

Identificação Única de Pacientes - Porque é Necessária

Deborah Pimenta Ferreira¹; Umberto Tachinardi²; Luiz Renato Bento²;
Antonio Lira³; Márcio Biczyc do Amaral¹; Lincoln Moura¹

¹ Centro de Informações e Análise - Superintendência do HCFMUSP
Av. Dr. Ovídio Pires de Campos, 255, Cep 05403-010, São Paulo - SP
E-mail: pimenta@pilon.hcnet.usp.br

² Divisão de Informática - Instituto do Coração do HCFMUSP

³ Centro de Informática - Instituto Central do HCFMUSP

Resumo - A partir da revisão do atual fluxo informatizado de atendimento de pacientes do HCFMUSP, constata-se a necessidade imediata de maior integração dos sistemas de informações em Saúde. Este artigo subsidia a Identificação Única de Pacientes como um mecanismo viável e efetivo na busca dessa integração.

Abstract - The review of the present computer-based patient record at Clinical Hospital of São Paulo University shows the need of linking on patient's information at the Health Information System. This paper presents the use of a unique patient identifier for linkage as we haven't got a national personal identifier.

Introdução

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é hoje um complexo hospitalar composto por 6 Institutos (Central, do Coração, da Criança, de Ortopedia e Traumatologia, de Psiquiatria e de Radiologia), além de outros prédios. Quando um paciente é atendido por qualquer um dos ambulatórios ou é internado, recebe um número de cadastro chamado RGHC; quando é atendido por algum dos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) ou de Pronto Socorro (PS), recebe um registro provisório ou de PS, que o identifica apenas durante aquela passagem. Como consequência, temos a falta de integração das diversas passagens de um paciente pelo SPA ou PS. Também não conseguimos ter de uma maneira simples e direta, o perfil dos pacientes que utilizam-se apenas dos PS e SPA (se é frequente um paciente retornar a esses serviços num curto espaço de tempo ou não, por exemplo), além de não sabermos efetivamente quantos pacientes são atendidos mensalmente nos serviços de urgência. Sabemos apenas quantas consultas são feitas: o PS e SPA do ICHC, por exemplo, apresentam uma média de 1.000 consultas/dia ou 365.000/ano. Neste simples exemplo, poderiam existir desde 1.000 a 365.000 indivíduos. Para evitar estes problemas, procuramos um novo modelo de Cadastro de Pacientes.

Metodologia

Inicialmente foram realizadas reuniões coordenadas pelo Centro de Informações e Análise (CIA) do HCFMUSP, com pessoas dos Centros de Informática dos diversos Institutos e da Comissão de Análise de Prontuários e Óbitos, com a finalidade de definir-se as informações mínimas do Cadastro. Utilizando-se a Técnica de Modelagem de Objetos foi feito então,

pelos equipes do CIA e da Divisão de Informática do INCOR, um novo modelo para o Cadastro de Pacientes.

Resultados

No novo modelo de cadastro, foram criadas 12 classes de objetos, sendo a principal delas chamada de PACIENTES, com os seguintes atributos: ID paciente, nome, nome da mãe, nome do pai, data de nascimento, sexo e cor. Os chamados RGHC e RGPS passaram a ser apenas atributos das especializações PACIENTES HC e PACIENTES PS/SPA. Desta forma, pretendemos poder identificar de maneira única e inequívoca todos os pacientes que passarem por qualquer ponto do complexo HC, independente do fato de ter RGHC ou não. Esta identificação (ID) poderá ser dada num momento posterior ao cadastro do paciente, nos casos de PS e SPA, através de uma busca fonética e comparação dos outros atributos (além do local de nascimento, na classe chamada NATURALIDADE).

O ganho imediato deste modelo é que poderemos saber quantas PESSOAS passaram por algum dos PS/SPA em determinado período e não apenas quantas CONSULTAS foram realizadas. Porém, o maior ganho é que poderemos integrar todas as passagens de um mesmo paciente, independentemente dele possuir RGHC ou não. Caberá aos diretores dos Institutos a decisão de utilizar ou não este recurso.

Discussão e Conclusões

A falta de um identificador único, universal e inequívoco para as pessoas e por extensão, para os pacientes, é que nos levou a esta solução de criar um ID próprio e interno, que não precisará ser conhecido nem pelos usuários do sistema. Para

evitar qualquer conflito, os pacientes continuarão a ser identificados pelo RGHC ou RGPS. Porém, esta solução servirá apenas para o problema interno; quando o paciente for procurar algum outro recurso de saúde, a falta de integração continuará ocorrendo.

Segundo a literatura internacional, a necessidade de um identificador único e universal para as pessoas é um pré-requisito para a troca de informações de pacientes entre as diversas instituições^{1,2}. A Associação Americana de Informática Médica tem recomendado que seja utilizado o Número da Seguridade Social (SSN) como identificador do paciente.

Em nosso país, falta-nos um número que identifique as pessoas de forma única e inequívoca. Alguns municípios já têm implantado um cadastro único de pacientes atendidos pela rede pública, como é o caso de Ribeirão Preto³ e Santos⁴, no Estado de São Paulo. As vantagens disto são óbvias, uma vez que os registros clínicos do paciente, exames laboratoriais, etc. podem ser acessados por qualquer ponto da rede, inclusive nos atendimentos de urgência, além de permitir a otimização dos recursos, possibilitar o agendamento por telefone e um melhor controle da assistência global da população. Porém, caso um paciente destes municípios seja obrigado a se deslocar para São Paulo, por exemplo, já perderemos toda a integração com o seu passado. Portanto, não deveríamos discutir um número que permitisse esta integração a nível nacional?

Referências

¹ BOARD OF DIRECTORS OF AMIA. Standards for medical identifiers, codes, and messages needed to create an efficient computer-stored medical record. *J Am Med Informatics Assoc.* v. 1, n. 1, p.1-7, 1994.

² HAMMOND, WE. The role of standards in creating a health information infrastructure. *Int J Bio-Med Comp.*, v.34, p.29-44, 1994.

³ YAZLLE ROCHA, JS ; DAL FABBRO, AL. Pelo reordenamento das práticas da saúde coletiva acerca da informatização da saúde. *Saúde Debate*, n.47, p. 23-7, 1995.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Especial para a Descentralização; ABRASCO. *Uso e disseminação de informações em saúde*. Brasília, 1994. (Relatório Final, p. 45-65)