feito e por quem deveria ser feito. Neste mapa vinham implícitos:

- a) Os processos de gestão, onde vêm agregados a gestão de recursos humanos, o acompanhamento e monitorização e a revisão da gestão;
- b) Os processos operacionais, cujo foco é o cliente/ paciente, e inclui a avaliação do estado do paciente e a gestão dos cuidados de saúde;
- c) Os processos de suporte, que englobam essencialmente o equipamento e as infraestruturas.

A implementação deste processo durou um ano. Alguns meses depois da implementação, em junho de 2008, um corpo internacional de certificação auditou e conferiu o estado de certificação ISO da unidade hospitalar domiciliária, ainda que com

algumas não-conformidades encontradas no processo de auditoria. Desde então, o sistema de qualidade é avaliado uma vez por ano. Em 2008 foi registado um aumento na satisfação dos pacientes tratados em casa, uma conclusão satisfatória uma vez que os resultados foram obtidos através de inquéritos de satisfação anónimos. Dois anos depois registou-se o melhor índice de qualidade de cuidados fornecidos pelo pessoal.

Não existia nenhum sistema nacional espanhol para a acreditação de unidades hospitalares domiciliárias, pelo que os autores (Rodríguez-Cerrillo et al., 2012) decidiram implementar uma norma internacional, que se veio a revelar bastante vantajosa neste processo. As melhorias contínuas foram alcançadas através da realização de auditorias, análise de dados, definição de objetivos e implementação de ações corretivas e preventivas.

Um aspeto bastante importante da norma ISO 9000 é a sua consideração pela satisfação dos clientes, neste caso, os médicos. A sua satisfação para este caso é de especial importância, uma vez que cabe a eles a decisão de utilizar, ou não, este modelo de hospitalização.

Um aspeto essencial para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de saúde deve passar pelo estabelecimento de normas que regulem critérios e serviços, como por exemplo, o fornecimento de oxigénio e o serviço de ambulância, muito importantes neste processo.

#### **2.4. Aplicação das ISO 9000 na saúde**

Na última década temos vindo a assistir a um movimento impulsionador da qualidade nos setores de prestação de cuidados de saúde. Muitas unidades hospitalares têm implementado SGQ com o intuito de melhorar a eficiência e a qualidade da prestação de cuidado de saúde (Rodríguez-Cerrillo et al., 2012). A garantia da qualidade e as teorias de Joseph Juran e W. Edwards Deming, bem como abordagens de gestão da qualidade como o *Total Quality Management* (TQM) e a melhoria contínua da qualidade, estão cada vez mais a ser enquadrados nas operações diárias de uma instituição de saúde (Rooney & Ostenberg, 1999). Os gestores dos serviços de saúde e os decisores políticos veem como cada vez mais é imperativo avaliar e monitorizar a qualidade, e melhorar neste aspeto.

A série de normas ISO 9000 foi sempre questionada sobre a sua aplicabilidade na saúde. Neste âmbito, as aplicações foram maioritariamente vistas em ambientes não clínicos, i.e. de suporte às áreas clínicas, de que são exemplo os departamentos de

radiologia e os departamentos laboratoriais (Apud Heuvel 2006)<sup>17</sup>. Na implementação descrita por Heuvel (Heuvel et al., 2005), os autores tiveram oportunidade de incluir todos os processos nucleares do hospital no SGQ e, só depois de completo, puderam verificar a sua conformidade com a norma ISO. As intenções da ISO não são criar SGQ idênticos em diferentes organizações, mas estabelecer conformidades com os requisitos.

Na área da saúde a aplicação das ISO 9000 ainda é, por vezes, questionada, sendo que a sua utilidade foi discutida na literatura (Apud Heuvel 2006)<sup>18</sup>. As orientações para a saúde da ISO IWA 1 (International Workshop Agreement) podem contribuir para uma melhor compreensão da utilização das ISO no contexto da saúde (Instituto Português da Qualidade 2009; Apud Heuvel 2006<sup>19</sup>).

Nas organizações de saúde a qualidade é um fator muito importante, uma vez que a qualidade na prestação de cuidados pelos clínicos depende, substancialmente, da capacidade dos departamentos onde trabalham. A relação médico-paciente é essencial para a satisfação deste último, no entanto, existem outros fatores que são muitos importantes na prestação de cuidados de saúde, como por exemplo o correto funcionamento do equipamento médico (Rodríguez-Cerrillo et al., 2012). Este último aspeto é essencial. Cada vez mais temos equipamentos sofisticados, mas nem sempre isso é acompanhado por pessoal clínico preparado para os utilizar. O que os prestadores de cuidados de saúde procuram num Sistema de Informação (SI) de saúde é a obtenção de informação de qualidade, de forma simples e rápida (Iakovidis, 2011). Além disto, nem sempre esse material responde às necessidades imediatas do prestador de cuidados de saúde, nem tão pouco dos utentes. Reconhece-se neste ponto que as Tecnologias de Informação (TI) na saúde não se encontram com o nível de maturidade esperado numa altura em que elas próprias são um fator crítico e essencial na prestação de cuidados direcionada aos cidadãos. As maiores falhas registadas ao nível destes sistemas informáticos são a demora no processamento da informação, deficiência ao nível do funcionamento, existindo mesmo uma situação reportada por um médico que esteve uma manhã inteira sem conseguir aceder aos PCE do doente. Isto não será de

---

<sup>17</sup> Klazinga, N. 2000. "Re-Engineering Trust: The Adoption and Adaption of Four Models for External Quality Assurance of Health Care Services in Western European Health Care Systems." *International Journal of Quality in Health Care* 3: 183–189 **citado por** Heuvel, Jan Van Den. 2006. *The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

<sup>18</sup> Carson, B. E. 2004. *ISO 9001:2000 a New Paradigm for Healthcare*. Milwaukee: ASQ, Quality Press **citado por** Heuvel, Jan Van Den. 2006. *The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

<sup>19</sup> Reide R. D. (2004). Reid, R. Dan. 2004. "Healthcare Agreement Revision Nears Release." *Quality Progress* 37 (11): 90–92 **citado por** Heuvel, Jan Van Den. 2006. *The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare*. Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.

todo vantajoso para o projeto que decorre no sentido de diminuir a utilização do processo clínico em suporte papel que são enviados para as consultas externas.

No sentido de responder a pedidos urgentes do mercado, a ISO possibilitou a preparação de documentos através de mecanismos de *workshop* externos ao seu usual comité. Estes documentos são publicados pela ISO enquanto *International Workshop Agreements* (IWA). As propostas para realizar estes *workshops* podem vir de qualquer fonte, mas estão sujeitos a aprovação do Conselho de Gestão Técnico da ISO, que também designa um organismo pertencente a esta entidade para auxiliar o proponente na organização do *workshop* (ISO, 2001). Embora possam existir IWA's com o mesmo assunto, estas não podem interferir com uma norma ISO ou IEC existente. A IWA é revista em cada três anos, sob a responsabilidade de um membro da entidade designado pelo Conselho de Administração Técnico, no sentido de realizar uma vistoria que permita indicar se pode ser revisto em mais três anos, momento em que deve ser novamente revisto, ou retirado.

O objetivo da ISO IWA 1 é ajudar no desenvolvimento ou melhoria de um SGQ fundamental para os serviços de saúde, e prevê a melhoria contínua, enfatizando a prevenção de erros, a redução de desperdícios da organização (por exemplo, atividades que não acrescentam valor para a organização). Este guia incorpora muito do texto na ISO 9004:2000 (Instituto Português da Qualidade, 2009), incluindo caixas contendo todos os requisitos da ISO 9001:2000 (Instituto Português da Qualidade, 2008), e oferece um guia para o SGQ, incluindo processos de melhoria contínua que contribuem para a satisfação dos clientes de um serviço de saúde e outras partes interessadas. Um SGQ deve ser providenciado a todos os clientes de um serviço de saúde, independentemente do produto ou serviço oferecido (ISO, 2001). Além disto, a IWA providencia um guia adicional totalmente compatível com a série das normas ISO 9000 e os sistemas de qualidade resultantes.

O documento resultante tem cinco objetivos principais, e veja-se (ISO, 2001):

- 1) Melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde e segurança, através (i) do complemento de acreditação existente e (ii) melhorias nos processos de forma a acrescentar valor para o cliente e para a organização;
- 2) Melhorar a imagem da organização, através do aumento da confiança do cliente, e servir como uma ferramenta que premeia a qualidade;
- 3) Manter a consistência no mercado global com documentos específicos da série ISO 9000 (por exemplo, laboratórios médicos – ISO/ DIS 15189);
- 4) Desenvolver/ incorporar um processo que traga melhorias para a organização;

#### 5) Reduzir a carga sobre as organizações de saúde.

Quaisquer critérios de acreditação de serviços de saúde externos à organização devem ser utilizados juntamente com o documento da IWA (ISO, 2001). A organização pode acrescentar requisitos para futuramente definir e documentar um SGQ que se julgue apropriado (ISO, 2001).

Quando analisamos as ISO, apercebemo-nos que a orientação para o cliente e a conformidade de requisitos são o *core* das normas ISO 9000. Apesar desta focalização no cliente ser muitas vezes ridicularizada, foi possível produzir estudos diversificados porque as exigências dos clientes são inconsistentes. Isto, contudo, demonstra maioritariamente o seu desdém, e não o seu conhecimento acerca das ISO (Heuvel, 2006).

A otimização da qualidade está diretamente orientada para o facto de que preços fixos são pagos pelos mesmos produtos, apesar de um produto ter características adicionais. Neste aspeto, a saúde difere da indústria. Consequentemente as exigências dos clientes devem ser claras, de modo a fornecer aquilo que necessitam dentro dos constrangimentos a nível dos custos fixos. Por este motivo, existem modelos que tendem a incluir mais características que se enquadram no âmbito da saúde, tendo em conta *standards* específicos da área (Heuvel, 2006).

As auditorias internas e externas são um instrumento importante na gestão da qualidade. De acordo com as normas ISO deve ser realizado um número substancial de auditorias internas para se obter a certificação. As auditorias externas, por sua vez, tomam lugar em cada meio ano, durante os três primeiros anos. Uma avaliação positiva da auditoria externa é mais uma prova do sucesso da implementação do SGQ, uma vez que os auditores externos examinam minuciosamente o sistema e avaliam a sua efetividade (Heuvel, 2006). As auditorias externas incluem auditorias de segunda e terceira parte. À primeira correspondem aquelas que são conduzidas pelas partes interessadas na organização e às segundas aquelas que são conduzidas por organizações auditoras independentes, das quais fazem parte as entidades certificadoras (Instituto Português da Qualidade, 2012).

### **2.5. Modelos de acreditação/ Certificação em Portugal**

Os programas de acreditação das instituições de saúde em Portugal tiveram início em 1999, aquando da criação do Instituto da Qualidade em Saúde (Velooso, 2012). No mesmo ano, esta instituição desenvolve o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais baseado na metodologia *King's Fund* (Direção-Geral da Saúde 2014), que esteve na génese de um acordo entre o Ministério da Saúde Português e o *Health*

*Quality Service* (Veloso, 2012). Mais tarde, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identificou falhas da qualidade ao nível dos serviços de saúde, bem como faltas de indicadores de desempenho e de apoio à decisão (Direcção-Geral da Saúde, 2009). Em 2004 a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. introduziu o modelo *Joint Commission International* para a acreditação destes hospitais (Direcção-Geral da Saúde 2014). Em 2008 foram conferidas à Direcção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português, postulado no Decreto-Lei n.º 234/ 2008, de 2 de dezembro, cabendo-lhe a responsabilidade sobre o desenvolvimento do sistema de qualificação no qual se enquadra o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (Direcção-Geral da Saúde 2014; Direcção-Geral da Saúde 2009).

### **2.5.1. Acreditação pela Joint Commission International**

Paulo Veloso (Veloso, 2012) refere que a gestão da qualidade ao nível da saúde em Portugal tem vindo a evoluir, tendo como base os processos de acreditação dos centros de saúde e hospitais com impactos visíveis na gestão da qualidade. Neste sentido, surge em 1951 nos EUA a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais que, um ano depois, cria o programa de acreditação *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Este programa surge motivado pelas condições dos hospitais no século XX nos EUA (Pereira, 2014) que apresentavam métodos deficientes na admissão dos doentes, falhas nos registos das histórias clínicas e diagnósticos, falhas na avaliação das competências dos profissionais de saúde, faltas de equipamentos e de serviços para uma avaliação apropriada dos doentes cirúrgicos e falta de um responsável pela qualidade dos cuidados de saúde prestados (Pereira, 2014). Em Portugal, este projeto teve início em 2004.

A *Joint Commission International* (JCI) é a divisão internacional da *Joint Commission* (EUA), e apresenta-se como sendo a maior agência de acreditação no âmbito da saúde nos Estados Unidos, e oferece-nos uma visão mais ampla para examinar a informação de saúde dentro das instituições destinadas à prestação de cuidados de saúde (The *Joint Commission*, 2014). Esta organização sem fins lucrativos tem sido desenvolvida ao longo dos anos, no sentido de obter uma uniformização da acreditação em organizações de prestação de cuidados de saúde. A missão da *Joint Commission* passa pela melhoria contínua e sustentada da segurança e da qualidade na prestação de cuidados de saúde na comunidade internacional através do estabelecimento de acreditação dos serviços de saúde (Attal, 2009). Esta agência propagou o seu modelo primeiramente pelos países de língua inglesa e só nos anos noventa, alargou para a Europa, América Latina, África e Pacífico Ocidental (World Health Organization,

2003). No processo de preparação de uma instituição para o processo de acreditação por parte da JCI, existem três aspetos essenciais que devem ser tomados em consideração: o compromisso dos líderes na gestão de todo o processo de mudança, ações de formação e o envolvimento de todos os colaboradores (Pereira, 2014).

O manual da Acreditação tem dois capítulos essenciais que merecem ser referidos: um orientado para os doentes e outro orientado para a gestão da organização. Veja-se a Tabela 4 - Capítulos do Manual de Normas do JCI orientados para os doentes e para a gestão e organização ilustrativa destes dois capítulos:

**Tabela 4 - Capítulos do Manual de Normas do JCI orientados para os doentes e para a gestão e organização**

<b>Capítulo orientado para os Doentes</b>	<b>Capítulo orientado para a Gestão e Organização</b>
Acesso e continuidade de cuidados	Melhoria da qualidade e segurança do doente
Direitos dos doentes e respetiva família	Prevenção e controlo da infeção
Avaliação de doentes	Administração, chefia e direção
Cuidados prestados	Gestão e segurança das instalações
Cuidados anestésicos e cirúrgicos	Educação e qualificação dos profissionais
Gestão e utilização da medição	Gestão da comunicação e informação
Educação do doente e respetiva família	

**Fonte:** Pereira, 2014

A nível da segurança do doente pretende-se identificar corretamente os doentes, melhorar a comunicação, eliminar erros na dispensa de medicamentos, eliminar risco de erros nos procedimentos cirúrgicos e reduzir risco de infeções (Pereira, 2014). No sentido de obter acreditação pela JCI as instituições devem estar mentalizadas para o processo de mudança, assegurando todos os recursos necessários neste sentido. Além disto, devem existir ações de formação focadas no Manual de Acreditação e envolver todos os profissionais da instituição (Pereira, 2014).

### **2.5.2. Acreditação pelo King's Fund**

À Joint Commission acrescenta-se outro modelo de acreditação/ certificação em Saúde usado em Portugal, o King's Fund. O King's Fund é uma organização sem fins lucrativos que impulsiona a implementação e desenvolvimento da melhoria das condições de saúde da população do Reino Unido, e também a nível internacional. Em finais do

século XX, acolheu e apoiou um vasto leque de projetos em desenvolvimento, no sentido de melhorar a qualidade do serviço de prestação de cuidados de saúde. Mas é em 1980 que são estabelecidos serviços de auditoria aceites pelas organizações de saúde. Foi com a liderança de Robert Maxwell que se desenvolveu um crescente interesse nas questões sociais de saúde, em larga escala na saúde pública (The King's Fund, 2014). No ano de 2000 tornou-se uma fundação independente com a missão de apoiar os prestadores de cuidados a melhorar a qualidade dos seus serviços baseada numa avaliação independente em acreditação (R. Gomes, 2010).

Os métodos do serviço de qualidade em saúde do King's Fund assentam num conjunto de padrões e critérios desenhados especificamente para a realidade hospitalar (M. S. Lopes, 2007), e abrange todas as partes interessadas da instituição como um todo (Velooso, 2012).

De acordo com um estudo realizado no sentido de averiguar o desempenho da King's Fund entre os anos de 1997 a 2010, não há dúvida de que existiu um progresso considerável nos últimos 13 anos, no que toca a indicadores como o acesso, a segurança e, a eficiência nos cuidados de saúde, entre outros. A população britânica conta agora com um SNS de alto desempenho com condições de prestação de cuidados mais rápida e eficiente. Destaca-se neste sentido, a diminuição nos tempos de espera e da taxa de infeções nos cuidados de saúde (The King's Fund, 2014). Existiu também um maior esforço no sentido de normalizar o atendimento das principais doenças do SNS, o que contribuiu para uma diminuição das mortes causadas por cancro e doenças cardiovasculares (The King's Fund, 2014). Nesta linha, resultou uma melhoria na coleta de amostras e na elaboração de relatórios. Contudo, o SNS enfrenta atualmente sérios constrangimentos (i) a nível financeiro, (ii) a nível demográfico, dado o envelhecimento da população e, (iii) desafios ao nível da saúde pública resultantes da falta de educação para a saúde como medida preventiva em áreas como o tabagismo e a obesidade.

### **2.5.3. Outros referenciais**

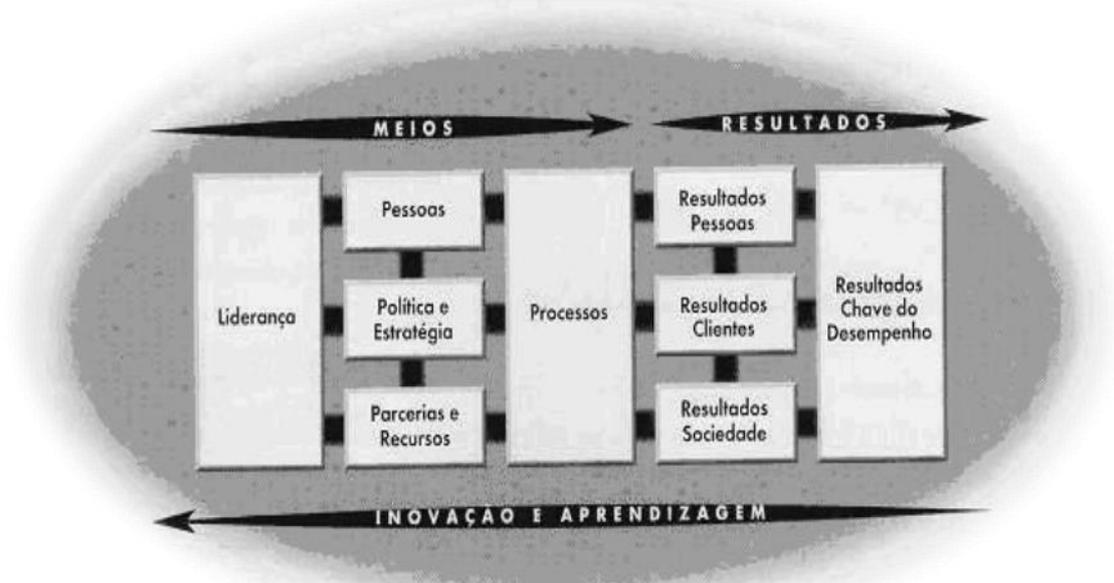
#### **2.5.3.1. EFQM – European Foundation for Quality Management**

Como foi possível determinar, alguns estudos de caso aqui tratados fizeram menção ao modelo da *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Este modelo foi desenvolvido em 1991 e assenta em nove critérios que o colocam na posição do referencial mais exigente em termos de requisitos que se relacionam com a estruturação e revisão da gestão da qualidade no domínio de uma organização (Velooso, 2012). A abordagem EFQM foi originalmente desenvolvida em empresas multinacionais. Durante os últimos anos, também muitas organizações sem fins

lucrativos reconheceram o valor do modelo EFQM e utilizaram-no na estruturação da sua gestão da qualidade (Nabitz et al., 2000).

Para se compreender melhor este modelo de gestão da qualidade, analisamos em primeiro lugar, um estudo realizado por Udo Nabitz, Niek Klazinga e Jan Walburg (Nabitz et al., 2000) em 2000, numa unidade de cuidados de saúde. Estes autores procuraram ilustrar a filosofia, o método e a aplicação da abordagem EFQM. Para este modelo, a autoavaliação, o *benchmarking*, a avaliação externa e os prémios de qualidade são elementos essenciais. Este estudo está dividido em duas partes: a primeira parte fecha com os resultados obtidos da maior revisão da abordagem EFQM em 1999, a segunda parte sumariza algumas experiências na Europa e na Holanda.

Em 1988 companhias multinacionais de renome na Europa, como foi o caso da *Volkswagen* e da *Philips* iniciaram um processo de EFQM. De acordo com a Fundação, a gestão da qualidade devia ser um processo focado em todas as atividades, a todos os níveis da organização, e devia ser um processo de melhoria contínua. O *core* desta abordagem é que o desempenho tem de estar de acordo com as expectativas, necessidades e exigências das partes interessadas. Desde que o modelo foi implementado, em 1993, existiu sempre uma revisão anual do processo. O *draft* final para a melhoria do processo foi designado de Modelo de Excelência EFQM e foi apresentado na primavera de 1999 em Genebra. Este Modelo de Excelência é um modelo genérico aplicado na gestão da qualidade, e usado em todos os tipos de organização, independente ou setorial. A essência deste modelo é ele assentar em nove dimensões, designados critérios, e são eles: satisfação dos clientes, resultados, processos, liderança, satisfação dos colaboradores, recursos, gestão do pessoal, estratégias e políticas, e impacto na sociedade (Nabitz et al., 2000; Parente & Loureiro, 1998; Veloso, 2012). Estes critérios estão agrupados em dois grandes grupos, o das capacidades e o dos resultados.



**Figura 6 - Modelo EFQM**

**Fonte:** EFQM, 2003

Na Figura 6 - **Modelo EFQM** é mais facilmente compreensível que cada um dos nove blocos corresponde a um critério que é, por sua vez, utilizado para determinar o estado da organização da gestão da qualidade e na melhoria contínua (Parente & Loureiro, 1998).

A base principal deste modelo é o instrumento de medida RADAR. RADAR é uma abreviatura de Resultados, Abordagens, *Deploy* (Implementação), Acesso e Revisão (Velo, 2012). Estes cinco passos do RADAR são uma modificação do ciclo de Deming, Plan-Do-Check-Act (Nabitz et al., 2000).

Em quase todos os países europeus, esta abordagem é utilizada por instituições de saúde para autoavaliação, seja em clínicas de reabilitação, serviços de cuidados primários, ou outros. No entanto, apenas no Reino Unido e na Holanda existe um instituto nacional de suporte esta prática. Portugal, à semelhança de Itália, tem dado os primeiros passos na implementação deste modelo nos cuidados de saúde (Nabitz et al., 2000; Parente & Loureiro, 1998).

#### **2.5.3.2. DUQuE - Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe**

O projeto *Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe* (DUQuE) foi realizado com o propósito de estudar hipoteticamente de que forma a qualidade dos sistemas das organizações, a capacitação dos pacientes, a cultura organizacional e o

envolvimento dos profissionais estão relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde, utilizando como medida a eficácia clínica, a segurança e o envolvimento dos pacientes (Groene et al., 2010). Este projeto pioneiro no estudo das relações entre a gestão da qualidade e o envolvimento dos pacientes a nível da União Europeia tem a duração de 42 semanas, tendo sido iniciado em novembro de 2009 (DUQuE, 2010). Ao longo dos últimos trinta anos foram feitos grandes progressos no que diz respeito à avaliação e melhoria da qualidade dos sistemas de saúde (DUQuE, 2011), e desde então já existiram progressos consideráveis no que toca a estas questões, e relativamente à ampla variedade de estratégias de qualidade. Isto, por sua vez, conduz-nos a uma série de questões pertinentes, tais como: *a melhoria da qualidade traz benefícios no que toca à melhoria dos cuidados de saúde?, de que forma as várias ferramentas de qualidade podem ser integradas num contexto de qualidade da saúde e segurança?, ou que fatores têm impacto na implementação de um sistema de gestão da qualidade ao nível hospitalar?* (Groene et al., 2010). Este projeto perseguiu quatro objetivos específicos (Groene et al., 2010):

1. Desenvolver modelos de classificação robustos para avaliar a melhoria dos sistemas de qualidade organizacional nos hospitais da União Europeia;
2. Investigar as associações existentes entre a melhoria dos sistemas de qualidade e as medidas da cultura organizacional, o envolvimento dos profissionais e a capacitação dos pacientes;
3. Investigar associações entre a melhoria dos sistemas de qualidade e medidas de eficácia clínica, segurança e envolvimento dos pacientes;
4. Identificar fatores que influenciam as atividades de melhoria da qualidade pelos hospitais, incluindo pressões externas aplicadas pela acreditação, certificação ou programas de avaliação externos.

Desde o início do projeto até ao presente têm sido feitas avaliações no sentido de averiguar a relação da melhoria da qualidade nos sistemas/ gestão e cultura organizacional, e qual o nível de responsabilidade dos profissionais e pacientes na qualidade dos cuidados hospitalares, que inclui a eficácia clínica, a segurança do paciente e o envolvimento do mesmo (DUQuE, 2010). Neste estudo participam oito países membros da União Europeia, escolhidos por se diferenciarem entre si a nível do sistema hospitalar e das variações sociais, e pelo facto de serem capazes de satisfazer a amostragem de número de hospitais requeridos para esta estratégia. O modelo de recolha de dados foi dividido em quatro níveis: hospitalar, departamental, ao nível dos pacientes e ao nível das condições externas capazes de influenciar decisões de gestão,

nos hospitais da República Checa, França, Alemanha, Polónia, Portugal, Espanha, Turquia e Inglaterra (DUQuE, 2010).

No total, foram inquiridos 30 hospitais de cada um dos oito países num total de 240, e 11520 pacientes (DUQuE, 2011), entre maio de 2011 e fevereiro de 2012. Neste sentido foi construída uma plataforma tecnológica para apoiar a recolha das respostas aos questionários<sup>20</sup>. A taxa de resposta a estes questionários fixou-se entre os 75 e os 100% para os pontos de avaliação (Secanell et al., 2014).

Este projeto conclui que, por mais três décadas, investigações têm sido feitas, resultando num aumento exponencial de conhecimento acerca da medição da qualidade, da melhoria de práticas clínicas baseadas em diretrizes, na avaliação da satisfação do paciente e, mais recentemente, na estimativa de incidentes, que levou a um movimento de segurança do paciente. O projeto de investigação DUQuE baseou-se no trabalho desenvolvido para compreender o impacto da implementação de diferentes sistemas, e procurou englobar os seus efeitos através da integração dentro de um sistema de qualidade organizacional (Groene et al., 2010).

Existem ainda dois projetos recentes realizados na União Europeia e que merecem ser mencionados neste ponto, como se pode ver o “*Methods of Assessing Responses to Quality Improvement Strategies*” (MARQUIS) e o “*European Research Network on Quality Management in Health Care*” (ENQUAL). Ambos os projetos tentaram avaliar os efeitos da variedade de estratégias de qualidade nos hospitais Europeus, com o intuito de fornecer informação que os contribuintes possam utilizar como contrato relativo aos cuidados dos pacientes quando os mesmos se deslocam além fronteiras (Secanell et al., 2014). Estas investigações tiveram limitações, das quais se enumeram uma concetualização incompleta de antecedentes e efeitos dos sistemas de gestão da qualidade, deficiências metodológicas nas estratégias de avaliação e utilização de uma amostragem de dados limitada no que toca aos resultados dos pacientes na sua avaliação da eficácia dessas estratégias (Secanell et al., 2014).

## **2.6. Impacto da certificação nos serviços de saúde**

A certificação de um sistema de gestão, de que é exemplo um SGQ, é a garantia de que uma organização tem implementado um sistema de gestão que regula as suas principais atividades, e que as mesmas estão alinhadas conforme a sua estratégia interna (Instituto Português da Qualidade, 2013). A norma ISO/ IEC 17021:2011 especifica requisitos genéricos para os organismos de certificação, e destina-se a ser

---

<sup>20</sup> Para perceber melhor os questionários que foram entregues aos países envolvidos neste estudo conferir DUQuE. (2010). DUQuE: Participating countries. Retirado de <http://www.duque.eu/index.php?page=participating-countries>.

utilizada por aqueles que realizam auditorias e certificação de sistemas de gestão, a uma determinada instituição. As atividades de certificação compreendem processos de auditoria ao sistema de gestão da organização que compreendem, além de outros, o domínio da qualidade.

Face aos crescentes desafios que todos os dias são colocados ao setor da saúde em Portugal, e relativamente à melhoria da qualidade da prestação de cuidados aos pacientes/ utentes e o contributo para essa melhoria, inevitavelmente falamos de certificação e dos benefícios e mais valias que a sua prática permite (APCER, 2014). A certificação dos serviços de cuidados de saúde deve funcionar como uma garantia de qualidade no atendimento das necessidades dos utentes, e deve, por isso, ser um objeto estratégico fundamental para este tipo de instituições (APCER, 2014).

Os termos acreditação e certificação são, muitas vezes, utilizados como sinónimos, embora seja possível verificar diferenças ao nível dos seus objetivos, bem como quanto aos respetivos referenciais (R. Gomes, 2010). A principal diferença entre estes dois modelos de avaliação de qualidade é o âmbito onde são aplicadas: a acreditação é aplicada somente em instituições de saúde ou outras, enquanto que a certificação pode ser também aplicada a pessoas, como enfermeiros ou outros profissionais de saúde (Rooney & Ostenberg, 1999).

De acordo com Anne L. Rooney e Paul R. van Ostenberg (Rooney & Ostenberg, 1999) a certificação é o processo pelo qual, uma determinada instituição, avalia e reconhece requisitos e critérios para ir de encontro às necessidades individuais, dos stakeholders, e institucionais. Para o Instituto Português da Qualidade (IPQ), a certificação é *o procedimento segundo o qual uma terceira parte dá uma garantia de que um produto, processo ou serviço está em conformidade com os requisitos especificados* (Instituto Português da Qualidade, 2014). A acreditação, por sua vez, surgiu em 1917 nos Estados Unidos, como um mecanismo para reconhecer o serviço de cirurgia (World Health Organization, 2003). De acordo com o Instituto Português de Acreditação (Instituto Português de Acreditação, 2014), consiste na avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade (por exemplo: ensaios, calibrações, certificações e inspeções). Neste sentido, cada Estado-Membro da EU (e EFTA) designou um único organismo nacional de acreditação, sendo que em Portugal é o IPAC que tem essa missão, conforme o disposto no Decreto-lei n.º 23/2011, de 11 de fevereiro (*Decreto-Lei n.º 23/2011*, 2011).

Constantemente os hospitais são sujeitos a uma série de avaliações externas com diferentes propósitos, por uma série de agências voluntárias, com um leque alargado de abordagens (C. Shaw, Groene, Mora, & Sunol, 2010). A principal técnica de *peer review*

realizada na Europa, que se foca em todos os hospitais ou serviços, foi realizada por Charles Shaw (C. D. Shaw, 2000), com o nome de ExPeRT, no âmbito da pesquisa de mecanismos e uso de mecanismos externos que participavam na melhoria dos cuidados de saúde. Este projeto foi desenvolvido entre 1996 e 1999, e visava avaliar o uso e desenvolvimento de modelos de *peer review* externos, e ainda identificar em que estados membros da União Europeia os principais modelos são utilizados (Groene et al., 2010). Este projeto identificou quatro modelos utilizados na Europa ocidental: (i) abordagem ISO, (ii) modelo EFQM, (iii) *visita*, que é o termo holandês para *peer review* externo e (iv) acreditação específica dos cuidados de saúde, e demonstrou que, em princípio, a convergência destes quatro modelos no sentido de aplicar as suas principais forças, é praticável (Groene et al., 2010; Nabitz et al., 2000; C. D. Shaw, 2000). Este trabalho conclui que a abordagem EFQM é a abordagem mais genérica das quatro, uma vez que enquadra a gestão da qualidade como uma parte integral de todos os profissionais e das funções de gestão, a todos os níveis da instituição (Nabitz et al., 2000). Além disto, foca-se no desenvolvimento da organização e na melhoria contínua, coisa que a ISO e a acreditação tipicamente não enfatizam muito.

Dentro da União Europeia, muitos são os casos de projetos endereçados à avaliação de estratégias de qualidade ao nível hospitalar. Entre os primeiros encontra-se o Programa de Ação Concertado da Avaliação da Qualidade nos Hospitais (Apud Groene et al. 2010)<sup>21</sup>, executado entre 1990 e 1997 em quinze países europeus (Groene et al., 2010). Charles Shaw, Oliver Groene, Nuria Mora e Rosa Sunol (C. Shaw et al., 2010) realizaram um estudo para identificar diferenças na gestão da qualidade entre os diferentes hospitais de algumas cidades da União Europeia, que eram acreditados, certificados, ou nenhum destes casos. Para este estudo foram considerados 89 hospitais de seis países da União Europeia: Bélgica, República Checa, França, Irlanda, Polónia, Espanha e Reino Unido. Dos 89 hospitais selecionados para auditoria externa, 34 eram acreditados (sem certificação da ISO), 10 eram certificados pela ISO 9000 (sem acreditação) e 27 não eram nem acreditados, nem certificados. Os *scores* percentuais para 229 critérios (28 – gestão; 53 – direitos dos pacientes; 41 – segurança dos pacientes; 53 – organização clínica; 32 – prática clínica; 20 – ambiente), foram 66,9% e 51,2% para a qualidade e segurança, respetivamente (C. Shaw et al., 2010).

---

<sup>21</sup> A este respeito conferir: Klazinga, N. 1994. “Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA): Global Results of the Evaluation.” *International Journal for Quality in Health Care* 3 (6): 219–230 **citado por** Groene, Oliver, Niek Klazinga, Cordula Wagner, Onyebuchi A. Arah, Andrew Thompson, Charles Bruneau, and Rosa Suñol. 2010. “Investigating Organizational Quality Improvement Systems, Patient Empowerment, Organizational Culture, Professional Involvement and the Quality of Care in European Hospitals: The ‘Deepening Our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)’ Projé.” *BMC Health Services Research* 10 (January): 281. doi:10.1186/1472-6963-10-281.

Os resultados deste estudo concluíram que neste grupo de hospitais, aqueles que têm uma certificação ISO ou acreditação estão melhores a nível de estruturas e procedimento de qualidade e segurança do que aqueles que não possuem nenhuma destas, e que a acreditação tem mais impacto do que a certificação ISO na gestão hospitalar, na segurança dos pacientes e na prática clínica (C. Shaw et al., 2010). Este resultado, ao que aparenta, não foi surpreendente, uma vez que muitos dos critérios abrangidos pela acreditação são utilizados por programas de acreditação na área da saúde, ao invés que a ISO 9001 está desenhada para sistemas de gestão da qualidade em geral. Os autores sugerem que esta diferença pode ser diminuída através do desenvolvimento e aplicação de uma interpretação no documento da ISO 9001 para a área da saúde, de que é exemplo o projeto CEN/ TC 362 de um Instituto Sueco para Normas. Este projeto começou por desenvolver um guia para o serviço de saúde para a utilização da EN ISO 9001:2000 como uma norma europeia aplicável a todos os estados membros da União Europeia (Apud C. Shaw et al. 2010)<sup>22</sup>.

Existe já um Guia Interpretativo da NP EN ISO 9001:2008 que vem partilhar a experiência na certificação segundo a norma ISO 9001:2008, e identificar oportunidades de melhoria (OP) de gestão apresentadas na edição de 2008, esperando, neste sentido, contribuir para a melhoria do desenvolvimento das organizações (APCER, 2010).

Desde cedo, muitas instituições hospitalares têm expressado o seu interesse na incorporação da certificação a partir da norma ISO 9000 (Rooney & Ostenberg, 1999). A missão da ISO é promover o desenvolvimento de normas para setores de atividade idênticos, no sentido de promover melhores práticas no serviço. A ISO não é, por si só, uma entidade de auditoria nem nenhum agente de certificação; ela, no presente, desenvolve *standards* internacionais no sentido de normalizar serviços industriais, mas não opera nenhum sistema capaz de avaliar a conformidade dos requisitos (Rooney & Ostenberg, 1999).

Para o caso específico, a satisfação dos requisitos vai ser operacionalizada de acordo com todas as secções presentes na NP EN ISO 9001:2008 (Instituto Português da Qualidade, 2008). Pretende-se com este trabalho proceder à certificação dos serviços de informação do CHSJ. Numa primeira abordagem, torna-se imperioso o envolvimento de todos os funcionários visados dos serviços de informação desta

---

<sup>22</sup> Sobre isto conferir: Health services. 2010. Quality Management Systems: Guide for the Use of EN ISO 9004:2000 in Health Services for Performance Improvement **citado por** Shaw, Charles, Oliver Groene, Nuria Mora, and Rosa Sunol. 2010. "Accreditation and ISO Certification: Do They Explain Differences in Quality Management in European Hospitals?" International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua 22 (6) (December): 445–51. doi:10.1093/intqhc/mzq054.

instituição hospitalar de referência na prestação de cuidados ao utente. Para que todo o processo ocorra em conformidade com todas as atividades que lhe subjazem, todos terão de ter uma noção de competência profissional, acrescentando, naturalmente, toda a experiência que os mesmos adquirem ao longo da sua carreira profissional, quer seja fomentado pela organização, como por exemplo formações, quer seja iniciativa do próprio, como por exemplo, cursos livres.

Na prática, muitas são ainda as organizações que não têm nenhum programa nacional de acreditação. Muitos hospitais que procuram avaliação voluntária externa, seja para melhoria da qualidade interna, seja para um processo de marketing, não possuem assim, nenhuma referência, e enfrentam um processo de incerteza quando se trata de escolher um processo de acreditação ou de certificação através da norma ISO (C. Shaw et al., 2010). Dada a necessidade de avançar com uma base que concentre os impactos que as várias formas de avaliação externa têm nas instituições hospitalares, na Europa, dela fazem parte os projetos DUQuE e MARQuIS (*Methods of Response to Quality Improvement Strategies*), que examinam, além de outros aspetos, o efeito de pressões externas na melhoria da qualidade pelos hospitais e o seu impacto ao nível dos pacientes, numa amostra mais alargada de hospitais (Groene et al., 2010; C. Shaw et al., 2010).

Com o intuito de consolidar as normativas descritas acima, na Tabela 5 - **Análise comparativa das normativas** pretende-se fazer uma análise comparativa entre a NP EN ISO 9001:2008, a King's Fund e a Joint Commission International.

**Tabela 5 - Análise comparativa das normativas**

	<b>NP EN ISO 9001:2008</b>	<b>King's Fund</b>	<b>Joint Commission International</b>
<b>Normativa</b>	Norma de requisitos baseados nos princípios da gestão da qualidade	Norma de padrões de gestão da qualidade	Norma de padrões de gestão da qualidade
<b>SGQ</b>	Necessário a conceção do SGQ	Aplicação direta dos padrões do SGQ	Aplicação direta dos padrões do SGQ
<b>Aplicação</b>	Normativa aplicada a todos os setores	Normativa específica para o setor hospitalar	Normativa específica para organizações de saúde
<b>Padrões</b>	Flexibilidade na aplicação da norma, adequando os seus pontos à realidade institucional	Adoção inflexível na adoção dos padrões previstos na norma	Adoção inflexível na adoção dos padrões previstos na norma
<b>Certificação/acreditação</b>	Certificação concedida por entidades destinadas a esse fim	Acreditação concedida pela Health Quality Service (HQS)	Acreditação concedida pela JCI

	<b>NP EN ISO 9001:2008</b>	<b>King's Fund</b>	<b>Joint Commission International</b>
<b>Objetivos</b>	Garantir que os produtos ou serviços atendam às necessidades e expectativas dos clientes e da organização para continuamente melhorar a eficácia e eficiência do seu desempenho	Prestação de cuidados mais rápidos e eficientes, diminuição dos tempos de espera e da taxa de infeções nos cuidados de saúde	As normas da JCI sobre liderança e direção indicam que os líderes devem trabalhar em conjunto e integrar todas as atividades da organização, incluindo aquelas designadas para melhorar os serviços clínicos
<b>Princípio</b>	(i) Foco no cliente; (ii) gestão de topo; (iii) envolvimento do pessoal da organização; (iv) melhoria contínua	(i) centralização do paciente; (ii) diminuição da mortalidade nas principais doenças do SNS	(i) Liderança; (ii) identificação da missão da organização; (iii) verificação de todos os recursos necessários no cumprimento dos objetivos; (iv) envolvimento dos colaboradores
<b>Roadmap</b>	Para construir um SGQ deve-se (i) desenhar e construir a estrutura do SGQ, objetivos e estratégias atendendo às necessidades das partes interessadas; (ii) desenvolvimento e implementação (clarificação dos processos e subprocessos core); (iii) controlo (auditorias, revisão e avaliação); (iv) medição (determinar a eficácia e eficiência dos processos); (v) revisão e comunicação a todos os funcionários; (vi) melhoria	Para desenvolver um serviço de saúde de qualidade devem ter assente quatro princípios: qualidade na prestação dos cuidados, melhoria contínua, produtividade e prevenção	Foca-se nos princípios da TQM e na melhoria contínua. A melhoria de qualidade e a segurança está dependente da monitorização dos processos clínicos e processos de gestão, bem como nos resultados mais importantes no desempenho das atividades diárias (Attal, 2009)
<b>Forças</b>	(i) Fortalecer a fase de controlo e estabilidade do processo através da documentação e avaliação regular; (ii) Desenvolver e certificar sistemas de qualidade; (iii) garantir a confidencialidade do cliente e aumentar a notoriedade internacional	(i) melhorar a qualidade no atendimento ao paciente; (ii) Apoiar o SNS na melhoria da produtividade e eficiência; (iii) Prevenir doenças e melhorar a saúde e bem-estar dentro das comunidades	Foca-se na melhoria contínua da qualidade da segurança dos pacientes através de uma abordagem multidisciplinar que leva em conta o facto de uma instituição de saúde envolver mais do que um departamento ou unidade;

	<b>NP EN ISO 9001:2008</b>	<b>King's Fund</b>	<b>Joint Commission International</b>
<b>Fraquezas</b>	(i) As poupanças são difíceis de quantificar; (ii) burocracia excessiva; (iii) não alterar a maneira de como se faz o negócio; (iv) os resultados de implementação não mostram grandes alterações do desempenho financeiro; (v) não é focado na interação humana	Recursos financeiros, demográficos e desafios ao nível da saúde pública	A maioria das organizações tem recursos limitados, pelo que devem ser monitorizados apenas os mais importantes

No que respeita aos procedimentos seguidos por estas normas, comumente todos estabelecem três procedimentos principais no que toca à preparação inicial do projeto de acreditação/ certificação: a definição e o comprometimento da liderança, a focalização no cliente, a definição dos objetivos do processo tendo por base a missão e visão da organização, a verificação dos recursos disponíveis e o envolvimento de todos os colaboradores. São estes os passos importantes na definição de um projeto de acreditação/ certificação que uma instituição deve estabelecer *a priori*.

### **3. Gestão da Informação de Saúde**

#### **3.1. Gênese e evolução da estrutura informacional**

##### **3.1.1. Arquivo e Estatística**

Criado em 1959, o Hospital de São João integrava nesse ano um arquivo clínico único e central que fazia parte do Serviço de Arquivo e Estatística. Cabia a este serviço organizar, arquivar e manter em ordem os processos clínicos, bem como todas as tarefas respeitantes ao bom funcionamento deste serviço (Hospital de São João-Arquivo, 1977b). A documentação clínica arquivada destinava-se prioritariamente a fins de assistência médica, contudo, servia igualmente fins de investigação dos quais resultaram benefícios para o progresso da ciência médica e consequente aperfeiçoamento da assistência, e a fins de atendimento de interesses legítimos dos doentes (Hospital de São João-Arquivo, 1986). Organicamente o Serviço de Arquivo Clínico, enquanto um dos setores mais próximos dos Serviços de Ação Médica, integrava o Arquivo Clínico Central, constituído por três secções – a de Internamento, a da Consulta Externa e a da Informação Clínica para o Exterior – e os Secretariados dos Serviços de Internamento e Consulta Externa. É entre estes que se realiza todo o ciclo do processo clínico, desde a sua movimentação para os serviços de assistência até ao regresso para o Arquivo Clínico (Hospital de São João-Arquivo, 1986).

O estado de lotação do Arquivo vinha sendo cada vez mais incomportável, sendo que em todas as suas dependências, era constante o débito de processos e de exames radiográficos de doentes da Urgência, bem como dos Serviços de Internamento e da Consulta Externa, estando todas as estantes saturadas de documentação. Este fator prejudicava sobretudo o rendimento do Arquivo Clínico face às cada vez mais exigentes necessidades dos utentes (Hospital de São João-Arquivo, 1977c). A rápida lotação, típica de um arquivo centralizado exigia a adoção do processo de microfilmagem e da urgente transferência para outras instalações do Serviço de Estatística e da parte da Biblioteca (Hospital de São João-Arquivo, 1977c).

O gigantesco estado de congestionamento do Arquivo Clínico e a falta de espaço para prosseguimento do funcionamento do Arquivo nos moldes da altura – de arquivo no seu suporte original – impunha que se tomasse uma iniciativa baseada em recursos tecnológicos, que permitisse conciliar uma rápida capacidade de resposta aos pedidos dos utentes com a satisfação dos próprios funcionários do Arquivo. Falava-se, portanto, da microfilmagem, um sistema bastante usado já em hospitais estrangeiros, com resultados satisfatórios da redução de espaço de armazenamento, e com vantagens no

domínio do manejo da documentação futura (Hospital de São João-Arquivo, 1977a). Este processo viria colmatar as dificuldades de espaço do Arquivo Clínico, e por outro lado, conservar a documentação.

Em 1978, ao Serviço de Arquivo e Estatística do Hospital Escolar de São João cabiam quatro setores de especial importância na gestão de informação clínica e não clínica: Estatística, Arquivo Clínico, Biblioteca e Arquivo Administrativo. Por necessidade de criar espaços livre junto ao Arquivo Clínico e com vista a uma centralização de informação clínica e com possibilidade de instalação do sistema de microfilmagem, os Setores de Estatística e Biblioteca foram transferidos para o Setor de Faturação dos Serviços Financeiros. Estes dois Setores foram integrados posteriormente na Secretaria Geral (Departamento Administrativo) (Hospital de São João-Arquivo, 1978a). Nesta sequência é de assinalar o facto de deixar de existir o Arquivo Administrativo, não se verificando a substituição deste setor por outro (Hospital de São João-Arquivo, 1978b).

No ano de 1971 em seguimento do despacho circular da Direção-Geral dos Hospitais n.º 2/71, a propósito dos prazos de conservação de documentos em arquivo, estabeleceu-se que os documentos integrantes do Arquivo Clínico Centralizado não eram suscetíveis de eliminação mesmo que ao fim de um prazo longo, uma vez que os mesmos podem servir para fins de estudo e investigação, como em muito se verificava, ressaltando o facto de o Hospital São João ser um hospital universitário. A implementação desta medida passava pela rápida adoção da microfilmagem, que em muito iria beneficiar a carência de espaço, pois que permitia eliminar os originais (Hospital de São João-Arquivo, 1971).

Em 1976 realizou-se um curso de organização dos Arquivos Clínicos para chamar a atenção para as deficiências existentes no país, no domínio dos arquivos clínicos, tendo-se estabelecido uma série de requisitos que este deveriam cumprir, e dos quais se enumeram: o estabelecimento de normas mínimas nacionais (normalização das dimensões dos processos, normalização do processo de identificação do doente a nível hospitalar, etc.), estipular um prazo limite para a conservação dos processos clínicos, formação de pessoal dirigido especialmente aos arquivos clínicos e incentivos no âmbito da profissionalização e sensibilização da sociedade para a importância dos processos clínicos (Hospital de São João-Arquivo, 1976). Estas são medidas que ainda hoje são de manifesto interesse no âmbito dos Arquivos Clínicos, destacando-se a sensibilização sobretudo de profissionais de saúde e o controlo de preservação e conservação dos registos.

Face ao elevado número de registos clínicos (processos de internamento, boletins de consulta e exames complementares de diagnósticos) extraviados, o Conselho de

Administração aprovou quatro importantes deliberações (Hospital de São João-Arquivo, 1999a): (i) as requisições do Arquivo Clínico passaram a ser feitas de acordo com um modelo próprio, e deveriam ser sempre assinadas pelo médico requisitante, (ii) os registos clínicos deixaram de poder ser requisitados por pessoal não médico, com exceção do pessoal administrativo de Departamento do Ambulatório, (iii) todo o pessoal administrativo deveria preencher o modelo referido no ponto (1) assim que pretendesse fazer uma requisição e, (iv) não cumprir estas deliberações implicaria a não cedência dos elementos por parte do pessoal administrativo do Setor de Arquivo. Em 1981 foram tomadas várias medidas no sentido de melhorar principalmente no setor das Consultas Externas, o setor mais dinâmico do Arquivo Clínico (Hospital de São João-Arquivo, 1981). Entre elas constavam a marcação atempada das consultas subsequentes, por forma a que o Arquivo tome conhecimento dessas marcações o mais rapidamente possível, no sentido de responder oportunamente a essas consultas enviando prontamente os boletins clínicos (Hospital de São João-Arquivo, 1981). Além disto, propunha-se a identificação dos doentes, sempre, em todas as fichas e boletins clínicos, bem como nas requisições e meios auxiliares de diagnóstico nas próprias consultas (Hospital de São João-Arquivo, 1981). Um outro ponto previa que os doentes evitassem levar para o exterior do Hospital, ficheiros correspondentes ao mesmo, de forma a garantir a confidencialidade e a própria segurança do utente. Contudo, nenhum ponto previa o processo único, sendo que não se verificava ainda a existência de um processo único dos doentes, mas múltiplo. Não obstante, relativamente à Consulta Externa os processos clínicos dos doentes são *perpétuos e únicos* (Hospital de São João-Arquivo, 1983).

Tendo-se verificado que, numa frequência superior ao aceitável, apareciam arquivadas requisições de boletins que não se encontravam preenchidas conforme o devido, a partir do ano de 1999 estabeleceu-se uma medida: todas as requisições deveriam ser rubricadas pelo funcionário que as aceita, quer ao guichet, quer no Ambulatório, no ato de recolha dos boletins (Hospital de São João-Arquivo, 1999b).

No ano de 2001 procedeu-se ao desdobramento das listagens informáticas de pedidos de boletins de consulta. Este procedimento vinha sendo solicitado pelo Serviço de Arquivo Clínico ao Departamento de Informática para facilitar o atendimento das referidas listagens, dada a grande dispersão da Secção de Consultas Externas que o Arquivo atende. Este desdobramento duplicou o número de folhas das listagens onde um exemplar era enviado às consultas respetivas para controlo. Como existia a possibilidade de cada Secretariado fazer a impressão das respetivas listagens, o Arquivo deixou de enviar os duplicados das listagens e cada Secretariado imprimia as respetivas listagens (Hospital de São João-Arquivo, 2001a).

Em 2001 começava-se a pensar na urgência de criação de um arquivo inativo no exterior do Hospital com processos de internamento e de consulta. O crescente volume de informação já tinha levado o Arquivo a mobilizar parte da sua documentação para o arquivo de retaguarda da Rua de Álvares Cabral, onde funciona atualmente a Escola Superior de Enfermagem do Porto, o qual só foi desocupado em 1985. A concretização desta medida sugeria a implementação imediata do sistema de código de barras para identificar os processos (Hospital de São João-Arquivo, 2001b).

