

NOTA DE ALTA HOSPITALAR - QUE INFORMAÇÃO CLÍNICA PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA

AMÉRICO VARELA, JOSÉ ROLA

Centro de Saúde dos Olivais. Lisboa.

Serviço de Medicina do Hospital do Desterro. Lisboa.

RESUMO

Introdução – Existem aspectos relacionados com a proporção e qualidade das notas de alta que podem influenciar a prestação de cuidados de saúde partilhados após a alta; fomos caracterizá-los considerando que não se verificaram alterações em relação à forma habitual de dar alta.

Objectivos - Determinar a proporção de casos em que a alta de doentes internados num serviço hospitalar foi acompanhada por nota de alta e medir a qualidade desta.

Métodos - Estudo de observação, descritivo e transversal, referente ao ano de 1996. Efectuado pelos autores por observação, no ficheiro clínico do referido Serviço, do total de casos de alta de doentes com diagnóstico de saída de Cardiopatia Isquémica (123 casos). Além da medição da variável *existência de nota de alta*, estudou-se a variável composta *qualidade da nota de alta* (existência de dados da história clínica, de dados do exame objectivo, de resultados de exames complementares, de diagnóstico de saída, de plano de actuação e ainda a legibilidade da informação e a existência de nome legível do médico hospitalar).

Resultados - Dos casos de alta estudados, 90,2% apresentavam notas de alta. Quando estudada a sua qualidade, esta foi considerada suficiente em 57,7% e insuficiente nos restantes casos. Salienta-se ainda que não existiam dados do exame objectivo em 29,7% dos casos.

Discussão – A nota de alta existente neste Serviço apresenta uma proporção e qualidade superiores às observadas em outros estudos.

SUMMARY

Hospital Discharge Letter - What kind of clinical information for the family physician

Introduction – There are aspects related with the proportion and quality of discharge letters which may influence the management of shared health care after hospital discharge; we describe them taking into consideration that no changes regarding the usual way of giving hospital discharge took place.

Aims – To determine the proportion of cases in which the hospital discharge of inpatients was accompanied with a discharge letter and to measure its quality.

Methods – A descriptive and transverse observation study referring to the year of 1996. The authors observed, in the clinical files of this Department, the total cases of discharge of inpatients with ischaemic heart disease (123 cases). Besides measuring the variable “discharge letter existence”, we studied the composed variable *discharge letter quality* (existence of clinical history data, objective observation data, complementary test results, diagnosis, therapeutic procedures, and also the readability of the clinical information and the existence of the legible name of the specialist).

Results – From the study of 121 cases of discharge of inpatients with ischaemic heart disease, 90.2% presented discharge letters. When studied, their quality was considered sufficient in 57.7% and insufficient in the rest of the cases. We point out that 29.7% of the discharge letters

did not present objective observation data.

Discussion – The clinical information provided in this Department, at the time of hospital discharge, presents a higher proportion and quality than that observed in other studies.

INTRODUÇÃO

Quando a alta é dada ao doente de modo inadequado, isto é, sem informação clínica, ou quando esta é de má qualidade, surgem dificuldades quer no seguimento dos doentes após a alta quer na comunicação e articulação entre níveis de cuidados de saúde¹.

Apesar desses obstáculos, os Médicos de Família e os Médicos Hospitalares apresentam pontos de vista semelhantes, quer sobre a forma quer sobre o conteúdo da nota de alta. Em relação ao primeiro aspecto, a preferência vai para um resumo estruturado e informatizado². No conteúdo, são considerados consensuais a informação sobre o diagnóstico, os dados da história clínica e do exame objectivo, a terapêutica prescrita (incluindo indicações sobre a frequência e dose), os resultados tanto positivos como negativos dos exames complementares de diagnóstico, o plano de actuação para o seguimento após a alta e o nome do médico hospitalar que observou o doente^{3,4}.

