

Processo clínico único, despesa ou investimento?

Opinião



Isabel do Carmo

Durante a pandemia, tem havido problemas não só de comunicação com o público em geral, como dentro do próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS) e deste com os utentes. A primeira era difícil de prever, pois ninguém discutira ou sequer pensara previamente como comunicar em tempos duma epidemia desta escala. A segunda era previsível, pois têm sido difíceis as comunicações, sobretudo por razões materiais, e os utentes não têm acesso fácil ao seu processo clínico. Esta é uma questão a resolver no âmbito do Programa de Recuperação e Resiliência (PRR).

A digitalização dentro do SNS foi iniciada entre 2005 e 2009 e, se olharmos para os números, foi feito grande investimento ao nível de equipamentos. Confesso que os mais velhos, como eu, olhámos para isto como algo de assustador pela nossa própria inapetência perante as múltiplas funções dos computadores e agarrados que estávamos ao papel para passar receitas, pedir análises e outros meios de diagnóstico e, suprema ruptura, escrever histórias clínicas.

Hoje, os processos em papel jazem em arquivo morto nas profundezas dos hospitais e dos centros de saúde e para serem consultados têm que ser requisitados. Também é verdade que isto tem quebrado a relação médico-doente e que muitas vezes o profissional está mais ocupado a olhar para o ecrã e para as suas falências do que para a cara do doente. E sabendo também que pedir um exame está à distância de um clique, pode dispensar-se de fazer uma observação física. Aliás, a telemedicina está a formalizar este padrão, que se espera que seja em grande parte reversível, pois levaria à perda de características essenciais do acto médico. Este tem que ser pessoa a pessoa e é indispensável o contacto físico.

No entanto, a digitalização tem que ser aproveitada e é sem dúvida um grande avanço do registo, na prescrição e na segurança. Todavia, ainda falta muito para que sirva de ferramenta de comunicação e



o acesso necessários. Logo que foi implementada, teve duas dificuldades imediatas. As várias instituições públicas do SNS compraram programas a diferentes empresas, muitas vezes incompatíveis.

Durante algum tempo, o programa do serviço de urgência, pelo menos no hospital onde eu estava, não era compatível com o das enfermarias. Os efeitos disto podem ser calculáveis. Porque entretanto não vinha o papel e tinha que funcionar o telefone, entre profissionais que se deslocam nos vários espaços. Foi depois e em boa hora atribuído um telemóvel só para serviço interno e para ligação entre os centros de saúde e o hospital.

Essa feliz comunicação desapareceu com a viragem de 2011. E lá resistimos com reuniões presenciais entre o hospital e os centros de saúde até 2013. Para além das dificuldades de programas, as instituições dispõem de pequeno número de técnicos superiores de informática, sabendo-se como são desejáveis para as empresas e como são mal pagos pelo Estado. Eram e são eles a frente de batalha para as reclamações dos mais antigos, como eu, e dos outros que, não o sendo, batalham contra as lentidões e apagões.

E com o que é que nos deparámos quando eclodiu a pandemia em Março de 2020? Embora os meios de comunicação só falem dos hospitais, a maioria dos doentes com covid-19, ou seja, vários milhares, foram tratados e seguidos nos centros de saúde. Por um dos tais “milagres” de engenharia e boa vontade, foi criada uma plataforma onde a Saúde 24 e os centros de saúde registam os doentes com análise positiva e põem de quarentena os contactos.

No pico de Janeiro de 2021, alguns centros, sobretudo em Lisboa e Vale do Tejo, atingiram muitas centenas de doentes, que tinham que contactar pelo telefone todos os dias, com um protocolo que enuncia obrigatoriamente vários sintomas. Quem teve covid sabe que isto era feito diariamente.

Ora bem, para o fazer, os centros de saúde dispõem de centrais telefónicas obsoletas e de equipamentos informáticos envelhecidos. Claro que os utentes não conseguiram telefonar para os centros e bem se queixavam. Incomunicáveis, pois, ou quase, aqueles que não têm covid. Felizmente que as receitas e os pedidos de análise de covid funcionam por mensagens no telemóvel, o que mostra a vantagem destes meios de comunicação à distância, apesar

com excepção das poucas unidades locais de saúde. Por outro lado, o utente não tem acesso ao seu processo histórico clínica e exames exceto em notas de alta, se tiver estado internado. Se passar da consulta hospitalar para a consulta do centro de saúde, não traz o seu processo. Se for deslocado para outra zona, tem que requerer o processo, com as burocracias que se calcula. Se tiver que ir a um serviço privado (por exemplo, hemodiálise) ou leva um resumo que a boa vontade profissional pode elaborar ou leva dados insuficientes. E cada vez que vê um médico conta-lhe a história toda outra vez. Em Psiquiatria, tudo isto se agrava.

Ora, o que é que já sabíamos, mas esta crise acentuou? É necessário um processo clínico único digital. Esse processo pertence ao cidadão e é sigiloso, depende do utente, com regras legislativas a determinar (faz parte do segredo deontológico médico e é fechado por código). Este podia ser o grande investimento digital da Saúde no PRR, conhecido por “bazuca”. Como diz Costa Silva em entrevista à Deco Proteste (Março 2021): “Quando se fala em SNS: a reacção dos media e da sociedade é: ‘É preciso mais despesa do Estado’. Defender a saúde dos cidadãos é despesa do Estado, ou é um investimento no futuro do país? (...) O que se passa? As ‘métricas’ que existem são muito formatadas numa certa visão do mundo, baseada na ideia de que o Estado tem que ser mínimo e que o Estado só atrapalha (...) A pandemia expôs aos olhos de todos: precisamos de um Serviço Nacional de Saúde minimamente equipado e preparado. Portanto, a proposta é mudarmos o nosso paradigma mental e olharmos para estas duas áreas [a outra é a educação] como investimentos e não como despesa.” Assim diz o primeiro autor do PRR.

Para além de todos os discursos de boas intenções, equipe-se o SNS com meios concretos, entre eles o processo clínico único digital. Para o bem de nós todos, seria também um instrumento de igualdade social, num momento em que esta tem sido posta em causa de forma dramática.

Médica, professora da Faculdade de Medicina de Lisboa, membro do grupo Estamos do Lado da Solução

“**O utente não tem acesso ao seu processo – história clínica e exames – exceto em notas de alta, se tiver estado internado. E cada vez que vê um médico conta-lhe a história toda outra vez**”

destas dificuldades estruturais.

E como foi a comunicação entre instituições? Dentro da sua região os hospitais já têm acesso entre si relativamente aos meios complementares de diagnóstico. E os hospitais têm acesso aos centros de saúde. Mas o inverso já não se passa, pelo menos em boa parte,