Mais recentemente, em 2009, o Arquivo Clínico foi integrado na Unidade Integrada de Gestão de Processos Documentais (UIG-PD), sob tutela dos Serviços de Gestão e Logística, à qual cabia assegurar a organização, tratamento, preservação e acesso à informação clínica e não clínica produzida e recebida pelo CHSJ, bem como uma implementação e gestão de uma política de informação na instituição em articulação com os demais serviços (J. Gomes, 2013), tendo sido realizada a contratação de profissionais de arquivo com formação superior.

Em abril de 2012, cria-se um serviço que engloba toda a gestão de informação do CHSJ, resultado da fusão entre a UIG-PD e o Serviço de Sistemas da Informação, designado de Serviço de Gestão da Informação (SGI), no sentido de definir uma estratégia conjunta para a gestão da informação do CHSJ.

### **3.1.2. Departamento de Organização e Informática**

No Hospital de São João coexistiu um Gabinete de Informatização e um Departamento de Organização e Informática (DOI), a partir do qual evoluiu o Serviço de Informática. O Gabinete de Informatização dependia do Conselho de Administração e o Departamento de Organização e Informática dependia do Administrador-Delegado. Esta situação de *duplo* comando dificultou frequentemente a adoção da referida política, tanto que, a partir desta situação foram reunidos esforços no sentido de unificar o comando (Hospital de São João-Arquivo, 1992a). Ao Serviço de Informática cabia a gestão de toda a infraestrutura tecnológica do hospital e, mais recentemente, assumiu funções de desenvolvimento de software (J. Gomes, 2013).

Desde 1988 foram produzidos esforços no sentido de desenvolver uma aplicação informática de Gestão de Doentes dirigida essencialmente para hospitais. Esta aplicação foi implementada no Hospital de São João, no Porto, onde na altura funcionavam os módulos de Identificação e de Urgência, prevendo-se que para breve fossem instalados os módulos de Consulta Externa e de Internamento (Hospital de São João-Arquivo, 1992b).

Em 1991 o Hospital de São João procurava transmitir imagens através da rede instalada neste hospital. O estabelecimento deste sistema de comunicação visava estabelecer a ligação necessária entre o Arquivo Clínico e os Serviços de Ação Médica no sentido de potenciar a circulação de imagens de exames de imagiologia e da documentação constante dos processos clínicos (Hospital de São João-Arquivo, 1991). Este procedimento destinava-se a melhorar a qualidade do atendimento, com principal enfoque para o Serviço de Urgência pela facilidade de acesso à informação clínica em qualquer momento. Além disto, potenciava o fornecimento de registos clínicos para o exterior, designadamente para Instituições de saúde (Hospital de São João-Arquivo, 1991).

O sistema desenvolvido na época previa realizar a gestão de doentes na área de Urgência, Internamento e Consulta Externa. Este sistema propunha-se constituir a base para um possível sistema integrado de informação hospitalar, flexível e suficiente para ser capaz de atender às exigências das instituições hospitalares, e ser capaz de introduzir novos módulos e de se interligar a outras aplicações (Carapuça, 1990). Atualmente o sistema que mais se assemelha a este *sistema integrado* é o SONHO.

As áreas de Urgência, Internamento e Consulta Externa constituem por si só um módulo do sistema, e possuem um conjunto de dados mínimos clínicos e administrativos centralizados num quarto módulo, o módulo de Identificação. Rogério Carapuça (Carapuça, 1990) salienta que esta filosofia permite dotar o sistema de uma flexibilidade capaz de permitir um crescimento modular, bem como efetuar uma instalação faseada.

Para cada um dos módulos – Módulo de Identificação, Módulo de Urgência, Módulo de Internamento e Módulo de Consulta – estão definidos uma série de requisitos que o sistema deve cumprir. Segue abaixo a Tabela 6 - **Objetivos e Processamento do Sistema Informático** representativa dos principais objetivos do sistema em cima explanado, e os processamentos anexados a cada módulo.

Tabela 6 - Objetivos e Processamento do Sistema Informático

<b>Módulo dos Sistema</b>				
<b>Identificação</b>		<b>Urgência</b>	<b>Internamento</b>	<b>Consulta Externa</b>
<b>Objetivos</b>	Assegurar a identificação única do doente	Registar os pedidos de Urgência do hospital bem como um conjunto de dados mínimos dos episódios	Gerir camas/ salas por serviço/ enfermaria e gerir listas de espera com base nas datas de alta previstas	Gerir marcações de respetivas listas de espera
	Gerir os dados de identificação dos doentes numa base centralizada registados em qualquer um dos módulos	Registar doente que se dirijam à urgência sem ter ainda registo no hospital	Recolher dados clínicos e administrativos criados durante a permanência do doente em cada serviço de internamento para: viabilizar dados necessário aos GDHs, apurar dados estatísticos para a área e para processamento de faturação	Fazer a distribuição dos doentes de acordo com os médicos de cada especialidade de acordo com os seus dias de consulta
	Localização dos processos clínicos	Permite a faturação dos episódios e ligação à contabilidade	Preparar o trabalho diário do médico de modo a fazer a distribuição atempada dos processos clínicos por parte do Arquivo Clínico	Permite a faturação automática das consultas e produz indicadores estatísticos que permitem aferir a produtividade
		Possibilitar a ligação ao módulo de Identificação a fim de transferir ou aceder a dados de identificação do doente, ou a incorporar novos doentes		

Módulo dos Sistema			
Identificação	Urgência	Internamento	Consulta Externa
Listar os doentes registados neste módulo num determinado período	Declaração justificativa de presença do doente na urgência	Gerir as listagens de espera dos internamentos	Listagem diária do plano de consulta do médico dispondo com o número do processo, nome de doente, dia e hora da consulta e resumo dos episódios hospitalares que possa ter
Apuramentos estatísticos			
Faturação			
Gerar etiquetas com os dados de identificação dos doentes (substituir os citográficos)	Processar números de urgências que geram internamento e consultas externas	Listar os doentes não identificados (serviço e data de internamento), listar os doentes internados nas últimas 24h e listar os doentes com alta nas últimas 24h	
Resumo clínico do doente		Relacionar os internamentos previstos num determinado período de tempo	
		Listagens da previsão de disponibilidade de camas/ salas: taxas de ocupação e tempo médio de internamento	

Segundo indicações do Relatório de Atividades de abril de 1992 (Hospital de São João-Arquivo, 1992c) é neste ano que se concentram esforços na participação nos cursos de formação sobre a aplicação do Grupo de Diagnósticos Homogéneos (versão 4.0) a nível da Região Norte. Neste ano são analisados contratos de Assistência Técnica da *Digital Equipment Portugal* e de fornecimentos de *software* ORACLE.

Este sistema propunha melhorar a qualidade na prestação de cuidado do doente, partindo de uma maior eficácia de procedimentos face aos sistemas de informação convencionais (Carapuça, 1990), partindo da premissa de eliminar a tradicional barreira que até então existia entre a informação administrativa e médica, juntando

estas informações num sistema comum. O sistema permitiria aceder rapidamente aos dados do doente e dos seus episódios clínicos, garantindo um plano de controlo e segurança apertados.

### **3.2. Gestão da informação no contexto hospitalar do CHSJ**

Como temos vindo a assistir ao longo do último meio século, o crescimento acelerado dos meios de informação – refletidos na emergência da Sociedade da Informação – conduziu a alterações nos processos de trabalho, nomeadamente pela introdução das novas tecnologias de informação e comunicação, bem como pela necessidade de partilha de informação. Confrontados com a intensificação e a massificação da informação surgia assim uma sociedade ligada em rede. Consequência da globalização e da Era da Informação, as instituições viram-se obrigadas a operacionalizar a mudança no sentido de se enquadrarem na Sociedade da Informação (Castells, 2002; Lyon, 1992).

No que toca à área da saúde, o volume de informação produzida/ armazenada sofreu um crescimento muito elevado. Como é sabido, em ambiente clínico a informação é de carácter fulcral, e urge em tempo imediato. O impacto das tecnologias de informação cedo se refletiu no ambiente clínico com vista não só a erradicar alguns das limitações que existiam até então, como também ser uma solução para esses problemas de falhas nos fluxos de informação, dispersão da informação e preservação e conservação dessa mesma informação. A mudança para o paradigma informacional, centrado na acessibilidade da informação e na utilização das tecnologias de informação que, por si só, visavam potenciar o acesso a serviços de qualidade, reflete-se de imediato no setor da saúde, tendo surgido em vários planos e programas de ação, em tempos diferentes.

No caso do CHSJ, várias medidas já foram tomadas, no que concerne à implementação de TI que viabilizem o rápido acesso à informação de saúde, umas implementadas por iniciativa do CHSJ, outras fruto da estratégia definida pelo Ministério da Saúde para todo o SNS. Apesar das melhorias obtidas na prestação de serviços ainda existem falhas que ao longo deste trabalho se pretende analisar e para as quais se apresentarão propostas, encarando as mesmas falhas como oportunidades de melhoria.

Em contexto hospitalar, a informação clínica é, para os autores Wager, Lee e Glaser (Wager, Lee, & Glaser, 2009) o motivo primeiro pelo qual devem existir SI na saúde. A informação produzida em instituições hospitalares tem tipologia específica: informação clínica criada durante uma consulta a um paciente, informação administrativa, e ainda a informação externa usada para melhorar o tratamento clínico e as funções administrativas.

Neste contexto, uma vez que, como vimos, não faz qualquer sentido realizar-se uma descrição arquivística de um arquivo hospitalar, como é o caso do arquivo clínico do CHSJ, assinala-se, a título de exemplo, a existência de arquivos de saúde *online* que têm já uma descrição arquivística dos registos clínicos de que são detentores, naturalmente numa vertente historicista e de investigação, e não atuais e em produção. Podemos nomear como exemplo o *Queen Square Archives* (National Hospital for Neurology and Neurosurgery, 2014) que compõem os arquivos pertencentes ao Hospital Nacional de Neurologia e Neurocirurgia (NHNN), considerado o berço da Neurologia Britânica, e aqueles pertencentes ao Instituto de Neurologia da UCL (*University College London*). Este arquivo inclui, entre outros:

- a) Uma extensa coleção de 1500 volumes de notas de estudos de caso, datados dos anos de 1863 a 1946, incluindo muitos exemplos fotográficos dos primórdios da medicina neste campo;
- b) Registos administrativos do Hospital entre 1859 e 1946, onde se incluem correspondência, atas, registos e relatórios financeiros, alguns deles digitalizados e disponíveis na página web dos da Queen Square Archives;
- c) Registos da admissão do doente e outros registos de saúde, e;
- d) Aproximadamente 3000 fotografias, a maioria digitalizada e disponível na página web da *Queen Square Archives* (National Hospital for Neurology and Neurosurgery, 2014).

A pesquisa nesta página web pode ser feita a partir de palavras-chave, pesquisa de termos ordenados alfabeticamente, pesquisa de indivíduos, pesquisa de compilações (mais relevantes ou outras), ou através da pesquisa avançada preenchendo uma série de campos disponibilizados, como por exemplo texto livre, conteúdo (imagens e documentos, ou outros), palavras-chave, delimitação das datas, entre outros indicadores. Os registos disponibilizados online estão classificados de acordo com uma série de critérios, resultado do tratamento dos registos que lhes possibilitou fazer uma descrição arquivística, e veja-se: título, referência (por exemplo: NHNN/P/32), registo de imagem (por exemplo: QSA/12412), data, descrição, criador/ autor, tutor do registo, referência da unidade de instalação (por exemplo: 331 itens [caixa 115]), notas, palavras-chave e compilações. Como foi possível aferir, todos os registos descritos no *Queen Square Archives* tratam-se de informações de carácter histórico e para investigação em neurologia e neurocirurgia, sendo um arquivo que não integra diariamente novos registos resultado de atividades atuais de produção de informação.

A introdução de novos SI em ambiente hospitalar, mais concretamente a desmaterialização da informação, e o papel que os SI desempenham em instituições deste cariz, é tema de grande controvérsia nas instituições hospitalares, amplamente discutido na literatura. Sem dúvida, em contexto hospitalar os profissionais de saúde são aqueles que mais diretamente estão implicados no uso das Tecnologias e Sistemas para produção/ acesso à informação clínica. No entanto, há divergências na sua aceitação e forma de uso, sendo por isso necessário ter a perceção do utilizador no que respeita ao benefício do uso das TIC, tendo presente que o seu principal objetivo deve passar pela simplificação de procedimentos, melhoria da qualidade da informação e garantia da eficácia.

Um dos principais desafios que surge atualmente na área dos SI de saúde é precisamente disponibilizar a informação clínica dos cidadãos através de um Registo de Saúde Eletrónico (RSE). O objetivo do RSE é ser ele próprio um repositório de informação de saúde relevante de um cidadão, acessível aos prestadores de cuidados de uma instituição de saúde, em qualquer unidade do país (Nascimento, 2011). A este respeito refira-se o importante papel do Plano para a Transformação dos Sistemas de Informação Integrados da Saúde (PTSIIS) que afirma a centralidade do cidadão, sendo este um requisito na construção dos SI da saúde. Os esforços feitos neste sentido resultaram no desenvolvimento de SI, a título de exemplo, o Registo Nacional de Utente (RNU), que vem, desta feita, reforçar a importância do RSE (Castro, 2009). Importa também referir neste contexto, os esforços que têm sido desenvolvidos na União Europeia, de que são exemplos recentes a “Recomendação da comissão europeia sobre a interoperabilidade transfronteiriça do registo clínico eletrónico” e a Declaração de Praga, aprovada na conferência eHealth 2009, intitulado “E-saúde para os indivíduos, a sociedade e a economia” (Castro, 2009).

A este respeito é de assinalar o esforço da ACSS no sentido da normalização decorrente das várias iniciativas ao nível de grupos, comissões, nomeadamente nas DG INFSO, i2010 e EHR-Q<sup>23</sup> (Castro, 2009). Em 2009 foi criado um grupo de trabalho para o RSE no sentido de direcionar esforços no domínio do RSE, e no domínio da eHealth, “em integração com as iniciativas que decorrem no âmbito da União Europeia” (Castro, 2009), tendo sido alvo de divulgação o resultado do Grupo de Trabalho.

As iniciativas e programas mencionados no que concerne à gestão da informação em contexto hospitalar ilustram precisamente a desmaterialização de que cada vez mais os hospitais são alvo no decurso das suas atividades que lidam com informação. Existe

---

<sup>23</sup> A respeito das estratégias DG INFSO, i2010 e EHR-Q conferir: Graça, Jose Luís, Raquel Devesa, and Maria João Campos. 2011. “Portugal No Contexto Do eHealth.” In *Sistemas de Informação Na Saúde: Perspetivas E Desafios Em Portugal*, 63–84. Lisboa: Edições Sílabo.

claramente uma fase de transição, onde se assiste à automatização dos processos e a redução da produção de informação em suporte papel (Pestana, 2010). Todavia, e como é notório na maioria dos hospitais portugueses, existe ainda informação em suporte papel, sendo que a própria legislação assim exige, ou seja, existe um tempo de conservação da informação em suporte papel obrigatório para documentos cujo valor arquivístico assim o justifique (*Portaria nº 247/2000, 2000*), o que, consequentemente obriga que as instituições hospitalares do país mantenham um arquivo. Esta obrigatoriedade é reforçada pelo facto de o Processo Clínico Eletrónico (PCE) não suportar uma funcionalidade de assinatura eletrónica remetendo para a assinatura em papel quando se coloca a questão da legalidade dos documentos, como seja consentimento informado assinado pelo doente.

Da perspetiva do processo clínico do doente, quer no que respeita à prestação de cuidados de saúde da qual resulta a base de sustentação para a tomada de decisão, quer na utilização de dados para fins de investigação científica (Gonçalves, 2011), surge associado o termo *reutilização* da informação do setor público. Este termo está consignado na Diretiva de 2003/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 17 de novembro, transposta para o ordenamento jurídico nacional a Lei n.º 46/2007 de 24 de agosto (Comissão Europeia, 2003), que regula o acesso aos documentos administrativos e a sua reutilização. De acordo com o ponto (8) da mesma diretiva:

*É necessário estabelecer um quadro geral das condições de reutilização de documentos do setor público, com vista a garantir condições justas, proporcionadas e não discriminatórias na reutilização dessa informação. Os organismos do setor público recolhem, produzem, reproduzem e divulgam documentos para cumprir as suas missões de serviço público. A utilização de tais documentos para outros fins constitui uma reutilização mais alargada.*

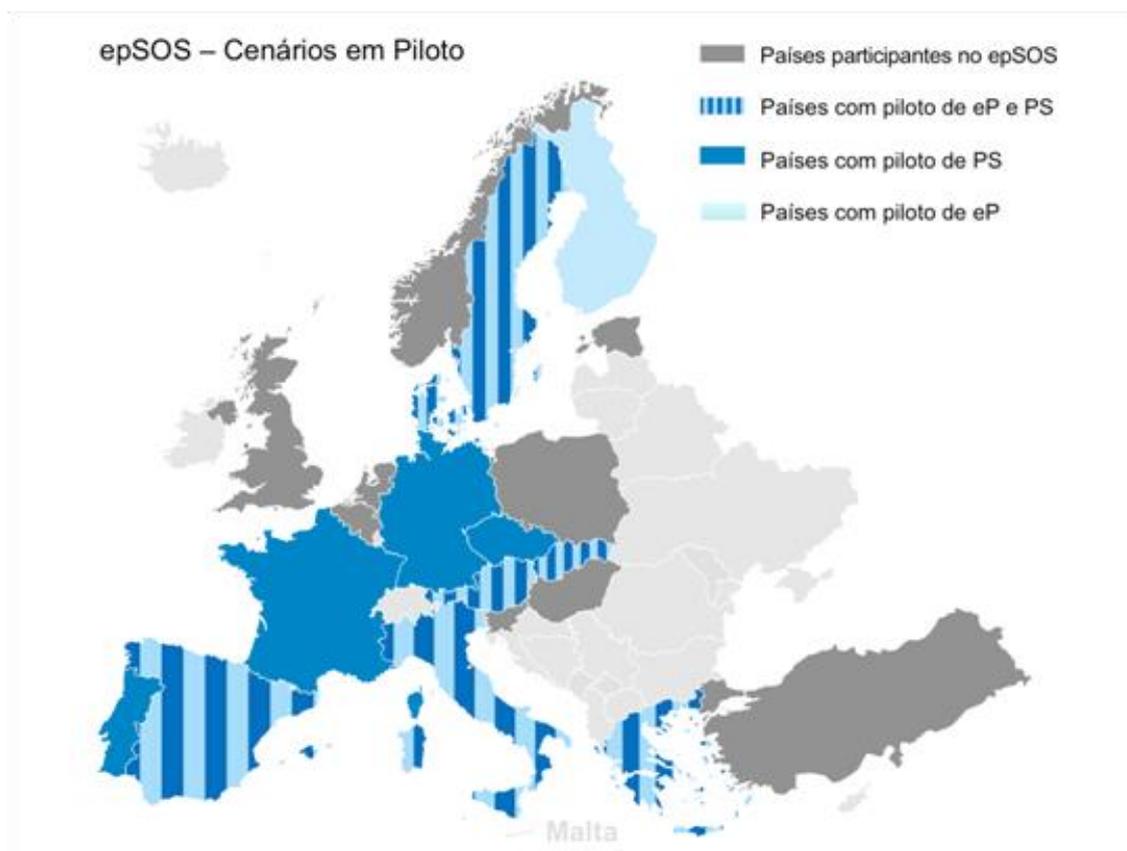
O Centro Hospitalar São João, como organismo do sector público que é, recolhe, produz e divulga documentos para cumprir a sua missão de serviço público (Hospital São João, 2009). Por este motivo, a utilização de tais documentos para os outros fins são, pois, uma reutilização da documentação. É nesta linha que se evoca o ordenamento jurídico nacional a Lei nº 46/2007, de 24 de agosto.

A necessidade que se assistiu a partir de meados da década de 90 de tonar a informação acessível e transmissível e reutilizável a todos levou a que se assistisse a um desenvolvimento em massa de programas tecnológicos a nível europeu e na área da saúde (J. Gomes, 2013). A questão da reutilização da informação clínica está implicada na atual estratégia europeia de gestão da informação clínica, bifurcando o seu foco na

implementação de soluções informáticas para a saúde que garantam a interoperabilidade e num sistema cuja centralidade está no cidadão e na sua mobilidade no espaço europeu (J. Gomes, 2013; Ministério da Saúde, 2008). Neste sentido foram identificadas algumas iniciativas que procuram integrar a informação clínica de um mesmo doente produzida no hospital, noutras aplicações informáticas externas ao hospital, e são exemplo disto o protocolo HL7, o formato DICOM e os projetos epSOS e CALLIOPE na Europa. Isto implica a utilização de normas para a área da saúde, com o objetivo de apoiar as tomadas de decisão na implementação de soluções informáticas para a saúde garantindo a interoperabilidade entre sistemas (Gonçalves, 2011). Ilias Iakovidis (Iakovidis, 2011), tendo por base que a prioridade dos Estados-membros passa pela interoperabilidade dos Registos de Saúde Eletrónicos (RSE), prevê, com as diversas iniciativas em curso, até ao final de 2015 desenvolver a interoperabilidade Europeia no domínio do Registo de Saúde Eletrónico.

Destacamos neste sentido a iniciativa europeia *eHealth* epSOS por ser o principal projeto europeu no domínio da interoperabilidade *eHealth* cofinanciado pela Comissão Europeia, através do Programa para a Competitividade e Inovação que agrega o maior número de países em colaboração neste domínio (Iakovidis, 2011), e por ser um programa no qual se insere já Portugal. O principal objetivo deste projeto passa pela contribuição da melhoria da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos europeus sempre que estes se encontram em mobilidade pelos Estados-membros, possibilitando o acesso confidencial e seguro à informação de saúde do paciente, particularmente no que respeita ao resumo clínico (informação fundamental para a prestação dos cuidados) e à prescrição eletrónica (prescrição de medicamento em países dos Estados-membros), pelos profissionais de saúde (epSOS, 2014; Iakovidis, 2011). Para tal, o epSOS baseou-se em soluções técnicas existentes para alcançar a interoperabilidade entre sistemas transfronteiriços, afirmando que a disparidade nas arquiteturas nos sistemas dos Estados participantes neste projeto não são impedimento para aceder aos registos clínicos do utente (Iakovidis, 2011). Este projeto procura desenvolver uma plataforma eHealth e uma infraestrutura TIC, dentro de um contexto real que envolve os aspetos de segurança ligados ao acesso às informações de saúde do utente entre diversos sistemas de saúde de países europeus, nomeadamente do resumo clínico e da prescrição eletrónica.

Este projeto teve início em 2008, mas só em 2011 Portugal é integrado nesta iniciativa, estando o seu cenário inserido na fase piloto do resumo clínico, como se pode averiguar na Figura 7 - Estados participantes em cenários piloto.



**Figura 7 - Estados participantes em cenários piloto**

**Fonte:** epSOS, 2014

Isto significa que o epSOS estará disponível em todas as instituições de saúde do SNS, para os profissionais de prestação de cuidados de saúde para o serviço resumo clínico, nos papéis de emissor e recetor, ou seja, se um utente português estiver em território transfronteiriço o médico pode aceder ao seu resumo clínico disponível a partir de Portugal; o mesmo acontece para um doente estrangeiro que recorra aos serviços de saúde portugueses, o profissional de saúde, dentro dos requisitos de segurança previstos, pode aceder aos seu resumo clínico epSOS (epSOS, 2014).

Nesta segunda fase do projeto, previa-se que em 2013 estivessem desenvolvidos mais três módulos, entre eles o acesso do próprio utente ao seu resumo clínico, o relatório de cuidados de saúde prestados e o relatório de medicação (epSOS, 2014).

Importa aqui salientar a existência do Registo Nacional de Utente (RNU) e da Plataforma de Dados de Saúde (PDS). A primeira é uma BD de referência dos utentes do SNS que aloca dados de identificação do cidadão, permite fazer o registo de óbitos,

entre outros indicadores de gestão dos dados dos doentes. A PDS, por sua vez, é uma plataforma *web*, que disponibiliza informação clínica de um cidadão que tenha o número de utente do SNS, cumprindo os requisitos colocados pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Esta plataforma permite que os profissionais de saúde em diversos pontos do SNS (hospitais, urgências, cuidados primários, entre outros) acedam aos registos clínicos de um doente.

Neste sentido, o que se espera é que as instituições de saúde prestem um rápido acesso à informação a quem necessita, e que os SI sejam amigáveis para o utilizador, o que nem sempre se verifica. Os profissionais de saúde são confrontados diariamente com aplicações informáticas evidentemente complexas, resultantes da heterogeneidade dos sistemas<sup>24</sup> (Pestana, 2010). Tais factos foram possíveis de apurar durante a observação realizada no tempo em que decorreu a permanência da autora no CHSJ, verificando-se que os profissionais de saúde despendem demasiado tempo em atividades de inserção e pesquisa de informação clínica do doente, considerando genericamente que alguns dos sistemas implementados no CHSJ não são amigáveis para os profissionais. Esta questão condiciona automaticamente o atendimento ao paciente, uma vez que os profissionais de saúde vão alocar tempo na pesquisa dos registos clínicos do doente, retirando tempo de consulta ao doente. Nesse sentido, a crença geral de que os profissionais de saúde são aqueles que mais beneficiam com a passagem do suporte papel para suporte digital não é uma perceção partilhada por todos os profissionais de saúde, essencialmente quando o enfoque da questão é colocado na disponibilidade dos tempos para interação médico - doente. Esta questão será ainda alvo de análise no presente trabalho, a propósito do mapeamento de atividades informacionais em contexto de prestação de cuidados, que o SAAI tem levado a cabo.

As instituições que prestam cuidados de saúde necessitam de aceder a informação de saúde no momento e no local onde a mesma se torna necessária. Muitas vezes a informação encontra-se dispersa em suporte papel e digital, sendo ainda que, a informação disponível em suporte digital se divide entre *aplicações informáticas departamentais, criadas à medida das necessidades de informação das especialidades médicas, muitas vezes desarticuladas do resto dos sistemas do HSJ, nem sempre acessíveis a todos os profissionais* (Gonçalves, 2011). A construção do Registo de Saúde Eletrónico (RSE) pode trazer melhorias precisamente neste sentido, promovendo alterações na forma como cada instituição produz e torna acessíveis os seus registos, para que estes sejam passíveis de ser acedidos e compreendidos por outras instituições.

---

<sup>24</sup> Sobre o assunto da heterogeneidade e interoperabilidade ver o estudo Lucas Ribeiro, João Paulo Cunha e Ricardo João Cruz Correia. Information systems heterogeneity and interoperability inside hospitals: A survey. In HEALTHINF, pages 337–343, 2010

A tónica num contacto mais simplificado e eficaz entre o utente e os serviços de saúde e o reforçar da noção de que a informação de saúde, por sua vez, diz respeito a cada utente e deve estar acessível, *de forma controlada*, aos profissionais de saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009) têm contribuído, certamente, para uma maior responsabilização das instituições para com a produção da informação. A título de exemplo, assinala-se em 2014 a publicação do despacho de nota de alta (*Despacho n.º 2783/2013*, 2013) que contribuiu para a introdução de alterações no PCE, no sentido de definir a informação mínima de alta que deve estar acessível via PDS.

Em contexto hospitalar assiste-se a um crescimento desmedido de informação que resulta da prestação dos cuidados de saúde, do exercício das funções docentes e da própria investigação científica. Este facto, aliado à existência de legislação incompleta que regulamenta o ciclo de vida da informação, desde a sua conceção, passando pela sua avaliação, seleção e preservação e terminando na sua transferência para outros suportes, tem levantado barreiras no que toca ao controlo, gestão, conservação e guarda dessa informação (*Portaria n.º 247/2000*, 2000). Tal como a própria portaria refere, na esmagadora maioria dos casos, muitos arquivos assemelham-se a verdadeiros *cemitérios de informação* (*Portaria n.º 247/2000*, 2000).

O trabalho realizado pelo Setor de Arquivo do CHSJ tem colocado a tónica numa mudança de paradigma no que respeita aos arquivos clínicos, num exercício de Ciência de Informação aplicada. Para além do estudo de reutilização da informação clínica em contexto hospitalar, realizado no CHSJ em 2011, já atrás referido (Gonçalves, 2011), assinala-se, em 2013, a realização de dois trabalhos académicos inseridos no contexto do CHSJ, “O potencial da descrição arquivística em contexto empresarial hospitalar: acesso e preservação da memória institucional no Centro Hospitalar de São João” realizada pelo aluno José Pedro Maçorano (Santos, 2013) e “A metainformação na perspetiva do acesso e da preservação: análise da situação atual no CHSJ” realizada pela aluna e técnica superior de arquivo do CHSJ Joana Gomes (J. Gomes, 2013). A partir destes trabalhos é possível objetivar que o Centro Hospitalar São João é uma das instituições que tem trabalhado no sentido de ultrapassar a limitação e desatualização dos instrumentos legais existentes para a gestão de informação em contexto hospitalar.

No que concerne à gestão da informação não clínica, tal como assinalado em um dos trabalhos acima referidos, este hospital, desenvolvido no meio de um conturbado período histórico, acusa a volatilidade de alguns episódios da história do país, tendo bem patente o peso do volume de informação e da deterioração de algum do acervo por manuseamento e acondicionamento impróprio (Santos, 2013). Acresce a isto o comum

problema da falta de espaço e de estruturas que garantam a segurança e a restrição do acesso à informação, consequência dos elevados custos de preservação e conservação, fatores decisivos para a perda ou preservação do património informacional clínico e não clínico à guarda das instituições de saúde. Tais factos acarretam consigo implicações ao nível de falhas no acesso à informação em tempo útil. Do exposto, é simples denotar a urgência da criação de condições para a aplicação de meios técnicos, garantindo que o património arquivístico é assegurado, e que pode servir como instrumento na investigação científica e na administração hospitalar (*Portaria nº 247/2000, 2000*).

A propósito da atual situação dos arquivos da Saúde, assinala-se que em 2013 a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, em articulação com a Direção-Geral do Livro, dos Arquivos e das Bibliotecas (DGLAB) e a AMA, realizou junto dos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde do Ministério da Saúde, incluindo as do Serviço Nacional de Saúde (SNS), um diagnóstico à situação Arquivística do Estado. Tendo presente que o mesmo questionário já tinha sido colocado no ano 2012, relativamente à situação em 2011, da comparação dos resultados obtidos foram diligenciadas algumas medidas para uma atuação integrada no contexto da saúde. A criação de grupos de trabalho específicos para gestão dos arquivos da Saúde, com vista ao desenvolvimento do sistema de arquivos no Ministério da Saúde

É de assinalar que a realização dos questionários de diagnóstico, realizados em 2012 e 2013, foram realizados no âmbito da medida 15 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 12/2012, de 7 de fevereiro (*Resolução no Conselho de Ministros n.º 12/2012, 2012*), que determinava a realização de «*Diagnóstico detalhado da situação arquivística do Estado, designadamente com identificação de espaço físico ocupado, planos de classificação documental, tipologia de utilização e acesso, níveis de criticidade e segurança dos documentos*». Nesse sentido, os questionários objetivavam caracterizar a estrutura e o funcionamento dos sistemas de arquivo e recolher dados relativos ao armazenamento da informação/ documentação. Além disto, pretendia-se fazer uma aproximação real do diagnóstico das diversas entidades no âmbito da sua gestão documental, mais concretamente no que se refere a questões de gestão, normalização de procedimentos, na avaliação e seleção documentação e identificação de custos (SGMS, 2012). No que se refere à Saúde, num universo de 67 entidades apenas 57 responderam ao questionário, fator que influencia negativamente o aspeto abrangente que se pretendia atingir e é, ao mesmo tempo, um indicador das deficientes condições técnicas que existem em muitos serviços que lhes impossibilitou a realização algumas das medições e tarefas exigidas pelo questionário.

O CHSJ respondeu com dados adequados a todas as perguntas-chave relativas à organização e gestão do Arquivo, sendo este um aspeto relevante para a SGMS para aferir com maior facilidade quais as instituições que têm ainda trabalho interno a desenvolver nos anos subsequentes. De entre as questões mais importantes, destacamos a opinião do CHSJ relativamente às lacunas identificadas no Arquivo que, de acordo com a Responsável pelo Arquivo e Acesso à Informação, embora o regulamento interno atribua ao Sector de Arquivo a responsabilidade pela gestão do arquivo clínico e não clínico do CHSJ, é de assinalar a existência de arquivos clínicos paralelos em suporte analógico em alguns serviços, nomeadamente Oftalmologia e Cirurgia Cardiologia Torácica. Tendo presente que o CHSJ não possui, atualmente, as instalações físicas necessárias para instalação de um Arquivo Geral, no que concerne aos arquivos não clínicos, compete ao Setor de Arquivo apoiar os Serviços nas tarefas de organização e avaliação dos arquivos à guarda dos Serviços.

Face aos resultados extraídos do questionário e apresentados no relatório à situação dos Arquivos do Ministério da Saúde (SGMS, 2012) concluiu-se que no contexto da Saúde:

- a) Não se verifica a existência de critérios de avaliação de desempenho nas áreas de arquivo, que tenham em consideração a redução de custos e melhorias da preservação e acesso à documentação;
- b) Verifica-se uma reduzida aplicação dos instrumentos de gestão, entre eles a eliminação de documentação e a existência de massas documentais não avaliadas, consubstanciando-se uma perda de eficiência e qualidade da informação;
- c) Subsistem dificuldades em garantir condições de armazenamento em condições aceitáveis, que garantam a qualidade na preservação da documentação;
- d) É imperativo controlar a documentação sob custódia de serviços externos com consequente controlo de custos;
- e) Os arquivos padecem da escassez de recursos humanos qualificados para executar tarefas relacionadas com a gestão integrada da informação;
- f) Urge controlar o processo de preservação digital em prática nalguns Hospitais, inclusivamente no CHSJ, que, sem um planeamento estratégico adequado, pode resultar em mais custos no futuro do que a própria preservação de documentos em suporte papel.

Na sequência dos diagnósticos realizados, e em resposta às imposições colocadas pelo Ministério da Saúde ao tratamento dos arquivos, nomeadamente avaliação de massas documentais acumuladas e redução de custos com custódia de arquivos até ao final de 2014, o CHSJ delineou uma estratégia de trabalho propondo-se a levar a cabo atividades que tinham por objetivo (i) promover o uso do PCE para realização de registos atuais, diminuindo a produção de registos manuscritos; (ii) diminuir o volume de documentação em custódia promovendo a transferência de suporte por microfilmagem e (iii) avaliação de documentação não clínica em arquivo.

### **3.3. Introdução às aplicações utilizadas pelo Setor de Arquivo**

O Instituto de Gestão Financeira e Informática da Saúde (IGIF)<sup>25</sup>, mais tarde ACSS e atualmente SPMS, regula, orienta, avalia e executa funções administrativas de Recursos Humanos, funções financeiras e funções de desenvolvimento e manutenção de sistemas e tecnologias de informação dos hospitais do SNS (ACSS & FMUP, 2011; Pinto, 2010). Foi desta instituição que resultaram alterações significativas no CHSJ, mais concretamente no que respeita à reestruturação tecnológica resultante da estratégia nacional definida para o SNS (Gonçalves, 2011; Joana Gomes, 2013). No CHSJ a informatização da unidade hospitalar iniciou-se no ano de 1992 com a adoção do SONHO<sup>26</sup>, e continuou posteriormente com a implementação de outros sistemas informáticos, dos quais se titulam o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) em 2004, SIGLIC (Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia) em 2005, ALERT e ALERT P1 em 2006 para a admissão de doentes, em agosto e dezembro, respetivamente.

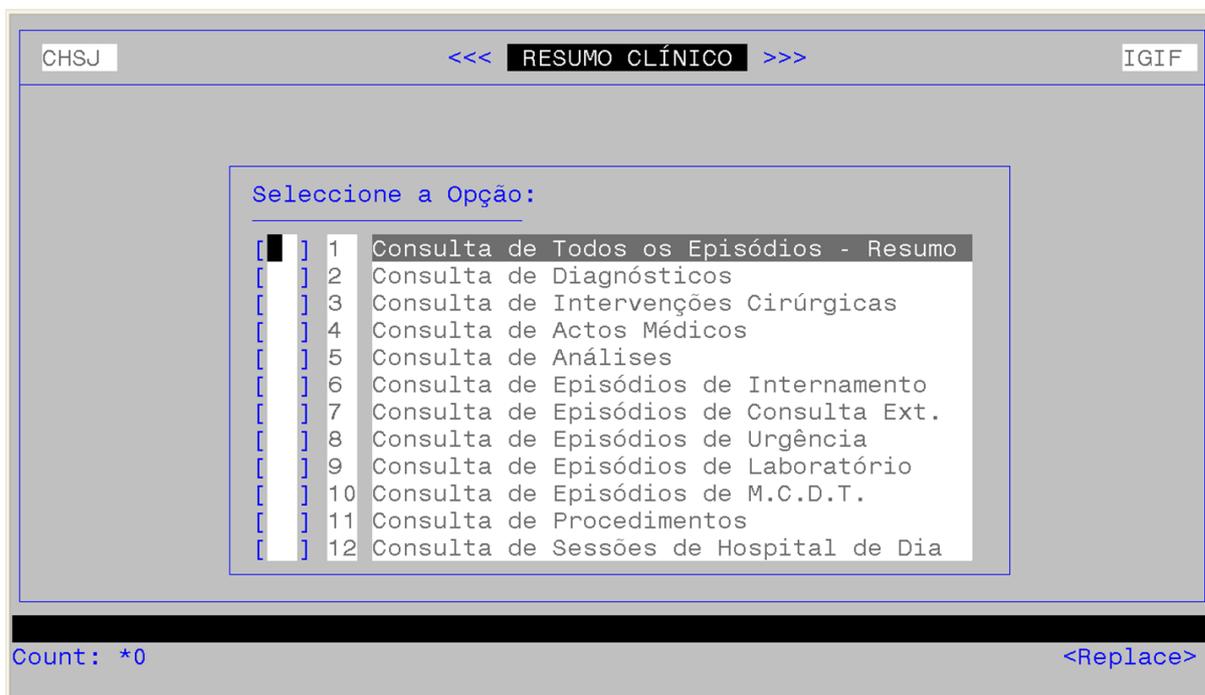
A gestão e identificação dos doentes e dos seus respetivos episódios começou a ser feita a partir do ano de 1992, com a introdução do Sistema Integrado de Informação Hospital, o SONHO, sendo que no mesmo ano foi implementado o módulo de Identificação, Consulta Externa, Urgência e Internamento (ACSS & FMUP, 2011). Este sistema veio permitir o controlo do fluxo de utentes nos hospitais SNS e abrange diversas áreas de atividade do CHSJ, como se enumeram as urgências, consultas de ambulatório, internamento, módulos de gestão do arquivo clínico (ver Figura 9 - Módulo Arquivo Clínico do SONHO), MCDT (ver Figura 10 - Módulo de pesquisa de exames do SONHO), bloco e hospital de dia (Pinto, 2010).

---

<sup>25</sup> Para mais informação acerca da criação, delegações, disposições e competências do IGIF conferir o Decreto-Lei n.º 308/93 de 2 de Setembro de 1993.

<sup>26</sup> O Despacho n.º 12071/2013 publicado pelo Gabinete do Secretário de Estado do Ministério da Saúde no Diário da República n.º 182, Série II de Outubro de 2013, determina que todas as unidades integradas no SNS devem implementar o SONHO e WebGDH até ao final do mês de Setembro do ano de 2013 (ACSS & FMUP, 2011).

O principal objetivo deste sistema de informação para a gestão de doentes passou pela necessidade crescente de dar resposta ao trabalho administrativo dos hospitais nacionais resultante da prestação de cuidados de saúde. A informação administrativa do percurso clínico de um doente do CHSJ está organizada em doze módulos que dispõem os episódios e procedimentos clínicos realizados por um doente.



**Figura 8 - Módulo do resumo de procedimentos clínicos do SONHO**

Este sistema de referência base de doentes está interligado com outros sistemas de apoio à prática clínica, permitindo a partilha de informação através da Rede de Informação de Saúde (RIS) (Gonçalves, 2011; Sbroglio, 2013), e a integração de novos módulos caso o CHSJ tenha necessidade de tal. A interação deste sistema com as restantes aplicações departamentais é fundamental para gerir uma base de dados de doentes única (J. Gomes, 2013), bem como para garantir a conformidade das consultas agendadas e dos registos de episódios, exames e diagnósticos dos doentes.



Além da opção de *informações da consulta*, não menos importante é a opção dos *registos de exames de arquivo* que regista todos os episódios do doente, seja Consulta [CON], Internamento [INT] ou Urgência [URG] que tenham realizado exames no CHSJ ou que tenham sido realizados no exterior.

CHSJ PESQUISA DE EXAMES IGIF

DADOS PARA PESQUISA

Nº Episódio: 130 Nº Proc.: 200 Data Exame: 22/02/2013 Ex: M10545  
 COLUNA LOMBAR 2 INCIDENCIAS  
 Nome: EDUARDO Sexo: 1  
 Data Nascimento: 15/10/1960 Idade:(de) 53 (a) Nº Máx. Pesquisa: 5000

Data	Episódio	Mod	Exame	Entrada Ar
26/12/2013	137	CON	Instruir Utente/Familia	
26/12/2013	137	CON	Extracc?o De Agrafes, Incluindo Penso Si	
23/12/2013	137	CON	Instruir Utente/Familia	
23/12/2013	137	CON	Extracc?o De Agrafes, Incluindo Penso Si	
13/12/2013	130	INT	Ecg Simples De 12 Derivacoes	
24/07/2013	133	CON	Rm Coluna-Cervical,Dorsal,Lombo-Sagrada	05/09/2013
22/02/2013	130	URG	Coluna Lombar 2 Incidencias	

Data Episódio [Repetir Pesquisa] [Selecc?onar] [Sair] [Mostrar Teclas]  
 Count: 9 <Replace>

Exames realizados no CHSJ

Exames realizados no exterior

Figura 10 - Módulo de pesquisa de exames do SONHO

O processo de identificação do doente no SONHO vai permitir verificar se o doente tem algum episódio de internamento, ou outro, no hospital, através do seu resumo clínico.

CHSJ IDENTIFICAÇÃO IGIF

PROCESSO Nº 130  
 Última actualização: 25/11/2013 Registado em: 08/10/2013  
 Nº Utente do S.N.S.: 19E Nº Antigo Processo:  
 Nome: MARIA  
 Sexo: 2 Feminino Data Nascimento: 09/09/1948 Idade: 65 Anos  
 Nacionalidade: 620 PORTUGAL País Or.: 620 PORTUGAL  
 Doc. Identificação: B B.Ident./ C.Cidadao Nº Documento: 5972029  
 Nº Contribuinte: 139  
 Naturalidade: Distrito: Concelho: Freguesia:  
 Observações:

[Pág. Seguinte] [Listar] [Gravar] [Sair] [Mostrar Teclas]  
 Count: \*1 <List><Replace>  
 1 Sess-1 172.16.2.170 1 17/30

Número de doente correto

Figura 11 - Ecrã de recolha de dados demográficos do SONHO

A recuperação da informação do doente, seja clínica ou administrativa, pode ser realizada de acordo com os seus dados demográficos, ou com base na referenciação de episódios hospitalares que foram registados neste sistema. Caso estes episódios sejam referentes a casos anteriores a 1992, ano de informatização dos registos clínicos, o doente deve ser referenciado a partir de fichas de INT que datam episódios anteriores a este ano ou então na Central e Consultas a partir do ND do utente. O módulo de identificação (ver Figura 11 - Ecrã de recolha de dados demográficos do SONHO) deve centralizar o registo de identificação dos doentes evitando que exista duplicação de informação que, conseqüentemente origina problemas de incoerência e redundância de registos. Desta forma, os dados de identificação de um doente devem ser inseridos no módulo de Identificação, e acedidos e/ ou inseridos da mesma forma, nos módulos de Urgência, Internamento e Consulta (ACSS & FMUP, 2011). Caso exista duplicação de registos, ou doentes cujos episódios clínicos são registados em nome de outro devem ser imediatamente retificados através do perfil de doentes duplicados (ver Figura 38 - Perfil de doentes duplicados do SONHO), a que um funcionário do Arquivo Clínico tem acesso, permitindo-lhe fazer a junção ou transferência de doentes duplicados.



Figura 12 - Autenticação no SONHO

CHSJ		ADMISSÃO À URGENCIA		IGIF	
URGENCIA Nº 130		Nº Processo: 950			
Nome: AGOSTINHO		Sexo: 1 Masculino		Data Nascimento: 19/12/1953	
ADMISSÃO					
Data: 06/02/2013	Hora: 14:58	Local: 1	URGENCIA GERAL		
Causa: 05 DOENCA	Obsv.: [REDACTED]				
Proveniência: 1 EXTERIOR	Instituição: [REDACTED]		Transp.: S (S/N)		
Ent.Resp.: 935601	SERVICO NACIONAL SAUDE	NºBenef.: 175			
Prioridade: [REDACTED]					
Taxa: I	Isento: 85 UTENTES EM SITUAC?O DE INSUFICIENCIA ECONOM				
Tecla nºo definida. Carregue em [Mostrar Teclas] para uma lista valida.					
Count: *1		<List><Replace>			

Figura 13 - Módulo de Admissão à Urgência do SONHO

CHSJ		ALTA DA URGENCIA		IGIF	
URGENCIA Nº 503		Nº Processo: 950			
Nome: AGOSTINHO		Sexo: 1 Masculino		Data Nascimento: 19/12/1953	
A L T A					
Médico: [REDACTED]	MANUEL				
Espec. Urg.: 40183	MEDICINA A				
Dest.: 2	SERVICO DE INTERNAMENTO	Espec.: 25800	U.C.I. CARDIOLOGIA		
Instituição: [REDACTED]					
Tipo Urgência: 4 URGENCIA COM INTERNAMENTO					
Data: 18/02/2005	Hora: 23:00	Data/Hora Atend.: [REDACTED]			
URGENCIA Nº 130		Nº Processo: 950			
Nome: AGOSTINHO		Sexo: 1 Masculino		Data Nascimento: 19/12/1953	
A L T A					
Médico: [REDACTED]	SERGIO				
Espec. Urg.: 40255	URGENCIA GERAL				
Dest.: 12	ARS/ CENTRO DE SAUDE	Espec.: [REDACTED]			
Instituição: [REDACTED]					
Tipo Urgência: [REDACTED]					
Data: 06/02/2013	Hora: 22:24	Data/Hora Atend.: 06/02/2013 15:11			
[Espec.] [Analises] [Exames] [Diagn.] [Listar] [Gravar] [Sair] [Mostrar Teclas]					
Count: *1		<List><Replace>			

Figura 14 - Episódios de Urgência do Módulo de Alta de Urgência do SONHO

O módulo de urgência do SONHO congrega uma particularidade: não é necessário que o doente esteja identificado pelo módulo de Identificação do SONHO do CHSJ para doentes que tenham solicitado este serviço ao hospital, mas não sejam ainda doentes do mesmo (ACSS & FMUP, 2011). Os dados podem vir depois a ser registados no módulo de Identificação caso a Urgência dê origem a um Internamento ou Consulta Externa. Este módulo regista informações do doente que foi admitido à urgência e as notas de alta da urgência. Este foi o primeiro módulo a ser implementado ainda no HSJ, em Junho de 1990 (ACSS & FMUP, 2011).

CHSJ PESQUISA DE INTERNAMENTOS IGIF

DADOS DO DOENTE

Nº Processo: 930

Nome: HELDER

INTERNAMENTOS

Data Int.	Hora	Serviço Entrada	Data Alta
15/03/2007	20:37	UPCIU	10/04/2007
12/10/2006	13:08	ORTOPEDIA**TRAUMATOLOGIA	24/11/2006
10/10/2005	11:34	NAO UTILIZAR TRAUMATOLOGIA	13/12/2005
20/09/2004	12:02	NAO UTILIZAR TRAUMATOLOGIA	12/10/2004
30/08/2004	09:37	NAO UTILIZAR TRAUMATOLOGIA	10/09/2004
18/09/2003	15:25	NAO UTILIZAR TRAUMATOLOGIA	24/10/2003
14/07/2003	08:56	NAO UTILIZAR TRAUMATOLOGIA	29/07/2003
18/06/2002	11:09	NAO UTILIZAR TRAUMATOLOGIA	16/08/2002

Count: 8 v [Seleccionar] [Sair] [Mostrar Teclas] <Replace>

1 Sess-1 172.16.2.170 1 13/4

Figura 15 - Módulo de Internamento do SONHO

Este módulo vai registar a data e hora de internamento, o serviço em que o doente deu entrada e a data de alta. Antes deste procedimento, o doente deve ser identificado, e o módulo de internamento do SONHO deve atribuir ao doente uma cama/ sala. Caso no momento não exista nenhuma disponível, o sistema deve ser capaz de registar o doente numa lista de espera, a qual é dividida de acordo com os diferentes serviços/ enfermarias, acordando com as datas previstas para alta dos doentes internados (ACSS & FMUP, 2011). Por este motivo é importante que, para cada internamento seja prevista uma data de alta do doente, de acordo com a especialidade, de modo a que a gestão de camas/ salas seja feita eficazmente. Este módulo assenta em algumas questões administrativas relativas ao processamento de faturação. Além disto viabiliza dados necessários ao apuramento dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDHs) (ACSS & FMUP, 2011). Os utilizadores podem efetuar pesquisas de doentes através de variáveis de cada categoria ou conjugar variáveis de várias categorias. A sua principal limitação é que só permite recuperar informação com base nos registos de internamento (J. Gomes, 2013).

CHSJ		ADMISSÃO AO INTERNAMENTO		IGIF	
Nº PROCESSO: 950					
Nome: AGOSTINHO Idade: 51 Anos					
EPISÓDIO Nº 500					
Data Internamento: 18/02/2005		Hora: 23:00			
Admissão: <input type="checkbox"/> Urgente		Reinternamento: <input type="checkbox"/>			
Proveniência: 4 URGENCIA		Dias Int.Prov.: <input type="checkbox"/>		Causa:DOENCA	
Espec.: 40183 MEDICINA A		Nº Urgência: 5034864			
U.Saúde: <input type="checkbox"/>					
SUBSISTEMA					
Subsistema: 935601 SERVICO NACIONAL SAU		Nº Benef.: 175			
Nº PROCESSO: 950					
Nome: AGOSTINHO Idade: 51 Anos					
EPISÓDIO Nº 500					
Serviço/Unidade: S Serviço		Serviço: 25800 U.C.I. CARDIOLOGIA			
Unidade: <input type="checkbox"/>		Sala: <input type="checkbox"/>		Cama: <input type="checkbox"/> CAMA PROVI	
Médico: 29 MANUEL					
Observações: <input type="checkbox"/>					
Serviço previsto igual ao serviço de Internamento? <input type="checkbox"/>					
Serviço/Unidade: S Serviço		Serviço: 25800 U.C.I. CARDIOLOGIA			
Unidade: <input type="checkbox"/>		Edif.: 1 Edificio H		Piso: 1 Piso 1	
Nº PROCESSO: 950					
Nome: AGOSTINHO Idade: 51 Anos					
EPISÓDIO Nº 500					
DESTINO PREVISTO					
Data prevista para a alta: 21/02/2005					
Destino: <input type="checkbox"/>		U. Saúde: <input type="checkbox"/>			
Serviço/Unidade: <input type="checkbox"/>					
Serviço: <input type="checkbox"/>		Unidade: <input type="checkbox"/>			
Count: *1					
[Lista Espera] [Serviço/Cama] [Gravar] [Sair]					
<Replace>					

Figura 16 - Admissão do doente ao Internamento

À semelhança do módulo de urgência, também o módulo de internamento tem um campo de admissão do doente ao internamento e um módulo de alta do hospital, posteriormente à prestação e cuidados que o doente requeria.