Assim, John Newton et al efectuaram, em 1992, um questionário a 159 especialistas hospitalares e 115 Médicos de Família sobre o conteúdo dessa informação clínica e observaram que 92% dos primeiros e 89% dos segundos consideravam sempre importante a existência de dados do exame objectivo e que 79% dos especialistas hospitalares e 69% dos Médicos de Família achavam que a informação clínica deveria conter sempre o resumo da história clínica⁵.

Por outro lado, outros autores salientam que uma alteração do diagnóstico durante o internamento, que pode ser considerado um registo importante, não tem qualquer influência na prática de enviar notas de alta nem na qualidade das mesmas⁶. No entanto, aspectos como este, podem influenciar a prestação de cuidados de saúde partilhados após a alta.

De facto, o envio sistemático de notas de alta estruturadas pode melhorar a continuidade do seguimento após a alta⁷. Por exemplo, num estudo realizado no *Venice General Hospital* em Itália, e publicado em 1995, Selle

e Scarpa mediram a qualidade do registo médico da alta hospitalar, obtendo o seguinte resultado: a percentagem de notas de alta consideradas como apresentando qualidade foi de 39,9%. Neste estudo, a quantidade e qualidade dessa informação variam com os serviços e especialidades hospitalares⁸.

Decidimos então caracterizar estes aspectos nas altas de doentes com cardiopatia isquémica (CI), dado que esta é a entidade nosológica mais prevalente no internamento do Serviço de Medicina do Hospital do Desterro. A observação desses casos de alta permitiu-nos, assim, a aplicação deste marcador na medição da qualidade da nota de alta. Caracterizámos esses aspectos num Serviço com nota de alta informatizada e estruturada, num período em que não se verificaram alterações em relação à forma habitual de dar alta.

Realizámos o presente estudo com o objectivo de determinar, nas altas de doentes internados no Serviço de Medicina do Hospital do Desterro, a proporção de casos em que existia nota de alta, e medir a qualidade da mesma.

MÉTODOS

O estudo realizado inclui casos de alta de doentes com diagnóstico de saída de CI e que estiveram internados no Serviço de Medicina do Hospital do Desterro.

Para dar resposta ao objectivo delineado, efectuou-se um estudo de observação descritivo e transversal, referente ao ano de 1996, e realizou-se um censo composto por 123 casos de alta hospitalar com CI.

As variáveis estudadas foram:

- *Existência de nota de alta*
- *Qualidade da nota de alta* - variável composta que inclui a medição das seguintes variáveis simples, consideradas fundamentais na operacionalização desta variável composta:
 - Existência de dados da história clínica - inclui elementos positivos ou negativos das manifestações clínicas e/ou o estadio da C.I.

- Existência de dados do exame objectivo - inclui elementos positivos ou negativos da auscultação cardiopulmonar e/ou dos sinais de insuficiência cardíaca e/ou da pressão arterial.
- Existência de resultados de exames complementares - inclui elementos positivos ou negativos do electrocardiograma e/ou do ecocardiograma.
- Existência de plano de actuação - inclui terapêutica farmacológica (com indicações posológicas) e referência para consulta.

Nas variáveis simples, que consideramos fundamentais na operacionalização da variável composta *qualidade da nota de alta*, incluímos ainda:

- Legibilidade da informação e
- Existência de nome legível do médico hospitalar

Assim, na operacionalização da variável composta, foram considerados dois grandes grupos:

Qualidade Insuficiente (I)– Significa NÃO em uma ou mais das variáveis consideradas fundamentais, com o número de respostas SIM às restantes variáveis simples ≤ 6 ;

Qualidade Suficiente (S)– Significa SIM nas variáveis consideradas fundamentais, com um número de respostas SIM às restantes variáveis simples > 6 .

A colheita de dados foi efectuada pelos autores e colaboradores, para a folha de registo, por observação do ficheiro informatizado do Serviço de Medicina do Hospital do Desterro. O tratamento dos dados foi efectuado por estatística descritiva.

RESULTADOS

Estudaram-se 123 casos de alta de doentes com diagnóstico de CI. Os resultados encontram-se sumarizados nos *Quadros I e II*.