CHSJ ALTA DO HOSPITAL IGIF

Nº PROCESSO: 950

Nome: AGOSTINHO Idade: 51 Anos

EPISÓDIO Nº 500

Serviço: U.C.I. CARDIOLOGIA Data: 18/02/2005 Hora: 23:00

Sala: CAMA PROVISORIA Cama:

SAÍDA DO SERVIÇO

Resultado: 1 MELHORADO Data Saída: 22/02/2005 Hora: 12:23

ALTA

Nº PROCESSO: 95004589

Nome: AGOSTINHO Idade: 51 Anos

EPISÓDIO Nº 500

ALTA

Data alta clínica: 22/02/2005 Destino: 3 CONSULTA EXTERNA

U. Saúde: Espec.:

Motivo Transf.: Episódio Agudo:

Motivo da Proveniência: GDH Hospital Prov.: Euro

Count: \*1 [Alta] [Gravar] [Sair] <Replace>

Figura 17 - Módulo de pesquisa de pacientes do SAM

No que respeita ao módulo de consulta, é através deste que se realiza a gestão associada à marcação de consultas e à sua posterior efectivação. O SONHO regista a entrada dos pacientes nas Unidades de prestação de cuidados, e como foi anteriormente mencionado, efectiva as suas consultas (Silva, 2010). Este sistema está interligado com a aplicação SAM, sendo que os médicos estão aptos para aceder ao histórico clínico do paciente. O sistema fará a distribuição dos doentes pelos médicos das diferentes especialidades. O módulo de consultas deve ser capaz de introduzir novos registos quando se tratam de doentes nas primeiras consultas, e aceder à informação de um doente caso este já tenha histórico clínico no hospital. Este processo vai depois desencadear a impressão das listagens, com 72h de antecedência, no sentido de ativar a preparação dos processos clínicos para as consultas externas. Este módulo vai permitir executar a faturação automática das consultas, bem como gerar mapas estatísticos que vão permitir aferir a produtividade do sistema de consultas, e melhorar o plano das mesmas (ACSS & FMUP, 2011). O SONHO congrega toda a informação clínica de um

doente do CHSJ e por isso é a aplicação utilizada como base de referência de todos os doentes e episódios hospitalares. Para cada procedimento é registada a data de admissão, a hora, a descrição do procedimento, o local de atendimento e o número do episódio associado, sendo que a cada novo episódio do doente é atribuído um novo número de episódio sempre que se verifique a transferência do doente de um serviço para outro, ou seja, quando se verifica que o doente passa da urgência para o internamento. Isto não se verifica se o doente, mesmo que transferido, efetue uma série de episódios dentro do mesmo serviço.

A versão hospitalar do SAM tem como base de funcionamento o SONHO. Esta aplicação é orientada concretamente à atividade de prestação de cuidados do médico, sendo que cerca de 70% do modelos de dados do SAM é o modelo de dados do SONHO (IGIF, 2004). Ao contrário do SONHO, esta aplicação não tem cariz administrativo mas é antes uma aplicação de registos médicos (J. Gomes, 2013), funcionando como o seu diário de atendimento aos pacientes, onde ele pode fazer registos no âmbito da consulta realizada. No âmbito do Projecto Saúde XXI assinala-se adopção de programas que vêm informatizar a utilização da informação clínica no CHSJ, assinalando-se a implementação do SAM, quatro anos depois deste Projecto, no ano de 2004 (Gonçalves, 2011).

CHSJ RESUMO CLÍNICO DO DOENTE IGIF

DADOS DOENTE N.º Processo: 1300000

Nome: MARIA Data Nas.: 09/09/1948

RESUMO CLÍNICO Consulta de Todos os Episódios - Resumo

Data	Descrição	Local	Episódio
03/02/2014	12:30 Consulta Marcada C.PNEUMOLOGIA GERAL**Dr(a) Ma	CON	52509904
27/01/2014	12:30 C.PNEUMOLOGIA GERAL**Dr(a) Maria	CON	140
27/01/2014	ESPIROMET. INCL. GRAFIC. CAP. VITAL, VOL. EXPIRAT. MA	CON	140
21/01/2014	TC DO TORAX	CON	137
21/01/2014	ANGIO TC (CONTRASTE N.º IONICO)	CON	137
21/01/2014	TC, SUPLEMENTO DE CONTRASTE ENDOVENOSO	CON	137
17/12/2013	IMUNOCITO(HISTO)QUIMICA, CADA ANTICORPO	CON	137

Consulta Subsequente

Episodio de Consulta Externa

[Dados Clínicos] [Visualizar Alertas] [Questionar] [Sair] [Mostra Teclas]

Count: 46 v <Replace>

1 Sess-1 172.16.2.170 1 11/20

Figura 18 - Módulo do Resumo Clínico do Doente no SONHO

Por partilhar informação de referenciação de doentes e episódios do SONHO (J. Gomes, 2013), o SAM/ PCE apresenta um ambiente de trabalho orientado para a atividade do médico, para cada um dos cinco módulos que constituem o SONHO: Internamento, Bloco Operatório, Consulta Externa, Hospital de Dia e Urgências (IGIF, 2004). Esta aplicação encerra algumas funcionalidades clínicas decorrentes de iniciativas do Ministério da Saúde, impactantes em alguns processos críticos a nível económico: prescrição de medicamentos, prescrição de MCDT, prescrição de certificados de incapacidade temporária, entre outros (IGIF, 2004).

O SAM/ PCE distingue-se da aplicação SAM pelo facto de a primeira servir como um campo de visualização de informação estruturada respetiva a todos os contactos que o utente teve com o hospital, e cuja informação foi registada via SONHO (SPMS, 2013); sendo que a segunda se refere ao módulo de visualização por parte do médico a que ele tem acesso apenas quando está a efetivar uma consultam. Apesar do SAM/ PCE ser uma opção de visualização de informação, ela pode interagir com outras aplicações que estejam integradas neste sistema, e pode ainda anexar documentos ao processo clínicos. Este módulo de visualização permite ainda verificar o agendamento das consultas, e as respetivas faltas, agendamentos, consultas urgentes e desmarcadas.

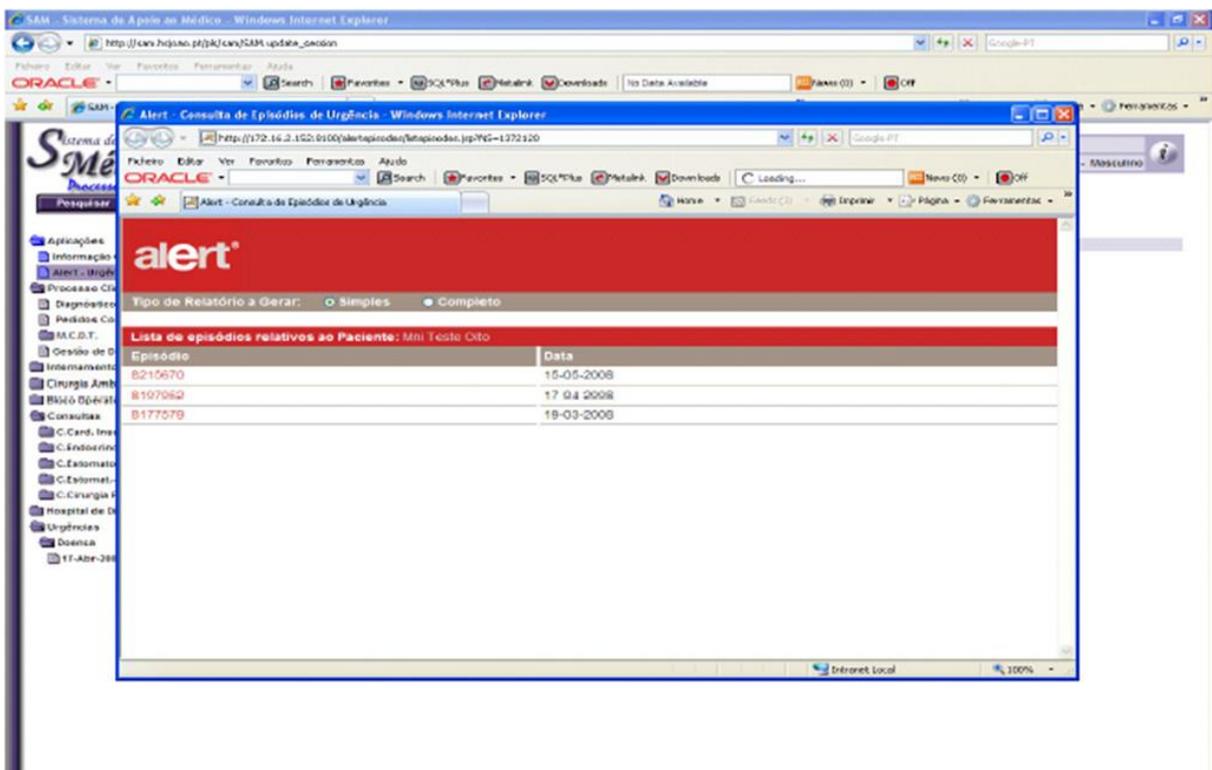
Relativamente à pesquisa de doentes em contexto de prestação de cuidados, esta pode ser feita de acordo com o número do processo, o número de urgência, o número de utente ou o nome do paciente, conjugando, caso pretendido, o género e intervalo de idades (ver Figura 19 - Módulo de pesquisa de pacientes do SAM). A principal limitação que esta ferramenta apresenta é a falta de um campo de pesquisa que efetua a busca de acordo com a data de nascimento. Num hospital com a dimensão do CHSJ, esta opção seria bastante útil em determinados casos, especialmente em situações em que se está a lidar com uma pessoa idosa.

The screenshot shows a web-based search interface for patients. At the top, it displays 'Unidade de Saúde: CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO, EPE' and 'Utilizador: Dr.' on the left, and 'Versão PCE: 13.0' on the right. The main area features a search form with the following elements: a dropdown menu for 'Nº Processo', a text input field for 'Idade Min.' with the value '0', another text input field for 'Idade Max.' with the value '999', and two buttons labeled 'Feminino' and 'Masculino'. On the left side of the form, there are labels for 'Nº Processo', 'Nº Utente', and 'Nº Episódio'. A 'Sair' button is located at the bottom left of the search area. The logo 'Sistema de apoio ao Médico Processo Clínico' is visible on the left side of the interface.

Figura 19 - Módulo de pesquisa de pacientes do SAM

Em termos da sua arquitetura, esta plataforma permite a integração de ferramentas que venham a ser úteis na atividade diária da prestação de cuidados, ao ritmo da informatização que o CHSJ adotar, ao nível de aplicações departamentais que se adequem à satisfação das reais necessidades deste hospital. Relativamente à organização e acesso aos registos clínicos digitais, o SAM apresenta um separador onde apresenta uma série de aplicações de suporte à prática clínica que têm como objetivo suprir as especificidades das várias especialidades médicas.

O campo de visualização da estrutura de navegação do SAM/ PCE está dividido em três separadores principais. O primeiro é respetivo às *aplicações* departamentais a que os médicos têm acesso assim que acedam ao SAM. Caso a opção selecionada seja o *Alert – Urgência*, pode ver-se na Figura 20 - Janela com os episódios de urgência no Alert@ER, a janela que corresponde à pesquisa, sem necessidade de introduzir login. No entanto, existem aplicações, como é o caso do VCIIntegrator – ICU, do jOne e do B-simples, que não estão integradas no SAM, sendo que o ícone que aparece na Figura 21 - Vista estruturada do acesso à informação clínica do doente a partir do SAM é apenas uma ligação para um novo login.



**Figura 20 - Janela com os episódios de urgência no Alert@ER**

O segundo separador de maior relevo é aquele respetivo ao *processo clínico* que lista todas as informações dos episódios do doente a quem está a ser prestado o serviço, o resumo clínico e a lista dos MCDT realizados. O último separador faz corresponder todos os episódios do doente e a respetiva informação clínica.



**Figura 21 - Vista estruturada do acesso à informação clínica do doente a partir do SAM**

As pastas principais da árvore de navegação que se vê na SAM correspondem aos diferentes módulos do SONHO (COM, INT, URG, BLO, HDI) (IGIF, 2004). O separador a que corresponde o nome *Processo Clínico* é relativo à informação clínica

resultante de todos os episódios do doente. Neste separador podem encontrar-se diagnósticos, pedidos de consulta, últimas prescrições médicas, MCDT, agendamento e a gestão de documentos, que permite inserir documentos no processo clínicos do doente, em qualquer tipo de formato (word, pdf, ficheiros de som e/ ou imagem, entre outros).

O SAM/PCE conduz-nos à questão da duplicação de registos produzidos em suporte papel e suporte digital. A situação a que assiste actualmente a produção de registos clínicos no CHSJ verifica constrangimentos ao nível do seu acesso. Esta situação está directamente relacionada (i) com a utilização de dispositivos médicos específicos, (ii) com a utilização de aplicações departamentais, sendo que cada especialidade tem a sua aplicação, e (iii) com os registos produzidos manualmente, uma vez que existem médicos que, ainda depois da implementação do SAM, no ano de 2004, continuam a fazer os seus registos em suporte papel, como é possível verificar pelos processos clínicos de alguns doentes. Joana Gomes (J. Gomes, 2013) efectuou uma análise de um processo clínico respectivo ao ano de 2012 onde verificou que existem registos, tanto em ambiente ambulatorio, como referentes ao Internamento. Veja-se por exemplo o caso enumerado pela autora, relativo a relatórios clínicos, respectivos à parte da informação clínica em no âmbito do internamento, feita na aplicação CLINIDATA XXI e cujo acesso é possível em três aplicações distintas: SAM via Clinidata NET, ICU e Processo papel. Se for utilizado um exemplo relativo à informação no âmbito da consulta, o caso de um Eletrocardiograma, verifica-se na mesma análise, que este é produzido na aplicação CARDIO (aplicação departamental) e pode ser acedida via SAM, PACS e processo papel.

O facto de, por vezes, um mesmo registo estar disperso por várias aplicações, ou então, situações em que existe a migração de registos para outra aplicação, torna mais difícil o processo de prestação de cuidados por parte do médico, uma vez que o mesmo vai perder mais tempo à procura do registo que pretende. Actualmente existem esforços no sentido do alargamento da requisição da Plataforma J-One às requisições existente no Sistema de Informação SiimaWeb (Radiologia, Neuroradiologia, Medicina Nuclear, Gastroenterologia, Unidade de Endoscopia Ginecológica, Neurofisiologia e Cirurgia Vascular). Neste sentido, todos os médicos das áreas de Internamento, Consulta Externa e Hospital de Dia poderão efectuar a requisições de exames, pedidos actualmente no sistema de informação SiimaWeb, através da plataforma J-One (Centro Hospitalar de São João, 2014c).

Se se falar do acesso via Plataforma e Dados da Saúde (PDS), o sistema de partilha de dados da saúde, que permite que a informação seja fragmentada e enviada aos

diferentes agentes prestadores de cuidados de saúde (utentes, profissionais do SNS e de fora do SNS), os problemas de acesso colocados ao CHSJ replicam-se (J. Gomes, 2013). Este sistema enumera entre as principais forças o facto de ter a visão alinhada com o utente, e a diminuição de custos graças à reutilização da informação. Além disto, pode vir a servir como uma ferramenta de estudos populacionais. Contudo, o acesso através desta plataforma apresenta défices no que respeita ao acesso a documentos de aplicações departamentos, sendo que documentos em formato papel elaborados pelos médicos não podem ser efectuados (J. Gomes, 2013). De referir o Despacho n.º 2784/2012 que estabelece que todos os estabelecimentos integrados no SNS devem, a partir de dia 1 de abril de 2013, potenciar o acesso aos resultados dos exames em formato digital, através da PDS pelos profissionais de saúde habilitados para o efeito (Despacho n.º 2784/2013, 2013). Esta necessidade de promover a utilização da PDS concorre para o aumento da qualidade e quantidade de informação disponível em formato electrónico, de forma estruturada e normalizada, no sentido de promover a interoperabilidade de dados entre instituições do SNS.

### 3.4. Descrição do SI do CHSJ de suporte à produção/ acesso de registos clínicos

Em 1992 foram definidas normas de organização do processo clínico do CHSJ (F. Lopes, 2001), que prevalecem hoje com algumas alterações. Atualmente, no que concerne à organização do processo clínico do CHSJ, e para uma correta compreensão da complexidade do modelo informacional, apresenta-se na Tabela 7 - Levantamento das aplicações informáticas de gestão de registos clínicos adaptado de **J. Gomes, 2013** as atuais aplicações eletrónicas de suporte à produção dos registos, que foram sendo introduzidas ao longo do tempo.

**Tabela 7 - Levantamento das aplicações informáticas de gestão de registos clínicos adaptado de J. Gomes, 2013**

DESIGNAÇÃO DA APLICAÇÃO	SERVIÇO UTILIZADOR	DESCRIÇÃO FUNCIONAL GERAL	TIPO APLICAÇÃO
<b><i>ClinidataNet</i></b>	<i>Todos os Serviços Clínicos</i>	<i>Módulo Web do Clinidata que permite acesso aos resultados das análises clínicas efetuadas e possibilita a requisição de análises.</i>	<i>Consulta de registos de análises clínicas</i>
<b><i>HSJ-IEG</i></b>	<i>Todos os Serviços Clínicos</i>	<i>Permite o acesso, em tempo real, a conhecimento útil à organização dos Serviços e/ou para estudos epidemiológicos</i>	<i>Gestão administrativa</i>

<b>DESIGNAÇÃO DA APLICAÇÃO</b>	<b>SERVIÇO UTILIZADOR</b>	<b>DESCRIÇÃO FUNCIONAL GERAL</b>	<b>TIPO APLICAÇÃO</b>
<b>JOne</b>	Todos os Serviços Clínicos	Aplicação de PCE em desenvolvimento no CHSJ. Atualmente permite a gestão de informação de doentes da Urgência Pediátrica e a Requisição eletrónica de MCDTs.	Produção de registos clínicos
<b>SClinico</b>	Todos os Serviços Clínicos	Principal aplicação de PCE. Suporta a produção, armazenamento e acesso a informação clínica dos utentes (acesso a informação produzida no SAM ou em aplicações integradas com o SAM+SAPE).	Produção de registos clínicos
<b>SiiMA Histórico Clínico</b>	Todos os Serviços Clínicos	O módulo SiiMA Histórico Clínico integrado com o SAM permite a visualização dos MCDTs.	Consulta de registos clínicos
<b>SiiMA Requisição Electrónica</b>	Todos os Serviços Clínicos	O módulo SiiMA Requisição Electrónica destina-se ao pedido electrónico de exames com registo de informação específica por tipo de exame.	Gestão administrativa
<b>SONHO</b>	Todos os Serviços	Sistema Integrado de Informação Hospitalar (Integra módulos de Identificação, Urgência, Consulta Externa, Internamento, Bloco Operatório, Hospital de Dia, MCDT, Faturação, Taxas moderadoras, SAM, SAPE, Comunicação com Centros de Saúde, Estatística e GDH).	Gestão Administrativa Referenciação de doentes e episódios hospitalares
<b>VCIntegrator - ICU</b>	Todos os serviços	O VCINTEGRATOR baseia-se nas premissas de um Registo Clínico Virtual centrado no paciente, disponibilizando um acesso centralizado ao historial clínico bem como aos seus relatórios mais recentes, à medida que são produzidos.	Integração de Sistemas/ repositório
<b>SAPE</b>	Todos os Serviços Clínicos de Internamento	Gestão de informação da área de enfermagem.	Produção de registos de enfermagem
<b>Alert EDIS</b>	Serviço de Urgência	Gestão de informação de utentes em episódios de urgência	Produção de registos clínicos
<b>CLINIDATA XXI</b>	Serviço de Patologia Clínica e Laboratório de Hematologia Clínica	Gestão de laboratórios de análises clínicas (hematologia, química clínica, imunologia, microbiologia e biopatologia molecular).	Produção de registos laboratoriais
<b>Lantis</b>	Serviço de Radioterapia	Registo clínico de acompanhamento de tratamentos de Radioterapia.	Produção de registos clínicos

<b>DESIGNAÇÃO DA APLICAÇÃO</b>	<b>SERVIÇO UTILIZADOR</b>	<b>DESCRIÇÃO FUNCIONAL GERAL</b>	<b>TIPO APLICAÇÃO</b>
<b>VC PsychCare</b>	Serviço de Psiquiatria	Registo de informação e gestão dos utentes que frequentam o Programa de Antipsicóticos em Formas de Absorção Prolongada (PAFAB) do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João (Porto), denominado PsigCare.	Produção de registos clínicos
<b>GASTROCELLIS</b>	Serviço de Pediatria (Gastroenterologia)	Gestão de informação relativa a procedimentos de gastroenterologia.	Produção de registos clínicos
<b>Sisporto Omniview</b>	Serviço de Obstetrícia	Medição de pulsação cardíaca do feto e Cardiotocógrafos.	Produção de registos clínicos
<b>ASTRAIA</b>	Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	Gestão e cálculo do risco da gravidez.	Produção de registos clínicos e Armazenamento de exames
<b>CARDIO</b>	Serviço de Cardiologia e Serviço de Cirurgia Torácica	Gestão de informação de utentes com doenças da especialidade de Cardiologia.	Produção de registos e armazenamento de exames
<b>PICIS</b>	Serviço de Anestesiologia	Sistema de Informação clínico que permite a recolha e registo integral do ato anestésico no Bloco ou nos meios complementares diagnóstico.	Produção de registos clínicos
<b>VC ObsCare</b>	Ginecologia e Obstetrícia	A aplicação VCObsCare consiste num registo clínico eletrónico ginecológico e obstétrico. São registadas admissões, altas, dados do parto e dos recém-nascidos, cirurgias, anestésias, consultas e registos de enfermagem, bem como intervenções ginecológicas.	Produção de registos clínicos
<b>Web GDH</b>	Codificação	Sistema de classificação de episódios em Grupos de Diagnóstico Homogéneos.	Gestão financeira
<b>SIBAS</b>	Serviço de Imunohemoterapia	Gestão do banco de sangue - Dadores, Recetores, Stocks.	Gestão administrativa
<b>SGICM – Farmácia</b>	Serviços Farmacêuticos	Aplicação orientada para a gestão do Serviço Farmácia, nas áreas de distribuição, produção de manipulados e farmácia de ambulatório, contemplando nomeadamente módulos de pedidos de serviços / pedidos de armazéns, gestão de armazéns e validação das prescrições.	Gestão administrativa

<b>DESIGNAÇÃO DA APLICAÇÃO</b>	<b>SERVIÇO UTILIZADOR</b>	<b>DESCRIÇÃO FUNCIONAL GERAL</b>	<b>TIPO APLICAÇÃO</b>
<b>SISLAB</b>	<i>Serviço Imunohemoterapia</i>	<i>Sistema integrado de gestão de laboratórios.</i>	<i>Produção de registos laboratoriais</i>
<b>Hipo</b>	<i>Serviço de Imunohemoterapia</i>	<i>Gestão das consultas a Utentes Hipocoagulados</i>	<i>Produção de registos laboratoriais</i>
<b>Gestão Serv. Anatomia Patológica</b>	<i>Serviço de Anatomia Patológica</i>	<i>Gestão de informação clínica de todos os utentes do Serviço de Anatomia Patológica.</i>	<i>Produção de registos clínicos</i>
<b>AMS / Labonline</b>	<i>Patologia Clínica</i>	<i>Centralizar o processo de validação de resultados dos respetivos laboratórios, com a integração online dos equipamentos de diagnóstico, controlo de qualidade, regras de validação, distribuição e rastreabilidade das amostras, gestão de arquivo</i>	<i>Produção de registos laboratoriais</i>
<b>Sisne</b>	<i>Nefrologia</i>	<i>Gerir informação sobre consulta/ tratamento na área da doença renal crónica</i>	<i>Produção de registos clínicos</i>
<b>VC BreastCare</b>	<i>Patologia Mamária</i>	<i>O VCBreastCare é uma aplicação informática que serve de suporte às atividades clínicas da unidade de patologia mamária.</i>	<i>Produção de registos clínicos</i>
<b>PACS</b>	<i>Serviços com imagem médica, Cirurgia Torácica e Hemodinâmica</i>	<i>Armazenamento e acesso a arquivo de imagem digital (DICOM) (TAC/RM).</i>	<i>Armazenamento e acesso a imagem médica</i>
<b>PROCLINICO</b>	<i>Serviço de Oftalmologia</i>	<i>Digitalização, armazenamento e acesso de registos clínicos do Serviço de Oftalmologia.</i>	<i>Armazenamento e acesso de registos</i>
<b>HEMO.CARE</b>	<i>Serviço de Hematológica Clínica</i>	<i>Armazenamento de registos clínicos de Hematologia Clínica.</i>	<i>Armazenamento e acesso de registos</i>
<b>Xcelera</b>	<i>Serviço de Cardiologia</i>	<i>Aplicação de arquivo e análise de Imagens Cardiologia e elaboração de relatórios.</i>	<i>Armazenamento e acesso de registos</i>
<b>B-ICUCare</b>	<i>Unidade Cuidados Intensivos</i>	<i>Gestão clínica de utentes de cuidados intensivos.</i>	<i>Produção de registos clínicos</i>
<b>INTENSIVE.CARE</b>	<i>Cuidados Intensivos – UPA</i>	<i>Gestão de informação clínica de utentes dos Cuidados Intensivos</i>	<i>Produção de registos clínicos</i>

**Acessível a todos os Serviços clínicos**

**Aplicação departamental**

Na tabela acima estão identificadas 34 aplicações de registos clínicos. Destas, 9 correspondem a aplicações transversais, responsáveis pela maior parte da produção de registos: SONHO, SClinico e jOne. Destacamos ainda o VCIntegrator que disponibiliza a todos os profissionais de saúde o acesso centralizado do histórico clínico dos pacientes, em rede com o SAM. No que respeita à realização de exames destacamos o Clinidata para exames laboratoriais e o PACS para exames de radiologia. Relativamente às aplicações departamentais destaca-se que, das 25 aplicações identificadas, apenas 8 estão acessíveis para consulta de registos via PCE a toda comunidade médica do CHSJ.

Como vimos, o processo clínico de um doente é composto por episódios que refletem a atividade hospitalar durante o seu percurso na instituição, e que podem ser compostos por registos textuais, MCDT, resultados laboratoriais, terapêutica, registos de enfermagem, ou outros. Tendo presente um projeto de diminuição da utilização de registos em suporte papel, surgiu a necessidade de organizar e categorizar a informação, uma preocupação já encarada pelos responsáveis pelo acesso à informação do CHSJ. A organização do processo clínico em suporte papel ser transposta e pensada para o processo clínico em suporte digital, oferecendo aos profissionais de saúde o mesmo domínio sobre o processo do doente, enquanto unidade informacional, que tinham relativamente ao processo em papel.

**Tabela 8 - Secções do Processo Clínico Único do CHSJ**

<b>Secção do Processo Clínico Papel</b>	<b>Exemplo Tipologia Documental</b>
<b>Consulta Externa</b>	Registos textuais médicos datados de forma cronológica crescente
	Outros
<b>Internamento</b>	Registos médicos textuais
	Nota de internamento
	Nota de alta
	Relato cirúrgico
	Outros
<b>Gráficos</b>	Sinais vitais
	Balanço hídrico
	Outros
<b>Terapêutica</b>	Terapêutica em internamento
	Prescrição dietética
	Alimentação parentérica
	Outros

Secção do Processo Clínico Papel	Exemplo Tipologia Documental
<b>Resultados</b>	Hematologia
	Bioquímica
	Microbiologia
	Folhas genéricas
	Histologia
	EEG
	ECG
	Outros
<b>Notas de enfermagem</b>	Registos textuais de enfermagem datados de forma cronológica crescente
<b>Correspondência</b>	Pedido externo de marcação de consulta

Atualmente o modelo de organização do processo clínico em suporte papel não é praticado, pois não teve grande aceitação, possivelmente porque não existe um processo clínico único, mantendo-se os internamentos à parte, e o volume de informação clínica nado-digital é elevado.

No sentido de incentivar a produção e uso de registos em suporte eletrónico, o processo de desmaterialização tem vindo a ser pensado por parte do Setor de Arquivo do CHSJ. Inicialmente motivado por problemas de falta de espaço disponível para acondicionar e manusear os processos clínicos de toda a informação que resulta diariamente da prestação de cuidados, o projeto foi adquirindo uma maior relevância colocando-se a tónica na questão da reutilização da informação e na eficiência do acesso. Os custos a considerar não são um fator de peso menor, uma vez que os custos associados à guarda, preservação e acesso à informação clínica em papel atual e retrospectiva que se encontra sob custódia de serviços em *outsourcing* assumem particular relevância neste contexto. Atualmente o Setor de Arquivo tem à guarda da empresa de *outsourcing*, em serviço de custódia e gestão de arquivos, processos de óbito, processos de internamento produzidos entre 1993 e 2009 e processos de doentes inativos, i.e. que desde 1992 não regressaram ao CHSJ. Esta solução possibilita rentabilizar os recursos humanos que se encontram afetos à função do Arquivo, para que se possam concentrar noutras atividades de maior premência. Não obstante, e uma vez que o Setor de Arquivo do CHSJ se encontra disperso por três pisos deste Hospital, não deixam de surgir custos associados aos recursos humanos alocados pelos diferentes espaços de depósito. O objetivo deste ponto não passa pela redução do pessoal afeto à preparação e distribuição dos processos clínicos diariamente, mas por uma distribuição mais equilibrada dos funcionários pelas diferentes tarefas, que hoje não se confinam ao

apoio à consulta externa e à gestão dos espaços de depósito, mas abrangem também a receção e referenciação de documentação clínica a integrar no Arquivo Clínico, resposta a pedidos de informação internos e externos e a gestão da correspondência, bem como tarefas de avaliação, gestão de identificações, análise e mapeamento de processos e preparação de documentação para microfilmagem.

O SGI, que atualmente integra a Informática e o Arquivo e Acesso à Informação é responsável por assegurar a gestão e a preservação da informação clínica produzida/recebida, bem como a gestão de toda a infraestrutura de suporte à produção e armazenamento de registos clínicos, independentemente do suporte. Apesar de grande parte da informação clínica em suporte digital se encontrar acessível a partir do SClinico, o CHSJ, pela dimensão da instituição e especificidade das várias especialidades médicas que oferece, possui várias aplicações departamentais que asseguram a produção da informação clínica, tendo-se contabilizado cerca de 66 sistemas de informação eletrónica. Em determinadas situações o acesso à informação produzida por algumas aplicações informáticas departamentais por parte de toda a comunidade hospitalar limita-se a impressões em papel. A esta situação acresce o facto de o CHSJ não ter, fisicamente, um processo clínico único por utente, mantendo-se a separação física entre informação resultante de episódios de internamento e ambulatório, tal como atrás afirmado.

### **3.5. Situação atual: apresentação do Setor de Arquivo e Acesso à Informação**

A gestão da informação clínica e não clínica produzida, acumulada e armazenada pelo CHSJ, reflexo da atividade de prestação de cuidados realizada pelo HSJ desde 1959, data da sua inauguração, e pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSCV) desde cerca de 1976 até à atualidade, constitui uma preocupação central para o arquivo do CHSJ.

De acordo com o projeto de regulamento do SAAI (Centro Hospitalar de São João, 2014b) este está funcionalmente organizado em quatro áreas distintas que asseguram quatro funções principais: (i) gestão do arquivo clínico, (ii) gestão do arquivo não clínico, (iii) referenciação e acesso à informação e, (iv) gestão da correspondência externa. A este setor de atividade compete tratar, preservar e potenciar o acesso a todo o património informacional do CHSJ, tendo por atribuições e competências específicas:

1. Tratar o património informacional produzido e armazenado pelo CHSJ, independentemente do seu suporte;

2. Promover e implementar políticas de transferência de suporte (microfilmagem e digitalização) no sentido de reduzir em m.l. o espaço ocupado atualmente pelos processos nas estantes dos espaços de depósito do Arquivo;
3. Elaborar procedimentos em colaboração com os restantes serviços do CHSJ, no que concerne à produção, utilização, acesso e preservação da informação clínica e não clínica, de forma a sistematizar atividades e clarificar responsabilidades;
4. Disponibilizar o serviço de reprodução da informação à guarda do Arquivo, independentemente do seu suporte, sempre que quem faça o pedido tenha legitimidade para tal;
5. Potenciar o acesso a informação clínica para prestação de cuidados que diariamente faz parte do exercício da atividade do CHSJ;
6. Prestar auxílio a utilizadores internos e externos no acesso à informação clínica e não clínica, sempre que afirmem legitimidade para tal;
7. Potenciar o acesso a informação para outros fins em colaboração com o RAI, que vai determinar a legitimidade do processo;
8. Gerir a identificação dos doentes do CHSJ atendendo a situações de (i) duplicação da identificação dos doentes, (ii) erros de referenciação de episódios hospitalares, (iii) registo de óbitos e, (iv) anulação de marcações para doentes com óbito;
9. Diagnosticar situações que coloquem em causa a qualidade dos registos clínicos, e a preservação da informação clínica e não clínica, apresentando propostas de correção das não conformidades ou ações de melhoria;
10. Gerir a correspondência externa recebida/ expedida a partir do CHSJ, bem como a receção e expedição de produtos;
11. Apoiar auditorias de informação clínica e não clínica em colaboração com o Gabinete de Auditoria Interna e demais serviços.

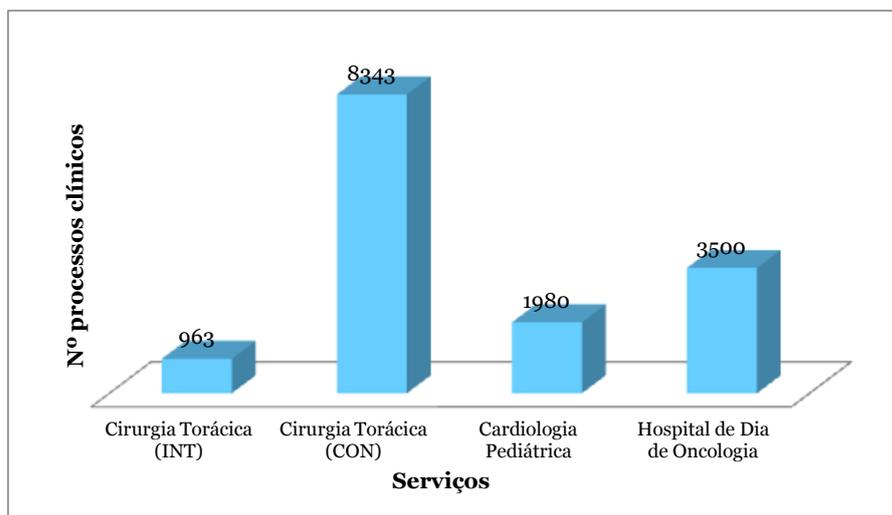
Tendo presente que as funções do arquivo clínico incidem sobre a gestão da documentação, independentemente do seu suporte, para se compreender melhor o volume de informação clínica e não clínica que está a cargo do Arquivo do CHSJ, apresenta-se em baixo uma tabela relativa à identificação e dimensão da documentação e respetivos espaços.

**Tabela 9 - Tabela resumo do volume de documentação em papel e microfilme sob a responsabilidade do Setor de Arquivo relativo ao ano de 2013** (Centro Hospitalar de São João, 2014b)

<b>Tipo de Documentação</b>	<b>Nº de espaços de Arquivo</b>	<b>m.l.</b>	<b>Área útil do espaço de armazenamento com documentação (m²)</b>
<b>Centro Hospitalar de São João – Pólo Porto</b>			
Informação clínica	16	7014	1000
Informação não clínica	3	314	125
Informação clínica (livros de cirurgias) e informação não clínica (Formação e Serviços Farmacêuticos)	1	329,3	86,84
Subtotal	20	7657,3	1211,84
<b>Centro Hospitalar de São João – Pólo Valongo</b>			
Informação clínica	4	1303	362,27
Informação não clínica	4	474,2	84,14
Informação clínica de uso não corrente e informação não clínica	1	187	113
Subtotal	9	1964,2	559,41
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>9621,5</b>	<b>1771,25</b>
<b>Outsourcing</b>			
Informação clínica	Empresa EAD	6500	

No que respeita às atividades que o SAAI desempenhou durante o ano de 2013 é de assinalar a continuidade de projetos e intervenções já em curso nos anos de 2010 a 2012, enfatizando-se tarefas de organização, referenciação, tratamento e integração de registos clínicos retrospectivos de outros serviços e de arquivos paralelos, e manutenção de um depósito de arquivo de processos de óbito no Pólo de Valongo que têm contribuído para uma melhor gestão da documentação acumulada. Tendo presente que o SAAI é um serviço centralizado que diariamente presta apoio na prestação de cuidados do CHSJ, estas tarefas são enquadradas com o trabalho diário dos colaboradores e de acordo com a sua disponibilidade. Relativamente à referenciação, tratamento e integração de informação clínica atual no processo clínico do doente assinala-se, a título de exemplo que durante o ano de 2013 foram integrados no Arquivo 39.702 episódios de Internamento, 19.913 episódios de Bloco e 4.754 MCDT recebidos do exterior. Semanalmente é ainda integrada no Arquivo Clínico documentação externa recebida da Urgência. Nesta dinâmica têm sido também

referenciados, tratados e integrados registos clínicos retrospectivos e arquivos paralelos, e desde 2011 que o Arquivo tem canalizado RH no sentido de integrar informação retrospectiva de arquivos paralelos e integrar arquivos de outros serviços. Presentemente estas tarefas concentraram-se nos arquivos da Cirurgia Torácica, Cardiologia Pediátrica e Hospital de Dia de Oncologia (Centro Hospitalar de São João, 2014b).



**Figura 22 - Número de registos integrados no Setor de Arquivo provenientes de arquivos paralelos em 2013** (Centro Hospitalar de São João, 2014b)

Embora o regulamento interno atribua ao SAAI a responsabilidade da gestão do arquivo clínico e não clínico do CHSJ, é de assinalar que no ano de 2013 os esforços de referência, tratamento e integração de arquivos paralelos em suporte analógico concentraram-se fundamentalmente nos serviços de Cirurgia Torácica: Internamento (INT), com 963 processos clínicos integrados e de Consulta (CON) com 8343 processos integrados, no serviço de Cardiologia Pediátrica, assinalando-se 1980 processos integrados, verificando-se ainda ações pontuais de transferência e organização de registos do Hospital de Dia de Oncologia que permitiram a transferência e integração de 3500 processos clínicos. Tendo presente que o CHSJ não possui, atualmente, instalações físicas necessárias para instalação de um Arquivo Geral, no que concerne aos arquivos não clínicos compete a este Setor apoiar os serviços nas tarefas de organização e avaliação dos arquivos à guarda destes.

Paralelamente, o Arquivo Clínico, no sentido de dar resposta aos serviços que queriam ver integrados neste serviço os registos retrospectivos dos respetivos pacientes, após avaliação das diversas situações agendou com cada serviço o envio semanal de processos clínicos retrospectivos, assinalando-se um total de 85.108 registos clínicos retrospectivos integrados. Todos os registos integrados são registados no Módulo de Arquivo do SONHO para permitir salvaguardar em situações que se verifica ter sido disponibilizada cópia para o exterior dos registos em arquivo. Por questões de segurança, no ano de 2013 foi também transferido o arquivo paralelo de Medicina Física e Reabilitação, que não foi ainda tratado.

A organização, verificação e preparação de registos para microfilmagem são também tarefas atribuídas ao SAAI. Uma grande parte do orçamento do Arquivo Clínico é alocada a serviços de custódia para arquivos retrospectivos, que atingem 6500 metros lineares (m.l.), aos recursos humanos afetos ao Arquivo e à expedição de correspondência e produtos. Mesmo assim, durante o ano de 2013 iniciou-se o processo de preparação de documentação para microfilmagem, tendo sido preparados 14000 episódios de internamento relativos ao ano de 1993, com vista a eliminar o suporte papel.

Na sequência da implementação da ferramenta de descrição ICA-AtoM<sup>27</sup>, o Setor de Arquivo passou a utilizar esta ferramenta para incorporar documentação relativa a fichas de Saúde Ocupacional, livros e processos de reclamação e livros de cirurgia, optando-se pela descrição documental à unidade de instalação, ou seja, inserindo todos estes registos em caixas devidamente estruturadas e classificadas. Esta operação vai permitir identificar, gerir e localizar a documentação nestas unidades de instalação. Durante o ano de 2013 foram realizados registos de descrição arquivística de 76 atas e deliberações do CA (nível documento simples e composto), 26 registos de descrição de fichas de Saúde Ocupacional (nível unidade de instalação), 77 registos de livros de cirurgia de Ginecologia do Gabinete do Utente (nível unidade de instalação), registando-se 4 incorporações dos Serviços de Saúde Ocupacional e do Gabinete do Utente (Centro Hospitalar de São João, 2014b).

Não esquecendo as limitações de espaço físico com que diariamente o arquivo do CHSJ se depara, bem como as atuais restrições nos custos no que concerne ao recurso a custódia, durante todo o ano de 2013 foram transferidos processos clínicos dos depósitos do arquivo do CHSJ Pólo do Porto para o Pólo de Valongo, totalizando 6195

---

<sup>27</sup> Ferramenta privilegiada pelo CHSJ pelo facto se ser um *software open source/ freeware*, ou seja, sem custos adicionais e personalizável de acordo com as necessidades do CHSJ, e pelo facto de ser desenvolvido em conformidade com normas arquivísticas (ISAD (G), ISAAR (CPF), ISDIAH, ISDF), promovido e financiado pelo *International Council of Archives* e pela UNESCO (Santos, 2013).

processos clínicos de consulta de doentes com registo de óbito no SONHO CHSJ e/ ou RNU. Esta tarefa foi fundamental para o processo de integração de registos de arquivos paralelos usados diariamente na prestação de cuidados aos utentes, rentabilizando-se desta forma o espaço de arquivo existente no Pólo de Valongo para depositar registos que não são de uso corrente. De modo a assegurar uma maior flexibilidade na gestão dos depósitos, os processos foram incluídos em 299 caixas (65 m.l.) sequencialmente numeradas e registadas na aplicação do Arquivo, registando-se para cada processo o número da caixa em que se encontra instalado, número que é também usado como cota.

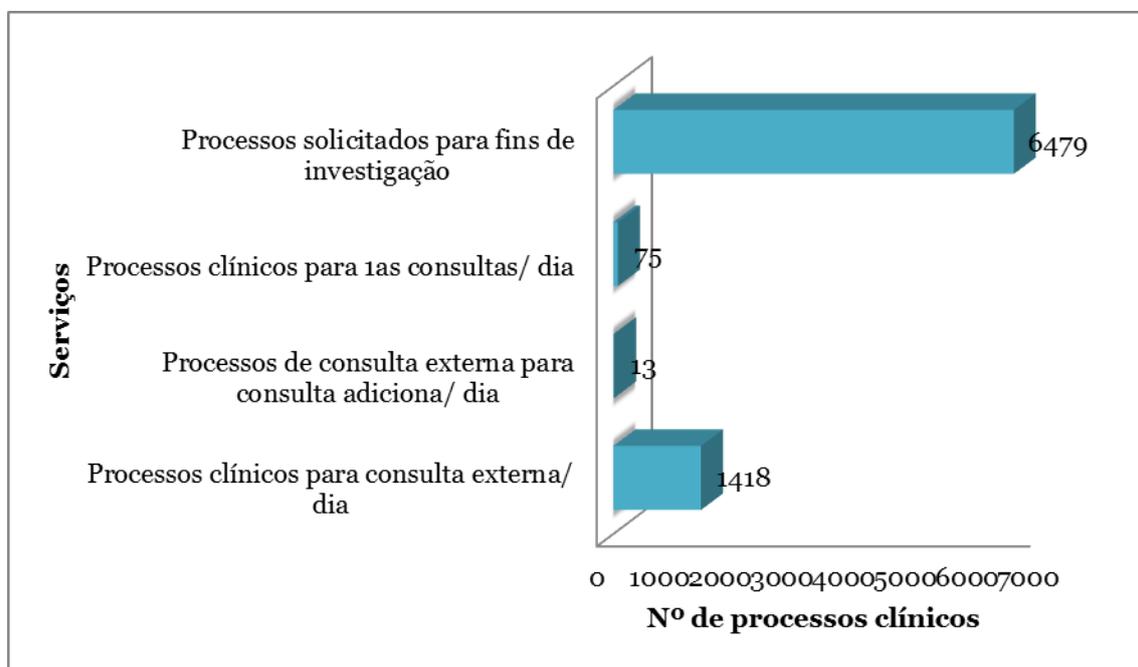
Na linha da gestão dos espaços de Arquivo, e tendo presente a garantia de fiabilidade de algumas aplicações do PCE, assim como a elevada percentagem de registos nado-digitais no CHSJ, realizou-se a análise de 18739 episódios de internamento relativos ao ano de 2010, eliminando-se todas as folhas produzidas nas aplicações SAM, SAPE, Clinidata e Anatomia Patológica, excetuando aquelas que continham notas manuscritas, rubricas ou assinaturas dos profissionais de saúde, resultando na eliminação de 11 m.l. de documentação.

Na sequência da migração da identificação dos processos clínicos do SONHO HNCSV para o SONHO do Pólo do Porto, o Arquivo do Pólo de Valongo contabilizou um total de 16295 processos verificados durante o ano de 2013, procedendo à sua reorganização de acordo com o número de doente do CHSJ.

A gestão de identificação dos doentes, tarefa que cabe igualmente ao Arquivo, e que engloba situações de duplicação de identificação, erros na identificação ou referenciação, desmarcação de consultas de doentes registados como óbito e registo de óbitos RNU no SONHO CHSJ, contabilizou no ano de 2013 um total de 1282 operações de consolidação de identificações. No total, até ao momento contabiliza-se no depósito de doentes com registo de óbito um total de 14952 processos, acondicionados em 599 caixas (Centro Hospitalar de São João, 2014b).

Além de todas as tarefas inclusas na referenciação e tratamento documental que até agora foram descritas, existiram ainda ações de apoio à organização e avaliação de arquivo não clínico, que no ano de 2013 assinalou 23 ações de avaliação documental de registos retrospectivos, em colaboração com diversos serviços. Esta tarefa contribuiu para uma melhor gestão da documentação clínica dos arquivos departamentais. Estes pedidos estiveram relacionados com documentação administrativa e com cópias de trabalho de registos preservados em suporte digital ou sem identificação do doente.

O acesso à informação é também potenciado pelos serviços do Arquivo Clínico. No ano de 2013 os processos clínicos disponibilizados para a consulta externa (por dia) e para fins de investigação foram:



**Figura 23 - Acesso a processos clínicos disponibilizados para consulta externa e solicitados para investigação** (Centro Hospitalar de São João, 2014b)

Os processos solicitados para fins de investigação foram distribuídos num total de 161 investigadores. Além destes procedimentos, existem ainda outras situações de acesso a informação clínica para prestação de cuidados, que contabilizaram 35 pedidos de acesso/ dia, e que tinham por finalidade reuniões de grupo, segundas opiniões, realização de exames de comparação, discussão de casos clínicos e/ ou perícias médico-legais. Outra situação assinalada respeita a casos de pedidos de acesso a informação para outros fins, que corresponderam a um total de 2.380 pedidos registados entre 22 de maio de 2013 e 31 de dezembro do mesmo ano<sup>28</sup>.

Para uma clara e sucinta compreensão daquilo que foi o trabalho do Arquivo durante todo o ano de 2013, apresenta-se na tabela em baixo um sumário das funções desempenhadas diariamente no suporte à atividade de prestação de cuidados, investigação e acesso à informação.

<sup>28</sup> Desde maio de 2013 que o Setor de Arquivo e Acesso à Informação efetua de forma autónoma o registo de todos os pedidos de cópia de registos clínicos para outros fins, dando resposta a todos os pedidos de reprodução de cópias enviados pelo RAI.

**Tabela 10 - Indicadores de desempenho relativos às funções desempenhadas pelo Setor de Arquivo e Acesso à Informação do CHSJ durante o ano de 2013** (Centro Hospitalar de São João, 2014b)

Função/ Atividade	Ano 2013	Ano 2011/ 2012
<b>Referenciação e tratamento documental</b>		
Referenciação, registo e integração de informação clínica atual no processo clínico do doente	108 episódios Internamento/ dia; 55 episódios Bloco/ dia; 13 MCDT recebidos do exterior/ dia	237 episódios Internamento e Bloco/ dia; 379 Registos clínicos retrospectivos/ dia; 9 MCTD recebidos diretamente do exterior/ dia
Referenciação, tratamento e integração de registos clínicos retrospectivos e arquivos paralelos	693 processos Internamento de Cirurgia Torácica; 8343 processos de Consulta de Cirurgia Torácica; 1980 processos de Cardiologia Pediátrica; 3500 processos de Hospital de Dia Oncologia; 85.108 registos clínicos retrospectivos	n.a.
Organização, verificação e preparação de registos clínicos para microfilmagem	14000 episódios de Internamento	9125 episódios de Internamento
Implementação e uso da ferramenta de descrição arquivística ICA-AtoM	16 atas e deliberações do CA; 26 registos de descrição de Fichas de Saúde Ocupacional; 77 registos de livros de cirurgia de Ginecologia e Obstetrícia; 107 registos de processos de reclamações do Gabinete do Utente	n.a.
Organização e registo de registos de utentes com óbito	6195 processos clínicos de consulta de doentes com registos de óbito instalados em 299 caixas (65 m.l.)	750 processos/ mês
Avaliação de registos de Internamento de 2010	18739 episódios Internamento relativos a 2010	n.a.
Validação e identificação de processos clínicos do HNSCV para o ND do CHSJ	16295 processos verificados	n.a.
Gestão de identificação de doentes	1282 operações de junção de identificação	n.a.
Ações de apoio à organização e avaliação de arquivo não clínico	23 ações de avaliação documental	n.a.

Função/ Atividade	Ano 2013	Ano 2011/ 2012
<b>Apoio à Consulta Externa</b>		
Acesso à informação em consulta externa	1418 processos clínicos de consulta externa/ dia; 13 processos de consulta externa para consulta adicional/ dia	1280 Processos clínicos consulta externa/dia; 22 Processos de consulta externa para consulta adicional/ dia
Preparação de processos físicos para as 1as consultas	75 processos clínicos para 1as consultas/ dia	n.a.
<b>Acesso à Informação</b>		
Outras situações de acesso a informação clínica para prestação de cuidados	35 pedidos de acesso/ dia	42 pedidos de acesso/ dia
Acesso a informação para outros fins	2.380 pedidos registados <sup>29</sup>	n.a.
Apoio à investigação	161 investigadores; 6479 processos requisitados para investigação	324 investigadores/ mês

Como é possível analisar no seguimento da tabela acima exposta, é perceptível o aumento assinalável de informação clínica efeito da atividade de prestação de cuidados, resultando num consequentemente esforço por parte da gestão dos recursos humanos.

Das atividades do SAAI acima referidas optou-se por focar a ação do presente trabalho em três processos principais que incidem essencialmente sobre: (i) a disponibilização dos processos clínicos para consulta externa, (ii) gestão de IDs dos doentes e, (iii) acesso à informação clínica para utilizadores externos, e que serão alvo de análise no capítulo 4.

Além do trabalho de suporte às atividades diárias de prestação de cuidados no CHSJ realizadas pelo Setor de Arquivo, assinala-se os esforços levados a cabo pelo Setor de Arquivo na realização de um projeto de preservação digital, no sentido de ultrapassar os constrangimentos colocados à preservação da informação produzida em suporte digital, estreitando as sinergias entre o Setor de Arquivo e a Informática, que motivaram a criação do SGI no CHSJ.

O projeto de Preservação Digital de Informação Clínica, iniciado em 2012, tem por objetivo central a criação de um Plano de Preservação Digital (PPD) para o CHSJ, conforme as orientações da Direção Geral de Arquivos, que permita a desmaterialização efetiva dos processos informacionais do hospital. Este projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian tem em consideração o ambiente híbrido característico do contexto informacional que se assiste no Centro Hospitalar São João e noutras

<sup>29</sup> Contabilizado de 22 de maio de 2013 e 31 de dezembro do mesmo ano, quando o Setor de Arquivo e Acesso à Informação passou a efetuar de forma autónoma a gestão diária de todos os pedidos de cópia de registos clínicos para outros fins.

instituições de saúde, onde os registos estão dispersos em suporte papel, microfilme, digital e/ ou nado-digital, contribuindo negativamente para défices e redundâncias de informação. Além disto, verifica-se neste hospital que, apesar do aumento da produção de registos clínicos em suporte digital, existem dois fatores que remetem frequentemente para o acesso ao processo clínico do doente em suporte papel: aplicações informáticas com fraca interoperabilidade e requisitos legais de registo documental que obrigam à preservação de todos os registos clínicos retrospectivos (APDIC, 2014).

Entre os principais contributos deste projeto, encontram-se os seguintes abaixo listados:

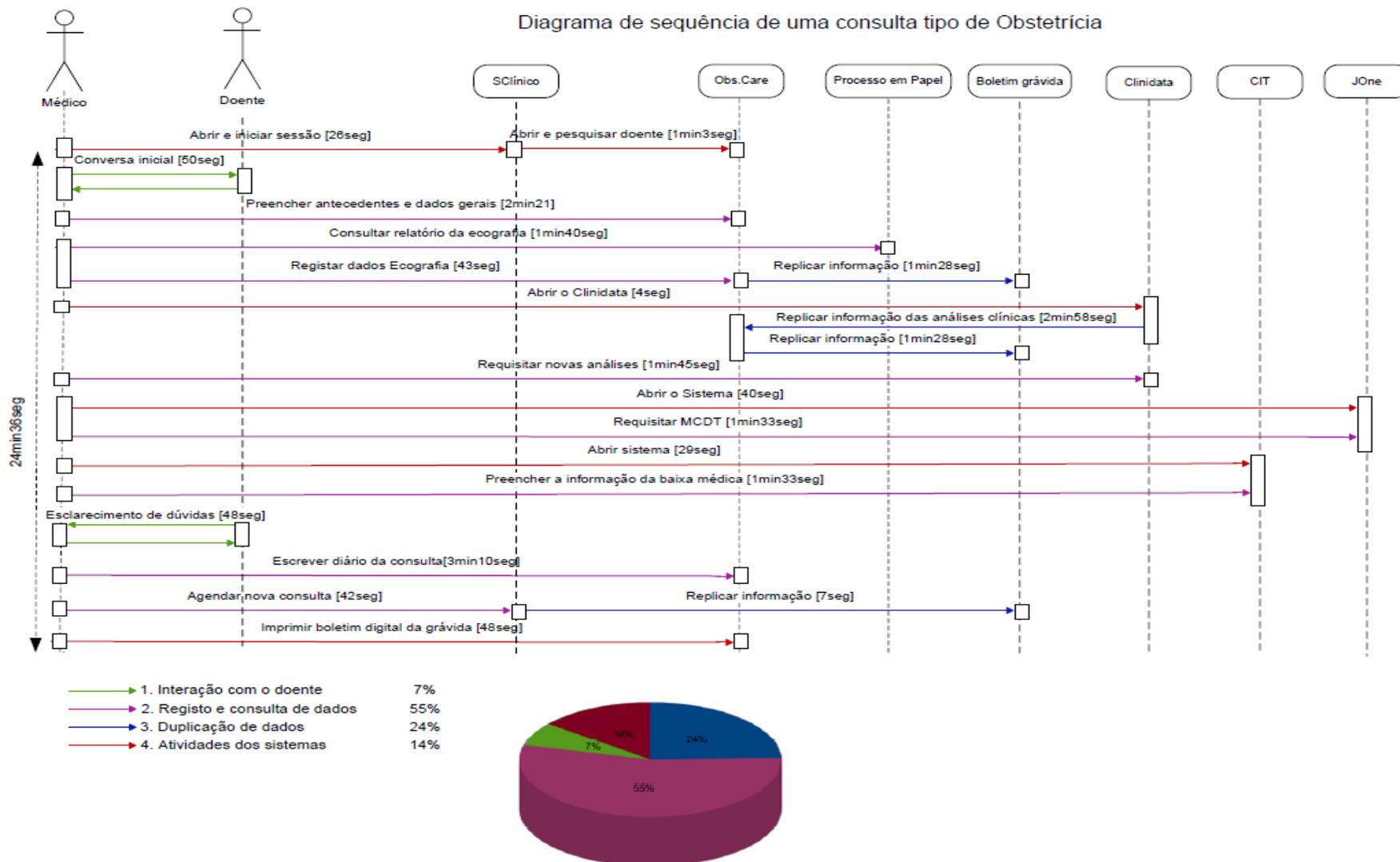
1. Garantir a preservação a longo prazo de registos clínicos nado-digitais (APDIC, 2014);
2. Definir requisitos de digitalização que certifiquem a autenticidade dos documentos digitalizados (APDIC, 2014);
3. Eliminar os passos de impressão ou microfilmagem de registos nado-digitais produzidos pelas atuais aplicações informáticas adotadas pelo CHSJ (SAM, SONHO, ALERT ER, jOne, entre outros) (APDIC, 2014);
4. Gerir registos clínicos retrospectivos acumulados nos depósitos físicos cedidos pelo CHSJ ao Arquivo Clínico, equacionando a sua digitalização e consequente libertação de espaço de depósito (APDIC, 2014). Em 2009 existia já um projeto, na altura a ser ainda proposto pela Unidade Integrada de Gestão de Processo Documentais (UIG-PD), que tinha em vista digitalizar 9716 bobines de microfilme de registos clínicos compreendidas entre 1959 e 2006, condicionada pela disponibilidade financeira do CHSJ (Hospital São João, 2009);
5. Introduzir mudanças no *workflow* da organização e racionalizar a produção de registos clínicos em papel, através da disponibilização dos registos retrospectivos do doente digitalizado (APDIC, 2014).

Entre os principais fatores que têm motivado o adiamento da decisão de elaborar um Plano de Preservação Digital, encontram-se (i) as limitações funcionais do PCE, (ii) a incerteza do valor probatório e preservação de registo nado-digitais, (iii) a crença de que, por si só, o PCE resultará na modernização dos serviços do SGI, (iv) a fraca interoperabilidade interna nos hospitais portugueses e (v) a falta de investimento em planos de preservação digital ou de “*disaster recovery*” (Gonçalves, 2013).

O Processo Clínico Eletrônico (PCE) surge, então, como possível medida de combate à dispersão dos registos pelos diversos suportes. Este procedimento requer que existam duas atividades a decorrer em paralelo: a promoção da interoperabilidade entre as diversas aplicações de informação clínica, e uma intervenção nas estruturas do arquivo clínico, nas atividades de produção e uso de registos clínicos em formato papel para suporte às atividades de prestação de cuidados e investigação, promovendo a produção de registos clínicos em suporte digital, e rentabilizando o investimento em Tecnologias de Informação (TI) nas estruturas de suporte à produção e armazenamento de informação clínica (Gonçalves, 2011).

O PCE é um assunto muito discutido na atualidade pelas vantagens que pode trazer às instituições de saúde, quer aos serviços clínicos, como aos não clínicos. Da visão do Arquivo Clínico, que se depara diariamente com a cada vez maior falta de espaço para o acondicionamento das espécies, esta solução é uma hipótese a ter em conta. Além das condições de acondicionamento dos processos, soma-se o tempo gasto pelos profissionais de saúde despendido em tarefas de ordenamento e acesso aos processos clínicos em papel, bem como os custos que advêm de registos clínicos perdidos, que podem implicar a repetição de MCDT acarretando mais custos e colocando em causa a qualidade da prestação de cuidados de saúde (Gonçalves, 2011)

Apesar de o projeto de Certificação aqui em discussão se focar concretamente no SAAI assinala-se a existência de trabalho de análise que foca o uso do PCE, contribuindo para a identificação de melhorias e indicadores a considerar no PCE, nomeadamente, no exemplo de Obstetrícia ilustrado abaixo (ver Figura 24 – Tempo despendido com a utilização de diversas aplicações: o caso da consulta "tipo" de Obstetrícia), realizado no âmbito do projeto da Gulbenkian.



**Figura 24 – Tempo despendido com a utilização de diversas aplicações: o caso da consulta "tipo" de Obstetrícia**

**Fonte:** APDIC, 2014

O presente diagrama está inserido no projeto de Arquivo e Preservação Digital de Informação Clínica (APDIC) (APDIC, 2014) e é representativo da observação da interação dos utilizadores com os diversos sistemas de informação utilizados em ambiente de consulta resultado das consultas de Obstetrícia. As medições realizadas foram efetuadas simultaneamente por duas pessoas nas consultas de Obstetrícia tendo sido utilizada a média das duas observações na elaboração dos diagramas. Num total de 8 consultas de Obstetrícia observadas, três referem-se a primeiras consultas correspondendo as restantes a consultas subsequentes. A principal dificuldade que as autoras apontam remete-se à medição das atividades em algumas consultas, tendo sido necessário inferir alguns dos tempos a partir da média obtida das restantes consultas.

Dada a percentagem apresentada em cima resultado das medições efetuadas, verifica-se que 69% do tempo é gasto na utilização das diversas aplicações, desde registo de dados a tempo de atividade do sistema, sendo que apenas 7% do tempo total é gasto na interação com o doente. Isto reforça a noção de que sem o necessário investimento em Preservação Digital, a adoção de Tecnologias de Informação não é por si só uma solução, sendo que, o que se tem verificado é a crescente adoção de novas tecnologias sem supervisão, políticas ou estratégias de gestão da informação (Gonçalves, 2013), que comprometem a produção, armazenamento, a preservação e o acesso aos registos clínicos.

Os diagramas de atividades abaixo figurados, destinam-se a descrever os fluxos das atividades realizadas, de forma a permitir ao leitor uma melhor compreensão destes processos funcionais. Nestes diagramas apresentados são utilizados os elementos de modelação já indicados no ponto da Abordagem e metodologia da investigação.

## **4. Mapeamento e análise dos processos de gestão da informação clínica**

Nesta secção serão tratadas com um maior nível de especificidade as funções implicadas na realização dos processos mais diretamente relacionados com o SAAI do CHSJ. Tendo presente que o *core* deste trabalho se prende com a identificação de fatores a considerar para a implementação de um processo de certificação de um SGQ num Serviço de Informação em contexto hospitalar, neste capítulo serão identificados, mapeados e analisados, de uma perspetiva crítica os três principais processos funcionais que fazem parte da atividade do Setor de Arquivo: (i) disponibilização dos processos clínicos para consulta externa, (ii) gestão da identificação dos doentes e (iii) acesso à informação clínica para utilizadores externos. A seleção destes processos para iniciar o projeto da certificação foi realizada pelo CHSJ, tendo em consideração o impacto das atividades desempenhadas pelo Setor de Arquivo na comunidade hospitalar e nos utilizadores externos.

Qualquer melhoria apontada terá em consideração a disponibilidade dos Recursos Humanos e financeiros existentes, as restrições impostas pela atual conjuntura económica, que afeta também o CHSJ, bem como a sua cultura informacional e institucional, aprendizagem efetuada pela autora durante a realização do trabalho no CHSJ com o intuito de perceber a forma como a informação clínica é produzida e utilizada.

No sentido de contribuir para uma maior organização da informação clínica produzida, a cada doente é atribuído um número de doente (ND) e um identificador único (número sequencial interno ao sistema) que agrega episódios hospitalares a integrar no processo do doente (Gonçalves, 2011). Cada doente tem assim um processo clínico que integra documentos produzidos durante os seus episódios hospitalares, que podem ser do tipo internamento (INT), consulta (CON), hospital de dia (HDI), urgência (URG), bloco (BLO), admissão direta (AD), meios complementares de diagnóstico (MCDT) de radiologia (RAD) ou laboratoriais (LAB), e correspondem à atividade de prestação de cuidados efetuada. Toda a informação clínica produzida/ recebida é agregada a um destes episódios. Os registos ou documentos em que se decompõem os episódios estão ao nível do ato informacional de que resultam, como é exemplo uma requisição de Raio-X e o seu resultado imagem e relatório, refletindo toda a atividade realizada pelos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados de saúde.

Um dos principais constrangimentos que o Sector de Arquivo e Acesso à Informação enfrenta é a coexistência de registos em suporte papel e digital, e a consequente

dispersão de informação clínica. No sentido de reduzir o número de processos em papel usados em consulta externa está a ser levado a cabo no presente ano um projeto que pretende aferir qual a utilização efetiva que os médicos do CHSJ fazem dos processos clínicos em suporte papel diariamente enviados para as consulta. Esta atividade será abordada mais à frente.

#### **4.1. Disponibilização dos processos clínicos para a consulta externa**

No sentido de tornar perceptível o impacto desta atividade no funcionamento do SAAI, assinala-se que durante o ano de 2013 o Arquivo do CHSJ, preparou e disponibilizou em média diariamente 1418 processos clínicos para consultas externas agendadas, 13 processos para consulta externa adicional e 75 para primeiras consultas (Gonçalves, 2013b). Entre os anos de 2008 e 2010, o número de processos clínicos enviados diariamente para as consultas externas agendadas era, em média, 1531 processos de consulta enviados ao CAM, 51 para consultas extraordinárias e 191 novos processos de consulta criados (Gonçalves, 2011). Verifica-se então que a maior discrepância de valores entre o ano de 2013 e a média dos anos de 2008 a 2010 se encontra principalmente ao nível dos processos para primeiras consultas e dos processos de consulta enviados para consultas adicionais. Este decréscimo é resultado da redução do uso do processo clínico em papel, facto possibilitado pela alteração de uma série de fatores, tendo-se operacionalizado a redução através da criação de listagens de consulta que consideram apenas doentes com exames recentes realizados no exterior, medida adotada por algumas especialidades médicas que comunicaram ao Arquivo que apenas pretendem receber processos de doentes nessas condições. Estas medidas tiveram por base o estudo realizado tendo em conta a reutilização do processo clínico (Gonçalves, 2011), que pretendia aferir qual a utilização que é feita do processo clínico nas consultas externas, tendo-se observado que existem especialidades em que os médicos recebem o processo em papel mas apenas o utilizam para integrar documentos externos ao CHSJ, entre outros aspetos que estiveram na base da introdução de melhorias no funcionamento do Arquivo.

Neste processo está envolvido o Sistema Integrado de Informação Hospitalar, mais conhecido por SONHO, a partir do qual são impressas as listagens das consultas externas agendadas e as consultas externas adicionais. Tendo presente que o SONHO é de 1992, aguardando-se a implementação de uma nova versão a ser desenvolvida e já implementada em dois hospitais, as limitações práticas colocadas à forma como os dados são extraídos a partir do SONHO e reutilizados foi sempre um dos maiores fatores inibidores à introdução de mudanças. É de assinalar que há mudanças

equacionadas cuja implementação não foi exequível devido às limitações colocadas pelo funcionamento e uso do SONHO no CHSJ, considerando a articulação com os restantes serviços. Estas mudanças têm em vista atualizações da plataforma de *hardware* de suporte ao SONHO, formação aos utilizadores, inteirando-os das novas funcionalidades e, elaboração de novas configurações ao nível de parâmetros associados a cada utilizador (Serviço de Gestão da Informação, 2014).

No sentido de explorar este processo realiza-se de seguida uma análise crítica às atividades envolvidas na disponibilização dos processos clínicos para a consultas externas, sistematizadas no diagrama e na tabela abaixo apresentadas (ver Figura 25 - Diagrama de atividades do processo de Acesso à Informação Clínica para Consulta Externa e Tabela 11 - Análise da atividade de Acesso à Informação Clínica para Consulta Externa, tendo em vista a introdução de mudanças no atual circuito de distribuição dos processos clínicos pelos Secretariados de Consulta) teve por base a metodologia de Peter Checkland (Checkland & Scholes, 1999).

Numa primeira etapa, as listagens são impressas com 72h de antecedência de modo a que os processos para as consultas externas sejam preparados a tempo da consulta. Os funcionários alocados para esta missão devem localizar os processos nas estantes e retirá-los, para mais tarde organizá-los de acordo com o carro respetivo da especialidade ou subespecialidade. A realização desta tarefa é apoiada pelo módulo de consulta SONHO onde se pode verificar a falta de um processo sempre que este não se encontre na estante, detetando se o mesmo se encontra efetivamente requisitado e onde se encontra (Gonçalves, 2011).

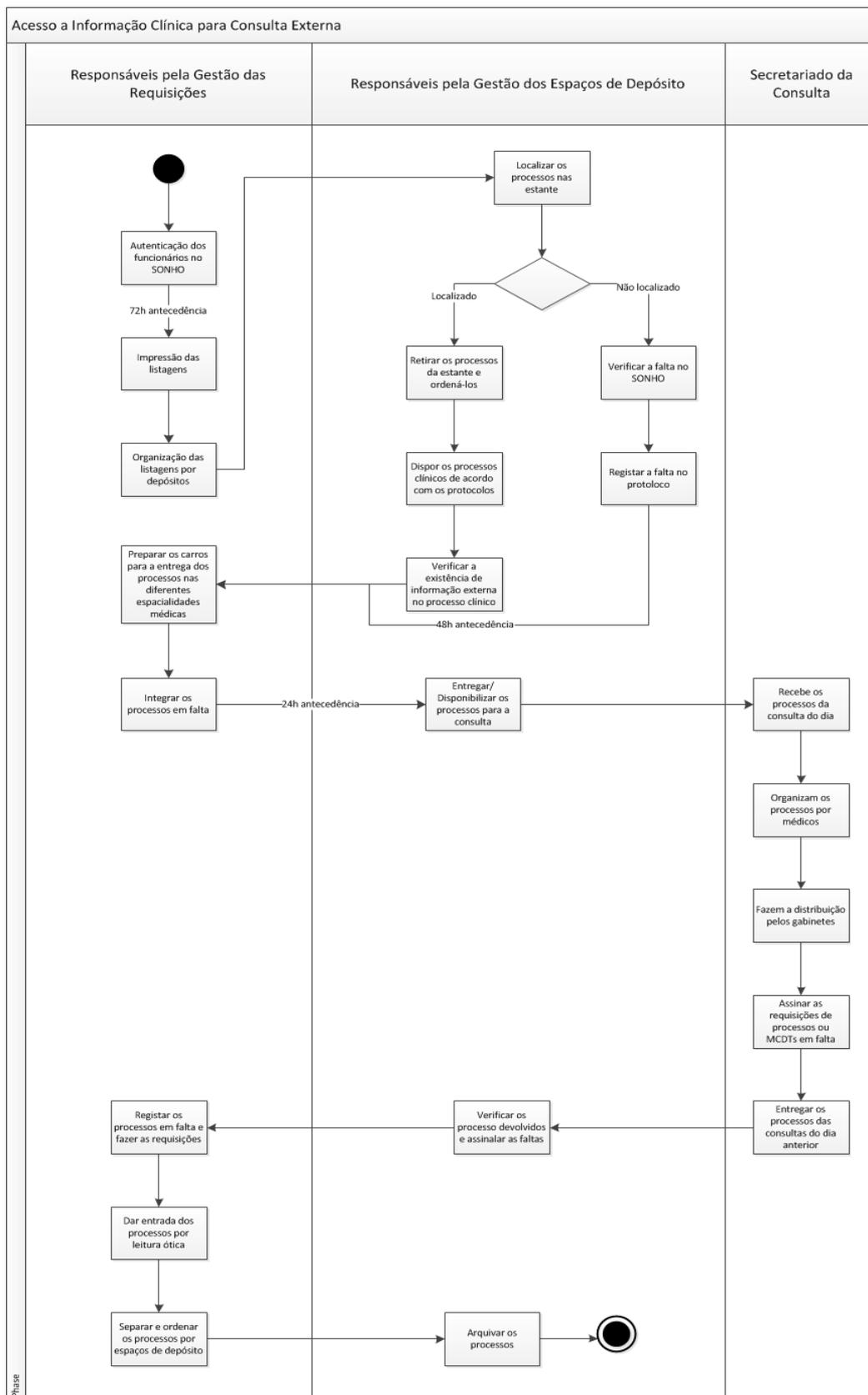


Figura 25 - Diagrama de atividades do processo de Acesso à Informação Clínica para Consulta Externa

**Tabela 11 - Análise da atividade de Acesso à Informação Clínica para Consulta Externa, tendo em vista a introdução de mudanças no atual circuito de distribuição dos processos clínicos pelos Secretariados de Consulta**

Atores	Como é feito?	Como é avaliado?	Observações	Mudanças	Partes interessadas	Desejável	Exequível
<p>(i) Funcionários do Arquivo Clínico</p> <p>(ii) Funcionários dos Secretariados da Consulta Externa (CAM)</p> <p>(iii) Funcionários dos Secretariados da Consulta Externa (Especialidades)</p>	<p>Existem dois tipos de listas: listas seguidas e listagens de protocolos organizados por especialidades e subespecialidades;</p> <p>Sempre que se verifica a marcação de uma consulta adicional os funcionários devem retirar o processo da estante para ser enviado para a consulta.</p> <p>Tendo presente a organização dos depósitos e a dispersão dos espaços, bem como o volume de processos diariamente manuseados, os processos são retirados por ordem de ND do doente e posteriormente organizados por especialidade ou balcão da consulta.</p>	<p>Pouco Eficaz: na distribuição dos processos estes poderiam estar já organizados por médico para os Secretariados de Consulta;</p> <p>Pouco Eficaz, não existe controlo sobre o conteúdo do processo clínico, não existindo a perceção de quando existe algum documento em falta.</p> <p>Eficaz: Diminuiu a possibilidade de erro de ID, uma vez que cada processo é verificado duas vezes.</p> <p>Eficaz: O tempo de preparação permite a atempada recuperação de processos requisitados.</p>	<p>A dispersão física dos diferentes espaços de depósito onde estão arquivados os processos clínicos;</p> <p>Excessiva burocratização e uso de listagens em todas as tarefas;</p> <p>Documentação clínica existente em arquivos paralelos e recebida diariamente pelo Arquivo Clínico;</p> <p>A leitura ótica apenas é realizada para registar entradas;</p> <p>O mesmo médico pode dar consulta em diferentes pavilhões, atendendo à disponibilidade de salas/ especialidade.</p>	<p><b>a)</b> Organizar os processos por médico</p> <p><b>b)</b> Implementar leitura ótica para dar saída efetiva do processo físico</p> <p><b>c)</b> Introduzir um sistema de leitura ótica na Consulta Externa, interligada com o SONHO, que servirá sempre que um processo ficar retido por motivo de requisição;</p> <p><b>d)</b> Introduzir um código de barras nos MCDT</p>	<p>Utentes HSJ;</p> <p>Profissionais de saúde na consulta externa;</p> <p>Funcionários Secretariados de apoio às consultas externas;</p> <p>Funcionários do Setor de Arquivo.</p>	<p>Sim</p>	<p>a) Sim. Após a obtenção de uma maior redução no nº de processos disponibilizados/dia; Implica ainda uma coordenação das marcações de salas/ médico;</p> <p>b) e c) Não. Implica a realização de mudanças no SONHO.</p>

**Fonte:** Checkland & Scholes, 1999

A impressão das listagens é distribuída em função dos espaços de depósito em que os processos das consultas se encontram arquivados, competindo aos responsáveis pelo depósito de Apoio à Consulta Externa localizado no piso 01 localizar os processos, verificá-los e organizá-los de acordo com os carros disponíveis para a entrega, tal como acordado com as especialidades e subespecialidades clínicas. Cada carro de transporte é acompanhado dos protocolos correspondentes aos processos impressos nas listagens, com os respetivos (i) secretariado e pavilhão onde se realiza a consulta, (ii) designação da especialidade e/ ou subespecialidade, (iii) dia da consulta, (iv) número do processo, (v) número antigo do processo (para doente com processo clínico anterior a 1992), (vi) nome do doente e, exceto nas primeiras consultas, (vii) nome do médico.

Os protocolos usados na organização dos carros que vão fazer o envio de processos clínicos são emitidos a partir das consultas marcadas, sendo que aos funcionários do Setor de Arquivo é permitido aceder a informação de referência da consulta externa (ver Figura 26 - Módulo de Arquivo do SONHO) de um dado doente. Este facto possibilita a verificação da localização de um processo, quando o mesmo não é encontrado, registando todos os episódios do doente, evitando a deslocação do funcionário ao depósito para verificação, em situações de pedidos que são realizados na hora.

The screenshot displays the 'Módulo de Arquivo' (Archive Module) interface. At the top, there are navigation icons for 'Sair', 'Salvar', and 'Imprimir'. Below this is a search section titled 'Pesquisa de processo' with fields for 'Nº processo' (602), 'Nº processo anterior', 'Nome' (Rosa), and 'Nasc.' (1940). To the right, there are buttons for 'Impressões' (Processo, Exame, ProcºExame, Folha Rosto). A central navigation bar includes 'Consulta / entrada de processos', 'Saída de processos', 'Consulta de pedidos', and 'Histórico'. The main content area is divided into 'Consulta' and 'Entrada' tabs. On the left, a table titled 'Requisições efetuadas' shows a list of processes with checkboxes for 'Processo completo' and 'Devolvido'. The main area displays 'Dados da requisição' for a process requested on 28-01-2014 at 05:05 by 'Gestor De Sistema'. The 'Motivo' is 'Consulta Externa (Automati...', 'Nº Episódio' is 524, and 'Requisitante' is PEDRO. The specialty is 'C.REUMATOLOGIA GERAL'. There are fields for 'Outros', 'Observações', and 'Devolvido em' (with a date field). A 'Confirmar' button is at the bottom left, and an 'Alterar' button is at the bottom right. The status bar at the bottom shows 'Record: 1/7' and '1/30'.

**Figura 26 - Módulo de Arquivo do SONHO (Entradas e Saídas de processos)**

Este módulo de arquivo é muito importante na gestão dos processos clínicos em todo o seu ciclo, tarefa que cabe ao Setor de Arquivo, pelo que foi apresentada na secção 3.4 com maior especificidade algumas funções deste módulo.

Os estafetas que fazem as entregas dos processos das especialidades de Otorrino, Pneumologia Sono, Unidade de Endoscopia Ginecologia/ Obstetrícia, Nefrologia (Piso 6) e Doenças Infeciosas não estão afetos às consultas externas, mas sim à Central de Distribuição, a quem compete a distribuição de todos os volumes e produtos a todo o CHSJ. As especialidades de Pediatria e Neurologia obrigam a que, por vezes, exista um carro alocado somente para cada uma delas, uma vez que, regra geral, são especialidades que requerem uma grande quantidade de processos clínicos a serem entregues nas consultas externas. Já a Psiquiatria, por ser uma especialidade cujas consultas não são efetuadas no CAM, obriga a que seja feita uma entrega exclusiva a este serviço, alocando um carro para o transporte dos processos clínicos. No entanto, uma vez que não se verifique a saída de muitos processos para as consultas desta especialidade, durante a semana apenas são efetuadas duas entregas para ir levar e recolher os processos clínicos.

As especialidades de Oftalmologia e Cirurgia Cardio Torácica (CCT) são dois exemplos de serviços que adotaram as suas próprias soluções para a gestão da informação clínica. A especialidade de Oftalmologia tem o seu próprio arquivo da consulta externa retrospectivo digitalizado e acessível numa aplicação informática, o Proclinico. A especialidade de CCT teve um papel pioneiro na implementação de uma solução tecnológica, desenvolvida internamente, na altura considerada inovadora a nível nacional, na gestão da informação clínica, tendo iniciado o processo de digitalização de registos de internamento em 2004 (Gonçalves, 2011), o qual ainda se mantém em funcionamento. Atualmente é o Setor de Arquivo quem gere os processos da CCT, operacionalizando a integração e identificação dos mesmos, que estão a ser gradualmente integrados dos depósitos do Arquivo do Piso 0. A aplicação informática afeta a esta especialidade, designada “Dados do doente da Cirurgia Torácica” (ver Figura 27 - Ferramenta de pesquisa de doentes da Cirurgia Torácica, Figura 28 - Separador Dados Complementares da Base de Dados da CCT e Figura 29 - Base de dados dos doentes da Cirurgia Torácica), permite fazer a pesquisa, além de outros indicadores, através do nome do doente, o método mais utilizado na pesquisa uma vez que aos doentes desta especialidade era atribuído um nº próprio, sem ligação ao SONHO. Atualmente esta aplicação permite encontrar o doente por nome e pelo seu respetivo número de CCT, bem como pelo ND do CHSJ que tem vindo a ser introduzido na aplicação de forma sistemática desde 2010 para todos os doentes ativos.

Figura 27 - Ferramenta de pesquisa de doentes da Cirurgia Torácica

Figura 28 - Separador Dados Complementares da Base de Dados da CCT

Figura 29 - Base de dados dos doentes da Cirurgia Torácica

Uma vez localizado o doente, no separador “dados complementares” conferem-se os dados pessoais, e verifica-se o número da CCT correspondente, a ser registado no processo clínico físico, juntamente com o ND, para ser enviado posteriormente para o Arquivo. À medida que os processos vão sendo arquivados, em cada um é colocado o número do doente e da CCT.

No procedimento de integração e tratamento de arquivos clínicos paralelos, deve-se ter em consideração alguns parâmetros de acordo com três situações específicas, e veja-se:

1. Processos de doentes com registo de óbito no SONHO
  - a. Adequar o formato do processo clínico dos doentes para formato boletim (A5)<sup>30</sup>;
  - b. Fazer acompanhar os processos de uma listagem dos processos a integrar, juntamente com etiquetas de identificação do doente (ND). Já no Setor de Arquivo vai ser também colocada a respetiva etiqueta de código de barras;
  - c. Conferir a existência de informação clínica no Setor de Arquivo, e se assim se verificar, proceder à junção dos registos.
2. Registos do processo clínico do doente e películas radiográficas
  - a. Conferir se os registos e/ ou as películas estão identificadas com informação do doente, e se correspondem a esse mesmo doente. No caso de não se aferir efetivamente a identificação do doente procede-se à eliminação dos registos;
  - b. Eliminar películas que pelo seu mau estado de conservação contenham informação que não seja perceptível;
  - c. Verificar se o doente possui registos integrado no Setor de Arquivo, e caso se se verifique, proceder à integração dos registos;
  - d. Instalar as películas a conservar em unidades de instalação (caixas), referenciando na capa do processo que o mesmo contém película<sup>31</sup>.
3. Processos de consulta de doentes ativos
  - a. Colocar etiquetas de identificação dos doentes (ND), seguindo-se a colocação da etiqueta de código de barras respetiva;

---

<sup>30</sup> Sempre que se verifique que a adequação de um processo para formato boletim ponha em risco a leitura de alguns documentos, como é o caso de eletrocardiogramas do Serviço de Cardiologia, coloca-se uma indicação no campo das observações do módulo de Arquivo do SONHO, bem como uma nota no processo clínico físico, sendo que o processo é arquivado fisicamente à parte.

<sup>31</sup> A eliminação de registos clínicos ou películas apenas é realizada com a devida autorização do respetivo Diretor de Serviço. Todas estas ocorrências são alvo de registo.

- b. Enviar os processos para o Setor de Arquivo de forma faseada e ordenados por ano, fazendo-se acompanhar de uma listagem dos processos;
- c. Conferir a existência de informação clínica no Setor de Arquivo, e no caso de se verificar realizar a integração dos registos;
- d. Registrar no módulo de Arquivo do SONHO, no campo das observações, a especialidade médica de onde proveio a informação integrada.

Quando, por decisão do Serviço ou por limitações de espaço do Setor de Arquivo, não seja possível efetuar a integração imediata dos registos, deve-se proceder no sentido de efetuar todas as ações de preparação da documentação, bem como, reinstalar os processos em locais que não ponham em causa a sua integridade física, como por exemplo, ficheiros de gavetas. Estes dados tiveram por base o procedimento definido num trabalho académico realizado em 2011 (Gonçalves, 2011) mas que ainda hoje se encontram em vigor.

No que se refere ao processo geral de entrega/ disponibilização dos processos por parte do Setor de Arquivo, a Tabela 12 - Organização do circuito de distribuição e recolha dos processos clínicos a diferentes especialidades realizadas pelo Arquivo Clínico e pela Central de Distribuição procura evidenciar que a organização dos processos para a consulta externa estão pensados e articulados com a gestão dos espaços físicos de depósito dos processos clínicos, a gestão das salas e a disponibilidade de gabinetes, número de médicos, número de doentes e tempos de espera por especialidade. Este circuito de distribuição e recolha dos processos clínicos é feito pelo Setor de Arquivo, onde existem dois assistentes operacionais alocados para o serviço, ou então, pela Central de Distribuição através de estafetas.

**Tabela 12 - Organização do circuito de distribuição e recolha dos processos clínicos a diferentes especialidades realizadas pelo Arquivo Clínico e pela Central de Distribuição**

Funcionário	Carro	Especialidade	Tipo de circuito	Secretariado/ Pavilhão
1	1	Dermatologia	Distribuir e recolher	A/F
		Cardiologia Pediátrica	Distribuir e recolher	C/F
		Pediatria Cirúrgica	Distribuir e recolher	C/F
		Ginecologia	Distribuir e recolher	B/F
	2	Reumatologia B	Distribuir e recolher	B/E
		Gastroenterologia	Distribuir e recolher	B/E
		Cardiologia	Distribuir e recolher	C/E
	3	Neurologia	Recolher	A/A
	4	Neurologia	Distribuir	A/A
		Medicina A	Recolher	A/B

<b>Funcionário</b>	<b>Carro</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Tipo de circuito</b>	<b>Secretariado/ Pavilhão</b>
1	5	Hematologia Oncológica	Distribuir e recolher	PISO 1/ CAM
		Hematologia Pré-Transplante	Distribuir e recolher	PISO 2/ CAM
2	6	Nefrologia	Distribuir e recolher	C/B
		Obstetria	Distribuir e recolher	Pavilhões/ CAM
		Medicina B	Distribuir e recolher	B/B
	7	Pediatria	Distribuir e recolher	D/ F
	8	Reumatologia A	Distribuir e recolher	A/E
		Ortopedia	Distribuir e recolher	A/E
		Cirurgia B/C	Distribuir e recolher	B/C
		Cirurgia A/C	Recolher	C/C
		Cirurgia C/C	Recolher	A/C
	9	Medicina A	Distribuir	A/C
10	Cirurgia A/C	Distribuir	A/C	
	Cirurgia C/C	Distribuir	C/C	
<b>Estafetas</b>		<b>Especialidade</b>	<b>Tipo de circuito</b>	<b>Secretariado/ Pavilhão</b>
1		Otorrino	Distribuir e recolher	PISO 1/ CAM
2		Pneumologia Sono	Distribuir e recolher	PISO 9/ CAM
3		Unidade de Endoscopia/ Obstetria	Distribuir e recolher	Pavilhões CAM
4		Nefrologia	Distribuir e recolher	PISO 6/ CAM
5		Doenças Infeciosas	Distribuir e recolher	C/D

Excepcionalmente existem situações em que as consultas externas têm de ser realizadas num local diferente do usual, por motivos de constrangimentos ao nível de espaço ou lotação de determinados Secretariados ou até Pavilhões. A Cirurgia Vascular é exemplo disso. As consultas desta especialidade realizam-se habitualmente no Secretariado C/ Pavilhão C, no entanto, sempre que se confirma algum constrangimento à realização da consulta desta especialidade no local habitual, os processos clínicos são entregues no Secretariado A ou Secretariado B do Pavilhão C. Esta distribuição cabe aqui aos assistentes técnicos alocados aos diferentes Secretariados, a quem compete fazer a distribuição dos processos clínicos – entregues anteriormente pelos assistentes operacionais do Arquivo Clínico aos respetivos Secretariados – pelos médicos e salas/ gabinetes respetivos. À semelhança deste caso, também as consultas de Cirurgia Plástica são realizadas geralmente no Secretariado A/ Pavilhão C (ver Anexo A), contudo, pelos motivos expostos acima as consultas desta

especialidade podem acontecer no Secretariado B do mesmo Pavilhão. A mesma situação ocorre na especialidade das Doenças Infeciosas (ver Anexo A) que ocorre habitualmente no Secretariado A/ Pavilhão C pode, com raras exceções, ocorrer no mesmo pavilhão mas no Secretariado C.

A Neurocirurgia é um caso de uma especialidade cujas consultas são efetuadas em dois balcões distintos (ver Anexo A), sendo que a distribuição e recolha dos processos é feita exclusivamente no Secretariado B/ Pavilhão C, e a distribuição pelas diferentes subespecialidades, médicos e gabinetes/ salas respectivas fica a cargo dos assistentes técnicos afetos a este Secretariado. Verifica-se que isto acontece de igual forma para o caso da Cirurgia Geral. Esta especialidade é realizada em todos os Secretariados do Pavilhão C, podendo ser distinguida pelas consultas que são efetivadas em cada um dos Secretariados (ver Anexo A): comumente aos três Secretariados do Pavilhão C realizam-se as seguintes consultas das subespecialidades: a Cirurgia Patológica Esófago-Gástrica Duodenal e a Cirurgia Geral Patológica Hepato-Bilio-Pancreática e Esplénica. Dentro do Pavilhão mencionado, nos Secretariados A e B realizam-se também comumente a Cirurgia Geral Patológica Colorretal. No Secretariado B realizam-se consultas, além das já mencionadas, de Cirurgia Geral Patológica Endócrina e Cervical.

No presente as especialidade de Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia e Cirurgia Geral acima referidas foram alvo de algumas mudanças no circuito de distribuição e recolha dos processos, face aos resultados dos inquéritos realizados aos médicos destas especialidades no mês de fevereiro do presente ano, como oportunamente analisaremos.



**Fonte:** Martins, 2013

**Tabela 13 - Legenda da Planta do Centro Ambulatório (CAM)**

Legenda			
Convenção	Descrição	Convenção	Descrição
<b>A</b>	Pavilhão C	<b>5</b>	Medicinas
<b>B</b>	Pavilhão E	<b>6</b>	Urologia
<b>C</b>	Pavilhão A	<b>7</b>	Obstetrícia
<b>D</b>	Pavilhão D	<b>8</b>	Neurocirurgia e Neurologia Geral
<b>E</b>	Pavilhão E	<b>9</b>	Ortopedia
<b>F</b>	Pavilhão F	<b>10</b>	Gastroenterologia
<b>G</b>	Pavilhão	<b>11</b>	Cardiologia
<b>1</b>	Cirurgias	<b>12</b>	Dermatologia
<b>2</b>	Cirurgia Vascular	<b>13</b>	Ginecologia
<b>3</b>	Nefrologia	<b>14</b>	Pediatrias
<b>4</b>	Imunoalergologia		

O processo de entrega e recolha dos processos clínicos pelos diferentes Secretariados de Consulta é assegurado por dois funcionários do Setor de Arquivo, que se encarregam de fazer chegar os processos às consultas externas e recolhem aqueles que são devolvidos das consultas já realizadas. Existem situações em que é necessária uma entrega adicional ao Centro de Ambulatório para recolher processos que regressaram das consultas externas no mesmo dia em que vão ser necessários para uma nova consulta. Para uma correta apreciação desta atividade foram mapeadas as atividades e tempos de recolha e entrega dos processos nos diferentes balcões, quer pelos funcionários do Setor de Arquivo, quer pelos estafetas, de acordo com as diferentes especialidades e subespecialidades.

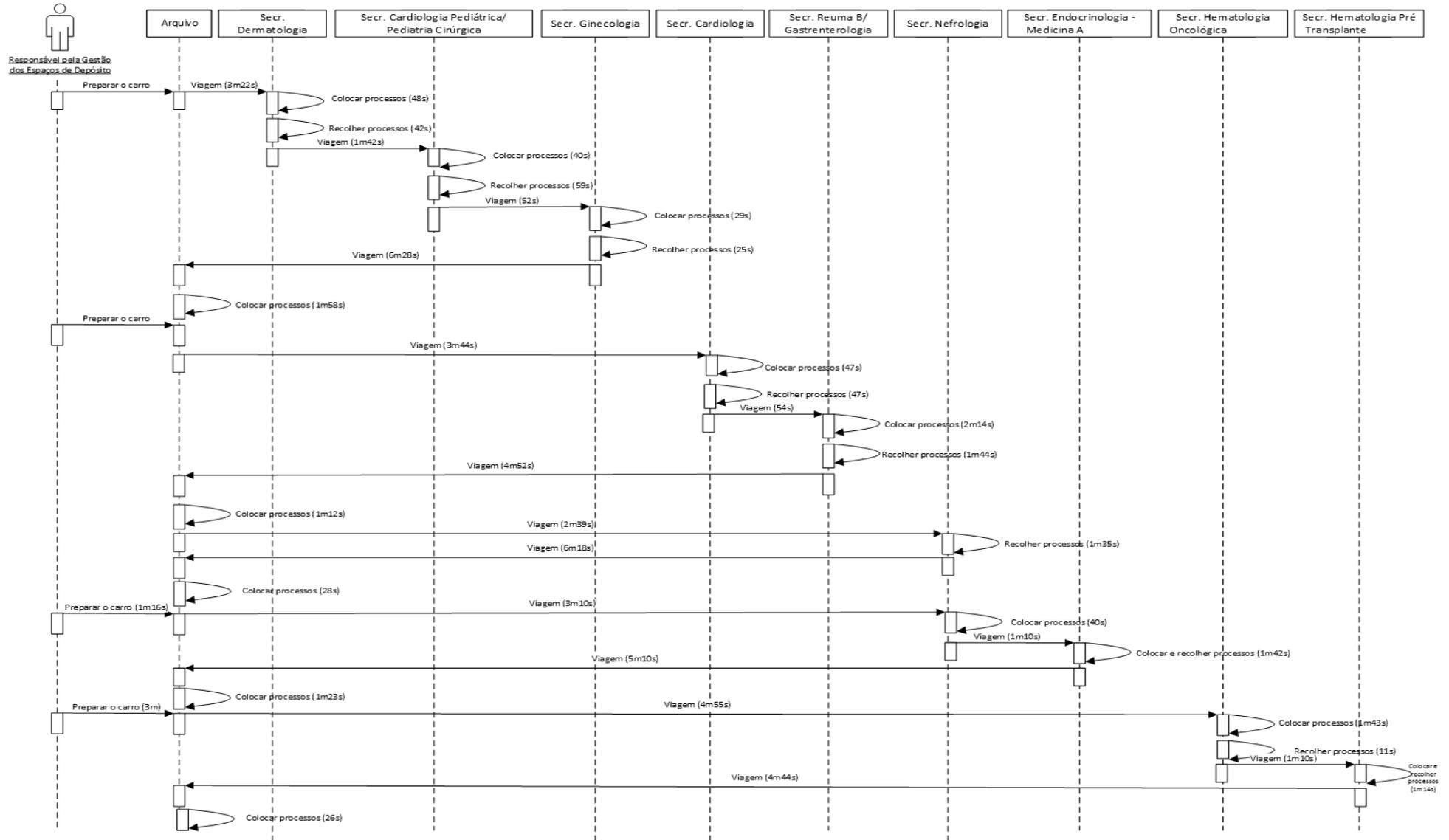


Figura 31 - Distribuição dos processos clínicos ao CAM

Os tempos de entrega assinalados no diagrama de sequência representado na Figura 31 - Distribuição dos processos clínicos ao CAM representam uma estimativa da demora na entrega dos processos clínicos pelos assistentes operacionais afetos ao Setor Arquivo, tendo em consideração a disparidade de espaço dos Pavilhões e Secretariados e a disponibilidade de apenas dois carros para assegurar distribuição.

Durante o período de entrega foram apontados alguns constrangimentos face a este processo, obtidos a partir da observação e da interação com os funcionários que realizam a distribuição dos processos. As infraestruturas foram o aspeto mais apontado pelos assistentes operacionais que realizam esta tarefa, evidenciando alguns constrangimentos que muito têm a ver com os carros que fazem a entrega dos processos e outras questões de logística, como os elevadores e o piso irregular, entre outros. Durante este processo de entrega dos processos clínicos aos Secretariados das respetivas consultas externas, o modo de manuseamento e transporte é muito importante, sendo talvez o fator mais crítico deste processo. Os equipamentos que são utilizados para fazer a entrega requerem uma revisão e verificação constante por serem antiquados. Além disto, os carros que são utilizados para a entrega têm beiras mais baixas do que realmente deveriam ter em função da dimensão dos processos, colocando em risco o processo de transporte dos processos clínicos, principalmente ao nível de deterioração das mesmas. A questão de segurança pelo facto de os carros serem abertos será o fator mais crítico (ver **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**).

Além destes fatores, a dispersão física dos diferentes espaços de depósito onde estão arquivados os processos clínicos para as consultas externas afeta fortemente o processo de preparação e entrega dos processos para as consultas. Este fator obriga a que existam funcionários alocados para cada um destes espaços para preservar a segurança dos processos, bem como para preparar os processos para as consultas. Passa por aqui uma medida a longo prazo, que seria a integração de toda a documentação num único espaço físico de depósito, centralizando toda a informação clínica do Hospital num único espaço. Não obstante, este problema de dispersão da documentação clínica pelos diversos espaços de depósito foi aligeirada pela separação dos processos dos doentes que desde 1992 não recorrem a serviços hospitalares do CHSJ, ou seja, doentes que não têm ID no SONHO, e que ficaram à custódia de uma empresa *outsourcing*. Este processo permitiu libertar espaço e reorganizar os depósitos em Z, tendo melhorado o funcionamento e organização interna do Serviço.

No circuito de distribuição dos processos para as consultas externas, os funcionários deparam-se diariamente com três panoramas distintos no que se refere ao acondicionamento dos processos clínicos nos distintos Secretariados de Consulta,

enquanto estes aguardam para serem utilizados nas consultas. Existem três cenários verificados nos Secretariados de Consulta, resultado da observação do processo de entrega e recolha dos processos no CAM: (i) Secretariados que asseguram os processos clínicos em locais de acesso reservado, (ii) Secretariados que mantêm os processos em segurança através de meios de acesso reservados, por exemplo, armários fechados à chave, mesmo em local de passagem de doentes e respetivos acompanhantes e, (iii) Secretariados que dispõem os processos num local aberto e de passagem de doentes e respetivos acompanhantes, sem acesso reservado aos mesmos.

Os meios de acondicionamento dos processos verificados nos diversos Secretariados de Consulta dividem-se em prateleiras, estantes, mesas ou armários, sendo que os últimos são efetivamente os mais seguros por poderem ser fechados, afastando a hipótese de alguém, que não o pessoal afeto ao serviço, aceder aos processos clínicos. As especialidades cujos Secretariados de Consulta mais efetivamente asseguram os processos clínicos são aqueles respetivos às especialidades de Cardiologia Pediátrica, Pediatria Cirúrgica, Cardiologia, Hematologia Oncológica, Hematologia Pré-Transplante, Nefrologia, Reumatologia A, Cirurgias A, B e C e Medicina A. As restantes especialidades listadas na Tabela 14 - Acondicionamento dos processos clínicos dos diversos Secretariados de Consulta apresentam falhas ao nível da segurança, sendo que todas estas estão vulneráveis a externos ao serviço. Na Tabela 14 - Acondicionamento dos processos clínicos dos diversos Secretariados de Consulta são indicados para cada especialidade o modo de acondicionamento e possíveis mudanças a introduzir nos Secretariados que apresentam maiores falhas ao nível da segurança e acondicionamento dos processos clínicos.

**Tabela 14 - Acondicionamento dos processos clínicos dos diversos Secretariados de Consulta**

<b>Especialidade(s)</b>	<b>Modo de acondicionamento</b>	<b>Seguro?</b>	<b>Mudanças</b>
Dermatologia, Ginecologia, Reumatologia B, Gastroenterologia, Nefrologia, Obstetrícia, Medicina B	Os processos clínicos entregues e recolhidos são instalados num armário que pode ser fechado no corredor do Secretariado, embora não estivesse fechado na altura da observação	Não	Uma vez que a distribuição dos processos é realizada num local de passagem de pessoas estranhas ao serviço e que existe um armário que pode ser fechado, este deveria permanecer fechado
Cardiologia Pediátrica, Pediatria Cirúrgica, Cirurgia B, Cirurgia C	Para aceder aos processos o AO do Arquivo deve pedir a chave do armário ao AT do Secretariado de Consulta	Sim	n.a.
Cardiologia, Cirurgia A	Os processos clínicos entregues e recolhidos são mantidos numa estante dentro do Secretariado onde apenas os AT têm acesso	Sim	n.a.

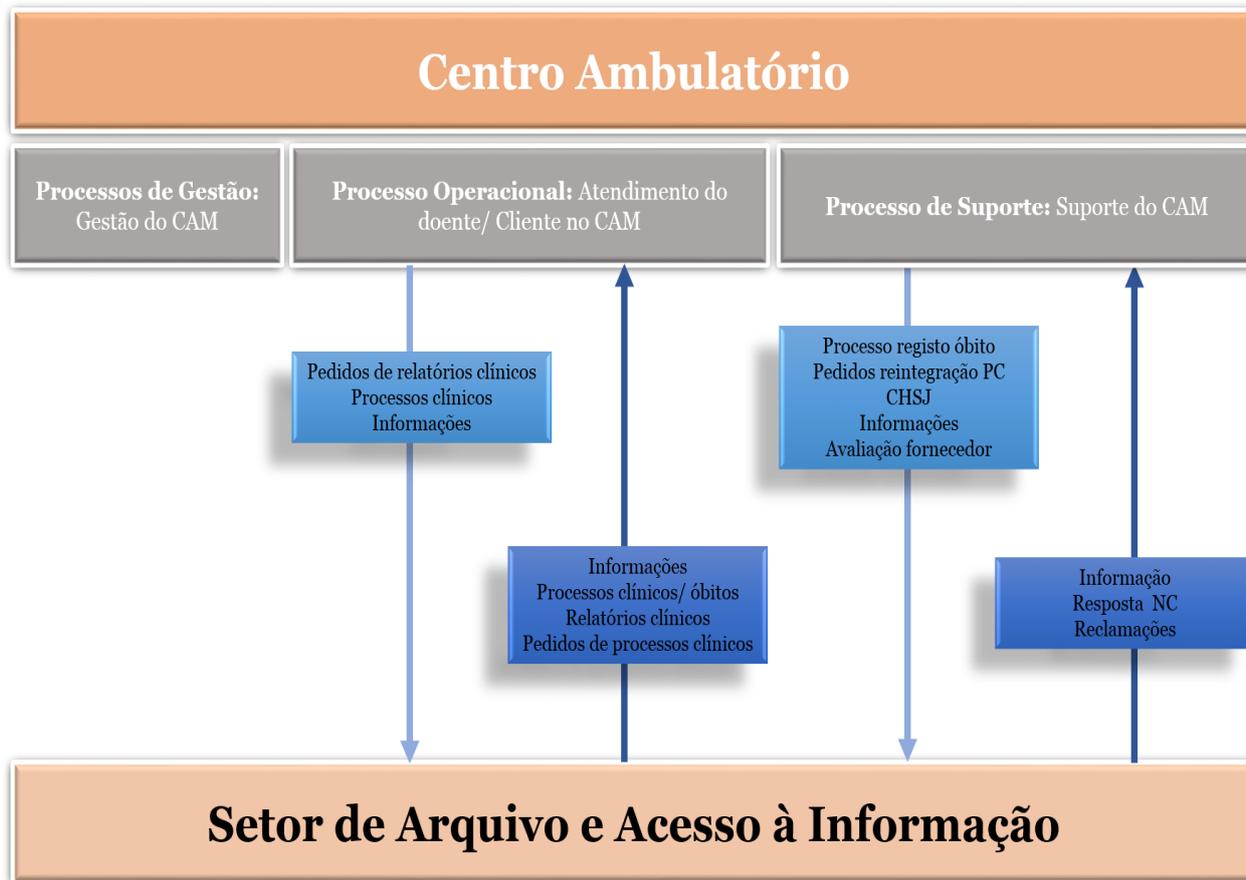
Especialidade(s)	Modo de acondicionamento	Seguro?	Mudanças
Medicina A, Pediatria	Os processos clínicos são instalados num armário que pode ser fechado e são entregues numa estante, ambos no corredor do Secretariado	Não	Uma vez que a recolha dos processos é realizada num local de passagem de pessoas estranhas ao serviço, e uma vez que existe um armário que pode ser fechado, este deveria sempre permanecer fechado. Da mesma forma, a recolha dos processos deveria ser realizada num local seguro e restrito à passagem de pessoas estranhas ao serviço
Hematologia Oncológica	Os processos clínicos são entregues e recolhidos num carro semelhante ao do Arquivo dentro do Secretariado onde só os AT têm acesso	Sim	n.a.
Hematologia Pré- Transplante, Reumatologia A	Os processos clínicos são entregues e recolhidos numa mesa dentro do Secretariado onde só os AT têm acesso	Sim	n.a.

Relativamente à especialidade de Ortopedia, atualmente os processos que são levados para as consultas são apenas aqueles que contêm exames realizados no exterior, sendo diariamente produzido um relatório a partir do SONHO. Relativamente às especialidades de Cirurgia A, B e C, atualmente são enviadas para estas especialidades caixas que servem para colocar exames que regressam das consultas, e que vão ser posteriormente recolhidos pelos Assistente Operacionais afetos aos processos de distribuição dos processos clínicos. Estes funcionários encarregam-se de trazer estas caixas para o Arquivo, onde subsequentemente se procede à referenciação e integração destes exames nos processos respetivos. Esta medida resultou das respostas obtidas nos questionários realizados aos médicos das várias especialidade de consulta externa, como oportunamente analisaremos.

O modo de acondicionamento dos processos clínicos nos Secretariados da Consulta vai influenciar a segurança e a preservação dos mesmos, sendo que, na maioria dos casos se verificou falta de segurança na disposição dos processos, muitos deixados acessíveis a pessoas estranhas ao serviço. Na auditoria mais recente efetuada ao CAM<sup>32</sup> (Marinho, 2013), cujo âmbito visava assegurar o apoio logístico aos Serviços de Ação Médica nas várias especialidades em regime de ambulatório, foram assinaladas algumas não conformidades (NC), extraídas a partir de entrevistas, observação/ simulação das

<sup>32</sup> Este serviço implementou em 2013 um Sistema de Gestão da Qualidade, de acordo com a NP EN ISO 9001 assente num modelo de gestão de processos em benefício de todas as partes interessadas (Centro Hospitalar de São João, 2013e).

atividades, avaliação de RH, materiais e infraestruturas e revisão de registos e documentação do sistema (Marinho, 2013). Os fornecedores do CAM definidos para avaliação são internos ao CHSJ e são o suporte para a concretização da sua atividade logística. Entre estes lista-se o SAAI, por ser um serviço que pode influenciar a qualidade dos serviços prestados no sentido de garantir os níveis desejados de qualidade, interferindo nas atividades operacionais e de suporte como se pode ver na Figura 32 - Processos Operacionais e de Suporte ao CAM:



**Figura 32 - Processos Operacionais e de Suporte ao CAM**

O processo operacional definido no Manual de Qualidade do CAM (Centro Hospitalar de São João, 2013e) que afeta diretamente o arquivo tem a ver com o processo de “Atendimento do doente/ cliente no CAM” e tem como missão “*Prestar um atendimento profissional e de qualidade aos doentes, disponibilizando as informações adequadas e procedendo aos registos necessários à prestação de cuidados, ao tratamento e encaminhamento necessário da documentação rececionada, nomeadamente credenciais de transporte, valores e MCDT*” (Centro Hospitalar de São João, 2013e). Já o processo Suporte do CAM tem como missão “*Ser um suporte de todo o Sistema de Gestão da Qualidade do CAM, estruturando e coordenando os processos que o compõem, visando o melhor desempenho para CAM*” (Centro Hospitalar de São João, 2013e).

As não conformidades identificadas assinalam instalações algo deficientes a necessitarem de algumas melhorias, pelo facto de não existirem planos de manutenção preventiva para a maioria dos equipamentos utilizados no CAM, assinalando ainda paragens no sistema informático, impedindo o registo de informação dos utentes no PCE, (Marinho, 2013), factos por nós observados durante o tempo de permanência no CHSJ.

No que respeita à parte do SAAI, estão a ser tomadas medidas no que respeita à deteção todas as NC que afetam a qualidade do serviço prestado e todas as Oportunidades de Melhoria (OP) que possam resultar em ações preventivas formuladas com o propósito de melhorar o sistema de gestão do circuito de informação e a sua eficácia. Até ao momento já foram identificadas algumas NC, juntamente com a colaboração dos funcionários afetos ao Setor de Arquivo, como adiante teremos oportunidade de escrutinar.

Os funcionários alocados às diferentes tarefas que competem ao Setor de Arquivo encontram-se identificados numa escala, onde se pode verificar o funcionário e o número mecanográfico correspondente, para que sempre que exista perda ou fuga de informação durante o circuito de distribuição e recolha dos processos para as consultas externas, se possa apurar responsabilidades. Esta escala indica para cada função, quantos funcionários são alocados. Para o apoio à consulta externa e gestão dos depósitos, estão alocados um total de dezassete funcionários, distribuídos de acordo com os espaços de depósito dos processos clínicos para a consulta externa, e de acordo com os três pisos

**Tabela 15 - Funcionários alocados às tarefas do Arquivo Clínico**

<b>Espaços de Arquivo</b>		
Apoio à Consulta Externa e Gestão dos depósitos		Nº Funcionários
PISO -2	1959-1991	2
	2002-2006	3
PISO -1	Atendimento interno telefone e presencial	1
	2007-2013	5
PISO 0	1992-1998	3
	1999-2001	1
<b>Total</b>		<b>16</b>
<b>Apoio à Consulta Externa</b>		
Apoio à Consulta Externa		7
<b>Internamento</b>		
Receção e referenciação de documentação clínica a integrar no Arquivo Clínico		7

<b>Acesso à informação</b>	
Pedidos de Informação Internos e Externos	4
<b>Secretaria Geral</b>	
Gestão da correspondência	4

Neste sentido importa salientar que nas tarefas diárias a que o Arquivo se presta, existem presentemente um total de trinta e oito funcionários alocados nas diferentes tarefas. Dos sete funcionários alocados no Apoio à Consulta Externa, dois tratam das deslocações ao CAM que se realizam da parte da manhã. Além disto, neste serviço estão também incluídas tarefas que vão desde a preparação à verificação das listagens dos processos de acordo com as especialidades e subespecialidades. Relativamente à atividade que o Arquivo realiza para gestão dos episódios de internamento, os recursos humanos afetos a esta atividade incluem um total de sete funcionários afetos a este serviço, em que dois estão a tratar da parte de referenciação, três estão alocados para a receção e verificação dos episódios de internamento e bloco, e dois a processos de óbito.

No sentido de se perceber com maior detalhe as tarefas alocadas aos Assistentes Técnicos (AT) e os Assistentes Operacionais (AO) envolvidos na gestão das atividades diárias do Arquivo apresenta-se a Tabela 16 – Funções dos AT e AO afetos ao Setor de Arquivo e Acesso à Informação (**Centro Hospitalar de São João, 2013a**) que especifica mais detalhadamente as funções que estão afetas à sua atividade:

**Tabela 16 – Funções dos AT e AO afetos ao Setor de Arquivo e Acesso à Informação** (Centro Hospitalar de São João, 2013a)

<b>Função</b>	<b>Recursos Humanos</b>	
	<b>AT</b>	<b>AO</b>
Referenciação, integração e registo de informação clínica	6	1
Organização, verificação e preparação de registos clínicos para microfilmagem	1	--
Organização e registo de processos de utentes com óbito	1	--
Entrega/ levantamento de documentação clínica nos serviços	0,5	1
Preparação de processos físicos para as primeiras consultas		
Organização e manutenção dos depósitos	10,25	5
Arquivar e disponibilizar processos para diversos fins		
Atendimento e receção/ disponibilização de pedidos de processos	0,5	1

Função	Recursos Humanos	
	AT	OT
Organização dos pedidos para consulta externa por especialidade (preparação e envio/ recolha e verificação)	--	7
Gestão de pedidos para investigação	0,5	--
Gravação de exames imagiológicos para pedidos de acesso à informação		
Tratamento e integração de arquivos paralelos	--	0,5
Referenciação de pedidos de informação e reprodução/ Impressão de registos clínicos para pedidos de acesso à informação (utilizadores externos/ utilizadores internos para investigação e transferência de utentes)	6,75	0,5

Como vimos no capítulo 2, os principais processos realizados no sentido de se repercutirem num sistema de qualidade, devem estar devidamente documentados. Neste sentido, foi elaborado um procedimento com vista a definir as atividades que devem ser seguidas diariamente na preparação dos processos clínicos para consulta externa (ver anexo E).

## 4.2. Gestão de IDs de utentes

O processo de gestão de IDs de doentes (ver Figura 40 - Diagrama de atividades do processo de Referenciação de Doentes) é realizado apenas por um funcionário do SGI e que tem acesso, no SONHO, ao perfil de Anulação de Doentes Duplicados, que entre outras opções lhe permite juntar ou transferir os registos de identificação de doentes mal referenciados ou duplicados. Isto deverá, sobretudo, garantir que os dados pessoais e os dados de episódios do doente sejam mantidos coerentemente. Este processo deve resultar na correção ou retificação de situações dúbias por parte da referenciação de doentes, que se refletem nos processos clínicos em suporte papel e nas aplicações departamentais que têm a opção de fazer o registo da admissão de doentes, como é o caso dos Secretariados de Consulta, Internamento e Urgências de Adultos, Pediátrica e Obstetrícia.

Entre os erros mais frequentes encontram-se os erros administrativos, ou seja, erros na identificação do doente quando este é admitido no CHSJ, de que são exemplo os erros de ortografia e a deficiente referenciação do género do doente (feminino ou masculino). Para além destes casos podem, de igual forma, enumerar-se situações de utentes que tenham mais do que um número de SNS, ou ainda, situações de alteração de dados de identificação, que tornam difícil a referenciação destes utentes no SONHO. Para ilustrar mais concretamente estes erros, vejamos uma primeira situação:

CHSJ IDENTIFICAÇÃO IGIF

PROCESSO Nº 701  
 Última actualização: 2007 Registado em: 30/04/2007

Nº Utente do S.N.S.: 157 Nº Antigo Processo:

Nome: JOSE HENRIQUES

Sexo: 1 Masculino Data Nascimento: 06/05 Idade: 63 Anos

Nacionalidade: 620 PORTUGAL País Or.: 620 PORTUGAL

Doc. Identificação: Nº Documento: Nº Contribuinte:

Naturalidade: Distrito : Concelho : Freguesia:

Observações:

[Pág. Seguinte] [Gravar] [Sair] [Mostrar Teclas]  
 Count: \*1 <Replace>

Figura 33 - Erro ortográfico de identificação do utente (exemplo 1.1)

CHSJ		IDENTIFICAÇÃO		IGIF	
PROCESSO Nº 130		Última actualização: 28/10/2013		Registado em: 25/10/2013	
Nº Utente do S.N.S.: [REDACTED]		Nº Antigo Processo: [REDACTED]			
Nome: JOSÉ HENRIQUE					
Sexo: 1 Masculino		Data Nascimento: 06/05		Idade: 63 Anos	
Nacionalidade: 620 PORTUGAL		País Or.: 620 PORTUGAL			
Doc. Identificação: [REDACTED]		Nº Documento: [REDACTED]		Nº Contribuinte: [REDACTED]	
Naturalidade: Distrito : [REDACTED]		Concelho : [REDACTED]		Freguesia: [REDACTED]	
Observações: [REDACTED]					
[Ver Dados Cartao]		[Pág. Seguinte]		[Gravar] [Sair] [Mostrar Teclas]	
Count: *1				<Replace>	

**Figura 34 - Erro ortográfico de identificação do utente (exemplo 1.2)**

Nesta situação o erro que é reportado refere-se a um lapso ortográfico na identificação do doente. Como é possível verificar na Figura 33 - Erro ortográfico de identificação do utente (exemplo 1.1), o nome do doente é “José Henriques”, já na Figura 34 - Erro ortográfico de identificação do utente (exemplo 1.2) o doente é nomeado como “José Henrique”. Tratando-se do mesmo doente, o erro presente nesta situação está precisamente na identificação do nome do utente, dificultando, sempre que necessário, a pesquisa deste doente quando o mesmo necessitar de ser referenciado no SONHO.

Veja-se agora a situação de um utente do sexo feminino cujo estado civil atual é divorciado. Nesta situação, no ato do primeiro registo a utente foi identificada com o nome “Maria Mendes Soares”, nome que mantinha durante o estado civil casado. No entanto, após o divórcio a utente retirou o apelido “Soares” e a partir deste momento a sua ficha de identificação no SONHO tinha como nome “Maria Mendes”. Daqui resultou uma falha na referenciação do perfil desta doente, quando esta regressou novamente ao CHSJ já sem o apelido “Soares. Até ao momento da atualização dos seus dados pessoais, os registos desta utente foram sendo feitos em dois perfis diferentes, resultando na duplicação e desligamento dos dados. A partir do módulo de transferência de dados, o perfil deste utente no SONHO foi consolidado e mantém-se coerente com a realidade atual da mesma. No caso das mulheres, é aconselhável não fazer a pesquisa seguindo-se pelo último apelido. A Figura 36 - Erro de identificação do utente (exemplo 2.1) e a Figura 35 - Erro de identificação do utente (exemplo 2.2) são ilustrativas deste exemplo.

CHSJ IDENTIFICAÇÃO IGIF

PROCESSO Nº 990  
 Última actualização: 07/10/2012 Registrado em: 23/03/1992

Nº Utente do S.N.S.: 169 Nº Antigo Processo:

Nome: MARIA MENDES

Sexo: 2 Feminino Data Nascimento: 19/04 Idade: 43 Anos

Nacionalidade: 620 PORTUGAL País Or.: 620 PORTUGAL

Doc. Identificação: B B.Ident./ C.Cidadao Nº Documento: 995  
 Nº Contribuinte: 200

Naturalidade: Distrito : 13 PORTO  
 Concelho : 14 SANTO TIRSO  
 Freguesia: 22 SANTO TIRSO

Observações:

FILIAÇÃO  
 Pai: MANUEL  
 Mãe: EMILIA

SUBSISTEMAS

Código	Designação	Nº Beneficiário	Válido até
93	SERVICO NACIONAL SAUDE		
93	ADSE - SNS		21/11/2014

OUTROS DADOS

Centro Saúde: Médico Família:  
 Est. Civil: D Divorciado Sit.Face Prof.: N Nao Activo Migrante: N  
 Profissão: Habilitações:

Doente Crónico: Isenção:  
 Medicação Especial:  
 Reg.Esp.Comp.Mede.:  
 Insuficiência Económica: Data Inicio: Data Fim:

[Pág. Anterior] [Gravar] [Sair] [Mostrar Teclas]  
 out: \*1 <Replace>

Figura 36 - Erro de identificação do utente (exemplo 2.1)

CHSJ TRANSFERENCIA DE IDENTIFICAÇÃO E DADOS DE UM DOENTE P/ OUTRO IGIF

DADOS DOENTE QUE QUER REMOVER 118

Nº Processo: 990 Nº Id.Reg.: 169 Nº Ant.Proc.:

Nome: MARIA MENDES Sexo: Feminino  
 Naturalidade: PORTO Nasc.: 19/0 0  
 PORTUGAL Doc. Ident.: B 9

Morada:

DADOS DO DOENTE A TRANSFERIR 775759

Nº Processo: 98 Nº Id.Reg.: Nº Ant.Proc.:

Nome: MARIA MENDES SOARES Sexo: Feminino  
 Naturalidade: PORTUGAL Nasc.: 19/0 0  
 Doc. Ident.:

Morada:

Figura 35 - Erro de identificação do utente (exemplo 2.2)

A atividade de gestão de identificação de doentes é, como vimos anteriormente, um método que permite garantir a coerência nos dados dos utentes do CHSJ. Contudo, pode ser uma atividade falível, no caso de, por engano, se juntarem registos de duas pessoas efetivamente diferentes.

DADOS do CARTAO

N.Ut.:164 SERAFIM MOREIRA PEREIRA D.N.:  
 Subs: Ben: D.V.:  
 C.Saude:113 Nac.:620 PORTUGAL Nat.:620 PORTUGAL  
 Isenc: Data Limite Isenção:  
 Nat:13 PORTO 04 03  
 Fil.:JOSE -ADELINA  
 Mor.:  
 Med.Esp.: 3011 NIF: 107 RECM:  
 Insuficiência económica: N Data Inicio: Data Fim:

DADOS da BASE de DADOS

N.Ut.:164 SERAFIM MOREIRA NEVES D.N.:  
 Subs.: A.D.S.E. - ASSIST. DOENCA S Benet.:002 D.V.:  
 C.Saude: Isenc:  
 Nac.:PORTUGAL Nat.:PORTUGAL  
 Fil.:JOSE -ADELINA  
 Mor.:  
 Med.Esp.: NIF: RECM:  
 Insuficiência económica: Data Inicio: Data Fim:

[Actualizar Campo] [Actualizar TUDO] [So Actualizar N.Utente] [Sair]  
 Count: \*0 <Replace>

**Figura 37 - Erro na identificação do utente (exemplo 3)**

Como é possível observar na Figura 37 - Erro na identificação do utente (exemplo 3), ambos os utentes apresentam a mesma filiação e a mesma morada, diferindo no apelido registado, sendo que o primeiro tem como nome “Serafim Moreira Pereira” e o segundo “Serafim Moreira Neves”. Embora os restantes dados do perfil dos utentes nos levem a crer que o doente é o mesmo, não é possível averiguar com certeza se a transferência da identificação dos dados de um para o outro é correta. Os processos anulados/ transferidos em virtude do perfil de Anulação de Doentes Duplicados têm um carácter definitivo, pelo que ao realizar tal processo deve-se em primeiro lugar verificar o maior número possível de aplicações e de instrumentos de apoio que contenham dados do doente, o processo clínico em suporte papel, o SAM/ Processo Clínico, o RNU, as aplicações departamentais ou mesmo entrar em contacto com o doente, em casos de situações com um carácter mais incerto. Em situações em que a dúvida permanece, o gestor de identificação, a responsável pelo Arquivo e a especialista de informática que faz a gestão do SONHO analisam a situação em conjunto.

Sempre que os Serviços Clínicos detetam alguma irregularidade com a identificação de um paciente entram em contacto com o Sector de Arquivo e Acesso à Informação, a quem compete verificar as informações e realizar as possíveis alterações (Gonçalves, 2011).



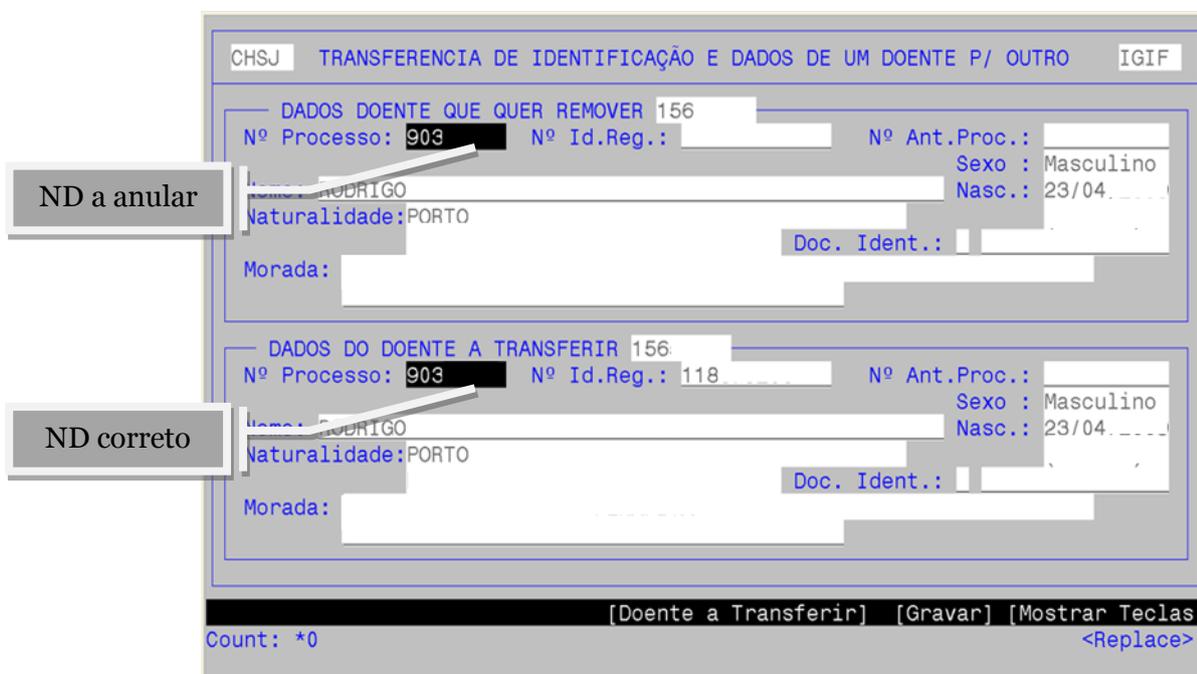
**Figura 38 - Perfil de doentes duplicados do SONHO**

No procedimento de junção ou transferência de doentes vigoram um conjunto de regras a considerar em caso de duplicação do número de doente (ND) ou de registo de identificação, e enumera-se: (i) o ND correto será sempre aquele que foi atribuído em primeiro lugar ao doente no campo *número de doente*, (ii) o ND a juntar será sempre o mais recente, (iii) quando se faz a junção de NDs não se deve considerar o número antigo do doente (anterior a 1992), (iv) em situações de registo de identificação sem ND atribuído deve ser considerado a data de criação do registo, no campo *registado em*, sendo o registo correcto aquele que foi criado em primeiro lugar e, (v) o registo de identificação a juntar ou transferir é sempre o registo com a data de criação do registo mais recente (ver Figura 11 - Ecrã de recolha de dados demográficos do SONHO).

A opção de *Transferência Identificação* e dados de um doente para o outro é usada em casos de confusão de identidade entre doentes, havendo duplicação da identificação de um doente, ou quando os episódios de um doente estão a ser integrados num outro processo que não aquele a que correspondem efectivamente. Além dos exemplos identificados acima, existem ainda casos de duplicação da identificação de um doente nos episódios de urgência, em virtude da natureza da admissão do doente no hospital,

uma vez que este processo deve ser executado da forma mais ágil possível. Antes de ser efectuada qualquer alteração o gestor de identificação deve solicitar uma série de medidas, que envolvem a verificação dos dados no SONHO, caso necessário, confirmar o processo clínico em papel ou no PCE, assegurando desta forma que não existam mais falhas (Gonçalves, 2011). Caso estas medidas não sejam suficientes, entra-se em contacto com o próprio doente, no sentido de esclarecer alguma eventualidade.

Uma vez que os dados de identificação dos doentes não são transferidos automaticamente durante o processo de junção/ transferência de um registo para outro, existindo um gap de horas, dependente da aplicação em causa, e de forma a evitar perdas de informação, antes de executar esta tarefas, é necessário anotar os dados que estão em falta no ND correto e que possam constar no ND a anular/ transferir.



**Figura 39 - Transferência de Identificação e Dados de um doente para outro no SONHO**

No que toca à confirmação da informação clínica de episódios de internamento, bloco e hemodinâmica, há funcionários cujas funções implicam a verificação do Processo Clínico, para que possam descodificar alguma anomalia detetada e tentar corrigi-la. Isto serve sempre que haja necessidade de verificar que os registos que estão dentro de um determinado processo clínico pertencem, efectivamente, ao doente em causa.

Para que o funcionário do Arquivo realize qualquer tarefa nos módulos do SONHO deve primeiramente autenticar-se neste sistema, e dependendo da tarefa que executa ser-lhe-ão disponibilizadas várias opções (ver Figura 12 - Autenticação no SONHO). O

SONHO é um sistema Admissão-Alta-Transferência (ADT/ Admission-Discharge-Transfer) (ACSS & FMUP, 2011), e por isto, regista o resumo clínico do doente (ver Figura 18 - Módulo do Resumo Clínico do Doente no SONHO) desde a sua entrada no hospital aquando da sua inscrição administrativa no SONHO, passando pelo ato de admissão até à alta médica. No processo clínico do doente transparece todo o histórico clínico do mesmo e integra informação clínica e administrativa materializada em diários textuais do médico, MCDT, marcação de consulta ou recibos de taxas moderadoras (Gonçalves, 2011).

O acesso ao sistema SONHO com o perfil *Anulação de Doentes Duplicados* apenas é permitido ao funcionário responsável pela gestão da identificação dos doentes. Antes de se proceder à execução da junção ou transferência é obrigatório verificar a situação clínica atual do doente, isto é, conferir todos os episódios de internamento e a data de alta, as consultas marcadas nas próximas 72 horas, ou a existência no SIGIC (Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia), isto é, verificar a atividade cirúrgica do doente.

1. No caso de o doente estar internado ou ter consultas nas próximas 72 horas com o ND correto deve-se ver o resumo clínico do ND para anular e, se o mesmo não tiver os dados recentes, proceder à junção/ transferência;
2. No caso de o doente estar internado com o ND que é suposto anular, deve-se aguardar a alta do mesmo para proceder à junção/ transferência;
3. Seguir o mesmo procedimento para os registos clínicos sem ND atribuído.

Além desta situação é necessário conferir se existe informação no Pólo de Valongo no campo “Ver Polo Valongo” no campo das *observações* da opção *Identificação de doente*. Na opção *Processos Centros Hospitalares* no perfil de *Anulação Doentes Duplicados* realiza-se a pesquisa de acordo com o ND do CHSJ (ver Figura 9 - Módulo Arquivo Clínico do SONHO). Feita a pesquisa, os dados de identificação do SONHO Hospital de Valongo e do Módulo de Arquivo devem ambos ser comparados por forma a detetar um possível erro. Caso se verifique, de facto, uma anomalia é dever do funcionário avisar um superior hierárquico para comunicação do Serviço de Gestão da Informação à SPMS.

Os erros que mais frequentemente se verificam correspondem à duplicação da identificação do doente no SONHO. Isto acontece maioritariamente em episódios de urgência pela celeridade com que este processo deve ser executado. Por vezes o que acontece tem a ver com a falta de verificação de um dado particular do doente, como por exemplo, o nome completo, a data de nascimento, a filiação, o número de SNS, o número fiscal, o número do Bilhete de Identidade, ou outros dados mais genéricos,

como o número de telefone, o número de telemóvel ou a morada. Existem ainda casos de doentes que nem chegam a ser identificados nestas situações.

De acordo com os dados mais recentes do SAAI (ver Tabela 17 - Estatística de registos anulados entre 2011 e 2014), no total foram anulados 1090 registos em 2011, 1600 registos correspondes ao ano seguinte, 1282 registos do ano de 2013, e 458 registos entre janeiro e maio de 2014. Em média, por mês, foram anulados 91, 133, 106 e 92 registos respetivamente.

Embora os dados relativos ao ano de 2014 não estejam completos, se contabilizarmos o total dos quatro anos relativos aos meses de janeiro a maio, no ano de 2011 foram anulados 543 registos, no ano de 2012 527 registos e, no ano de 2013 466 registos. A partir daqui podemos verificar que o número total de registos anulados entre o período de 2011/ 2012, relativamente a 2013/ 2014 é consideravelmente maior do que no ano anterior, o que nos pode levar a concluir que a precisão no registo dos dados tem vindo a aumentar, resultado, possivelmente, da cada vez maior noção de casos como foram aqui exemplificados. Não há, no entanto qualquer estudo de análise mais detalhada desta questão.

**Tabela 17 - Estatística de registos anulados entre 2011 e 2014**

<b>Ano Mês</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>
<b>2011</b>	49	104	170	66	154	62	58	120	28	104	115	60
<b>2012</b>	72	59	172	54	170	220	192	256	72	166	61	166
<b>2013</b>	124	41	75	114	112	82	131	20	153	167	131	132
<b>2014</b>	114	87	97	61	99							

Como vimos no capítulo 2, os principais processos realizadas no sentido de se repercutirem num sistema de qualidade, devem estar devidamente documentados. Neste sentido, foi elaborado um procedimento com vista a definir as atividades que devem ser seguidas diariamente na gestão de IDs dos doentes (ver anexo F).

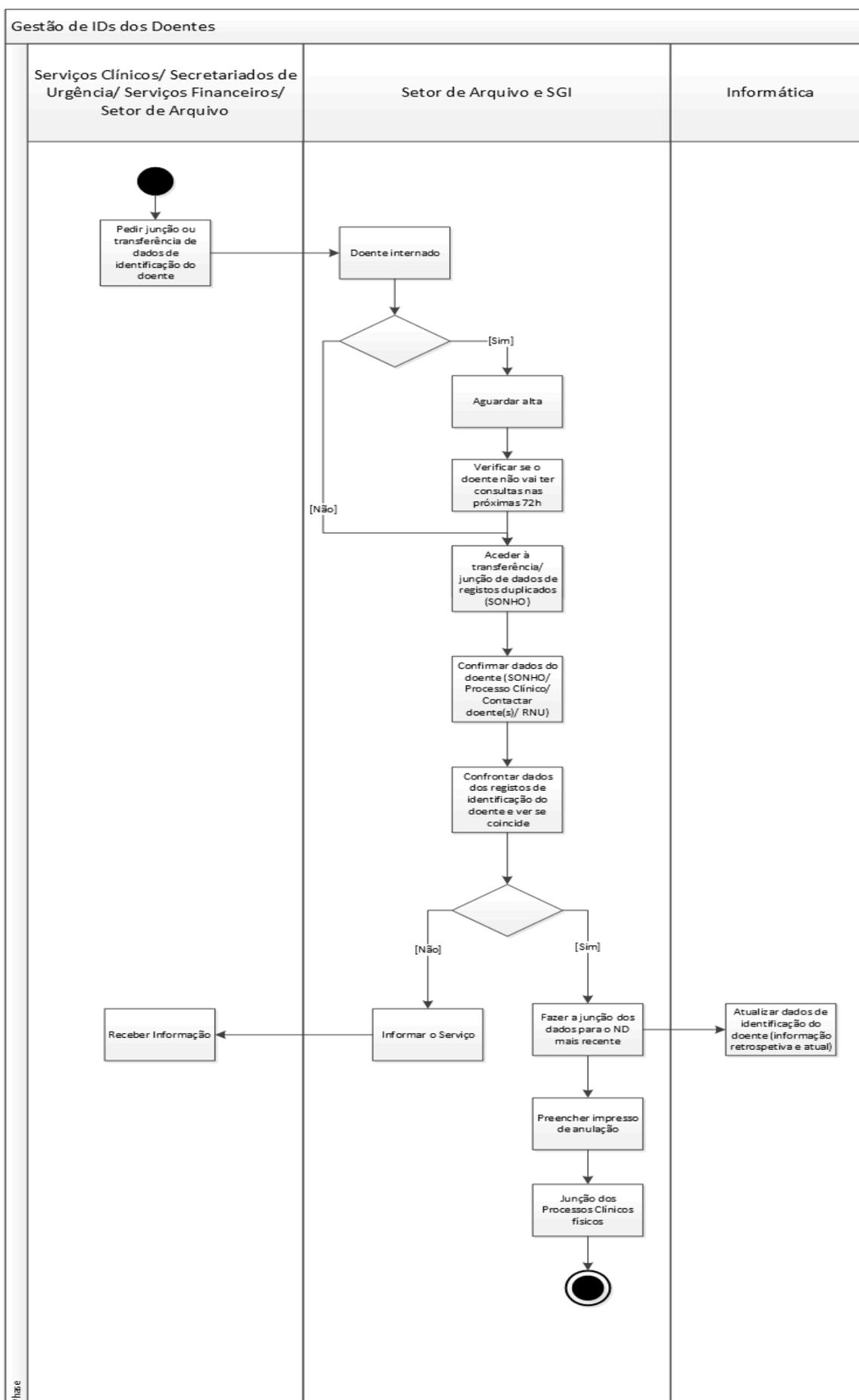


Figura 40 - Diagrama de atividades do processo de Referenciação de Doentes

Tabela 18 - Análise da atividade de Gestão de IDs de utentes, tendo em vista a introdução de mudanças

Atores	Como é feito?	Como é avaliado?	Observações	Mudanças	Partes interessadas	Desejável	Exequível
(i) Colaboradores do SGI (ii) Serviços Clínicos (iii) Secretariados de Urgência (iv) Serviços Financeiros	Os pedidos são recebidos por correio interno e correio eletrónico, com indicação do Serviço que fez o pedido e ID do funcionário.	Eficaz  Apesar de existirem muitas BD e fatores a verificar, com as regras que são colocadas a probabilidade de erro é reduzida.	Existe a possibilidade de fazer a junção de dados de utentes que não são a mesma pessoa;  Qualquer pessoa de CON ou URG pode fazer alteração nos dados da ficha do utente.	A possibilidade de fazer a alteração dos dados do utente só deveria ser permitida a determinados funcionários;  Com a probabilidade de erros que existem na junção/ transferência de dados de utentes, deveria ser possível ver todas as alterações que já foram feitas anteriormente;  Permitir anular as mudanças que foram feitas no processo de junção/ transferência de dados dos utentes;  Realizar uma query ao sistema que permita assinalar nomes e filiação idêntica, com o intuito de detetar mais rapidamente casos de má identificação dos doentes	Utentes HSJ; Responsáveis pela prestação de cuidados de saúde; Setor de Arquivo e Acesso à Informação; Setor de financiamento; Codificação; Investigadores.	Sim	Não. Implicaria mudanças na BD SONHO e na forma como os sistemas estão articulados, tendo em consideração que estamos a falar de um SI que tem IDs desde 1992.

**Fonte:** Checkland & Scholes, 1999.

### 4.3. Acesso a informação clínica para utilizadores externos

Entre as tarefas diárias de gestão da informação clínica encontra-se a disponibilização de acesso a informação para utilizadores externos. Nesta sequência, existe o Responsável pelo Acesso à Informação (RAI), a quem cabe aferir a legitimidade de todos os pedidos de acesso à informação clínica e não clínica, tal como disposto no artigo 9º da Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto (*Lei nº 46/2007. D.R. nº 163 (Série I) de 24 de Agosto, 2007*). A figura do RAI não é uma unidade orgânica mas uma entidade nomeada pelo órgão máximo de cada instituição cujo perfil deve recair num profissional adequado às tarefas que a Lei lhe incumba (Administração Regional de Saúde do Norte, 2008)<sup>33</sup>. Este profissional deve articular-se da forma que lhe for mais conveniente com a Comissão de Ética<sup>34</sup>, o responsável pelo Arquivo e Documentação, o Gabinete Jurídico e as Direções de Serviços de ação médica (Administração Regional de Saúde do Norte, 2008), sendo que o primeiro deve assegurar o cumprimento das disposições da referida Lei (Administração Regional de Saúde do Norte, 2008).

Para além das situações de reutilização da informação para outros fins, as quais são alvo de apreciação do RAI, o procedimento de acesso à informação do CHSJ inclui nove situações relativamente ao uso da informação clínica para fins de prestação de cuidados. Estes requisitos, embora não estejam funcionalmente traduzidos no PCE, através de uma declaração de intenções por parte de quem acede aos registos, sistematizam os princípios orientadores que legitimam o uso da informação clínica em prestação de cuidados. No sentido de assegurar a segurança da informação clínica em suporte analógico o Setor de Arquivo assegura o seu cumprimento no acesso à informação clínica. A título de exemplo assinala-se que um médico que pretende aceder a um processo clínico de um doente para fins de reunião ou consulta de grupo deve, só o pode fazer caso o doente esteja em situação de prestação de cuidados ou de decisão clínica. Nestas situações, cabe ao Setor de Arquivo verificar o acompanhamento do doente na especialidade médica indicada e os médicos intervenientes, no sentido de validar a autorização. Em jeito de exemplo pode também referir-se um outro caso. No caso de um enfermeiro que pretenda aceder ao episódio de INT, URG, HDI ou BLO (RAD/ LAB) de um doente, o doente deve estar num episódio de prestação de cuidados. Nestes casos, para que o pedido seja autorizado, ao Setor de Arquivo cabe verificar o

---

<sup>33</sup> Para mais informações acerca do acesso individual a informações de saúde e do acesso a informações de saúde para investigação, consultar os pontos B e C do Relatório do Grupo de Trabalho ad hoc sobre o Direito de Acesso à Informação de Saúde (Administração Regional de Saúde do Norte, 2008) e a Lei n.º 46/2007 de 24 de Agosto (*Lei nº 46/2007. D.R. nº 163 (Série I) de 24 de Agosto, 2007*).

<sup>34</sup> É o órgão hospitalar a quem cabe ponderar as questões inerentes a um pedido de acesso à informação de saúde para finalidades de investigação (Administração Regional de Saúde do Norte, 2008).

episódio do doente e verificar a identificação do profissional de saúde e a função que presta face ao episódio em causa. Para pedidos externos para fins de prestação de cuidados deve-se, de igual forma, verificar se o doente está em prestação de cuidados e a identificação do profissional de saúde. Numa situação inerente a um pedido de exames periciais, por parte do tribunal ou de outras instituições, é requisito o requerente fazer o pedido do relatório, exame LAB ou RAD ou consulta externa para a perícia médica. Cabe ao Setor de Arquivo verificar a origem do pedido e a identificação do doente. A resposta é da responsabilidade dos Serviços Clínicos competindo ao Setor de Arquivo realizar um registo do pedido e remeter a informação do Serviço ao Requerente.

Desde maio de 2013 o SAAI efetua diariamente e de forma autónoma a gestão de todos os pedidos de cópia de registos clínicos por parte de utilizadores externos, sejam eles entidades ou indivíduos. Entre o período de 22 de maio de 2013 e 31 de dezembro do mesmo ano registaram-se 2380 pedidos reprodução de informação clínica, correspondendo a uma média diária de, aproximadamente, 11 pedidos respondidos (Centro Hospitalar de São João, 2014a). Para que se possa aferir o volume de trabalho realizado no âmbito do acesso à informação relativamente aos dados mais recentes, desde janeiro de 2014 até 21 de abril do mesmo ano assinala-se um total de 4071 pedidos registados e processados pelo Gabinete de Apoio ao RAI. Destes, 34% (cerca de 1370 pedidos) incidem sobre o Setor de Arquivo, sendo que são pedidos que envolvem cópias de registos clínicos, em suporte papel, microfilme e/ ou eletrónico.

Todo o processo envolvido no acesso à informação clínica para utilizadores externos, compromete três unidades funcionais do CHSJ: o Atrium Hospitalar, onde os utentes fazem a requisição, passando pelo Gabinete de Apoio ao RAI, daqui em diante denominado GA RAI, que trata do registo, análise e reencaminhamento dos pedidos aos respetivos Serviços, e do envio de toda a informação requerida pelos utente/ entidades aos respetivos e pelo SAAI a quem compete responder a todos os pedidos de cópias de registos clínicos e coligir toda a informação requerida.

Todos os pedidos de relatórios médicos, reprodução por fotocópias de registos de informação clínica ou reprodução em formato eletrónico de exames existentes nas diversas aplicações informáticas, devem ser efetuados nos postos de apoio situados no ATRIUM do CHSJ, caso o utente realize o pedido presencialmente. De outra forma, o utente pode na mesma efetuar o pedido enviando o formulário devidamente preenchido, via correio eletrónico ou fax, desde que o faça acompanhar de um comprovativo de identificação para validação do pedido do utente/ requerente, sendo

obrigatório o envio de documentação original assinada via fax ou correio.

No caso de o utente ser menor de idade, o requerente deverá ser aquele que detém o poder paternal ou a tutoria da criança. Em caso de ser um pedido feito por terceiros, este deve fazer-se acompanhar de um consentimento por parte do utente que quer efetivamente fazer o pedido de acesso à informação. Caso um utente esteja incapacitado ou tenha falecido, o pedido de acesso à informação pode ser feito por um familiar ou por terceiros titular dos dados. Não obstante, este assunto é bem mais complexo. Neste sentido em 2008 foi homologado pelo Conselho Diretivo da ARS Norte um documento sobre o direito de acesso à informação de saúde, e destina-se a orientar genericamente as instituições de saúde para o tratamento homogéneo de solicitações que utentes, familiares, investigadores, instituições ou outros, façam, relativos a dados de saúde<sup>35</sup>. Existem também procedimentos em vigor em fase de submissão e aprovação pelo CA.

Na sequência do pedido, todos os episódios do requerente são pesquisados/ verificados no SONHO, por forma a listar o(s) número(s) dos episódio(s), o tipo de episódio(s), a(s) especialidade(s), e de forma a validar a própria identificação do requerente, recorrendo-se à referenciação manual de episódios, no caso de informação clínica anterior a 1992.

Todos os pedidos de acesso à informação devem ser registados na BD de acesso à informação. Neste registo deve obrigatoriamente constar o nome do requerente e do utente (caso não sejam a mesma pessoa), o ND do requerente, a filiação, a morada para onde o pedido deve ser enviado, os episódios de INT e/ ou de CON e os respetivos Serviços, a informação pretendida e os fins a que se destina. Esta BD gera automaticamente um número de requisição que identifica o pedido do requerente, permitindo desta forma, que o GA RAI reencaminhe o pedido para o(s) respetivo(s) serviço(s). Esta informação é inserida no formulário de manutenção dos pedidos na BD de acesso à informação (ver Figura 41 - Formulário de manutenção de pedidos da BD de acesso à informação), a qual vai permitir identificar os Serviços e/ ou especialidades para as quais o pedido é remetido, e a data do respetivo envio para estes últimos.

---

<sup>35</sup> Sobre este assunto consultar Relatório do Grupo de Trabalho ad hoc sobre o Direito de Acesso à Informação de Saúde homologado pelo Conselho Diretivo da ARS Norte (Administração Regional de Saúde do Norte, 2008).

**Manutenção de pedidos a Serviços**

Nº requisição: 140 Data: 15-04-2014 Nº Ofício: \_\_\_\_\_

Requerente: \_\_\_\_\_ Esteve internado(a) no(s) Serviço(s): \_\_\_\_\_

Utente: BRUNA

Data nasc.: 18-04-1999 Telefone: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Casado  Solteiro  Viuvo  Divorciado

Filiação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Fins: \_\_\_\_\_

Frequentou a(s) Consulta(s): \_\_\_\_\_

Deu entrada na Urgência: 93 - 14/3/2014

Relatório Médico  Fotocópia dos registos clínicos

Exames analíticos  Exames imagiológicos

Preenc. impr. de acidente em serviço (Dº lei nº503/99, de 20/11)

Outros: \_\_\_\_\_

Serviço	Enviado	Recebido	Nº Urgencia	Nº Intern.	Nº C. Ext.
▼					

Obs. \_\_\_\_\_

Ir para: \_\_\_\_\_

**Figura 41 - Formulário de manutenção de pedidos da BD de acesso à informação**

Este processo de pedido de acesso à informação no ATRIUM foi acompanhado pela autora do trabalho através de um processo de observação de um total de 45 pedidos, registados aleatoriamente em dois dias do mês de maio. Pretendia-se com isto verificar todo o processo desde que um pedido de um utente é realizado na BD de acesso à informação até ao momento em que o doente recebe a resposta ao pedido. Durante este período de observação distinguiram-se dois casos: utentes que se dirigiam ao balcão do ATRIUM hospitalar para fazer o pedido de acesso à informação, e utentes que pretendia fazer o levantamento do pedido ou apenas verificar o estado do mesmo. Para a contagem dos registos foram consideradas 15 tarefas, listadas de seguida indistintamente entre os dois casos verificados acima, e veja-se: (i) conversa inicial, (ii) preencher a requisição em papel, (iii) verificar estado do pedido no formulário de manutenção dos pedidos aos serviços, (iv) criar nova requisição na BD de acesso à informação, (v) fazer pesquisa de episódios no SONHO, (vi) abrir o sistema e fazer a pesquisa, (vii) identificar MCDT, (viii) imprimir o comprovativo do pedido, (ix) confirmar os dados por parte do requerente e assinatura, (x) fazer um pedido de insistência ao RAI através de um formulário partilhado entre o ATRIUM e o GA RAI, (xi) carimbar o comprovativo, (xii) fazer o levantamento do pedido, (xiii) finalizar o pedido, (xiv) tempos extra utilizado para atender telefonemas, e (xv) fazer o pedido ao Setor de Arquivo.

No final foi possível determinar uma média do tempo de atendimento dos doentes, tanto para aqueles que pretendiam fazer o levantamento do pedido ou verificar o estado do mesmo, como os que pretendiam efetivamente realizar o pedido de acesso à informação (Tabela 19 - Análise da amostra e dos tempos dos pedidos de acesso à informação clínica no ATRIUM). Para os primeiros, correspondendo a aproximadamente 33% da amostra (ou seja, 15 pedidos), o tempo médio de atendimento estimou-se em 2m23s. Nesta população apenas dois fizeram efetivamente o levantamento do pedido. Para os segundos, os restantes 30 pedidos, determinou-se um tempo médio de atendimento de 6m30s. Analisando os dados, para estes últimos utentes verificou-se que a tarefa mais morosa era a criação de nova requisição na BD de acesso à informação, sendo que a este tempo acresciam situações de utentes que não traziam o formulário para pedido de relatório médico ou registo clínico em suporte papel devidamente preenchido.

**Tabela 19 - Análise da amostra e dos tempos dos pedidos de acesso à informação clínica no ATRIUM**

	Amostra	Tempo médio (m/s)	Tempo mínimo (m/s)	Tempo máximo (m/s)	Desvio Padrão (m/s)
Pedidos de acesso à informação	30	6m30s	3m41s	12m40s	1m55s
Verificar o estado do pedido/ fazer o levantamento do pedido	15	2m23s	1m29s	4m05s	45s

No âmbito do acesso à informação clínica, de acordo com a normalização, compete ao Serviço de SAAI (i) gerir os pedidos de acesso a informação clínica para prestação de cuidados, (ii) referenciar pedidos de informação clínica anteriores a 1992 e validar a referenciação de todos os pedidos recebidos, necessária à satisfação do pedido, (iii) coligir a informação do utente em suporte papel, analógico ou eletrónico para responder a todos os pedidos de acesso à informação clínica aprovados pelo GA RAI e certificar todas as cópias de registos clínicos e, (iv) disponibilizar a informação coligida.

Atualmente o Setor de Arquivo conta com dois assistentes técnicos para realizar todas estas tarefas, nas quais se incluem a cópia de registos clínicos, requisitar processos de CON e INT aos depósitos, requisitar bobines de microfilme para imprimir ou enviar para digitalizar (quando os registos não se encontram legíveis), verificar e fotocopiar registos clínicos em suporte papel e microfilme, gravar CDs, coligir registos clínicos de

arquivos paralelos (CCT, Oftalmologia, Dor, Radioterapia, Oncologia, Cardiologia Pediátrica), requisitar processos que estão sob custódia de serviços *outsourcing* a partir de uma plataforma eletrónica que faz a gestão de pedidos e, requisitar processos ao Arquivo Pólo Valongo.

Na sequência dos pedidos de acesso à informação, quando necessário referenciar episódios de utentes anteriores a 1992 e que não regressaram ao hospital posteriormente, ou seja, não estão integrados no SONHO, é necessário efetuar uma pesquisa em ficheiros onomásticos alfabéticos, organizados por intervalos de anos e por género (ficheiros masculinos e ficheiros femininos). Estes ficheiros estão separados por episódios de INT e CON, sendo que os primeiros se encontram na parte exterior do Setor de Arquivo e os segundos na Central de Consultas. Na maioria dos casos a pesquisa é feita apenas pelo nome do utente, sendo esta a única informação que se possui, tornando esta tarefa numa das mais morosas, e veja-se:

**Tabela 20 – Tempo estimado na referenciação de pedidos de CON e INT anteriores a 1992**

	Referenciar episódios de INT		Referenciar episódios de CON	
	Ficheiro feminino	Ficheiro masculino	Ficheiro feminino	Ficheiro masculino
Total de pedidos referenciados	3	4	2	2
Média de referenciação de pedidos (m/s)	4m29s	7m	4m16s	3m54s

De entre as tarefas mais morosas listam-se os pedidos de relatórios médicos aos Serviços, sendo esta, de facto, a tarefa que mais influencia negativamente o tempo de resposta do CHSJ. As requisições de processos clínicos à empresa de *outsourcing* e a Valongo, seguem-se na lista de tarefas mais demoradas, sendo que, em média, chegam ao Setor de Arquivo 2 dias depois de ter sido efetuada a requisição, uma vez que não são pedidos para situações urgentes. As requisições de processos clínicos à empresa de *outsourcing* são realizadas a partir de uma plataforma eletrónica que efetua a gestão dos pedidos. Já os pedidos de processos clínicos a Valongo são efetuados através do correio eletrónico, onde deve seguir o ND dos processos e o número da requisição. O pedido de registos clínicos pode ainda ser efetuado ao Atendimento mediante uma requisição em papel, onde deve constar o ND e o número da requisição, bem como a finalidade do pedido, indicando-se o número de registo na BD de Acesso à Informação. A este setor cabe recolher todos os processos clínicos requisitados aos diferentes

depósitos.

Aos AT afetos a esta função, cabe ainda coligir todos os registos clínicos, quando assim é requerido, de todas as aplicações informáticas, seja a impressão de registos clínicos do PCE, tendo presente a duplicação dos registos de diários médicos que se encontram, em casos pontuais, no PCE e em suporte papel, impressão de Fichas de Urgência (SU) do jOne e do Alert, impressão de análises clínicas e de diagnóstico do Clinidata, à gravação de CDs no PACs e outros pedidos de MCDT, cujo resultado é gerido por BD específicas.

O Setor de Arquivo responsabiliza-se também pelo envio dos processos clínicos, se necessários para o efeito, aos Serviços que vão prestar o relatório médico, enviados mediante pedido efetuado pelo médico ao Setor de Arquivo. Em caso de situações de acessos múltiplos ao mesmo processo, o Arquivo disponibiliza uma cópia de trabalho.

No que nos compete destacar da observação permitida, verificamos que os tempos de resposta de 10 a 15 dias não são cumpridos, tendo como principais causas as limitações de RH, as limitações funcionais bem patentes na BD de acesso à informação, o excessivo peso burocrático administrativo, circuito de papel para resposta dos médicos a relatórios clínicos e, o tempo de pesquisa e recolha de informação no Setor de Arquivo.

Relativamente aos constrangimentos referidos (i) ao nível da BD de acesso à informação, (ii) da falta de normalização de procedimentos aprovados para a função de acesso à informação para outros fins, e (iii) da recuperação do histórico de registos em atraso, estão também a ser pensadas medidas corretivas no sentido de, até final de 2014 estarem solucionadas. No que concerne ao segundo ponto, atualmente está em vigor um procedimento de acesso à informação para prestação de cuidados (Centro Hospitalar de São João, 2013g) aprovado pelo CA, sendo que se está a trabalhar neste momento num procedimento que abranja do mesmo modo a função de acesso à informação para outros fins, alvo de apreciação casuística a realizar pelo RAI.

Retomando as tarefas envolvidas na atividade do GA RAI, além de todas as que foram já sendo referidas, compete também a este Serviço preencher e encaminhar as notas de débito aos requerentes, em situações que se verifique que é necessário realizar o pagamento, seja de fotocópias do processo clínico e/ ou de reprodução em CD, e contactar o requerente no sentido de o notificar que o pedido está concluído e pronto a ser levantado. No processo de entrega dos relatórios médicos pelos estafetas, encargos de fazer a distribuição do correio interno, estes devem ser remetidos ao GA RAI acompanhados da respetiva requisição. Este Gabinete arquiva uma cópia dos registos clínicos enviados para cada requerente, com o intuito de salvaguardar algumas

situações de extravio de informação, falhas no processo de entrega, ou até questões mais dúbias relativamente à certificação da entrega efetiva do pedido. Sempre que um pedido é enviado para o requerente, este regressa da Secretaria Geral com um número de ofício e a data em que foi enviado. Este número é depois integrado no formulário de manutenção de pedidos na BD de acesso à informação, que permite realizar um controlo sobre os tempos de resposta dos ofícios remetidos via CTT.

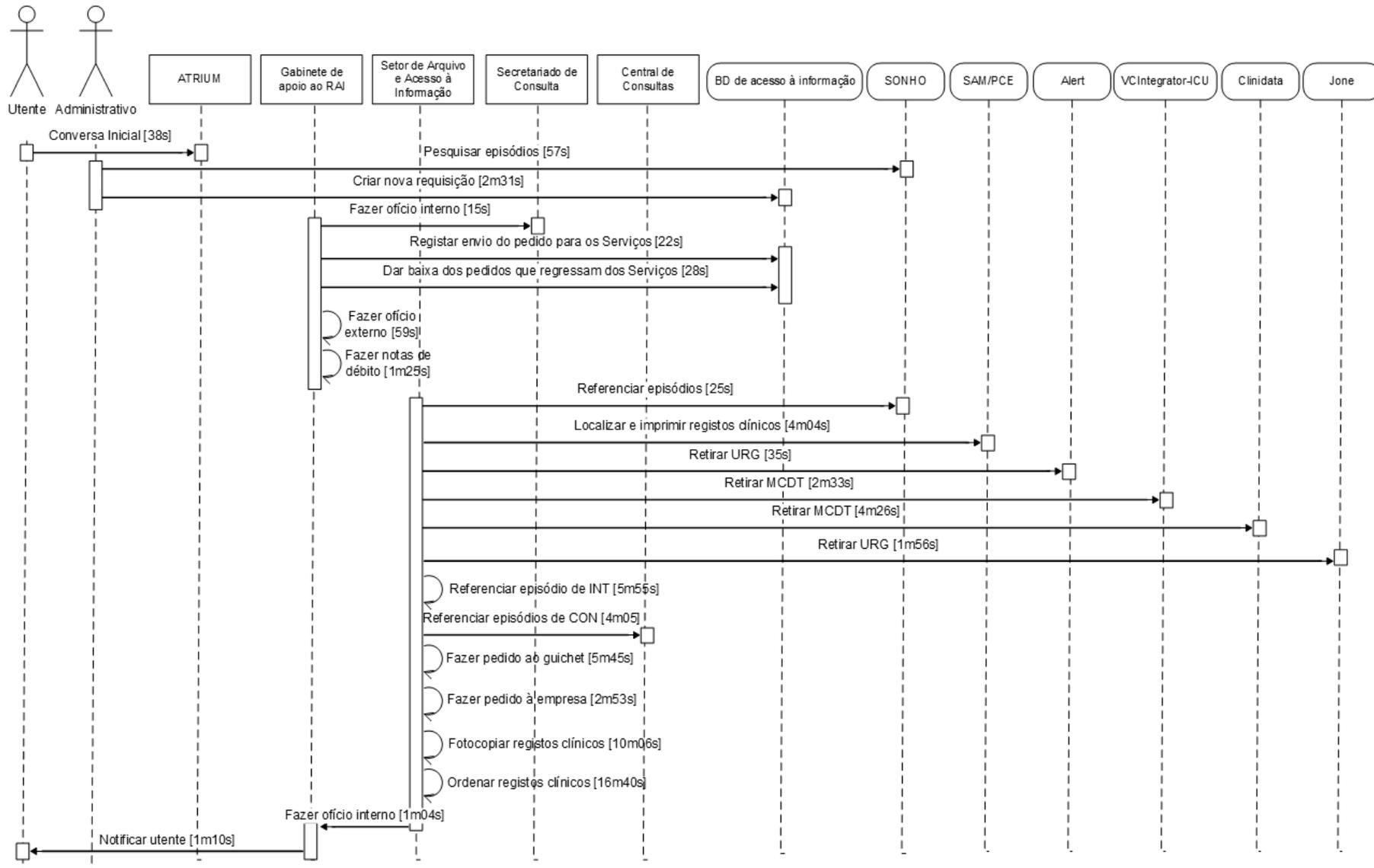


Figura 42 - Atividade envolvidas no processo de acesso à informação por utilizadores externos

As principais tarefas realizadas pelo GA RAI foram alvo de uma observação por parte da aluna, que mediu os tempos de todas as que estão envolvidas no processo de resposta do pedido de acesso à informação por parte de um requerente, com vista a averiguar quais as principais situações de constrangimento e quais os principais fatores que influenciam negativamente a prestação deste processo. Estes tempos são indicados no processo acima figurado (ver Figura 42 - Atividade envolvidas no processo de acesso à informação por utilizadores externos), tendo-se registado, de facto, bastantes constrangimentos, já acima referidos, ao nível da BD de acesso à informação, essencialmente ao nível da demora de referenciação de um ofício.

Dos tempos das tarefas cronometrados, contabilizando-se um total de 13 pedidos observados, e contabilizando-se seis tarefas envolvidas nesta atividade, conclui-se: (i) analisar um pedido recebido via correio, fax ou email; (ii) abrir a manutenção de pedidos de acesso à informação na BD, (iii) fazer o pedido de cópias de registos clínicos ao Setor de Arquivo, (iv) verificar igualmente neste formulário se o pedido não foi anteriormente registado, (v) referenciar os dados do doente no SONHO, (vi) gerar uma resposta manual ao pedido e (vii) criar uma nova requisição na BD de acesso à informação. Em média, esta atividade demora 5m51s a ser realizada, sendo que a tarefa mais morosa fixa-se na criação da nova requisição na BD, seguindo-se a referenciação do doente no SONHO, como se pode ver abaixo na Tabela 21 - Atividades envolvidas no registo de pedidos de acesso a informação para outros fins na BD de acesso à informação:

**Tabela 21 - Atividades envolvidas no registo de pedidos de acesso a informação para outros fins na BD de acesso à informação**

	Verificar pedido	Fazer pedido ao AC no formulário de manutenção de pedidos	Verificar na BD se a requisição já existe	Referenciar episódios do doente no SONHO	Gerar uma resposta manual ao pedido	Criar nova requisição na BD de Acesso à Informação
Média	36s	23s	58s	1m15s	48s	1m52
<b>Total</b>	<b>5m51s</b>					

Na sequência do levantamento e da análise crítica aos processos funcionais do Setor de Arquivo, segue-se um capítulo onde serão expostas algumas recomendações de melhoria, resultado desta análise e do período de observação da autora neste Serviço. Além disto, pretende-se obter níveis adequados de qualidade do Setor de Arquivo, mensuráveis pela conformidade dos indicadores de desempenho do Serviço. Nesta linha, são descritos alguns indicadores conseguidos até ao momento.

## **5. Recomendação de melhorias e identificação de indicadores de desempenho**

No presente capítulo serão discutidas medidas de melhoria a serem implementadas no SAAI do CHSJ, na sequência do que trabalho que tem sido realizado desde 2010. Propõe-se de seguida um conjunto de indicadores para a monitorização e avaliação do desempenho do Serviço. Conclui-se com a apresentação de propostas de ações corretivas e preventivas no tratamento das não conformidades identificadas. Com vista a uma maior perceção do desempenho atual do Setor de Arquivo, são descritas algumas medidas levadas a cabo no presente ano por sua iniciativa, seguidas de uma análise crítica das melhorias.

### **5.1. Método de medição do desempenho e eficácia do SGI**

No seguimento do levantamento das não conformidades (NC) nos processos analisados, torna-se pertinente fazer o levantamento das principais forças e fraquezas do Setor de Arquivo, bem como das Oportunidades e Ameaças com que se depara diariamente este Serviço. Mais concretamente, abaixo segue a análise SWOT, parte do arranque do processo de certificação, tendo em consideração a análise do cenário do SAAI. Esta análise visa ser um método exploratório das condições atuais do Setor de Arquivo, com vista a integrar um plano de gestão estratégica que examine elementos chave na sua gestão, definindo áreas prioritárias de atuação. São precisamente algumas das fraquezas apontadas que geram anomalias na atividade quotidiana do Arquivo, e que, de acordo com os recursos financeiros disponíveis, se prevê melhorar. Não obstante, a evolução de algum *software*, como é o caso da aplicação do PCE, relativamente à utilização do processo clínico em suporte papel, a implementação da ferramenta ICA-AtoM para descrição arquivística e o desenvolvimento de uma plataforma eletrónica que integre e transfira os MCDT para suporte digital, são prioridades identificadas cuja alteração influencia positivamente a atividade do Setor de Arquivo. Veja-se abaixo a tabela:

**Tabela 22 - Análise SWOT do SGI Setor de Arquivo e Acesso à Informação** (Centro Hospitalar de São João, 2013f)

<b>Partes interessadas/ Processos</b>	<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
Clientes: CHSJ, Serviços, médicos, enfermeiros, outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaço para consultar presencialmente registos em suporte papel, digital e microfilme;</li> <li>• Boa relação entre os profissionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestruturas para receber clientes;</li> <li>• Espaços de depósito dos processos clínicos;</li> <li>• Dispersão dos espaços de depósito, resultando num maior tempo de espera, necessário à recolha dos processos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da produção e utilização de registos clínicos em suporte papel e conseqüente maximização das ferramentas de PCE e canalização de RH para tarefas de tratamento arquivístico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda ou degradação de registos clínicos em suporte papel.</li> </ul>
Clientes: outras instituições de saúde e/ ou investigação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração de trabalhos institucionais conjuntos;</li> <li>• Aumento da produção científica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispersão de informação em vários formatos;</li> <li>• Aumento do volume de informação clínica;</li> <li>• Ausência de infraestruturas formais de comunicação entre instituições de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introdução da Plataforma de Dados de Saúde (PDS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de canais de comunicação não oficiais;</li> <li>• Ausência de assinatura digital na área da Saúde para troca de informação clínica.</li> </ul>
Profissionais do SGI – Competências, satisfação e desempenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de conhecimentos específicos de gestão da informação na gestão do Setor de Arquivo e Acesso à Informação, no tratamento arquivístico e análise e mapeamento de circuitos funcionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RH não qualificados, sem formação na área de arquivo;</li> <li>• Duplicação de tarefas manuais por limitações de funcionamento do módulo de arquivo do SONHO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementação da ferramenta ICA-AtoM para descrição arquivística e recuperação de informação não clínica;</li> <li>• Ações de formação em gestão e avaliação de arquivos não clínicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversidade de formatos, dispersão da informação;</li> <li>• Multiplicidade de aplicações para gestão da informação clínica com fraca interoperabilidade.</li> </ul>

Partes interessadas/ Processos	Forças	Fraquezas	Oportunidades	Ameaças
Profissionais de outros Serviços – competências, satisfação e desempenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilização para questões de confidencialidade da informação clínica;</li> <li>• Utilização do correio interno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de compreensão para com tempos de resposta por desconhecimento do modelo de funcionamento;</li> <li>• Lacunas de infraestruturas na gestão do arquivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de grupos de trabalho multidisciplinares;</li> <li>• Maior flexibilidade na gestão dos recursos decorrentes da adoção de modelos de gestão funcionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência à mudança;</li> <li>• Displícência na adoção de regras na produção e informação.</li> </ul>
Tutela – Legislação; Orientações; Recursos/Orçamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação em Grupos de Trabalho da SGMS, nomeadamente para Normalização, Certificação, Processo Clínico e Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desatualização de instrumentos legais de avaliação da informação (Portaria 247/2000 de 8 de Maio);</li> <li>• Ausência de <i>guidelines</i> comuns ao SNS para gestão dos arquivos da Saúde;</li> <li>• Desinvestimento nas estruturas de Arquivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto da SGMS de revisão da Portaria de Avaliação 247/2000 de 8 de Maio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de valor probatório de registos transferidos para suporte digital;</li> <li>• Falta de recursos financeiros para o tratamento de informação clínica retrospectiva acumulada.</li> </ul>
Fornecedores – Outros Serviços do CHSJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de ferramentas de comunicação eletrónicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidade ou demora na resposta.</li> </ul>	n.a.	n.a.
Fornecedores externos – custódia e gestão de Arquivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de uma plataforma eletrónica para gestão de pedidos;</li> <li>• Disponibilização de exames de imagiologia em formato eletrónico <i>standard</i> DICOM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidade de integração dos MCDT no PCE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de uma plataforma eletrónica que permite a transferência e integração dos MCDT para suporte digital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variedade de formatos eletrónicos e diversidade de <i>templates</i> de exames laboratoriais.</li> </ul>
Parceiros – instituições de ensino	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de projetos de gestão da informação em parceria com a UP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestruturas para receber parceiros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de conhecimento na área de gestão da informação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidade de dar continuidade aos projetos devido à escassez de RH e de recursos financeiros</li> </ul>

Como foi se constata na Tabela 22 - Análise SWOT do SGI Setor de Arquivo e Acesso à Informação (**Centro Hospitalar de São João, 2013f**), o Setor de Arquivo depara-se diariamente com constrangimentos ao nível das infraestruturas, conseqüente do cada vez maior incremento da informação clínica, a falta de formação do pessoal com repercussões na execução de algumas tarefas, o desinvestimento em materiais e remodelação do Arquivo, a demora na resposta de pedidos de acesso à informação devido à base de dados desadequada de acesso à informação, à falta de interoperabilidade entre sistemas e devido à desatualização do SONHO. Estas são as principais fraquezas, sendo que a solução passa por maior investimento na melhoria dos sistemas e na recuperação das infraestruturas e dos espaços de depósito do Arquivo. Relativamente às ameaças externas para o Setor de Arquivo, ressalta a multiplicidade de formatos, a resistência à mudança quer por parte dos colaboradores, quer por parte dos prestadores de cuidados de saúde, pela cada vez maior desconfiança relativamente à operacionalidade dos sistemas, pela duplicação de informação em suporte papel e digital e, como não poderia deixar de ser, a falta de recursos financeiros no combate a estas ameaças.

## **5.2. Medidas atualmente em curso no SGI do CHSJ**

### **5.2.1. Avaliação dos inquéritos relativos à utilização do processo clínicos em suporte papel na consulta externa**

Tendo presente que atualmente existem sete funcionários do Setor de Arquivo em situação de pedido de aposentação, foi necessário propor e realizar algumas medidas, no sentido do Setor de Arquivo continuar a responder às necessidades dos utilizadores deste serviço. A possibilidade de existirem estafetas afetos a todas as especialidades, agilizaria o processo de entrega dos processos para as consultas externas e libertava funcionários para a realização de outras atividades. Esta solução iria implicar a existência de meios materiais adicionais nos Secretariados de Consulta, havendo inclusivamente situações de especialidades que requisitam poucos processos clínicos, não se justificando nestes casos os estafetas. Apesar disso, esta situação não se mostra a mais viável no sentido de contornar a falha de recursos humanos, sendo que existem outros fatores que podem agilizar o processo de entrega dos processos, como é o caso da redução dos processos em papel disponibilizados para a consulta externa.

Neste sentido, numa primeira fase, por iniciativa do Arquivo, circulou um inquérito dirigido a todos os médicos das consultas das especialidades, com o propósito de aferir a utilização dos processos clínicos que cada médico faz nas suas consultas. Inicialmente optou-se por realizar o inquérito apenas aos médicos das especialidades de Cirurgias,

para obter um primeiro feedback quanto à redução que seria possível obter e seu impacto no trabalho diário.

O inquérito foi entregue aos funcionários dos Secretariados de Consulta que, por sua vez, se encarregaram de fazer a distribuição pelos respetivos médicos, sendo que o inquérito estava identificado pelo grupo da especialidade, a especialidade e o nome do médico. O inquérito consiste em assinalar uma das três opções que são propostas aos médicos consoante a utilização que fazem dos processos: (A) não necessita de receber processos clínicos em papel na consulta, (B) pretende receber apenas processos de doentes com exames recentes realizados no exterior ou, (C) pretende continuar a receber os processos em papel de todos os doentes (ver anexo B). O inquérito inclui ainda um campo de observações que pode ser preenchido pelos médicos, no sentido de averiguar se existe uma possibilidade alternativa, além das indicadas. Considerando que haverá um número significativo de especialidade que optará pelas opções (A) e (B), resultando numa diminuição de processo clínicos enviados à consulta, o Setor de Arquivo propõe-se reorganizar a forma como os processos são preparados e enviados à consulta externa, tendo em vista a implementação gradual do envio de processos à consulta externa organizados por médico e não por Secretariado, como se verifica atualmente, a partir da parametrização e geração de listas a emitir pelo SONHO, relativas à consulta externa, por médico da especialidade. Uma vez que podem existir situações em que se verifique a necessidade de integrar registos trazidos pelo doente ou enviados por laboratórios exteriores será disponibilizada a cada uma das consultas uma caixa para envio de documentação diária para o Arquivo, devendo esta documentação ser protocolada via aplicação de correio interno da Central de Distribuição. Caso cada médico individualmente opte por não continuar a receber de forma sistemática os processos clínicos em papel de todos os doentes, o Setor de Arquivo compromete-se (i) a integrar diariamente todos os documentos em papel que sejam necessários integrar no processo clínicos (consentimentos, registos do exterior, MCDT ou outra documentação não integrada no PCE) e (ii) atender a pedidos urgentes excecionais em que se verifique ser necessário aceder a um registo retrospectivo do doente. É desejável que esta redução permita canalizar os recursos humanos do Arquivo para tarefas de organização dos processos por médicos, atendendo, paralelamente, a pedidos pontuais de resposta na hora a pedido do médico para a consulta externa ou outros serviços clínicos, em situações imprevistas de necessidade de aceder ao histórico do doente. Esta proposta visa também promover a utilização do SAM no sentido de promover a realização de registos pelo médico que não em papel, mas neste sistema. O principal benefício que irá resultar desta racionalização da utilização do processo clínico é o aumento da segurança e preservação dos processos clínico, uma vez que apenas se

verificará a sua saída do Arquivo quando forem requisitados para uma consulta em que o médico efetivamente usa o processo em papel. Além desta condição, a preparação dos processos poderá ser feita com menos de 72h de antecedência, uma vez que irá existir uma diminuição no volume de processos clínicos.

No total foram entregues 652 inquéritos a 25 especialidades, dos quais 593 foram respondidos, assinalando-se 147 registadas com a opção (a) 214 respostas registadas com a opção (b) e 232 respostas registadas com a opção (c). Pode-se ver em baixo os resultados obtidos, contabilizando-se todas as respostas por especialidade médica.

**Tabela 23 - Resultados dos inquéritos efetuados aos médicos das diferentes especialidades do CHSJ, ordenado por grupo de especialidade**

<b>Especialidade</b>	<b>Entregues</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>Recebidos</b>
<b>Cirurgia Geral</b>	53	18	27	3	48
<b>Cirurgia Vascular</b>	23	15	7	1	23
<b>Neurocirurgia</b>	17	1	4	12	17
<b>Cirurgia Plástica</b>	15	7	6	2	15
<b>Neurologia</b>	56	3	35	16	54
<b>Cardiologia</b>	30	11	2	15	28
<b>Cardiologia Pediátrica</b>	10	0	0	8	8
<b>Dermatologia</b>	35	7	8	20	35
<b>Cirurgia Pediátrica</b>	5	1	2	1	4
<b>Doenças Infeciosas</b>	17	2	13	2	17
<b>Endocrinologia</b>	27	4	9	13	26
<b>Gastrenterologia</b>	16	4	8	3	15
<b>Genética</b>	5	1	0	4	5
<b>Ginecologia</b>	40	17	9	11	37
<b>Hematologia Clínica</b>	37	1	21	6	28
<b>Imunoalergologia</b>	21	9	3	9	21
<b>Medicina Interna</b>	43	9	8	21	38
<b>Reumatologia</b>	17	4	4	8	16
<b>Nefrologia</b>	35	10	3	17	30
<b>Nutrição</b>	8	1	0	2	3
<b>Pediatria</b>	56	8	13	30	51
<b>Pneumologia</b>	34	5	12	9	26
<b>Urologia</b>	30	8	20	1	29
<b>Otorrino</b>	20	0	0	17	17
<b>Psicologia Clínica</b>	2	1	0	1	2
<b>Total</b>	<b>652</b>	<b>147</b>	<b>214</b>	<b>232</b>	<b>593</b>

Destes dados resultou até ao momento uma redução no envio dos processos clínicos às consultas externas, em algumas especialidades das Cirurgias. A partir do mês de abril de 2014 apenas são enviados os seguintes processos aos balcões respetivos AC, BC e CC

(i) processos da especialidade de Pneumologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nefrologia, Genética e Endocrinologia, (ii) processos das Cirurgias Geral, Vascular e Plástica com MCDT do exterior<sup>36</sup> e, (iii) processos dos médicos das Cirurgias Geral, Vascular e Plástica que pretendem continuar a receber processos clínicos em suporte papel dos doentes agendados<sup>37</sup>.

Os processos das Cirurgias Geral, Vascular e Plástica são agora separados por subespecialidade e por médico, o que fez com que o Arquivo tivesse de alocar funcionários à tarefa de entrega urgente de processos clínicos ao CAM. Com base no número de processos pedidos nas primeiras semanas de implementação desta medida, foram definidos circuitos necessário para a entrega dos processos ao CAM.

Esta medida foi tomada com base nos resultados obtidos nos inquéritos, tendo-se verificado que em termos globais, num total de 593 médicos que responderam ao questionário, 25% escolheram a opção (A), 36% a opção (B), e 39% pretendem continuar a receber os processos clínicos em suporte papel de todos os doentes agendados.

Para de ter ideia do impacto que esta diminuição de processos tem no atual procedimento de preparação dos processos clínicos para consulta externa, analisamos em seguida o número de processos enviados para as consultas antes e depois dos resultados dos inquéritos aos médicos das especialidades de Cirurgia. Contabilizando uma semana do mês de maio de 2014, relativa aos dias 26 a 30 e, sendo que até ao momento foram analisados os processos clínicos enviados para as especialidades de Cirurgia do espaço de depósito entre os anos de 2002 até à atualidade, estima-se em baixo os processos reduzidos, por dia, para esta especialidade:

**Tabela 24 - Redução do número de processos clínicos/ dia enviados às especialidades de Cirurgia**

<b>Dia</b>	<b>Número de processos enviados/ dia (maio 2014)</b>	<b>Redução de processos/ dia</b>	<b>Média de processos enviados / dia (junho 2014)</b>	<b>Percentagem (%) redução</b>
1	297	242	55	81%
2	201	145	56	72%
3	253	181	72	72%
4	263	167	96	63%
5	143	108	35	76%
<b>Total</b>	<b>1157</b>	<b>843</b>	<b>314</b>	

<sup>36</sup> Os MCDT realizados no exterior serão verificados diariamente e as listagens serão entregues a uma funcionária do Arquivo Clínico que fará o pedido dos processos aos diversos espaços de depósito.

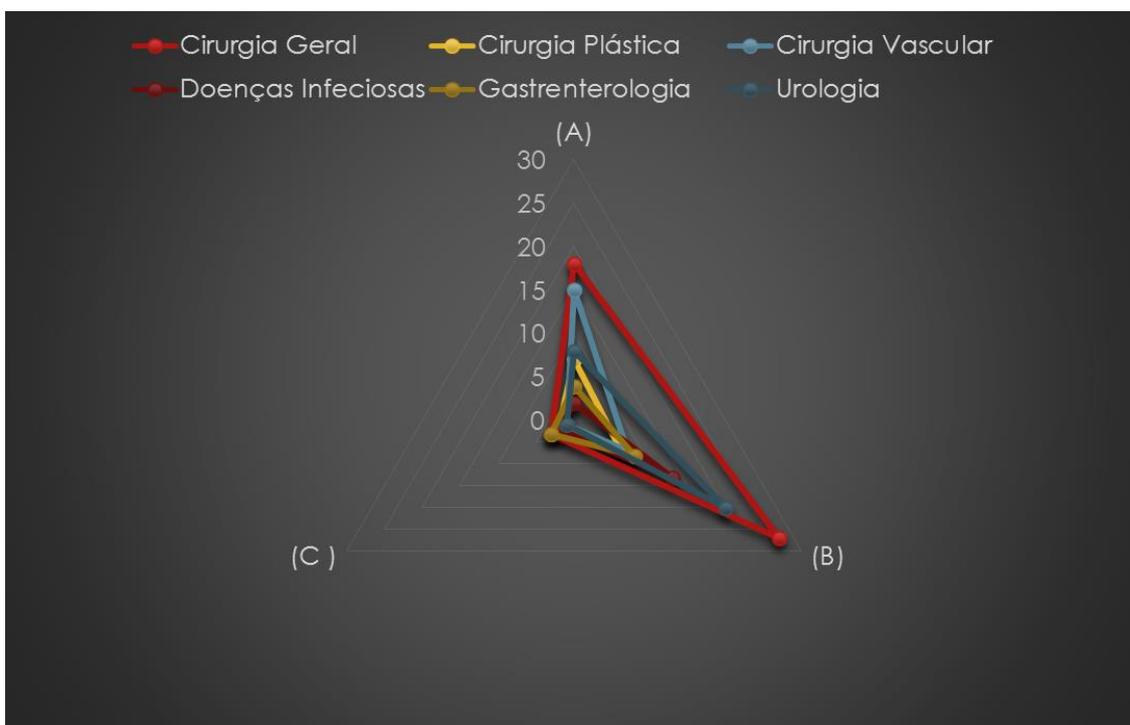
<sup>37</sup> Os processos dos médicos das especialidades referidas que continuam a requerer os processos deverão ser verificados pelo *report* de forma a assegurar o envio. Em alternativa ao *report* (situação de mau funcionamento do sistema) poderá ser retirado do SONHO o mapa 110 ao qual todos os funcionários do Arquivo Clínico têm acesso desde 25 de março de 2014.

Como se pode verificar na tabela acima, as especialidades de Cirurgia têm uma redução bastante significativa no envio de processos para as consultas externas, contabilizando-se um envio de menos 843 por semana, ou seja, aproximadamente 167 por dia.

As especialidades de Doenças Infeciosas, Gastroenterologia e Urologia seguirão o mesmo procedimento a partir de 1 de julho do presente ano. Assim sendo, tal com acontece já nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular e Cirurgia Plástica, os processos clínicos destas especialidades médicas vão também ser enviados para as consultas ordenados por subespecialidade e por médico. Este facto fica a dever-se de igual forma aos resultados obtidos nos inquéritos desta especialidade.

Prevê-se que as especialidades de Doenças Infeciosas, Urologia e Gastroenterologia sofram também alterações no que toca à redução de envio de processos para as consultas externas. Os dados já foram levantados, contudo ainda não foram alvo de teste, pelo que não podem ser aqui apresentados.

Veja-se o gráfico em baixo, com os resultados obtidos com os inquéritos, relativamente às especialidade em que até agora foi possível reduzir o número de processos clínicos em suporte papel enviados para a consulta:



**Figura 43 - Análise dos questionários realizados aos médicos das diferentes especialidades do CHSJ tendo em vista a diminuição do uso do processo clínico em papel na consulta externa**

O que se pretende com o presente ponto é que os médicos se pronunciem acerca da utilização que fazem dos processos clínicos em papel, sendo que, graças a esta medida

existem atualmente situações pontuais de médicos, cujos pedidos de processos são geridos a partir do Setor de Arquivo, no sentido de enviar apenas aquilo que vai efetivamente ser necessário para a consulta, de forma atempada. Não obstante, esta medida está a ser alargada tendo em vista as especialidades ou médicos, que requerem processos clínicos para aceder a MCDT que estão apenas acessíveis em papel, realizados nas aplicações departamentais internas ou externas, ou que visam incluir no processo exames ou outros registo em papel que resultam da consulta ou trazidos pelo doente.

O objetivo primordial do CHSJ relativamente ao Arquivo Clínico é a passagem dos registos para suporte digital, sendo o objetivo desta prática vai cada vez mais no sentido da redução do número de registos produzidos em suporte de papel. Enquanto esta prática ocorre, simultaneamente a ela continuam a existir profissionais de saúde que fazem os seus registo em suporte papel, pelo que é necessário incluí-los no processo. Ora, se para alguns médicos o processo clínico é importante para acrescentar estes mesmo registos, também esta situação deve ser anotada no sentido de fomentar e instituir um mecanismo que permita que esses registos cheguem ao Arquivo por forma a serem integrados no processo do doente respetivo.

A racionalização do envio dos processos clínicos em suporte papel para as consultas eternas vem permitir uma maior diminuir a utilização do processo em suporte papel, bem como uma maior segurança a nível da preservação do mesmo, uma vez que o processo clínico do doente não seria requisitado com a mesma frequência. Neste sentido, começaria a fazer sentido organizar os processos por sala de agendamento e médico e ordenados por hora de agendamento do doente (Gonçalves, 2011). Esta medida seria exceção para as primeiras consultas, onde não se verifica o nome do médico a partir das listagens emitidas pelo SONHO. Excepcionalmente existem situações em que o médico realiza a consulta num Secretariado de Consulta que não o previsto, seja por questões de impedimento de uma sala, ou outras, facto que poderia vir a ser solucionado com as medidas anteriormente mencionadas, ou seja, emitir as listagens a partir do SONHO, organizadas por sala de agendamento e médico, e hora da consulta.

#### **5.2.2. Propostas de ações corretivas e preventivas no tratamento das NC identificadas**

A implementação de um SGQ visa, em primeira medida, a melhoria contínua dos níveis de satisfação dos seus clientes. No sentido de averiguar se os requisitos estão a ser respeitados e se os objetivos do Serviço estão a ser cumpridos devem ser implementadas ações de diagnóstico e medição da qualidade. No caso específico, os

principais clientes são os prestadores de cuidados de saúde e os utentes do CHSJ, sendo o Setor de Arquivo um Serviço fundamental na resposta a todos os pedidos de acesso à informação.

Nesta medida, na busca pela melhoria contínua, nesta secção pretende-se monitorizar e avaliar todas as NC detetadas pelos Serviços do CHSJ, e verificar se já foi efetuada alguma ação corretiva relativamente à mesma. Nesta secção serão analisadas as NC e Ocorrências registadas entre 2012 e 2013, tendo em consideração o Serviço que reporta a NC, o tipo de NC, a Ação imediata/ corretora (caso se verifique) e que medida corretiva despoletou. Dentro deste período de tempo serão analisadas 3 NC e 3 ocorrências dirigidas ao Setor de Arquivo, por tratarem de questões que habitualmente não são apontadas ao Setor de Arquivo. Para cada uma delas o Serviço em questão preencheu um formulário registando o motivo da NC (ver anexo D).

A primeira NC analisada prende-se com o Serviço de Cardiologia Pediátrica que assinala a falha na entrega de um processo clínico de um doente. De acordo com o registo, este Serviço contactou de imediato o Arquivo Clínico e verificou as listas de protocolos existentes no Serviço, mas o processo não foi encontrado. Em resposta a esta NC que data do mês de junho de 2014, o Arquivo Clínico, após verificação dos protocolos de integração do arquivo da consulta de Cardiologia Pediátrica, concluiu que o referido processo não se encontrava ainda integrado no Setor de Arquivo. Todos os processos de Cardiologia Pediátrica integrados no Setor de Arquivo são alvo de registo no sistema de controlo de entradas/ saídas do arquivo, não existindo qualquer registo para o referido processo. O Serviço de Cardiologia Pediátrica foi, no entanto, alertado para a existência que 4 caixas de processos em preparação do CAM para futura transferência para o Arquivo, existindo a possibilidade de o processo se encontrar em alguma destas caixas.

A segunda NC remete-se a uma situação do Serviço de Ortopedia do mês de dezembro de 2013, em que se verificou uma falha no envio de um MCDT para esta especialidade médica. O Secretariado de Ortopedia alegou ter contactado o gabinete de MCDT que, por sua vez, indicou que o MCDT tinha sido enviado para o Setor de Arquivo em julho de 2013 e integrado por uma funcionária afeta a este Serviço, o que de facto se veio a confirmar. No entanto, o MCDT não se encontrava arquivado devidamente, pelo que não foi enviado para a consulta. Neste sentido, o Setor de Arquivo esclareceu que cabe efetivamente a este Serviço registar os MCDT realizados no exterior no SONHO para permitir a distinção daqueles que são remetidos para a consulta externa diretamente pelo Gabinete de MCDT. Paralelamente, para a gestão interna do Arquivo, o mesmo registo é realizado no módulo de gestão de entradas e saídas do Arquivo, permitindo

aos colaboradores verificar a partir do sistema quais os MCDT integrados no processo, de modo a evitar a necessidade de se verificar fisicamente o processo. Este procedimento foi implementado em abril de 2011, tendo-se registado benefícios na comunicação entre o gabinete de MCDT e o Arquivo, bem como a correta disponibilização dos MCDT realizados no exterior da consulta de Ortopedia, não se tendo assinalado até à data qualquer NC relativamente a este aspeto. Antes da comunicação da NC o Setor de Arquivo tinha já detetado que a tarefa em questão foi realizada temporariamente por um funcionário que não o usual neste procedimento, tendo-se verificado que durante duas semanas os registos módulo de Arquivo não tinha sido realizado de forma sistemática. Neste sentido, antes da NC assinalada, contactou-se o coordenador dos Secretariados do CAM para o precaver de possíveis falhas no período de ausência da funcionária afeta à tarefa de registo dos MCDT. Na altura do envio da NC a situação já estava em fase de correção.

Relativamente à terceira NC, em agosto de 2013 um médico da consulta de Reumatologia alegava a impossibilidade de realizar relatórios médicos para resposta a ofícios por não lhe terem sido enviados os processos clínicos que já tinham sido pedidos. Nestes casos cabe ao Setor de Arquivo verificar a requisição manual (ver anexo C) preenchida pelo médico e verificar se está devidamente preenchida, ou seja, se tem os fins a que se destina a requisição dos processos, a referência ao número do pedido e a assinatura do médico. Quando o Arquivo verifica que o médico requisitante não colocou o número de pedido na requisição, cabe a este Serviço, a partir do ND dos processos clínicos pedidos, verificar se existe algum pedido na BD de acesso à informação, com vista a encontrar o número do pedido e colocá-lo na requisição manual, dando seguimento ao pedido do médico da especialidade. A requisição apenas é devolvida ao médico quando se verifica que o médico requerente não enviou a requisição manual assinada (assinatura e número da ordem dos médicos ou carimbo) ou não referiu os fins a que se destina a requisição dos processos.

No caso específico, não foi possível apurar se a requisição manual regressou novamente ao Arquivo com os campos devidamente preenchidos. Para evitar que novos casos similares se repitam, propõe-se efetuar uma requisição no sistema, ao invés da tradicional requisição manual, que como se verificou, pode ser facilmente extraviada. A plataforma que atualmente mais se aproxima de uma concretização na melhoria do processo de resposta a pedidos de acesso à informação é a J.Info, com o seu desenvolvimento e implementação prevê melhorar o processo de comunicação interna associados à manutenção de pedidos.

**Tabela 25 - Levantamento das NC dirigidas ao Setor de Arquivo e Acesso à Informação e respetiva Medida Corretiva**

Serviço	Identificação do problema	Ação imediata	Ação desenvolvida			Despoletou medida corretiva	Identificação do erro
			Eficaz	Ineficaz	Indeterminado		
<b>Não Conformidades (NC)</b>							
Cardiologia Pediátrica	Falta de processo de Cardiologia Pediátrica	Contactar Arquivo e verificar as listagens de protocolos do Serviço		X		Verificar as listas de protocolos do AC e do Serviço de Cardiologia Pediátrica; Conferir entrada do processo no sistema de entradas/ saídas do AC	O processo não dera entrada no Arquivo, mantendo-se no arquivo paralelo do Secretariado ou em posse do médico
Ortopedia	Falta de MCDT na consulta de Ortopedia	Contactar o gabinete de MCDT e o AC no sentido de apurar em que Serviço se encontrava o MCDT	X			Contactar o coordenador dos Secretariados do CAM no sentido de o precaver de eventuais falhas durante a revisão dos registos realizados no período de ausência do funcionário afeta a esta tarefa	Erro de um funcionário que faz o registo de MCDT no módulo de Arquivo
Reumatologia	Impossibilidade de efetuar relatórios médicos por falta dos processos clínicos	Enviar a requisição manual ao médico requerente para este colocar os fins a que se destina a requisição dos processos		X			Não foi possível confirmar se a requisição manual foi devolvida ao AC

Relativamente às ocorrências chegadas ao Setor de Arquivo, também estas nos importam aqui analisar, com vista a fazer o levantamento dos principais constrangimentos verificados ao nível das falhas do AC, tendo por finalidade propor algumas sugestões de melhoria e ações corretivas.

A primeira reporta um caso de uma utente que requeria anular todas as consultas marcadas relativas ao progenitor que tinha falecido, entrando em contacto via telefone com a Central de Consultas. Este pedido foi-lhe negado pelo CAM pois alegaram que a utente deveria fazer chegar ao CHSJ o registo de óbito para comprovar a veracidade do pedido. A reclamação da utente prendeu-se com o facto de o progenitor ter falecido no CHSJ e por esse motivo o óbito devia já estar registado no SONHO.

De acordo com o esclarecimento prestado pelo Arquivo, em situação de falecimento de um doente na unidade hospitalar do CHSJ, o óbito é registado no sistema pelo médico ficando acessível a todos os colaboradores. Nestes casos, os familiares não necessitam de apresentar a documentação de óbito. Foi também verificado que nas listagens de óbitos emitidas pelo Arquivo para a desmarcação de consultas, o doente em questão constava efetivamente na lista, tendo sido enviada indicação ao CAM para proceder à desmarcação de consultas deste e de outros doentes registados como óbito. Salienta-se que a desmarcação foi efetuada apenas um mês depois de o CAM ter sido notificado pelo Setor de Arquivo neste sentido. O AC esclarece ainda que, o acesso ao óbito pelo módulo de ID do SONHO, não permite detetar se se tratam de óbitos que foram alvo de registo hospitalar ou se, por outro lado, se tratam de registos efetuados administrativamente por apresentação do registo de óbito. Nestes casos, a Central de Consultas deve confirmar a situação de óbito no RNU ou, em alternativa, solicitar a colaboração de um funcionário do AC, com vista a esclarecer eventuais dúvidas nestas situações.

A segunda ocorrência chega ao AC por indicação do CAM, que reporta a insatisfação dos utentes no processo de entrega da correspondência. Tendo-se verificado que existem utentes que alertaram para o facto de estarem a receber a correspondência depois da data da consulta, o que implica que muitas vezes as consultas tenham de ser remarcadas por falta de comparência do doente, o CAM vem alertar o Setor de Arquivo para a prestação do Serviço de Correios. Atente-se neste ponto que a correspondência recebida pela Secretaria Geral para expedir para o exterior é enviada no mesmo dia em que é recebida, desde que a mesma chegue até às 16h30. A Secretaria Geral expede as cartas, contabilizando o volume de correspondência expedida por Serviço por tipo de correio. As cópias do comprovativo de expedição da correspondência apenas é enviado

ao Serviço quando o conteúdo assim o justifica, não sendo de todo exequível manter um registo sistemático das convocatórias expedidas à unidade.

Pelo que foi possível clarificar por parte do Arquivo relativamente à ocorrência em causa, o motivo do atraso da correspondência deveu-se aos constrangimentos sentidos por motivo de greve dos CTT. Embora se tenha verificado que a tarefa de levantamento e entrega de correspondência tenha decorrido com normalidade, registaram-se perturbações em pontos de distribuição que possivelmente afetou o tempo de entrega na área de residência dos utentes em questão. Com vista a controlar ais efetivamente as convocatórias expedidas para os doentes, a Secretaria Geral passou a registar o dia e o mês em que as cartas são expedidas. Esta medida permitirá ao CHSJ atribuir responsabilidade relativamente ao atraso na entrega do correio expedido.

A última ocorrência sucedida entre o ano 2013/ 2014 reporta-se a um caso de denúncia de posse de um processo clínico por parte de um utente do CHSJ. Nesta situação competiu ao Arquivo localizar o processo clínico em questão, tendo-se verificado que o processo se encontra à guarda deste Serviço. Na linha de esclarecimento da ocorrência ao utente queixoso, competiu ao Arquivo elucidar o utente que, atualmente, com a integração de melhores práticas ao nível da organização, do controlo dos processos e da informatização dos Serviços de Arquivo, a prática que vinha sendo usual há uns anos atrás de fornecer o processo clínico ao funcionário respetivo caiu em desuso.

**Tabela 26 - Exposição e esclarecimento das ocorrências reportadas ao AC**

<b>Entidade que alerta para a Ocorrência</b>	<b>Identificação do problema</b>	<b>Esclarecimento por parte do AC</b>	<b>Medidas de melhoria</b>
<b>Ocorrências</b>			
Utente CHSJ	Foi negada a desmarcação das consultas de um familiar falecido no CHSJ e que já estava registado como óbito no sistema	Um doente falecido no CHSJ é registado pelos médicos como óbito ficando esta informação disponível a todos os colaboradores.	
Direção do CAM	Receção de correspondência tardiamente por parte dos utentes	Ocorrência de perturbações na distribuição do correio via CTT por motivo de greve	A Secretaria Geral começou a colocar no envelope em todas as cartas expedidas a indicação do dia e mês em que saiu do CHSJ
Utente CHSJ	Denúncia de posse de processo clínico por parte de um utente	O processo clínico dado como extraviado encontra-se à guarda do AC	Organização dos processos clínicos, controlo das entradas e saídas dos processos, informatização do Serviço de Arquivo

Tendo por base a análise das NC acima expostas e analisadas, verifica-se que para todas elas foram tomadas medidas imediatas no sentido de corrigir a falha, tendo-se verificado que, duas NC se ficaram a dever a erros humanos. No que concerne às ocorrências, nenhuma delas se ficou a dever diretamente ao Setor de Arquivo, competindo a este, nas situações acima expostas, realizar um parecer.

Também no Setor de Arquivo, frequentemente são detetadas ocorrências anómalas no decorrer de todo o processo de circuito de arquivo e acesso à informação. No presente ano, com a ajuda dos colaboradores do arquivo, foram registadas duas ocorrências que passamos de imediato a expor. No sentido de não identificar doentes e médicos, garantindo assim a segurança e confidencialidade dos dados em questão, opta-se por assinalar simbolicamente estas duas figuras como “y” e “x”.

No dia 29 de abril de 2014 o Secretariado Z especialidade de Y deu como não entregue um processo clínico que tinha sido enviado pelo Arquivo Clínico a este Secretariado no dia anterior (28 e abril de 2014). O mesmo Secretariado assinalou nas listagens de protocolos dos médicos que o processo com ND “xxxxxxxxx” tinha dado entrada para a consulta agendada para o dia 29 de abril de 2014 para a consulta do médico “A”. No entanto, às 16h45 deste dia o Secretariado reclamou ao Arquivo Clínico que o processo supracitado não tinha sido entregue para a consulta, o que fez com que 5 funcionários do Arquivo Clínico tivessem de se deslocar ao Secretariado de Consulta de Z para procurar o processo. Sucedeu que o processo estava caído na mesa da sala de consulta do médico “A”, o qual o encontrou já quando os funcionários do Arquivo Clínico estavam no Secretariado.

Pelo facto de os funcionários afetos ao Secretariado de Consulta de Pediatria terem assinalado o dia 28 de abril de 2014 a entrada no processo com ND “xxxxxxxxx” para a consulta agendada no dia 29 de abril de 2014 com o médico “A”, a causa de extravio do processo clínico não poderia ser atribuída ao Arquivo Clínico, e nunca sem antes procurarem devidamente o processo clínico em falta no consultório do médico, como tal não se verificou. O erro cometido por este Secretariado fez com que fosse necessário dispensar 5 funcionários que estavam ao serviço do Arquivo Clínico, intervalando as suas funções para responder ao pedido urgente do Secretariado mencionado, que se veio a constatar desnecessário. Sabendo-se que cabe aos funcionários dos Secretariados de Consulta, entre outras funções, a distribuição e recolha dos processos pelos respetivos médicos, bem como a sua salvaguarda, os funcionários afetos ao Secretariado de Consultas da especialidade de Z deveriam ter procurado o processo clínico extraviado no consultório do médico em questão, e só depois, caso se verificasse que, de facto, o processo estava dado como extraviado ligavam para o Arquivo Clínico a

expor o sucedido de modo a que o Arquivo Clínico pudesse ser útil na medida do possível.

Uma outra situação reportada aponta para uma falha humana ocorrida pelos colaboradores do AC. No dia 16 de junho do presente ano, no processo de preparação dos processos clínicos para as consultas externas de dia 19 de junho, um funcionário alocado ao espaço de depósito do Piso 1, onde se encontram os registos clínicos datados entre 1992-1998, por erro de leitura de um dígito, retirou um processo que não estava requisitado para consulta e enviou-o para o espaço do Piso 01 onde se faz a preparação dos processos para serem posteriormente enviados para os respetivos Secretariados. Também os colaboradores afetos a este espaço, quando estavam a conferir os processos clínicos nas listagens de protocolos para prepararem os carros, não detetaram o erro e enviaram o processo para a consulta. Dois dias depois, no dia 19 de junho, este processo que foi erradamente enviado para uma especialidade estava a ser requisitado para uma consulta de Dermatologia. Todavia, como tinha sido enviado para uma consulta que não necessitava efetivamente dele, os funcionários do AC viram-se forçados a procurar o processo clínico nos espaços de depósito com vista a enviá-lo atempadamente para a consulta de Dermatologia.

Desta feita, uma vez que o processo em questão não tinha nenhuma requisição até à data 19 de junho, não foi possível dar entrada no módulo de arquivo do SONHO, pelo que a sua entrada devia ter sido feita manualmente no campo de observações do sistema.

Atualmente, como se verificaram algumas situações deste género, principalmente para ofícios, uma vez que o processo é requisitado por um processo manual, estas ocorrências são contabilizadas e registadas.

Tabela 27 - Exposição e esclarecimento das ocorrências reportadas pelo AC

Serviço	Identificação do problema	Ação imediata	Ação desenvolvida			Despoletou medida corretiva	Identificação do erro
			Eficaz	Ineficaz	Indeterminado		
Secretariado de Consulta de Z	Extravio de um processo clínico no Secretariado	Ligar ao AC com vista a determinar a localização do processo	X			Cinco funcionários do Arquivo dirigiram-se ao Secretariado de Consulta Z para verificar se o processo não tinha sido entregue	Os funcionários afetos ao Secretariado de Z não procuraram o processo em questão no próprio Secretariado e no gabinete do médico
Setor de Arquivo e Acesso à Informação	Envio de um processo para a consulta que não o requisitado, que dois dias depois estava a ser requisitado efetivamente para uma consulta de Dermatologia	Procurar o processo clínico nos espaços de depósito do AC	X			Contabilizar todos os processos sem requisição no sistema que saem do Arquivo; Alertar para o facto de conferir simultaneamente nas listagens de protocolos e no processo clínico o nome do doente e o ND	Falha ao nível dos colaboradores do Setor de Arquivo e Acesso à Informação na preparação dos processos clínicos para as consultas externas, por erro de leitura de um dígito

Tendo presente que não é feita regularmente uma monitorização de anomalias registadas no Setor de Arquivo, propõe-se neste sentido, avaliar periodicamente todos os processos do Setor de Arquivo através do controlo dos trabalhos realizados, e promover o empenho dos colaboradores e a sua formação na deteção de anomalias, tendo em vista o registo de fichas de ocorrências. Estes registos devem servir, posteriormente, para solucionar as anomalias apresentadas e anular, se possível, a sua origem, por forma a garantir que os processos ocorram conforme planeado.

### 5.3. Ações de melhoria

#### 5.3.1. Espaço de armazenamento da documentação do Arquivo

Desde 1959, o ano de criação do Serviço de Arquivo e Estatística, até ao ano de 1998 os processos clínicos eram arquivados em processos de formato A5, o formato adotado na altura. Como se pode averiguar acima, estes processos encontram-se depositados em dois espaços de armazenamento afetos ao Arquivo, encontrando-se os anos de 1959-1991 no Piso 02 do Arquivo e os anos 1992-1998 no Piso 1 do mesmo Serviço. O SAAI possui 67 espaços de armazenamento divididos pelos espaços do CHSJ, entre garagens, salas, corredores ou outros, entre espaços de arquivo clínico e não clínico. Para o estudo em questão, interessa-nos focar em apenas 5:

**Tabela 28 - Espaços de armazenamento da documentação clínica do Setor de Arquivo e Acesso à Informação**

Designação do espaço de armazenamento de documentação	Área útil do espaço de armazenamento com documentação (m2)	Dimensão total da documentação armazenada (m.l.)	Dimensão da documentação acumulada e não tratada (m.l.)	Espaço disponível para armazenamento de documentação (m.l.)
Piso 01 – Arquivo Central 2007-atual	290	799	14	0
Piso 02 – Arquivo Clínico 1959-1991	105	989	0	45
Piso 02 – Arquivo Clínico 2002-2006	175	1417	0	0
Piso 1 – Arquivo Clínico 1992-1998	113	1041	0	74

Designação do espaço de armazenamento de documentação	Área útil do espaço de armazenamento com documentação (m <sup>2</sup> )	Dimensão total da documentação armazenada (m.l.)	Dimensão da documentação acumulada e não tratada (m.l.)	Espaço disponível para armazenamento de documentação (m.l.)
Piso 1 – Arquivo Clínico 1999-2001	101	776	0	0
Piso 02 – Arquivo Clínico Cirurgia Torácica	14	65	0	0

A principal desvantagem dos processos em formato A5 passa pela necessidade de dobrar os documentos que o processo clínico contenha o que, por conseguinte, fará com que seja alocado um espaço maior para o seu arquivamento. Não obstante, estes processos estavam pensados nos formatos da altura, sendo que os formulários eram dobrados desta forma ou consistiam em fichas dimensionadas ao tamanho deste processo. Este formato pequeno do processo clínico contribuiu ainda para que os processos de cardiologia e outras especialidades fossem arquivados separadamente do restante processo clínico do doente, uma vez que o seu tamanho ultrapassava o do processo clínico da altura, e os mesmos não podiam ser dobrados por possíveis danos que poderiam vir a causar ao processo em causa. Para ultrapassar estes constrangimentos e localizar os processos de doentes que têm processo de cardiologia e cirurgia torácica, arquivados fisicamente à parte, atualmente é colocado no processo uma folha que remete para a existência de registos cardiologia ou CCT arquivados à parte a considerar. A partir de 1999, com os processos clínicos em formato A4, os processos de cardiologia passaram a ser integrados juntamente com o restante processo clínico do doente, sendo que apenas em 2011 foram integrados no Arquivo.

Analisando a Tabela 28 - Espaços de armazenamento da documentação clínica do Setor de Arquivo e Acesso à Informação, de facto, o depósito com mais documentação armazenada, em metros lineares (m.l.), é relativo ao depósito do Arquivo que armazena os processos de 2002 a 2006. Contudo, como se constatou acima, está evidenciado que os processos em formato A5, cujos espaços de depósito estão assinalados na Tabela 28 - Espaços de armazenamento da documentação clínica do Setor de Arquivo e Acesso à Informação a sombreado, são aqueles em que está instalado mais documentação em m.l.. Tendo em consideração a área útil de armazenamento com documentação, em metros quadrados (m<sup>2</sup>), todos os espaços apresentam, em média a mesma área, não sendo possível assinalar um que se distancie do valor de outros. Por este facto, está mais uma vez comprovado que os processos clínicos em formato A5 ocupam um maior

volume na área de armazenamento da documentação. Não obstante, deve-se assinalar que, dos 55 anos de existência do CHSJ, o processo em formato A5 esteve em uso de 1959 até 1998, e o formato A4 desde 1999 até 2014, tendo presente a introdução do PCE em 2005 e a gradual diminuição do papel.

Com vista a reduzir o volume ocupado pelos processos, propõe-se a promoção do processo de digitalização de processos clínicos de doentes ativos do CHSJ, com vista a maximizar o acesso e reduzir o volume ocupado por estes processos, permitindo a sua instalação em espaços de arquivo de reduzida utilização.

O aumento de variedade de MCDT e a diversidade de formatos com que diariamente o Setor de Arquivo se depara, assim como o elevado número de documentos diários a serem integrados nos processos, ocasionou situações de acumulação de exames por arquivar, sendo que muitos se foram perdendo (Gonçalves, 2011). Atualmente isto já não acontece, pois todos os documentos e MCDT recentes são arquivados no próprio dia, sendo que apenas os registos retrospectivos podem ser arquivados nos dias seguintes. Não obstante, assiste-se atualmente a uma tendência decrescente na área dos MCDT (-1,8% que em 2012), sobretudo graças à otimização dos serviços que o CHSJ disponibiliza ao utente, não só no que concerne à estrutura tecnológica mas também na redução de exames redundantes, e à diminuição verificada nas linhas de produção da Urgência e Hospital de Dia (Centro Hospitalar de São João, 2013h). Verificou-se que em 2013, as linhas de produção com mais peso na requisição de exames são o Internamento (37,1%), a Consulta Externa (43,5%) e a Urgência (15,6%) (Centro Hospitalar de São João, 2013h). Os MCDT requisitados ao exterior têm vindo a diminuir ao longo dos anos, assinalando-se que os serviços de Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação e Radiologia representam 85% do total da produção de MCDT realizados no CHSJ. Relativamente aos MCDT realizados no exterior, as linhas de produção que mais requisitam estes exames são a Consulta Externa com 87% da produção e o Internamento com 12%. Das especialidades que mais requisitam estes exames ao exterior encontram-se os exames de Ressonância Magnética (29%), Patologia Clínica (22%) e Exames de Transplantação (+45%), Genética Médica (+24%) e Radiologia (+15%) (Centro Hospitalar de São João, 2013h).

Tal como atrás afirmado, os MCDT realizados no exterior implicam muitas vezes que estes sejam arquivados separadamente do processo clínico, uma vez que o seu formato assim o obriga. Tendo-se verificado que especialidades, de que é exemplo a Ortopedia, apenas pediam a requisição do processo quando este continha MCDT, o Arquivo substituiu as habituais listagens por umas alternativas, em que as especialidades de Ortopedia e Ortopedia Infantil apenas incluem processos de doentes com MCDT

pedidos na última consulta ou na anterior, caso o doente tenha faltado à última. Esta medida foi implementada após o diálogo com os responsáveis da consulta, e permitiu racionar o número de processos que vão para a consulta, com base na análise daquilo que o profissional de saúde faz com o processo. Dentro das especialidades que pedem os processos com MCDT incluem-se também a Oftalmologia, grande parte das especialidades de Obstetrícia (exceto Obstetrícia – Nutrição), Medicina Física de Reabilitação, entre outras (Gonçalves, 2011).

Considerando a futura desmaterialização dos MCDT, será possível redesenhar o procedimento de envio dos MCDT às consultas, por forma a dispensar o papel e melhorar a eficiência, contribuindo para uma melhor qualidade de serviço ao utente. Isto vai permitir garantir a segurança dos MCDT e evitar que sejam extraviados, como acontece frequentemente, principalmente nas situações em que se verifica que o médico fornece o MCDT ao doente. Com a referida medida pretende-se diminuir as perdas de MCDT, garantindo a qualidade na prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais.

Tendo presente a elaboração de medidas preventivas no sentido de diminuir a perda de MCDT, e sabendo-se que o circuito do MCDT vindo do exterior passa pelo Gabinete de MCDT e segue para a Consulta – no caso de a consulta não estar agendada para breve – ou para o Setor de Arquivo, sendo que o mesmo pode nem chegar a passar pelo Arquivo no caso de seguir de imediato para a consulta e não regressar dela, o processo de desmaterialização deveria ocorrer logo no Gabinete de MCDT por forma a garantir que todos os MCDT, independentemente de chegarem ao Arquivo ou não, possam ser integrados no PCE SClínico. Nesta linha é aqui proposto pensar no desenvolvimento de uma plataforma eletrónica que permita a transferência e integração dos MCDT para suporte digital.

### **5.3.2. Armazenamento e recuperação da informação**

Na estratégia definida pelo Ministério para a área da informatização clínica das instituições do SNS, insere-se o SClínico, resultante da união entre o SAM e o SAPE, para que daqui resulte uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde. No CHSJ, este sistema está em prática desde outubro de 2013. Neste momento, está pensado no CHSJ um processo de implementação do SONHO v.2 que prevê rever algumas anomalias registadas na primeira versão deste sistema, no sentido de melhorar a prestação dos funcionários, incluindo os que trabalham com o módulo de Arquivo durante a preparação e verificação dos processos clínicos para as consultas. O Hospital de Santarém foi a instituição piloto na implementação da nova versão do SONHO, a Março de 2013. Esta nova versão procurou cobrir constrangimentos que se

verificaram ao nível das unidades hospitalares, resultado da obsolescência da aplicação anterior, de entre os quais, problemas de processos nas bases de dados, dificuldade de integração com outros sistemas e problemas de vulnerabilidade e de segurança da informação (SPMS, 2014). Além deste, também o Hospital Garcia da Orta, em Novembro do mesmo ano implementou esta nova versão do SONHO, sendo que, de acordo com informação da SPMS, o processo de migração para o novo sistema correu em conformidade com o esperado (SPMS, 2014).

O módulo de arquivo do SONHO é apontado como a ferramenta chave na gestão dos processos clínicos durante o seu ciclo dentro do CHSJ. Este sistema apoia o circuito de entradas e saídas dos processos: (i) regista por leitura ótica a entrada dos processos, (ii) regista as requisições, (iii) permite um maior controlo dos processos funcionais, na obtenção de estatísticas, avaliação do desempenho do Serviço e responsabilização dos funcionários. Não obstante apresenta algumas falhas que os funcionários do arquivo apontam na execução diária das suas tarefas. Ao longo da análise desta aplicação, apontam-se as falhas mais consideradas pelos funcionários e possíveis ações de melhoria que possam vir a ser introduzidas na nova versão desta aplicação.

O atual processo de entrega e recolha dos processos clínicos é feito com o apoio do módulo de arquivo do SONHO (ver Figura 44 - Módulo de Arquivo do SONHO), onde é registada a requisição de um processo sempre que este seja necessário para uma consulta, e dá-se a sua entrada sempre que o mesmo regressa.

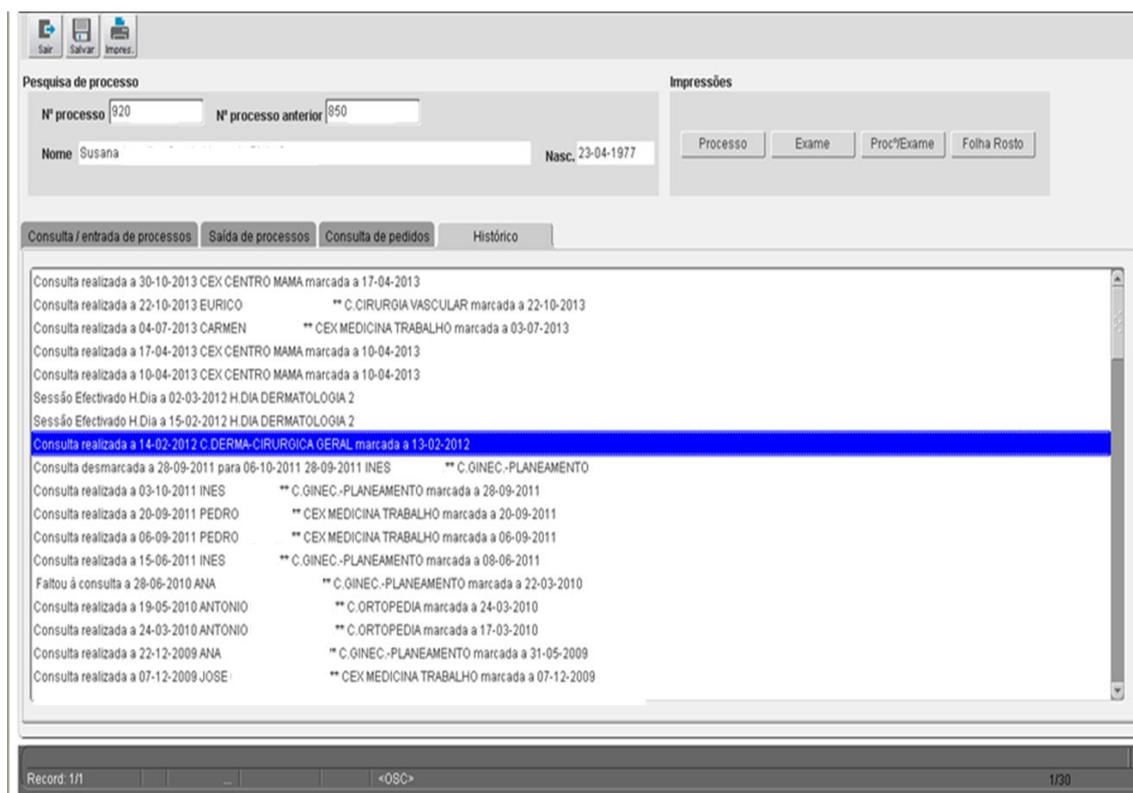
The screenshot displays the 'Módulo de Arquivo' interface of the SONHO system. The window title is 'Arquivo clínico - SUSANA ANGELICA GOMES'. The interface includes a search section with fields for 'Nº processo' (002) and 'Nº processo anterior', and a name field 'Nome: Rosa' with birth date 'Nasc. 13-10-1940'. There are buttons for 'Processo', 'Exame', 'Proc\*Exame', and 'Folha Rosto'. Below this is a navigation bar with tabs: 'Consulta / entrada de processos', 'Saída de processos', 'Consulta de pedidos', and 'Histórico'. The main area is titled 'Consulta' and shows 'Dados da requisição' for a process completed on 28-01-2014 at 05:05. The requisitioner is 'Gestor De Sistema'. The reason is 'Consulta Externa (Automati...)', episode number 524, and requisitioner 'PEDRO' from 'C.REUMATOLOGIA GERAL'. There are fields for 'Data entrada processo', 'Sala arquivo', 'Nº estante', and 'Sala imagiologia'. A 'Confirmar' button is present. At the bottom, there is a status bar showing 'Record: 1/?' and '1/30'.

Figura 44 - Módulo de Arquivo do SONHO

Além disto, os funcionários responsáveis pelos diferentes depósitos registam manualmente nas listagens as saídas e entradas dos processos. Quando nestas listagens se verifica que um processo não foi devolvido, regista-se no módulo de gestão de entradas e saídas dos processos e faz-se uma requisição com o nome do médico que tem os registos clínicos, e o objetivo da consulta dos registos, no caso de requisições para outros fins.

Entre janeiro e março de 2013 o Setor de Arquivo e Acesso à Informação solicitou a diversos Serviços médicos a devolução de processos clínicos que registavam estar requisitados para aquelas especialidades. Tendo por base a análise destes ofícios internos para localização do processo clínico nas consultas externas, podemos já enunciar que não existe nenhuma especialidade que se destaque como sendo a que mais requisita processos e não os devolve. Neste sentido, pediu-se aos médicos em questão a devolução dos processos clínicos em suporte papel para a integração de novos registos que, entretanto, deram entrada no Arquivo. Em alternativa, o médico deveria reportar que não possui o processo para que seja criada 2ª via. Entre as datas referidas foram analisados 18 pedidos de recuperação de processos clínicos, dos quais 5 são processos com registo de óbito, pelo que não foi criada a 2ª via, embora nenhum dos médicos em questão tenha referido ter o processo em sua posse. Além destes, 6 médicos alegaram ter em sua posse o processo clínico referido, devolvendo-o ao Arquivo, onde foi posteriormente integrado. Destes, três referem-se a requisições do ano de 2013, e os restantes do ano de 2010, 2011 e 2012. Os últimos 7 pedidos de recuperação do processo clínico são situações em que os médicos apontam não ter em sua posse o referido processo, pelo que foi criada uma 2ª via para cada um destes, registando no SONHO a perda de uma 1ª via do processo e a ID dos profissionais que requisitaram os processos.

É a partir do histórico que muitas vezes se consegue localizar o processo clínico em falta, uma vez que sempre que uma consulta é agendada no SONHO o processo da consulta adquire o estatuto de requisitado. Neste separador é possível verificar as consultas marcadas e desmarcadas, e ainda as faltas do doente (ver Figura 45 - Histórico do módulo do SONHO).



**Figura 45 - Histórico do módulo do SONHO**

Nas situações em que se verifica que, de facto, o processo está em falta, os funcionários assinalam as faltas nas listagens de protocolos para que os processos sejam recuperados o mais rapidamente possível e enviados atempadamente para as consultas externas. Além de outros fatores, estas faltas podem ficar a dever-se à inexistência de informação clínica em suporte papel, ou então, por estar requisitado para uma consulta anterior e ainda não ter voltado. No pior dos cenários o processo clínico pode, por engano, ter sido mal arquivado. No entanto, geralmente o processo já se encontra requisitado e desta feita, e além da informação constante no sistema, encontra-se no local do processo uma requisição manual, que deve ter os seguintes campos preenchidos: (i) tipo de registo (episódio de internamento, processo de consulta ou ficha de urgência, (ii) nome e número do doente, (iii) para que fins o processo se encontra requisitado: médico/ prestação de cuidados ou investigação, (iv) os dados de identificação do requisitante e a respetiva assinatura.

Para além da consulta externa, o processo pode ser requisitado para outros fins. Entende-se por outros fins: (i) RAI – Fins Judiciais<sup>38</sup>, (ii) RAI – Relatório médico/cópias<sup>39</sup>, (iii) resposta a reclamações<sup>40</sup>, (iv) declarações várias<sup>41</sup>, (v) análise do

<sup>38</sup> Todos os pedidos de processos clínicos para responder ao RAI contêm, por imperativo legal, um número de registo sequencial que deve constar na requisição do processo.

<sup>39</sup> Para reclamações registadas no Gabinete de Utente deve indicar-se o número da reclamação.

<sup>40</sup> Declarações de aptidão física e outras afins que não justificam o registo do RAI.

histórico clínico do doente; (vi) doente internado (indicar número de INT) e, (vii) doente em urgência (indicar número de URG).

Por condicionamento de espaço no Arquivo Clínico do CHSJ, existem processos que se encontram atualmente à guarda instituições externas ao hospital. Os processos que se encontram sob custódia da empresa de *outsourcing* são relativos a alguns processos de óbito, processos de internamento até ao ano de 2009 e os chamados *processos inativos*, ou seja, processos que não eram utilizados na prestação de cuidados de saúde ou que não tinham vinheta, e portanto não preenchiam o efeito de identificação. No Polo de Valongo estão arquivados os processos de óbito, e os processos de internamento relativos aos anos de 2010, 2011 e parte do 2012, sendo que atualmente se está a fazer a transferência dos restantes processos deste ano.

Requisições efetuadas	
Processo completo	Devolvido
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data entrada processo  
18-09-2013

EAD  
S/INFO  
ARQVAL  
OBIT-V

Nº estante

Confirmar

**Figura 46 - Localização do processo clínico através do SONHO**

Os processos clínicos que estão requisitados para as consultas externas são verificados e ordenados no Piso 01, sendo que os funcionários alocados para a gestão de depósitos e para o apoio à consulta externa tratam de os ordenar por Número do Doente (ND). A partir de 1999, com os processos já em formato A4, adotou-se um sistema de cores que visa facilitar a ordenação e distribuição dos processos clínicos de acordo com o depósito correspondente. Aos anos de 1999, 2004, 2008 e 2012 corresponde a cor preto, aos anos 2000, 2003, 2009 e 2013 a cor vermelho, aos anos 2001, 2006 e 2011 a cor verde, aos anos 2002, 2007 e 2010 a cor azul, e excepcionalmente o ano de 2005 a cor-de-rosa.

<sup>41</sup> Cada médico só poderá solicitar processos de doentes que estejam sob sua responsabilidade na consulta. É expressamente proibida a marcação de consultas com o objetivo único de aceder ao processo clínico do doente.

Os processos são entregues aos Secretariados das Consultas 24h antes da consulta juntamente com os protocolos que certificam os processos que foram entregues e aqueles que foram pedidos mas se encontram em falta. Este processo de distribuição dos processos para consultas externas é acompanhado por funcionários do Arquivo Clínico, sendo que, em algumas especialidades, devido à dispersão do espaço físico das mesmas para as consultas externas, esta tarefa é executada por funcionários da Central de Distribuição. Todos os processos que não sejam para o CAM são enviados a partir de caixas, por estafetas que não estão afetos ao Arquivo Clínico. Ao mesmo tempo recolhem-se os processos da consulta anterior, pelo que, em regra, os processos que saem do arquivo para as consultas externas regressam ao mesmo 24h depois. É de novo no Arquivo que os processos são conferidos tendo por referência as que foram anteriormente utilizados para preparar a consulta, por constrangimentos ao nível de espaço e à presença de doentes nos Secretariados da Consulta.

O processo de envio do processo clínico para a consulta externa é apenas verificado manualmente através de um visto que os funcionários colocam à frente dos processos clínicos listados nos protocolos das respetivas consultas.

Aponta-se aqui uma possível medida corretiva, no sentido de, da mesma forma que os processos quando regressam das consultas externas são registados através de leitura ótica, o que permite identificar o funcionário que realizou a ação e o espaço físico de entrada do processo, o mesmo processo deveria ser adotado quando os mesmos saem do arquivo clínico para os respetivos Secretariados de Consulta, existindo assim duas formas de verificar que o processo efetivamente saiu para a consulta.

Neste sentido veja-se o exemplo de sessões de Hospital de Dia, exames de quimioterapia, consultas marcadas que não se chegam a efetivar, ou seja, desmarcadas, que não obrigam a saída do processo do Arquivo Clínico, mas para as quais, por omissão, o sistema gera uma requisição. Sempre que se verifique alguma destas situações no histórico de requisições de um paciente, quando existir uma consulta que necessite efetivamente do processo clínico, não é gerada picagem de requisição, uma vez que o processo já se encontra requisitado.

A saída e entrada do processo no Arquivo Clínico, depois da prestação de cuidados, vai obrigar a que seja feita a marcação da devolução correspondente à requisição que está efetuada. Por outras palavras, todos os processos cuja requisição foi feita sem necessidade vão dar uma entrada fictícia, cuja data vai ser aquela em que o último processo que saiu efetivamente do Arquivo deu entrada. Para perceber melhor esta situação veja-se a Figura 47 - Requisições de processos clínicos no módulo do SONHO e verifique-se que existiu uma requisição de um processo que não foi devolvido,

correspondente a situações em que não existiu a necessidade de saída do processo do Arquivo, como se verifica na figura em baixo. Assim que o doente volte a ter uma consulta que necessite do processo clínico, e logo que o mesmo dê entrada no Arquivo Clínico, todos os campos em branco vão ser preenchidos com um visto e a data assinalada como a da sua entrada vai ser aquela do último processo que realmente foi requisitado para a consulta.

The screenshot displays the 'Dados da requisição' form in the SONHO system. The form is divided into several sections:

- Pesquisa de processo:** Fields for 'Nº processo' (920), 'Nº processo anterior' (650), 'Nome' (Susana), and 'Nasc.' (23-04-1977).
- Impressões:** Buttons for 'Processo', 'Exame', 'ProcºExame', and 'Folha Rosto'.
- Consulta / entrada de processos:** A tabbed interface with 'Consulta' selected.
- Requisições efetuadas:** A table with columns 'Processo completo' and 'Devolvido'. The first row is highlighted in blue.
- Dados da requisição:**
  - Requisitado a:** 13-02-2012
  - às:** 13:05
  - Tipo requisitante:** Consulta (Ana Maria Garcia)
  - Motivo:** Consulta Externa (Adicional)
  - Nº Episódio:** 41897648
  - Requisitante:** 33
  - Requisitante:** C.DERMA-CIRURGICA GERAL
  - Outros:** (Empty field)
  - Observações:** (Empty text area)
  - Devolvido em:** 15-02-2012
  - às:** 11:50
  - Footer:** Consulta em 14-02-2012 na sala PAV.F-SEC.A SALA \*
- Data entrada processo:** (Empty field)
- Sala arquivo / Nº estante:** (Empty fields)
- Sala imagiologia:** (Empty field)
- Confirmar:** (Button)

**Figura 47 - Requisições de processos clínicos no módulo do SONHO**

É importante que exista uma requisição do processo quer ele seja efetivamente necessário para a consulta quer, como casos que se exemplificaram acima, não se verifique esta necessidade. Desta feita, a entrada de um processo no Arquivo que regressa de uma consulta deve ser registado com a sua data de entrada, e não deve influenciar as datas de episódios anteriores onde não se verificou a entrada de processos, facto devido à sua dispensa para o efeito. Deveria ser gerada sempre requisição, tal como acontecia anteriormente.

Uma vez conferidos todos os processos, dá-se entrada dos mesmos no módulo de consulta através da leitura ótica do código de barras que tem cada processo. Depois disto, os processos são organizados por ND e arquivados nos respetivos depósitos. Sempre que um processo é acompanhado de um MCDT, introduz-se no SONHO, e acrescenta-se no campo das observações se este está disponível em formato papel, CD e/ ou película, e a data em que deu entrada no arquivo. Todas as faltas registadas ao nível de processos e MCDT são registados no módulo de requisição do SONHO e, em caso de o processo não retornar ao Arquivo, é enviado para o Secretariado da Consulta uma requisição, assinada pelo médico(a) em que acedeu em última instância ao

processo, ou se este não estiver presente, pelo funcionário do Secretariado. Existem situações em que os processos chegam mesmo a ser dados pelo médico ao doente, pelo que não vão conseguir mais ser recuperados pelo Setor de Arquivo. Reside aqui uma possível medida corretiva a ser aplicada no sentido de dar entrada através da leitura ótica dos MCDT que regressam das consultas. Da mesma forma que se verifica que o processo clínico é acompanhado de um código de barras, também os MCDT deveriam ter um, para que a sua entrada fosse dada através da leitura ótica, assim, da mesma forma que o processo clínico. Atualmente o registo de MCDT é feito apenas manualmente.

Uma das condicionantes mais apontadas foi precisamente o campo das observações deste módulo que apresenta um número limitado de caracteres, o que obriga a que os funcionários abreviem, por vezes em demasia, aquilo que necessitam de escrever, podendo originar ambiguidade na leitura por outros. A este facto acrescenta-se a necessidade de, sempre que um campo de observações esteja preenchido e lotado, o funcionário tenha de procurar outros que o permitam introduzir os dados que pretende, isto quando os existem. Caso se verifique que todos os campos estão preenchidos, os funcionários vêem-se obrigados a abreviar ainda mais aquilo que pretendem, de facto, escrever. Uma possível solução passaria pelo alargamento do número de caracteres do campo das observações, e a possibilidade de todas as notas apontadas neste campo aparecerem numa só caixa. Além desta opção a considerar, deveria ser criado um menu específico para registo de MCDT, gerado a partir do resumo clínico, no qual o Arquivo assinalasse as situações em que foi integrado um exame em suporte físico.

As consultas marcadas com menos de 72h de antecedência, designadas consultas adicionais, podem ser pedidas pelos médico a partir do SClínico, e a sua requisição é impressa diretamente no Setor de Apoio à Consulta Externa, a quem compete fazer a gestão deste pedido em função da hora de marcação da consulta em causa. Estes processos são preparados e enviados para as consultas a partir do Serviço de Guichet, onde um funcionário do Arquivo Clínico trata de enviar o processo à consulta, ou um funcionário do CAM desloca-se a este Serviço e leva o(s) processo(s) em questão. Em jeito de lembrete existe um impresso que regista o número dos processos e por quem foram levados, de modo a controlar mais efetivamente a circulação do processo a partir do momento que sai do Arquivo Clínico.

Além destas funcionalidades enumeradas, o SClínico permite carregar no PCE, na área de Gestão de documentos, informação clínica necessária para prestação de cuidados que se encontra no processo clínico do doente. Para realizar este procedimento deve-se

selecionar a pasta onde se pretende carregar o documento, utilizando as pastas existentes de acordo com a produção/ uso do documento (ver Figura 48 - Gestão de documentação no SClínico). De seguida, atribui-se uma descrição ao ficheiro, compostas por (i) designação do documento e (ii) data de produção (dd-mm-aaaa), por exemplo “Ecografia Ante pe esquerdo 27-12/2014”. O passo seguinte prende-se com a atribuição de uma designação ao ficheiro a anexar ao PCE: ND “xxxxxxx\_descricao do ficheiro\_dd-mm-aaaa.pdf”, por exemplo: “ND 95043066\_ECOGRAFIA ANTE PE ESQUERDO\_27-12-2012”. Só é permitido usar as pastas do Arquivo para carregar documentos que se encontram nos respetivos processos dos doentes.

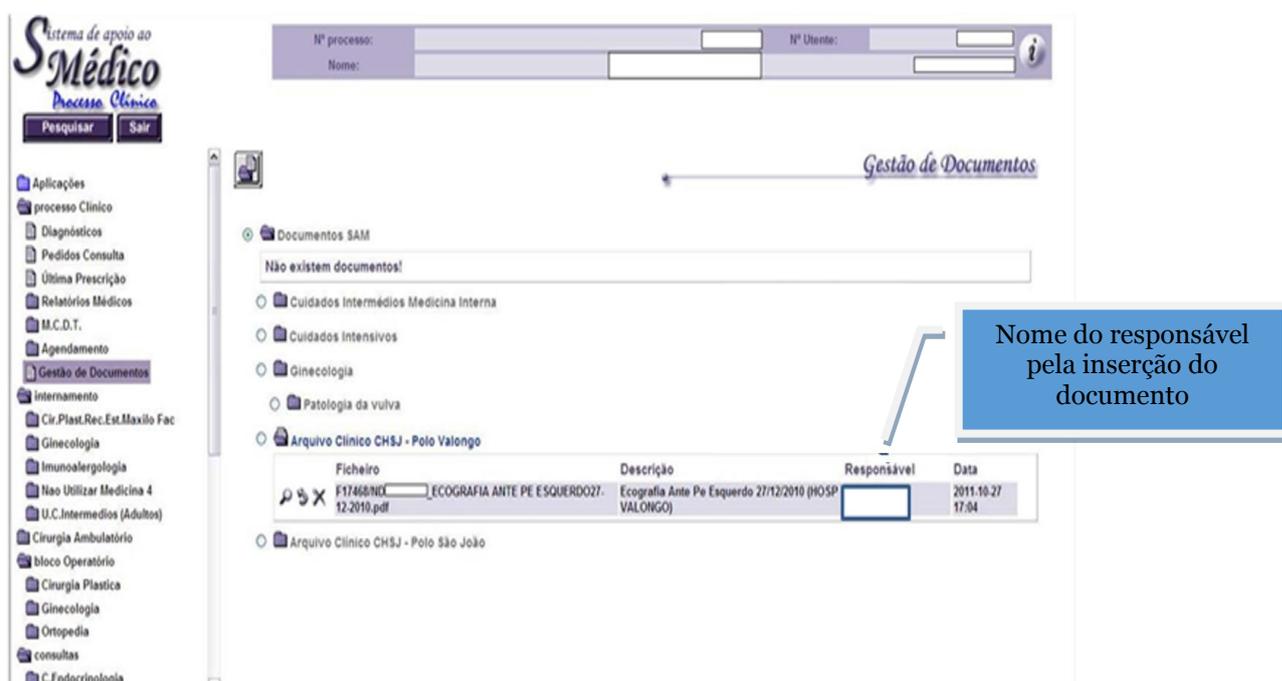


Figura 48 - Gestão de documentação no SClínico

No âmbito da elaboração do regulamento do Arquivo, importa que se analise:

1. Qual a informação clínica atualmente produzida/ armazenada em suporte digital e papel?
2. Quais as aplicações informáticas de produção e acesso à informação clínica?
3. Qual o papel do Serviço de Arquivo no circuito de produção, armazenamento e acesso aos registos clínicos da instituição (atuais e retrospectivos)?
4. Para além do módulo de entradas e saídas de Arquivo e Gestão Documental SClínico, que outras aplicações são usadas pelo Arquivo?
5. Quem pode fazer a inserção dos documentos?

### **5.3.3. Controlo dos equipamentos e instalações: análise e melhoria**

Na linha de análise dos principais constrangimentos do SGI, reporta-se o Relatório de Parecer Técnico do Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) – Higiene e Segurança no Trabalho (Vieira, Sousa, & Abreu, 2012) de 2012 que emite um parecer sobre a segurança contra incêndios em edifícios. O SSO efetuou uma medição ao nível das condições de segurança contra incêndios dos depósitos do AC, nomeadamente ao nível (i) de medidas de proteção passiva – estruturais e, (ii) medidas de proteção ativa – equipamentos.

Os resultados da avaliação mostram-se bastante negativos, e evidenciam a fraca capacidade de condições do AC no combate a possíveis ocorrências de incêndio. De entre as principais situações, enumeram-se as seguintes: o AC não possui sistema automático de deteção de incêndio, não existe sinalização relativa à indicação de caminhos de emergência e extintores, inexistência de plantas de emergência, janelas degradadas que se mantêm abertas após o período laboral, meios de combate a incêndios insuficientes e desadequados face ao material armazenado, falta de proteção da iluminação e proximidade com material combustível, neste caso o papel. Face ao exposto o SSO recomendou uma série de medidas que o Setor de Arquivo deveria ter em conta, mas que, ainda estão na sua maioria por concretizar, devido ao desinvestimento em equipamento para o Setor de Arquivo que se tem verificado e que foi mencionado na análise SWOT do ponto acima. Veja-se em seguida as recomendações sugeridas:

- a) Implementar sistemas automáticos de deteção de incêndios. Na impossibilidade de adotar esta medida, reforçar as rondas dos vigilantes nas zonas de espaços de depósito pertencentes ao Setor de Arquivo;
- b) Afixar, em locais visíveis, sinalização de segurança relativamente a procedimentos de evacuação, saídas de emergência e localização de extintores;
- c) Desobstruir as saídas de emergência;
- d) Afixar em todos os espaços de Arquivo uma planta de emergência, onde constem as vias de emergência que servem esses locais, os meios de alarme e os de primeira intervenção;
- e) Após o horário do expediente, fechar todas as janelas, por forma a limitar a quantidade de oxigénio (comburente) em caso de incêndio;
- f) Dotar as instalações de meios de extinção de incêndio de modo a que o agente extintor seja pó químico ou CO<sub>2</sub>;

g) Proteger todas as fontes de iluminação e afastá-las pelo menos 50cm do papel.

Durante o período de vistoria, foram também apontadas oportunidades de melhoria, como podemos observar na tabela abaixo:

**Tabela 29 - Oportunidades de melhoria no sistema de segurança contra incêndios nos espaços de depósito do Setor de Arquivo**

Observações	Oportunidade de Melhoria	Risco
Os extintores que existem em alguns espaços de depósito do AC ainda têm como agente extintor água, não sendo o mais adequado face aos materiais armazenados nestes espaços.	Substituir todos os extintores cujo agente extintor seja a água por extintores de pó químico ou CO <sub>2</sub> .	Perda de registos clínicos.
Insuficiência na largura das vias de circulação e evacuação.	Em futuras remodelações ou construções dever-se-á ter em conta a largura mínima (80cm) que permita um fácil acesso e evacuação dos espaços de depósito do AC.	Incêndio.
Falta de placas de sinalização dos instrumentos de extinção de incêndio	Formar o pessoal na utilização dos equipamentos e como agir em caso de incêndio.	Perda de vidas humanas.

**Fonte:** Vieira et al., 2012

Estas considerações foram também analisadas pela aluna no período de observação participante, em que teve possibilidade de verificar alguns constrangimentos ao nível dos extintores, das condições físicas do espaço, desde janelas partidas no Piso 02, a vias estreitas e de passagem condicionada, segurança e modo de acondicionamento e armazenamento da documentação, entre outros que adiante serão pormenorizadamente mencionados.

Se pensarmos na conservação dos processos clínicos como uma medida preventiva, podemos enumerar aspetos estratégicos a considerar em futuras remodelações dos espaços do Arquivo, de entre os quais: armazenamento e acondicionamento dos processos clínicos nos espaços de depósito, controlo da temperatura e humidade, segurança dos acervos a nível de incêndios, inundações, intrusão ou outros, proteção dos registos clínicos em circulação e máquinas de visualização de microfilmes.

A humidade é um fator ambiental crítico na preservação dos processos clínicos, sendo que frequentes e grandes flutuações nas condições ambientais devem ser evitadas. Num serviço de informação, as condições ambientais têm de ser inevitavelmente relacionadas com os recursos financeiros e técnicos. Na impossibilidade de instalar sistemas adequados na ambientação do Serviço, opta-se por medidas mais simples,

como desumidificadores, assegurar a boa circulação do ar através de janelas e ventoinhas. No Setor de Arquivo em questão, principalmente nos espaços de depósito localizados nos Pisos 01 e 02, a circulação de ar é mantida pelas janelas existentes, sendo que este método não é considerado muito eficaz, uma vez que, por serem locais de armazenamento com um espaço bastante limitado, as janelas não são suficientes para uma boa circulação de ar. Na impossibilidade de instalar sistemas de ar condicionado, o Setor de Arquivo possui em alguns espaços de depósito, ventoinhas que permitem arejar as salas e promover a circulação do ar rarefeito; e desumidificadores que serviram até agora para reparar alguns estragos em processos clínicos causados por pequenas inundações, mas que podem também ser utilizados para reduzir a humidade em áreas seriamente afetadas. Destaca-se neste sentido as instalações do Piso 02, sendo de assinalar que este espaço apresenta janelas que não fecham, falhas de isolamento, espaço entre estantes muito reduzido, condicionando a mobilidade dos colaboradores, extintores de água, estantes demasiado próximas de locais de saneamento.

Refere-se nesta linha de controlo das instalações do Arquivo, a iluminação como fator de decomposição química dos materiais orgânicos do Arquivo, sendo que as radiações ultravioleta são ainda mais perigosas. Neste sentido os níveis de luz devem ser mantidos tão baixos quanto possível, o que não se verifica, uma vez que as salas de depósito são também locais de trabalho onde se encontram os colaboradores, e por este motivo necessitam de luz. No que nos compete referir a este nível, no sentido de adotar medidas de prevenção dos processos clínicos, a luz das lâmpadas fluorescentes deve ser isolada com filtros adaptáveis UV. Nesta linha, também as portas e as janelas devem poder ser firmemente fechadas, o que não se verifica em todos os espaços de depósito do AC. Existem depósitos com janelas degradadas impossibilitadas de serem fechadas e janelas que não apresentam material isolante à sua volta, servindo isto para que existam alterações de temperatura.

Relativamente aos materiais de armazenamento e acondicionamento dos processos clínicos, estes devem assegurar o bom posicionamento das espécies e evitar manuseamento incorreto. Como foi visto ao longo do texto, o crescimento da informação clínica que afeta diariamente o Arquivo relativamente a questões de espaço, não permite que os processos clínicos estejam acondicionados devidamente, sendo que no processo de observação registaram-se algumas anomalias ao nível de excesso de processos clínicos por estante, tendo-se verificado que parte das boas regras de armazenamento foram desrespeitadas, como se pode enumerar: as prateleiras onde os processos se encontram acondicionados têm as margens afiadas, são demasiado baixas, estando demasiado perto do solo (maior possibilidade de destruição em casos de

inundações ou rompimento nas canalizações ou na rede de esgotos) e comprimem demasiado os processos clínicos obrigando a um maior esforço físico dos colaboradores e a uma maior probabilidade de degradação do processo e impedindo a circulação do ar. Além disto, as estantes devem estar a pelo menos 10 cm da parede, o que não se verifica nas salas de depósito. Relativamente ao registos em microfilme, durante o período de observação foi também possível verificar que as máquinas para visualização de microfilme se encontram obsoletas, sujeitando os próprios microfilmes a estragos. Neste sentido, já foram preparados alguns registos clínicos com vista a iniciar o processo de digitalização.

Os carrinhos para transporte dos processos clínicos para as consultas externas apresentam alguns constrangimentos por serem antigos e requererem manutenção frequentemente. Além disto, as beiras são demasiado baixas, apontando para uma maior possibilidade de perda dos processos no circuito de distribuição. Todos os colaboradores envolvidos no processo de distribuição dos registos clínicos para consulta externa são alertados para a utilização correta dos processos e dos equipamentos, não sendo esta medida eficaz quando existem meios materiais que não cumprem os requisitos. Eventuais medidas de recuperação dos carros de distribuição não estão previstas.

Pode concluir-se que o Arquivo apresente lacunas no processo de gestão dos processos clínicos, quer na sua circulação, quer no seu acondicionamento. Apesar destes constrangimentos estarem bem presentes nos planos de atividades de anos futuros, é necessário restringir tais planos às restrições impostas pela atual conjuntura económica do país, que afeta conseqüentemente o CHSJ.

#### **5.4. Indicadores de desempenho**

Ao longo dos últimos anos muitas foram as alterações introduzidas nos espaços de depósito dos processos clínicos, nomeadamente a alteração do modo de acondicionamento dos processos clínicos nas estantes que até 2009 não eram dispostos em Z. No espaço do piso -2 o acondicionamento dos processos clínicos ainda não está disposto em Z, por falta de espaço para realocar os processos que se encontram neste local. O facto de o arquivo estar disposto em Z veio permitir a diminuição do tempo alocado à localização dos processos clínicos nas estantes. Desde logo com a introdução do sistema SONHO em 1992 foi possível alterar o modo como o registo dos processos em falta é feito, sendo que as faltas dos processos são registadas neste sistema, evitando assim que os funcionários gastem tempo nesta tarefa e que tenham de se deslocar ao local onde o mesmo deveria estar arquivado. A maximização do uso dos *reports*

emitidos a partir do SONHO veio ainda permitir a impressão das listagens de acordo com as especialidades e até com os médicos individuais que utilizam os processos clínicos em papel, evitando o envio de processos que não são utilizados pelos médicos. Além destas melhorias, assinale-se que desde cerca de 2010 o SONHO passou ainda a ser usado para datar a entrada de MCDT realizados no exterior, registrando no campo das observações que este sistema fornece o formato em que está disponível: papel, CD e/ ou película, e a data em que deu entrada no arquivo.

Outra alteração verificou-se ao nível da criação de processos físicos para as primeiras consultas, sendo que, atualmente apenas é criado um novo processo no caso de existir produção de informação durante a consulta externa, ou seja, no caso de resultar documentação de uma primeira consulta de um doente, essa documentação é recolhida no Secretariado da especialidade respetiva pelos assistentes operacionais afetos ao Arquivo, a quem cabe posteriormente criar um processo clínico para o doente para integrar toda essa documentação relativa ao doente.

No âmbito do presente capítulo, tendo em vista a definição de indicadores que monitorizem o Setor de Arquivo, com vista ao processo de melhoria do SAAI, foi elaborada uma análise às listagens de protocolos dos espaços de depósito de 1992–1998, 1999-2001 e de 2002 até à atualidade. As listagens de protocolos analisadas incidiram sobre duas semanas do mês de janeiro de 2013 e 2014, duas semanas do mês de setembro de 2013 e uma semana do mês de fevereiro de 2014. Neste levantamento foram contabilizados os processos por semana que eram enviados às especialidades, os processos sem informação clínica (SIC), os processos que estão à guarda no polo de Valongo, as faltas registadas ao nível de MCDT, os processos enviados para consultas retrospectivas e os processos requisitados pelos médicos da especialidade.

**Tabela 30 - Levantamento dos dados relativos à análise das listagens de protocolos de todos os espaços de depósito**

	Data	Total	sic	VAL	Falta processos	Falta MCDT	Enviados
2013	7-11 Jan	8011	409	1545	69	6	303
	14-18 Jan	7817	414	1644	63	8	281
	9-13 Set	6026	547	1098	53	5	164
	16-20 Set	6612	600	1313	39	12	205
	<b>Total</b>	28466	1970	5600	224	31	953
	<b>Média</b>	7117	493	1400	56	8	238
2014	6-10 Jan	7383	783	1404	43	5	199
	20-24 Jan	7429	785	1448	60	15	265
	10-14 Fev	7234	779	1364	52	16	239
		<b>Total</b>	22046	2347	4216	155	36
	<b>Média</b>	7349	782	1405	52	12	234
<b>Média (2013/2014)</b>		7216	617	1402	54	10	237

Como podemos analisar a partir da tabela, por semana, em média, o SAAI prepara cerca de 7216 processos, isto é, uma média de 1443 processos clínicos preparados por dia. Destes, cerca de 54 processos por semana não regressam ao arquivo depois de efetivada a consulta e conferidos os protocolos. Nestes casos, é preenchida uma requisição dirigida ao médico da especialidade (ver anexo C) na qual o processo clínico ficou retido, no sentido de o precaver da importância da devolução dos processos clínicos, sempre que termina a consulta. Atualmente, sempre que se regista uma falha a este nível é feita uma requisição enviada para os médicos no sentido de reaver o processo clínico, como vimos acima, e os resultados têm-se mostrado positivos, como mais à frente constataremos. Tendo presente, pela análise dos protocolos figurada na Tabela 30 - Levantamento dos dados relativos à análise das listagens de protocolos de todos os espaços de depósito que, atualmente, as especialidades às quais são enviadas mais requisições, no sentido de obter os processos clínicos que não regressaram imediatamente após a consulta, dizem respeito às especialidades de Pediatria, Otorrinolaringologia, Medicina Interna, Endocrinologia e Pneumologia Geral, pretende-se monitorizar quais as especialidades que efetivamente retêm mais processos. Neste sentido, propõe-se que se faça o levantamento de um indicador de desempenho, com vista a verificar, por dia e por Serviço, quantos processos foram requisitados, oferecendo-nos a possibilidade de definir uma taxa de Serviços que mais frequentemente retêm os processos nas consultas.

Relativamente aos processos sem informação clínica (SIC), foram contabilizados 617, pelo que a medida do Setor de Arquivo de apenas criar um processo clínico em suporte papel apenas quando o mesmo tem informação clínica, apresenta fundamento. Esta medida resultou também numa diminuição do espaço ocupado por processos clínicos que não continham registos clínicos., evitando a integração de cópias de registos impressos a partir do PCE e desincentivando os utilizadores de realizar registos em suporte papel.

Ainda na linha de análise da tabela acima exposta verificamos que, em média por semana, não são enviados para as consultas 237 processos que correspondem a processos enviados para consultas retrospectivas. O mesmo acontece se o doente teve consulta nos dias anteriores em que o processo é transferido de Secretariado no CAM. As faltas registadas ao nível de MCDT (CDs, relatórios e/ ou películas) têm como principal causa o facto de os médicos usualmente os fornecerem aos doentes, ou simplesmente não chegarem a dar entrada no Arquivo.

Tendo presente que um processo clínico considera-se perdido quando não regressa ao Arquivo Clínico três meses após ter sido enviado para a consulta (Gonçalves, 2011), a aluna realizou um estudo relativo às listagens de protocolos do espaço de depósito onde se encontram os processos clínicos de 2002 até à atualidade, no sentido de aferir, em média, quando processos por dia o Arquivo Clínico perde no presente ano. O estudo considerou para a contagem uma semana de janeiro de 2013, uma semana de setembro do mesmo ano, e uma semana de janeiro e uma semana de fevereiro do ano de 2014. A tabela abaixo sumariza os dados recolhidos:

**Tabela 31 – N° de processos clínicos em papel/ dia relativos ao circuito de acesso à informação para consulta externa. Dados recolhidos a partir dos protocolos.**

<b>Data (mês/ano)</b>	<b>Enviados</b>	<b>Recebidos</b>	<b>Retidos</b>	<b>Devolvidos</b>	<b>Estado Requisitado</b>	<b>Requisitados devolvidos</b>
jan/13	1121	1111	10	9	17	12
set/13	827	819	8	8	9	5
jan/14	1039	1031	8	7	16	7
fev/14	980	970	7	7	11	4
<b>Média/Semana</b>	<b>992</b>	<b>983</b>	<b>8,25</b>	<b>7,75</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
<b>Média/dia</b>	<b>198</b>	<b>197</b>	<b>1,65</b>	<b>1,55</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

Tendo presente que, de acordo com a análise sistematizada na Tabela 31 – N° de processos clínicos em papel/ dia relativos ao circuito de acesso à informação para

consulta externa. Dados recolhidos a partir dos protocolos., em média ficam retidos semanalmente para as consultas externas 8,25 processos clínicos, dos quais 7,75 se verifica que são devolvidos ao Arquivo num período inferior a 3 meses. Nesse sentido, estima-se que as perdas de processos clínicos de consulta externa sejam em média de 0,5 processos/ semana.

Considerando que em 2011 a média de perda de processos clínicos relativa ao ano 2010 se fixava nos 4 processos/ dia, é de assinalar que as medidas tomadas em relação a esta questão, acima descritas no atual circuito, resultaram numa avaliação positiva. Embora não seja possível apurar com precisão quais as especialidades que mais retêm os processos, deste levantamento destacam-se as especialidades de Pediatria Doenças Metabólicas, Pneumologia, Cardiologia Pediátrica, Pneumologia SONO, Neurocirurgia, Pediatria Endocrinologia, Nefrologia e Otorrino, como sendo as especialidades para as quais têm sido enviadas mais requisições. Não obstante, na amostra analisada, com exceção dos processos clínicos de Cardiologia Pediátrica, Pediatria Endocrinologia, Otorrino e Pneumologia, entre 15 a 20 de junho de 2014 todos os restantes processos tinham já dado entrada no Arquivo Clínico. Relativamente aos processos clínicos cujo estado no SONHO se apresenta como requisitado para uma consulta retrospectiva, assinala-se nesta análise que Pediatria Gastroenterologia é a especialidade que mais requisita os processos, correspondendo a 13% do total da amostra dos processos dados como requisitados.

Estas melhorias resultaram de alterações introduzidas no Setor de Arquivo do CHSJ entre os anos de 2010 e 2012, no que concerne à política de gestão dos espaços de depósito, nomeadamente nos seguintes pontos: (i) recenseamento e tratamento de arquivos, (ii) racionalização dos circuitos e número de processos disponibilizados às consultas externas, (iii) criação de arquivo de doentes falecidos no Pólo de Valongo, (iv) análise de reutilização da informação clínica e (v) definição de procedimentos e normalização de circuitos (Centro Hospitalar de São João, 2013i).

Tendo em vista a monitorização e avaliação do desempenho dos processos funcionais do SAAI, para cada um dos processos mapeados foram definidos vários indicadores. Relativamente ao processo de “disponibilização dos processos clínicos para consulta externa” foram definidos três indicadores de desempenho. O primeiro pretende aferir o **índice de produtividade** dos funcionários afetos aos espaços de depósito, ou seja, medir quantos processos por dia são preparados em cada espaço de depósito, tendo em consideração a distribuição dos funcionários por cada espaço. Na aplicação futura deste indicador será importante assegurar que são considerados os processos requisitados para outros fins (elaboração de relatórios, investigação, pedidos externos), bem como o

número de processos que diariamente são arquivados por depósito, uma vez que todas estas tarefas são asseguradas pelos mesmos funcionários. O segundo indicador, já referido acima, consistirá em **identificar os Serviços que retêm um maior número de processos**, colocando em evidência o número total de processos enviados para as consultas e o número de processos que não regressam imediatamente após a consulta. O cruzamento deste indicador com o nível de informatização do respetivo serviço, poderá permitir obter dados quanto à relação entre o uso do processo em papel e a existência de aplicações departamentais, tal como explorado no trabalho realizado em 2011 (Gonçalves, 2011). O último indicador de desempenho, **número de processos em papel que deixaram de ser usados em consulta externa**, permitirá ao CHSJ identificar oportunidades de melhoria a considerar para o PCE, com base não só no nº de respostas obtidas por especialidade mas também nos argumentos indicados pelos inquiridos para manterem o uso do processo. A aplicação deste indicador, tendo por referência o Serviço de Cirurgia no qual foi conseguido reduzir o envio de processos clínicos em suporte papel para as consultas, aponta para uma redução 843 /dia. Estes dados poderão futuramente ser explorados para cada uma das subespecialidades cirúrgicas, tendo em conta as especificidades dos Serviços Clínicos em causa. Este indicador deve ser determinado através da criação de *reports*, extraídos a partir do SONHO, que permitam contabilizar o número consultas por dia de acordo com o Serviço de Cirurgia que é, neste exercício, o Serviço onde existiu uma diminuição de envio dos processos clínicos para as consultas externas.

Para o segundo processo, “gestão de identificação dos doentes”, foram identificados dois indicadores de desempenho. O primeiro pretende aferir o **nº de processos de transferência/ junção de dados por mês** que foram realizados. Este indicador foi já contabilizado e pode ser visto na Tabela 17 - Estatística de registos anulados entre 2011 e 201, onde é possível verificar a estatística dos processos transferidos entre os anos de 2011 e 2013 e até ao mês de maio de 2014. O segundo indicador pretende medir o **número de processos de transferência/ junção de dados que foram recusados**, por se ter verificado que o doente não era o mesmo ou não ser possível assegurar a correta identificação dos doentes em causa.

Relativamente ao último processo, “acesso a informação clínica para utilizadores externos”, foram definidos dois indicadores de desempenho. Com o primeiro pretende-se determinar o índice de **tempo de resposta não imputável ao GA RAI por Serviço**, ou seja, tendo presente que o processo mais moroso na resposta aos pedidos de acesso à informação é a realização de relatórios médicos por parte dos Serviços Clínicos, pretendemos com este indicador averiguar quanto tempo cada Serviço demora na execução desta tarefa. Este indicador deverá ser dimensionado com a ajuda da BD

de suporte ao trabalho de acesso à informação que está a ser planeada no CHSJ. Além deste, foi definido um segundo indicador de desempenho que pretende determinar, por mês, o **tempo médio de resposta de acordo com cada tipo de pedido** (investigação, ofício, ou outro). A este propósito é de assinalar os atuais constrangimentos no tratamento estatístico de dados relativo à função de acesso à informação para o exterior, tendo presente as limitações da BD atual descritas no capítulo anterior.

Tendo presente que o tempo de permanência da autora do trabalho na instituição se focou na análise das atividades, identificando-se oportunidades de melhoria e indicadores a considerar no processo de certificação do serviço em curso, bem como as limitações de extração e tratamento de dados para dimensionamento dos indicadores, optamos por não apresentar o levantamento dos dados relativos a todos os indicadores acima referidos. No entanto, pretende-se que os mesmos sejam levantados de forma rigorosa no decorrer do projeto de certificação, com vista a monitorizar e avaliar o desempenho dos processos funcionais mapeados.

## **6. Conclusões e perspectivas de desenvolvimento**

Os resultados obtidos com o presente estudo pretendem servir de base para o projeto de Certificação do Serviço de Gestão de Informação, com o foco no SAAI do CHSJ. O trabalho insere-se num macro projeto nacional de Gestão dos Arquivos da Saúde da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, tendo por base a certificação dos serviços de arquivo em instituições de saúde, e a nível institucional no projeto de certificação do CHSJ.

Um dos objetivos atingido com este trabalho passou pelo mapeamento dos processos funcionais representativos de toda a atividade do Setor de Arquivo, nomeadamente: (i) disponibilização dos processos clínicos para consulta externa, (ii) gestão de identificação de doentes e, (iii) acesso a informação clínica para utilizadores externos. O objetivo foi o de indicar todas as atividades incluídas em cada processo, a sequência e quais os colaboradores encarregados de as realizar, dentro e fora do Setor de Arquivo. Não foi aqui apresentado o procedimento relativo ao processo de acesso à informação clínica para utilizadores externos, por existir já um modelo homologado pelo CA que define as competências que cabem ao Setor de Arquivo e ao RAI, o modo de atuação mapeado num processo, bem como, o regulamento que normaliza a autorização de um pedido de acesso à informação.

O segundo objetivo que foi concretizado consistiu em delinear indicadores de desempenho capazes de monitorizar o exercício das atividades do SAAI. De entre os indicadores de gestão que monitorizam os processos de suporte às atividades do Arquivo, destacamos os seguintes:

- a) Número de processos entregues/ recolhidos na consulta externa, com vista a diminuir o uso papel e maximizar os recursos humanos de apoio à consulta externa;
- b) Sistema de organização e manutenção dos depósitos de arquivo;
- c) Arquivo e disponibilização de processos para diversos fins;
- d) Atendimento e receção/ disponibilização de pedidos de processos;
- e) Organização dos pedidos para consulta externa por especialidade (preparação e envio/ recolha e verificação);
- f) Gestão de pedidos para investigação;
- g) Referenciação de pedidos de informação e reprodução/ Impressão de registos clínicos para pedidos de acesso à informação (utilizadores externos/

utilizadores internos para investigação e transferência de utentes).

Depois de analisados todos estes indicadores, foi possível medir o volume de trabalho dos colaboradores afetos ao Setor de Arquivo que envolve o manuseamento e o tratamento de processos clínicos em suporte papel. Com vista a realocar os recursos humanos para outras tarefas de gestão do Arquivo, foi efetuado um inquérito aos médicos no sentido de reduzir o envio de processos clínicos em suporte papel para as consultas, tendo daqui resultado uma diminuição significativa do envio de processos para as consultas externas. Neste ponto, com vista a monitorizar se a redução de processos enviados para o Serviço de Cirurgia (especialidade onde foi possível, até ao momento, efetuar uma redução no envio de processos em suporte papel), por número de consultas, foi significativa, identificamos um indicador de desempenho que pretende monitorizar quantas consultas das Cirurgias requerem ainda processos clínicos em suporte papel. Este indicador vai de igual forma permitir monitorizar o atual processo de distribuição de processos clínicos para as consultas externas.

Não obstante o facto de a informação clínica em suporte papel ainda ser produzida em grande escala, daqui não podemos ressaltar a diminuição direta da produção de informação clínica em suporte papel, destacando-se como relevante o número de documentos avulso que diariamente são remetidos por todos os Serviços Clínicos ao Setor de Arquivo para integração no processo do doente. Contudo, foi analisado um indicador de desempenho que previa verificar quantos processos clínicos em suporte papel o Setor Arquivo assinala diariamente como perdidos. Tendo presente que um processo clínico em falta é um processo que não regressou ao Arquivo três meses depois de ficar retido na consulta e, tendo-se verificado que em 2011 eram perdidos 4 processos clínicos por dia, foi possível determinar que existiu efetivamente uma melhoria na gestão das tarefas do Arquivo que permitiram reduzir o número de processos perdidos por dia, tendo-se verificado que, atualmente, o Arquivo perde 0,5 processo por semana.

As medidas atualmente em curso têm em vista a promoção da utilização do PCE, permitindo desta forma comprovar que a despesa em SI teve melhorias na estruturação da informação clínica produzida, sendo mais fácil reutilizar e transmitir a informação, resultando igualmente em vantagens na recuperação de informação, por parte dos profissionais de cuidados de saúde.

A questão da segurança do PCE face ao processo clínico em suporte papel é um assunto que merece reflexão neste ponto. Sem dúvida, o PCE apresenta condições de segurança superiores relativamente ao processo clínico em papel, uma vez que é possível verificar quem fez as alterações no conteúdo. Paralelamente, deve ser um argumento para

racionalizar a produção de informação clínica em papel, estruturar a informação clínica, evitando a perda de processos clínicos e a produção de registos com escrita ilegível.

A informação clínica é, em geral, de conservação permanente, sendo que a principal ameaça apontada na análise SWOT ao Setor de Arquivo é precisamente o atual enquadramento legal no que concerne à digitalização, i.e. a falta de valor probatório de registos digitalizados a partir do papel. É importante rever o modelo de avaliação e seleção de informação, adaptando-os ao novo paradigma de produção de registos clínicos eletrónicos, bem como de transferência de suporte do histórico do doente, assinalando-se a desatualização que o atual enquadramento legal existente para avaliação da informação produzida em contexto hospitalar, o qual data de 2000 (*Portaria nº 247/2000*, 2000). Embora a Portaria tenha sido pensada para registos clínicos em suporte papel, é importante readequar essa realidade à que atualmente é assistida no CHSJ, no que toca ao incremento de implementação de aplicações de apoio à decisão na prestação de cuidados de saúde aos profissionais, apontando também para cariz logístico e administrativo.

Na linha de identificação de indicadores de desempenho capazes de monitorizar as atividades do Setor de Arquivo, considerou-se relevante atribuir para cada processo mapeado uma série de indicadores, capazes de avaliar o desempenho de cada um. Assim, para o processo de distribuição dos processos clínicos para as consultas externas, propõe-se (i) fazer um levantamento de quantos processos são preparados por dia, por cada espaço de depósito, e quantos funcionários estão alocados a cada um. Além deste, propusemo-nos a (ii) fazer o levantamento de quais os Serviços que retêm mais processos nas consultas, ou seja, verificar por dia quantos processos foram enviados para as consultas e não regressaram nesse mesmo dia, após a recolha dos processos pelos colaboradores do Arquivo. Por último, pretende-se (iii) verificar quais os Serviços onde existiu uma redução no envio de processos clínicos em suporte papel, e o respetivo número de processos diminuídos. Relativamente ao processo de gestão de identificação dos doentes, foram identificados dois indicadores de desempenho: o primeiro prende-se com a (i) quantificação do número de processos cujos dados foram efetivamente transferidos, por mês; com o segundo pretende-se (ii) medir quantos pedidos de junção/ transferência de dados não foram efetivados, por se ter verificado que o doente não era o mesmo. No que respeita aos processos de acesso à informação clínica para utilizadores externos, foi possível sugerir dois indicadores de desempenho: (i) medir o tempo de resposta não imputável ao GA RAI, pelo tempo total da resposta ao pedido de acesso à informação, ou seja, tendo-se verificado que a atividade mais morosa neste processo é a resposta a relatórios médicos por parte dos Serviços, pretende-se aqui determinar quanto tempo efetivamente estes Serviços demoram a

efetuar a resposta a um pedido. Nesta linha, pretende-se igualmente determinar (ii) o tempo médio de resposta por tipo de pedido (investigação, ofício, ou outro) por mês.

O terceiro objetivo realizado traduziu-se num conjunto de sugestões de possíveis melhorias a integrar no Setor de Arquivo, tendo em conta os principais constrangimentos atuais ao nível das infraestruturas e do módulo de gestão de arquivo do SClínico. Como principais sugestões de melhoria, listam-se as seguintes:

1. Promover o processo de digitalização de processos clínicos de doentes ativos do CHSJ, em especial os armazenados em formato A5, com vista a maximizar o acesso e reduzir o volume ocupado por estes processos, permitindo a sua instalação em espaços de arquivo de reduzida utilização;
2. Fazer o levantamento de requisitos com vista a criar uma plataforma eletrónica que permita a integração dos MCDT provenientes do exterior em suporte digital. Esta medida tem em vista o desperdício de recursos financeiros na repetição dos MCDT aquando do seu extravio e permitir que estejam acessíveis através do suporte digital por toda a comunidade de prestadores de cuidados de saúde;
3. Controlar a saída dos processos clínicos do Setor de Arquivo para as consultas externas através da leitura ótica. Este procedimento atualmente é apenas feito manualmente, pelo que se propõe aqui fazer o mesmo controlo que se faz quando os processos dão entrada no Arquivo: registar manualmente nos protocolos e fazer a leitura ótica;
4. Aumentar o número de caracteres no campo das observações do SClínico, uma vez que, atualmente, por restrições desta aplicação, a requisição de processos para ofício, ou a entrada de MCDT no Arquivo são registados neste campo. Além disto, propõe-se que exista um só campo de observações;
5. Criar um menu específico no módulo de Arquivo do SClínico que permita registar a entrada de MCDT que chegam do exterior nesta aplicação;
6. Relativamente à gestão da documentação no SClínico devemos ter em consideração algumas questões, e listam-se as seguintes: (i) qual a informação clínica atualmente produzida/ armazenada em suporte eletrónico e papel? (ii) quais as aplicações informáticas de produção e acesso à informação clínica? (iii) qual o papel do Serviço de Arquivo no circuito de produção, armazenamento e acesso aos registos clínicos da instituição (atuais e retrospectivos)? (iv) para além do módulo de entradas e saídas de

Arquivo e Gestão Documental SClínico, que outras aplicações são usadas pelo Arquivo? e, (v) quem pode fazer a inserção dos documentos?;

7. Verificar todos os aspetos apontados a nível das infraestruturas, como o caso das estantes, os carros de transporte de processos, as máquinas de visualização de bobines de microfilme, a falta de isolamento das janelas e os extintores, como medidas de referência onde atuar em futuras mudanças nos espaços de depósito.

Durante o período de estada na instituição e durante todo o levantamento de indicadores e de oportunidades de melhoria que se pudessem adequar no processo de certificação integrado no Setor de Arquivo, não foi sentida a necessidade de se adotar uma metodologia diferente da que é utilizadas em outros Serviços já com certificação, clínicos e não clínicos. Além disto, o facto de nos estarmos a restringir à norma ISO 9000, não implica necessariamente que não seja possível utilizar outras que foram discutidas no estado da arte, das quais se enumeram a Joint Commission e a King's Fund.

Tendo presente a contextualização do presente projeto de certificação no contexto macro da certificação dos arquivos da saúde, bem como no projeto de certificação do CHSJ, é de assinalar a necessidade de ajustamento do trabalho realizado à realidade em apreço. No que concerne ao projeto da Secretaria Geral do Ministério da Saúde assinala-se a diversidade das instituições envolvidas no grupo de trabalho em funcionamento, implicando instituições de cuidados de saúde primários, hospitalares e outras, as quais se encontram em processos de certificação com diferentes perspectivas cuja partilha se revelou rica para o presente trabalho. Relativamente ao processo de certificação em curso no CHSJ, dada a dimensão e complexidade da instituição, é de assinalar a futura necessidade de articulação dos projetos de certificação em curso nos diferentes Serviços. Tendo presente que o trabalho em apreço se limitou às atividades de gestão da informação sob a responsabilidade do SAAI e tendo em conta a transversalidade da função de gestão de informação a toda a instituição, assinala-se a necessidade futura de os contributos apresentados no presente trabalho serem adaptados à contextualização macro do processo de certificação do CHSJ. A título de exemplo assinala-se que o processo por nós identificado como gestão de identificação de doentes, no contexto do Setor de Arquivo, constituirá possivelmente um subprocesso no âmbito do processo de gestão da qualidade da informação clínica, transversal ao CHSJ. Tal exercício será fundamental para que os projetos de certificação levados a cabo pelos diferentes Serviços possam ser articulados numa mesma estratégia de certificação, com benefícios na gestão de recursos humanos e

materiais.

Presentemente, prevê-se a continuação deste trabalho até dezembro de 2014, sendo que grande parte dos constrangimentos observados partem das infraestruturas deste Serviço, que necessitam com urgência de uma remodelação a ter em conta em futuras obras. Além disto foi possível verificar que os sistemas informáticos nem sempre conseguem responder às exigências colocadas no contexto da Saúde. Por fim, neste contexto, salienta-se que seria seguramente uma mais-valia o processo de certificação do Serviço de Gestão da Informação integrasse as funções de gestão de arquivo e de gestão das TIC e num quadro mais geral de gestão da informação, no sentido de tirar partido da atual estrutura informacional e aproveitar as valências de cada uma das áreas de atuação.

## 7. Referências Bibliográficas

- ACSS, & FMUP. (2011). Portal de Codificação e dos GDH. Retirado a 18 de dezembro de 2013, de [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Página\\_principal](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Página_principal)
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2009). Registo de Saúde Electrónico: Conclusões do grupo de trabalho para o registo electrónico em discussão pública até 15 de Setembro de 2009. Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/discussao/arquivo/registo+electronico.htm>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013a). Monitorização do Serviço Nacional de Saúde: Benchmarking. Retirado de <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013b). Monitorização do Serviço Nacional de Saúde: Dimensões de Benchmarking e Indicadores. Retirado de <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2008). *Relatório do Grupo de Trabalho ad hoc sobre o Direito de Acesso à Informação de Saúde.*
- APCER. (2010). Guia Interpretativo NP EN ISO 9001:2008.
- APCER. (2014). APCER. Retirado a 13 de janeiro de 2014, de <http://www.apcer.pt/intro/index.html>
- APDIC. (2014). APDIC - Arquivo e Preservação Digital de Informação Clínica: modelo de requisitos para certificação da digitalização e preservação digital. Retirado a 21 de maio de 2014, de [portal-chsj.min-saude.pt/pages/376](http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/376)
- Archive Service Accreditation. (2013a). Archive Service Accreditation: Eligibility Criteria, (May), 1–13. Retirado de <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-sector/archive-service-accreditation.htm>
- Archive Service Accreditation. (2013b). Archive Service Accreditation: Glossary, (March), 1–2. Retirado de <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-sector/archive-service-accreditation.htm>
- Archive Service Accreditation. (2013c). Archive Service Accreditation: Guidance, (May). Retirado de <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-sector/archive-service-accreditation.htm>
- Archive Service Accreditation. (2013d). Archive Service Accreditation: Scalability, (May), 1–7. Retirado de <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-sector/archive-service-accreditation.htm>
- Archive Service Accreditation. (2013e). Archive Service Accreditation: Standard, (May). Retirado de <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives-sector/archive-service-accreditation.htm>

- Attal, Z. Z. Al. (2009). *Factors Affecting the Implementation of Joint Commission International Standards in United Arab Emirates Hospitals*. Salford Business School Faculty of Business , Law and the Built Environment University of Salford , UK.
- Blinch, M. (2012). *Benchmarking Performance: evaluating you organization's performance and how it compares to others*. Thomson Reuters.
- BUPA. (2014). BUPA. Retirado a 06 de janeiro de 2014, de <http://www.bupa.co.uk/>
- Carapuça, R. (1990). *Metodologias de Desenvolvimento de Sistemas de Informação* (No. 32) (pp. 135–146). Porto.
- Castells, M. (2002). *A Sociedade em Rede* (Volume 1.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Castro, M. F. P. de S. e. Despacho n.º 10864/2009 Diário da República, 2.ª série - N.º82 - 28 de Abril de 2009 (2009).
- Centro Hospitalar de São João. (2012). *Iº Colóquio do Acesso à Informação de Saúde: O Acesso à Informação de Saúde*. Porto.
- Centro Hospitalar de São João. (2013a). *Análise de Recursos Humanos*. Documento interno do CHSJ/ SAAI não publicado.
- Centro Hospitalar de São João. (2013b). *Imprensa: Estudo da ACSS revela que médicos do São João registam os indicadores de produtividades mais elevados*. Retirado de [http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28015&noticiaId=33688&pastaNoticiasReqId=28006](http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28015&noticiaId=33688&pastaNoticiasReqId=28006)
- Centro Hospitalar de São João. (2013c). *Imprensa: São João é a marca com mais notoriedade no setor da Saúde em Portugal*. Retirado de [http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28015&noticiaId=33717&pastaNoticiasReqId=28006](http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28015&noticiaId=33717&pastaNoticiasReqId=28006)
- Centro Hospitalar de São João. (2013d). *Imprensa: São João novamente considerado melhor Hospital do país*. Retirado de [http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=28015&noticiaId=33217&pastaNoticiasReqId=28006](http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28015&noticiaId=33217&pastaNoticiasReqId=28006)
- Centro Hospitalar de São João. (2013e). *Manual de Qualidade do Centro Ambulatório*. Porto.
- Centro Hospitalar de São João. (2013f). *Plano de Actividades do Serviço de Gestão da Informação 2014*. Porto. Documento interno do CHSJ/ SGI não publicado.
- Centro Hospitalar de São João. (2013g). *Procedimento relativo ao Acesso a Informação Clínica*. Porto. Documento interno do CHSJ/ SGI e RAI não publicado.
- Centro Hospitalar de São João. (2013h). *Relatório & Contas 2013*. Porto. Retirado de [http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/179/R\\_C\\_2013.pdf](http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/179/R_C_2013.pdf)
- Centro Hospitalar de São João. (2013i). *Relatório Semestral do CHSJ em resposta ao Despacho 20/2013 do Ministério da Saúde*. Porto. Documento interno do CHSJ/ SAAI não publicado.

- Centro Hospitalar de São João. (2014a). Ponto de situação e plano de atividades do Gabinete de Apoio ao RAI. Porto. Documento interno do CHSJ/ RAI não publicado.
- Centro Hospitalar de São João. (2014b). Relatório Anual Setor de Arquivo e Acesso à Informação relativo a 2013. Porto. Documento interno do CHSJ/ SAAI não publicado.
- Centro Hospitalar de São João. (2014c, February 14). Alargamento da requisição da Plataforma J-One às requisições existentes no Sistema de Informação SiimaWeb. Porto.
- Checkland, P., & Scholes, J. (1999). *Soft systems methodology in action*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Comissão Europeia. (2003). Directiva 2003/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de Novembro de 2003. Retirado de [Lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=PT&numdoc=303L0098&model=guichett](http://Lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=PT&numdoc=303L0098&model=guichett)
- Decreto-Lei n.º 23/2011 (2011). Diário da República, 1.ª série — N.º 30.
- Despacho n.º 2783/2013 (2013). Diário da República, 2.ª série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013.
- Despacho n.º 2784/2013. Diário da República, 2.ª Série - N.º 36 - 20 de fevereiro de 2013 (2013).
- Direcção-Geral da Saúde. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*.
- Direcção-Geral da Saúde. (2014). Departamento da Qualidade na Saúde. Retirado de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>
- DUQuE. (2010). DUQuE: Quality in Hospitals in Europe. Retirado de <http://www.duque.eu/>
- DUQuE. (2011). *DUQuE: Working Group on Patient Safety and Quality of Care Brussels, 21st of November 2011* (p. 19). Bruxelas. Retirado de [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ev\\_20111121\\_co01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20111121_co01_en.pdf)
- epSOS. (2014). epSOS - Projeto europeu de eHealth. Retirado a 20 de maio de 2014, de [www.epsos.eu/home.html](http://www.epsos.eu/home.html)
- Gibson, J. E., & Scherer, W. T. (2007). *How to Do Systems Analysis*. Wiley-Interscience. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Gomes, J. (2013). *A metainformação na perspetiva do acesso e da preservação: análise da situação atual no CHSJ*. Faculdade de Engenharia e Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Gomes, R. (2010). *Contributo para a Acreditação nos Serviços de Imagiologia em Portugal*. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Retirado de [http://www2.ibb.unesp.br/posgrad/teses/bga\\_me\\_2012\\_tamara\\_prandini.pdf](http://www2.ibb.unesp.br/posgrad/teses/bga_me_2012_tamara_prandini.pdf)

- Gonçalves, F. (2011). *A (re) utilização da informação clínica no contexto hospitalar / universitário: o caso do Hospital São João*. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto.
- Gonçalves, F. (2013). Estratégia de Informação em Saúde: Do Arquivo Clínico à Gestão da Informação. *Encontro Internacional de Arquivos*. Faro. Retirado de [eiarquivos2013.weebly.com](http://eiarquivos2013.weebly.com)
- Google Trends. (2014). Google Trends. Retirado a 27 de janeiro de 2014, de <https://www.google.com/trends/?hl=pt-PT>
- Groene, O., Botje, D., Suñol, R., Lopez, M. A., & Wagner, C. (2013). A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 25(5), 1–17. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23970437>
- Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O. A., Thompson, A., Bruneau, C., & Suñol, R. (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the “Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)” proje. *BMC Health Services Research*, 10, 281. doi:10.1186/1472-6963-10-281
- Heuvel, J. Van Den. (2006). *The Effectiveness of ISO 9001 and Six Sigma in Healthcare* (p. 159). Nieuw Lekkerland: Beaumont Quality Publications.
- Heuvel, J. Van Den, Koning, L., Bogers, A. J. J. C., Berg, M., & Dijen, M. E. M. van. (2005). An ISO 9001 quality management system in a hospital: Bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(5), 361–369. doi:10.1108/09526860510612216
- Hospital de São João-Arquivo. (1971). Prazos de Conservação de documentos em arquivo (projecto de regulamento). Porto: ARQ/DOS001.
- Hospital de São João-Arquivo. (1976). Organização de Arquivos Clínicos, promovido pela Associação Industrial Portuguesa através dos seus serviços de formação (COPRAI) e realizado de 26 a 29 de Janeiro de 1976. Porto: ARQ/DOS001.
- Hospital de São João-Arquivo. (1977a). Microfilmagem: aquisição de equipamento básico para o arranque. Porto: ARQ/DOS002.
- Hospital de São João-Arquivo. (1977b). Serviços do Arquivo Clínico. Porto: ARQ/DOS001.
- Hospital de São João-Arquivo. (1977c). Situação do Arquivo Clínico: transferência de documentação. Porto: ARQ/DOS002.
- Hospital de São João-Arquivo. (1978a). Boletim de pessoal n°17/78. Porto: ARQ/DOS002.
- Hospital de São João-Arquivo. (1978b). Organograma do Departamento Clínico/ Secretaria Geral. Porto: ARQ/DOS002.

- Hospital de São João-Arquivo. (1981). Medidas tendentes à melhoria de funcionamento do Arquivo Clínico e das Consultas Externas. Porto: ARQ/DOS003.
- Hospital de São João-Arquivo. (1983). Boletim Informativo n.º.42/83: actividades do Arquivo Clínico. Porto: ARQ/DOS008.
- Hospital de São João-Arquivo. (1986). Serviço de Arquivo Clínico: âmbito e funções. Porto: ARQ/DOS003.
- Hospital de São João-Arquivo. (1991). Transmissão de imagens através da Rede instalada no Hospital de São João.
- Hospital de São João-Arquivo. (1992a). Informatização do Serviço de Análises Clínicas. Porto.
- Hospital de São João-Arquivo. (1992b). Projecto de Protocolo de Utilização de Equipamento. Porto.
- Hospital de São João-Arquivo. (1992c). *Relatório de Actividades de Abril de 1992*. Porto.
- Hospital de São João-Arquivo. (1999a). Boletim informativo n.º 76, I Série. Porto: ARQ/DOS005.
- Hospital de São João-Arquivo. (1999b). Requisição de Boletins de Consultas Externas ao Arquivo Clínico. Porto: ARQ/DOS002.
- Hospital de São João-Arquivo. (2001a). Listagens de pedidos de Boletins de Consulta. Porto: ARQ/DOS002.
- Hospital de São João-Arquivo. (2001b). Proposta para uma solução urgente e de curto prazo para o Arquivo Clínico. Porto.
- Hospital São João. (2009). *Relatório & Contas Hospital São João 2009* (p. 178). Porto. Retirado de [portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/3/Relatorio\\_e\\_Contas\\_2009.pdf](http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/3/Relatorio_e_Contas_2009.pdf)
- Iakovidis, I. (2011). A dimensão europeia do eHealth. In *Sistemas de Informação na Saúde: perspectivas e desafios em Portugal*. Lisboa: Edições Sílabo.
- IGIF. (2004). SAM: Manual do Utilizador.
- Institute for Healthcare Improvement. (2014). Institute for Healthcare Improvement. Retirado a 02 de fevereiro de 2014, de [www.ihl.org](http://www.ihl.org)
- Institute of Medicine. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.
- Instituto Português da Qualidade. (2005). NP EN ISO 9000:2005 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Fundamentos e vocabulário. Caparica.
- Instituto Português da Qualidade. (2008). NP EN ISO 9001:2008 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Requisitos. Caparica.

- Instituto Português da Qualidade. (2009). NP EN ISO 9004:2009 - Sistemas de Gestão da Qualidade: Guidelines for performance improvement. Caparica.
- Instituto Português da Qualidade. (2012). NP EN ISO 19011:2012. Caparica.
- Instituto Português da Qualidade. (2013). NP EN ISO/IEC 17021:2011 - Avaliação da conformidade Requisitos para organismos que procedem à auditoria e à certificação de sistemas de gestão. Caparica.
- Instituto Português da Qualidade. (2014). Instituto Português da Qualidade. Retirado a 13 de janeiro de 2014, de <http://www1.ipq.pt/PT/Pages/Homepage.aspx>
- Instituto Português de Acreditação. (2014). Instituto Português de Acreditação. Retirado de <http://www.ipac.pt/>
- ISO. (2001). IWA 1 Quality Management Systems — Guidelines for process improvements in health service organizations. Genebra: International Workshop Agreement.
- ISO. (2014). ISO. Retirado a 13 de dezembro de 2013, de <http://www.iso.org/iso/home.htm>
- Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (1999). *Juran's Quality Handbook* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Lei nº 46/2007. D.R. nº 163 (Série I) de 24 de Agosto (2007). Retirado de <http://www.dre.pt/pdfs/2007/08/16300/0568005687.pdf>
- Lopes, F. (2001). Normas de Organização do Processo Clínico do HSJ, versão de 1992. Retirado d 20 de fevereiro de 2014, de [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Normas\\_de\\_Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_do\\_Processo\\_Cl%C3%ADnico\\_do\\_HSJ,\\_v\\_ers%C3%A3o\\_de\\_1992](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Normas_de_Organiza%C3%A7%C3%A3o_do_Processo_Cl%C3%ADnico_do_HSJ,_v_ers%C3%A3o_de_1992)
- Lopes, M. S. (2007). *A Gestã da Qualidade no Hospital: Impacto da Acreditaçao nas Práticas Clínicas de Gestão da Qualidade para a Performance Hospitalar*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Lyon, D. (1992). *A Sociedade da Informação - questões e ilusões*. Celta.
- Malheiro, A., & Ribeiro, F. (2002). *Das "ciências" documentais à ciência da informação* (p. 174). Porto: Edições Afrontamento.
- Marinho, L. (2013). *Relatório de Auditoria do Centro Ambulatório: Certificação de Sistema de Gestão*. Porto.
- Martins, J. C. (2013). *Consultas Externas - planta atual*. Porto.
- Matos, A. P. A. (2010). *Auto-avaliação de uma escola de ensino particular: aplicação do modelos de excelência da EFQM*. Universidade de Aveiro, Amadora.
- Ministério da Saúde. (2008). Plano Tecnológico da Saúde. Retirado a 27 de janeiro de 2014, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AA3D03A9-BF1B-46F4-8D26-009A0192E6EE/o/PlanoTecnologicoSaude18112008.pdf>

- Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 191–202. doi:10.1093/intqhc/12.3.191
- Nascimento, J. C. (2011). Sistemas de Informação na saúde: a dúvida de Alice? In *Sistemas de Informação na Saúde: perspectivas e desafios em Portugal* (pp. 19–41). Lisboa: Edições Sílabo.
- National Hospital for Neurology and Neurosurgery. (2014). Queen Square Archives. Retirado a 01 de abril de 2014, de [www.queensquare.org.uk/archives](http://www.queensquare.org.uk/archives)
- Parente, S., & Loureiro, R. (1998). Gestão da Qualidade me Saúde: O modelo da EFQM. *Acta Médica Portuguesa*, 11(11), 979–988.
- Pereira, D. (2014). *Acreditação: história da acreditação em Portugal*.
- Pestana, O. (2010). *Serviços de Informação em contexto hospitalar: Rede de serviços e Serviços em rede*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Pinho, I. S. de. (2011). *Implementação de Sistema de Gestão da Qualidade no Serviço de Equipamentos e Electromedicina do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho*. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Pinto, A., & Soares, I. (2011). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Guia para a sua implementação* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, R. (2010). *Sistemas de informações hospitalares de Brasil , Espanha e Portugal: semelhanças e diferenças*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- Portaria nº 247/2000 (2000). Diário da República - I Série-B.
- Resolução no Conselho de Ministros n.º 12/2012 (2012). Diário da República, 1.ª série - N.º 27 - 7 de fevereiro de 2012. Retirado de [dre.pt/pdf1sdip/2012/02/02700/005960065.pdf](http://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/02700/005960065.pdf)
- Ribeiro, F. (2009). O papel mediador da Ciência da Informação na construção da Sociedade em Rede. In J. Pessoa (Ed.), *ENANCIB - Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação* (10th ed., pp. 21–38). Ideia. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26612/2/FRibeiro papelmediadorCI000108385.pdf>
- Ribeiro, F. (2012). Organização e Uso da Informação: conhecer bem para bem representar. *Iris - Informação, Memória E Tecnologia*, 1(1), 7–16. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66267/2/fernandaribeiroorganizacao0000191125.pdf>
- Rodríguez-Cerrillo, M., Fernández-Díaz, E., Iñurrieta-Romero, A., & Poza-Montoro, A. (2012). Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit: Changes and achievements. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25(6), 498–508. doi:10.1108/09526861211246458

- Rooney, A. L., & Ostenberg, P. R. van. (1999). *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality*. Wisconsin: Quality Assurance Project. Retirado de [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNACF510.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACF510.pdf)
- SAA. (2014). Society of American Archivists. Retirado a 11 de janeiro de 2014, de <http://www2.archivists.org/>
- Sampaio, P. (2008). *Estudo do fenómeno ISO 9000: origens, motivações, consequências e perspectivas*. Universidade do Minho.
- Santos, J. P. M. S. dos. (2013). *O potencial da descrição arquivística em contexto empresarial hospitalar: acesso e preservação da memória institucional no Centro Hospitalar de São João*. Faculdade de Engenharia e Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Sbroglia, S. (2013). *Auditoria de Qualidade em Prontuários de Pacientes/ Processos Clínicos no Brasil e em Portugal*. Faculdade de Engenharia e Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Secanell, M., Groene, O., Arah, O. A., Lopez, M. A., Kutryba, B., Pfaff, H., ... Suñol, R. (2014). Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 1–11. doi:10.1093/intqhc/mzu025
- Serviço de Gestão da Informação. (2014). *Plano de Atividades 2012/2014: 2º Semestre*. Porto.
- SGMS. (2012). *Diagnóstico à situação dos Arquivos do Ministério da Saúde*.
- Shaw, C. D. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 169–175. doi:10.1093/intqhc/12.3.169
- Shaw, C., Groene, O., Mora, N., & Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 22(6), 445–51. doi:10.1093/intqhc/mzq054
- Silva, V. M. da F. e. (2010). *Estudo do Workflow Clínico e Fluxo de Informação da Unidade de Diagnóstico de Patologia Mamária do Hospital de São João*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- SPMS. (2013). *Processo Clínico: Manual do Utilizador*. Lisboa.
- SPMS. (2014). *Serviços Partilhados do Ministérios da Saúde*. Retirado de <http://spms.min-saude.pt/>
- Thawesaengskulthai, N. (2007). *Selecting Quality Management and Improvement Initiatives: Case studies of industries in Thailand*. Nottingham University Business School.

- The Joint Commission. (2014). The Joint Commission. *Oakbrook Terrace*. Retirado de <http://www.jointcommission.org/>
- The King's Fund. (2014). The King's Fund. Retirado de [www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk)
- Veloso, P. (2012). *Impacto da Certificação nos Serviços de Saúde, na Qualidade dos Cuidados e na Segurança dos utentes de uma Instituição Particular de Solidariedade Social*. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Vieira, C., Sousa, T., & Abreu, F. (2012). *Relatório de Parecer Técnico de Higiene e Segurança no Trabalho*. Porto.
- Wager, K. A., Lee, F. W., & Glaser, J. P. (2009). *Health Care Information Systems: a practical approach for Health Care Management* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- World Health Organization. (2003). *Quality and accreditation in health care services: a global review* (p. 209). Genebra: WHO.

## **8. Anexos**

### 8.1. Anexo A – Distribuição dos processos clínicos pelos Secretariados e Pavilhões do CAM de acordo com as diferentes especialidades

Localização	Especialidade	Subespecialidade	
Piso 1/ CAM	Oncologia	Hematologia Oncológica	
		Pediatria Oncológica	
Piso 2/ CAM		Pré-Transplante (dador vivo)	
		Nefrologia Pré-transplante	
		Hematologia Transplante	
Piso 2/ CAM		UDPM <sup>42</sup>	Oncogenética
Pavilhões/ CAM		Obstetrícia	Obstetrícia Nutrição
Piso 1		Otorrino	Otorrino
			Otorrino Pediátrico
Pavilhões/ CAM		Pediatria	Pediatria
	Reumatologia Pediátrica		
	Hematologia Pediátrica		
	Pediatria – Perturbações Espectro Autismo		
Piso 9	Pneumologia Sono	Pneumologia Sono	
		Pneumologia Geral (Sono)	
		Pneumologia Fisiopatologia Respiratória	
		Pneumologia Cinesiterapia Respiratória	
		Pneumologia Fibrose Cística	
		Pneumologia Transplante Pulmonar	
		Pneumologia Geral	
Piso 1	Psiquiatria	Psiquiatria Neuropsiquiatria	
		Psiquiatria	

<sup>42</sup> Unidade de Diagnóstico da Patologia Mamária.

Localização	Especialidade	Subespecialidade
Secretariado Pavilhão C	A/	Cirurgia A
		Cirurgia Geral
		Anestesiologia
		Pneumologia Cessação Tabaco
		Urologia Andrologia 3
		Grupo de Patologia Endócrina
		Cirurgia Plástica
		Neurocirurgia
		Neurologia
		Doenças Infeciosas
		Urologia
Secretariado Pavilhão C	B/	Cirurgia B
		Cirurgia Geral
		Nefrologia Pré-diálise
		Nefrologia
		Neurocirurgia
		Nutrição e Endocrinologia
		Genética
Cirurgia Plástica Maxilo-Facial		
Secretariado Pavilhão C	C/	Cirurgia Geral
		Cirurgia Vascular
		Urologia
		Pneumologia
		Endocrinologia Obesidade Mórbida

<b>Localização</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Subespecialidade</b>
Secretariado A/ Pavilhão F	Dermatologia	Dermatologia
		Dermatoscopia
		Neurologia Geral
		Neurologia Doenças Desmielinizantes
		Neurologia Doenças Desmielinizantes Inflamatórias
		Doenças Metabólicas
		Inflamações Metabólicas
Secretariado B/ Pavilhão F	Ginecologia	Ginecologia
		Grupo Uroginecologia
		Grupo Oncologia Ginecologia
		Unidade Endoscopia Ginecologia
Secretariado C/ Pavilhão F	Cardiologia Pediátrica	
	Pediatria Cirúrgica	
Pavilhões/ CAM	Unidade de Endoscopia/ Obstetrícia	
Secretariado A/ Pavilhão A	Neurologia	Neurologia
		Neurocirurgia
		Neurocirurgia Pediátrica
		Neurorradiologia
		Urologia
Secretariado A/ Pavilhão B	Medicina A	Medicina Interna
		Medicina Interna HTA <sup>43</sup>
		Endocrinologia
		Pneumologia
		Nutrição

---

<sup>43</sup> Hipertensão Arterial.

<b>Localização</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Subespecialidade</b>
Secretariado C/ Pavilhão B	Imunoalergologia / Nefrologia	Imunoalergologia
		Nefrologia
		Nefrologia Pré-diálise
		Nutrição Nefrologia
		Hematologia Clínica
		Psicologia Clínica
		Grupo Nefrologia/ Reumatologia
Secretariado A/ Pavilhão E		Ortopedia
		Ortopedia Infantil
		Reumatologia
		Podologia Ortopedia
		Hematologia Clínica
		Nefrologia
		Gastrenterologia Vigilância e Risco
Secretariado B/ Pavilhão E		Reumatologia B
		Gastrenterologia
		Nutrição Gastrenterologia
		Urologia
Secretariado C/ Pavilhão E		Cardiologia
Piso 6		Nefrologia
Secretariado C/ Pavilhão D		Doenças Infeciosas

<b>Localização</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Subespecialidade</b>
Secretariado A/ Pavilhão B	Medicina A	Medicina Interna Hipertensão
		Medicina Interna
		Doenças Infeciosas
		Endocrinologia
		Pneumologia
		Nutrição
Secretariado B/ Pavilhão B	Medicina B	Medicina Interna Autoimunes
		Medicina Interna
		Doenças Infeciosas
		Pneumologia
		Nutrição
		Doenças Metabólicas
		Imunohemoterapia
		Neurocirurgia
		Imunoalergologia

## 8.2. Anexo B – Questionários efetuados aos médicos das várias especialidades do CHSJ tendo em vista a redução do uso do processo clínico em papel

GRUPO ESPECIALIDADE:	CIRURGIA GERAL
ESPECIALIDADE:	CEX CIR. GERAL-PATOLOG.ENDOCRINA E CERV.
MEDICO:	<b>(nome do médico)</b>
<p>Assinale, por favor, a opção abaixo que melhor se adequa às Suas necessidades de utilização do processo clínico dos doentes em papel na consulta externa.</p> <p><input type="radio"/> a) Não necessita de receber processos clínicos em papel na consulta externa;</p> <p><input type="radio"/> b) Pretende receber apenas processos de doentes com exames recentes realizados no exterior;</p> <p><input type="radio"/> c) Pretende continuar a receber os processos em papel de todos os doentes agendados.</p>	
<p>Caso pretenda colocar uma possibilidade alternativa, além das acima indicadas, ou registar alguma observação use por favor o campo de observações abaixo.</p> <p><b>Obs.</b></p>    	
<b>(Rubrica e Nº OM)</b>	

### 8.3. Anexo C – Requisição de registos clínicos

 <p>SÃO JOÃO</p>	SERVIÇO DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO   Setor de arquivo	
	REQUISIÇÃO DE REGISTOS CLÍNICOS	REQ. N.º _____ / _____
<p>(Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório. Leia as regras de acesso a registos clínicos no verso.)</p>		
<p><b>* Tipo de registo</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Episódio de internamento              <input type="checkbox"/> Processo de consulta              <input type="checkbox"/> Ficha de urgência       </p> <p>Nome do doente: _____ N.º: _____</p>		
<p><b>* Requisita o registo para uso</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Médico/prestação de cuidados              <input type="checkbox"/> Investigação       </p> <p>Esclarecimentos adicionais _____</p>		
<p><b>Identificação do requisitante</b></p> <p>* Nome: _____ * N.º mec.: _____</p> <p>Categoria: _____ * Serviço: _____</p> <p>* Contato – Telefone: _____ Email: _____</p> <p>* Data prevista para devolução: ____ / ____ / ____ (n.º dias úteis _____)</p>		
<p><b>Declaro que tomei conhecimento das regras de acesso a registos clínicos que constam no verso.</b></p> <p>* Data: ____ / ____ / ____ * Assinatura: _____</p>		
<p><i>As tentativas ilegítimas de acesso a informação clínica serão alvo de procedimento disciplinar.</i></p>		

#### Ao pedir um Processo Clínico tenha presente que:

##### Uso dos registos clínicos

A informação clínica requerida só será usada para os fins que constam na respetiva requisição.

##### Armazenamento/guarda

A guarda de registos clínicos requisitados é da responsabilidade do requisitante até à sua entrega no Arquivo Clínico, sendo o requisitante, disciplinar, criminal e civilmente responsabilizado por qualquer pena ou dano ocorridos, bem como pelo acesso negligente a dados não autorizados.

##### Destruição

Na circunstância de terem sido fornecidos registos clínicos em fotocópias papel ou suporte digital o requisitante compromete-se a destruir as mesmas após a sua utilização para o fim para que foram requisitadas.

##### Legislação

O Processo Clínico só pode ser consultado por médico incumbido da realização de prestações de saúde a favor da pessoa a que respeita ou, sob a supervisão daquele, por outro profissional de saúde obrigado a sigilo e na medida do estritamente necessário à realização das mesmas, sem prejuízo da investigação epidemiológica, clínica ou genética que possa ser feita sobre os mesmos, ressalvando o que fica definido no artigo 16.º.

*(n.º 5 art.º 5º da Lei 12/2005 de 26 de janeiro)*

A informação de saúde só pode ser utilizada pelo sistema de saúde nas condições expressas em autorização escrita do seu titular ou de quem o represente. *(n.º 3 art.º 4º da Lei 12/2005 de 26 de janeiro)*

A informação de saúde incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é prioridade da pessoa, sendo as unidades do sistemas de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei. *(n.º 1 art.º 3º da Lei 12/2005 de 26 de janeiro)*

## 8.4. Anexo D – Registo da Não Conformidade(s)/ Ocorrência(s)/ Sugestão(ões)

### 1 - Identificação

Serviço: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

### 2 – Registo Não Conformidade(s) / Ocorrência(s) / Sugestão(ões)

#### 2.1 - Assinalar com X, o tipo de Não Conformidade(s) (NC) / Ocorrência(s) / Sugestão(ões) verificada(s):

(tipo / tema)			(tipo / tema)			(tipo / tema)		
1			6			11		
2			7			12		
3			8			13		
4			9			14		
5			10			15		

#### 2.2 - Descrição da NC / ocorrência(s) / sugestão(ões): \_\_\_\_\_

---



---



---

(Caso necessite de mais espaço para a descrição, por favor, utilizar o verso da folha)

### 3 – Acção Correctora (acção imediata) que desencadeou? (no caso NC / ocorrência(s)):

---



---



---

**4 – Nome do Funcionário:** \_\_\_\_\_

**N.º**

**Mec.**

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Hora:** \_\_\_ h \_\_\_ min    **Data:** \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

(A resposta à NC / Ocorrência / Sugestão ser-lhe-á enviada via e-mail, para o email do Hospital)



## Procedimento de Disponibilização dos processos clínicos para consulta externa

### **8.5. Anexo E – Proposta de procedimento de Disponibilização dos processos clínicos para consulta externa**

#### **1 – Objetivo:**

O objetivo deste procedimento é apresentar o modo de funcionamento do circuito de distribuição dos processos clínicos para consulta externa no Centro Hospitalar São João, EPE (CHSJ).

#### **2 – Âmbito:**

Este procedimento é aplicado à tarefa de distribuição dos processos clínicos às consultas externas efetuadas no CAM pelos colaboradores do Setor de Arquivo e Acesso à Informação.

#### **3 – Definições e siglas:**

SGI – Serviço de Gestão da Informação

CHSJ – Centro Hospitalar de São João, EPE

AC – Arquivo Clínico

CAM – Centro de Ambulatório

CON - Consulta

EPE – Entidade Publica Empresarial

IM - Impresso

IT – Instrução de Trabalho

MQ – Manual da Qualidade

PC – Processo Clínico

PCS – Processo

PR – Procedimento

SC – Secretariado de Consulta



SÃO JOÃO

## Procedimento de Disponibilização dos processos clínicos para consulta externa

### 4 – Responsabilidades:

Este documento foi elaborado pelo SGI.

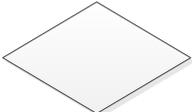
### 5 – Documentos associados:

Requisição manual

Listas de protocolos

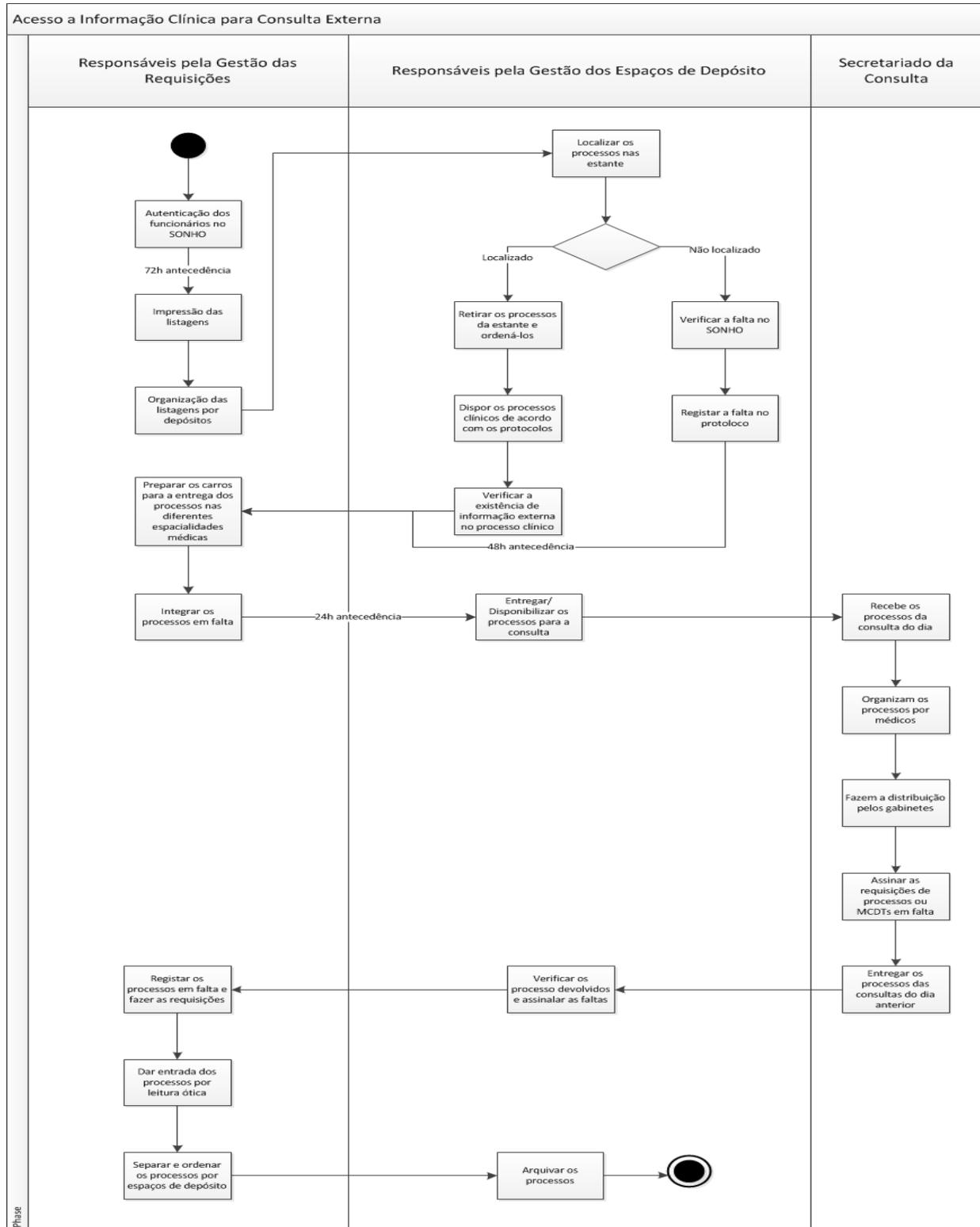
Sclinico

### 6 – Legenda:

<i>Elementos</i>	<i>Nome</i>	<i>Descrição</i>
	<b>Início</b>	Indica a primeira ação da atividade (podem haver vários)
	<b>Atividade</b>	Representam uma atividade que contém uma ação que deve ser realizada até à próxima atividade
	<b>Condição</b>	Permitem definir caminhos alternativos a seguir, com base numa decisão
	<b>Transição</b>	Representam o fluxo do processo de uma atividade para outra
	<b>Fim</b>	Indica o fim das atividades (podem haver vários)
Linhas verticais de responsabilidade	<b>Swimlanes</b>	Permite delimitar a responsabilidade por cada uma das atividades



## Procedimento de Disponibilização dos processos clínicos para consulta externa





SÃO JOÃO

**Notas:**

## Procedimento de Disponibilização dos processos clínicos para consulta externa

1. No caso de existir uma consulta adicional, os colaboradores devem localizar o processo clínico nos espaços de depósito e enviá-lo para a consulta;
2. Compete aos colaboradores do Arquivo Clínico (AC) recolher toda a informação das consultas retrospectivas nos respetivos Secretariados de Consulta (SC) de especialidades que abdicaram do processo clínico em suporte papel ou no caso de se tratarem de primeiras consultas (CON), por forma a integrar no Processo Clínico (PC) do doente,
3. As requisições manuais enviadas aos médicos no sentido de reaver os processos clínicos retidos na consulta são da responsabilidade dos colaboradores do AC, cabendo-lhes preencher a requisição com a especialidade, o nome do médico e do doente, e distribuir e recolher as respetivas requisições. Cabe ainda aos colaboradores do AC verificar se as requisições manuais regressam ao AC devidamente preenchidas com a assinatura do médico e número da ordem ou carimbo, e referir os fins a que se destina a retenção do processo.



## Procedimento de Controlo da Gestão de IDs dos doentes

### **8.6. Anexo F – Proposta de Procedimento de Gestão de IDs de doentes**

#### **1 - Objetivo:**

O objetivo deste procedimento é descrever a forma como se processa a gestão da identificação dos doentes do Centro Hospitalar São João, EPE (CHSJ).

#### **2 – Âmbito:**

Este documento é aplicado aos colaboradores do Arquivo Clínico (AC) afetos à tarefa de transferência e junção de dados dos doentes.

#### **3 – Definições e siglas:**

SGI – Serviço de Gestão da Informação

CHSJ – Centro Hospitalar São João, EPE

EPE – Entidade Pública Empresarial

AC – Arquivo Clínico

ID – Identificação

PR - Procedimento

#### **4 – Responsabilidades:**

Este documento foi elaborado pela Certificação, verificado pelo(a) Processo Consultadoria CER e aprovado pelo Diretor(a) CER.

#### **5 – Documentos associados:**

Elaborado por:

Verificado por:

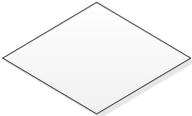
Aprovado por:

Página 229 de 231



## Procedimento de Controlo da Gestão de IDs dos doentes

### 6 – Legenda:

<i>Elementos</i>	<i>Nome</i>	<i>Descrição</i>
	<b>Início</b>	Indica a primeira ação da atividade (podem haver vários)
	<b>Atividade</b>	Representam uma atividade que contém uma ação que deve ser realizada até à próxima atividade
	<b>Condição</b>	Permitem definir caminhos alternativos a seguir, com base numa decisão
	<b>Transição</b>	Representam o fluxo do processo de uma atividade para outra
	<b>Fim</b>	Indica o fim das atividades (podem haver vários)
Linhas verticais de responsabilidade	<b>Swimlanes</b>	Permite delimitar a responsabilidade por cada uma das atividades



# Procedimento de Controlo da Gestão de IDs dos doentes