Quadro I - Frequência absoluta e proporção de casos de alta com CI em que existia nota de alta

ALTA COM CI N=123	Frequência Absoluta	%
Notas de Alta	111	90,2

DISCUSSÃO

A existência de uma amostra temporal é sugerida pelo facto de não se ter verificado qualquer alteração em relação à forma habitual de dar alta no Serviço de Medicina do Hospital do Desterro e de os resultados obtidos terem um carácter aproximado aos da medição observada noutros momentos (referimo-nos a anos anteriores).

Por outro lado, verificamos que a proporção (90,2%) dos casos de alta hospitalar com nota de alta e a percen-

Quadro II - Frequência absoluta e proporção de notas de alta que tinham qualidade considerada suficiente, incluindo os dados da história clínica, a legibilidade, o nome legível do médico, o plano de actuação, os resultados dos exames complementares e os dados do exame objectivo

NOTAS DE ALTA n=111	Frequência Absoluta	%
QUALIDADE SUFICIENTE	64	57,7
Dados da História Clínica	111	100
Legibilidade	111	100
Nome Legível do Médico	110	99,1
Plano de Actuação	105	92,9
Resultados dos Exames Complementares	95	85,6
Dados do Exame Objectivo	78	70,3

tagem de casos que apresentaram qualidade considerada suficiente (57,7%) foram superiores às observadas em outros estudos^{7,8}. Acresce que esta comparação pode ser limitada pela existência de factores não explicitados nesses estudos, que eventualmente podem influenciar a qualidade e a quantidade dessa informação. Por exemplo, não é referido se a nota de alta nesses casos está informatizada, como acontece no Serviço de Medicina do Hospital do Desterro. A contingência dessa comparação torna-se mais evidente se juntarmos a esse aspecto a utilização, nestes estudos, de uma metodologia diferente e de amostras, em locais e momentos distintos.

Observamos que, no nosso estudo, todas as notas de alta contêm dados da história clínica, não acontecendo o mesmo relativamente a outros aspectos relacionados com a avaliação e controlo da CI, como por exemplo, os dados do exame objectivo, que são os menos valorizados na transcrição para a nota de alta. No entanto, se formos observar estes aspectos noutra oportunidade e noutra localidade, os resultados são diferentes, como é o caso do estudo referido na introdução publicado por John Newton⁵.

Os aspectos influenciados pela estrutura informatizada da nota de alta, como a legibilidade da informação e a existência de nome legível do médico hospitalar, apresentam um nível de qualidade elevado. A possibilidade que este Serviço de Medicina tem de utilizar uma base de dados padronizada, monitorizada e com um sistema de codificação mais específico e uniformizado (que inclui a Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão) pode aumentar a precisão e influenciar a qualidade da informação clínica e a comunicação entre níveis de cuidados de saúde, tendo em vista os cuidados partilhados após a alta do doente.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos em relação à proporção e qualidade da nota de alta, neste Serviço de Medicina, podem significar a existência de uma contribuição favorável para a prestação de cuidados de saúde partilhados após a alta. Trata-se, por conseguinte, de uma referência importante, tendo em vista a optimização da comunicação e articulação entre os Cuidados de Saúde Secundários e os Cuidados de Saúde Primários.

Finalmente, sugerimos que a medição das variáveis estudadas num grupo de controlo, em que a nota de alta não seja informatizada, e a comparação dos resultados obtidos com os do presente estudo, poderão ser um modo de o continuar, tentando determinar se existe influência da informatização da nota de alta na proporção e qualidade desta informação clínica.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a João Jacquet e José A. Miranda todo apoio concedido durante a execução deste trabalho e a Paula Ratinho pela colaboração na colheita de dados.

BIBLIOGRAFIA

1. FAIRHURST K, BLAIR M, CUTTING J: The quality of hospital discharge arrangements for over- 65 years. *Int J Qual Health Care* 1996; 8: 167-74.
2. SOLOMON JK, MAXWELL RB, HOPKINS AP: Content of discharge summary from ward: views of general practitioners and hospital doctors. *J R Coll Physicians* 1995; 29: 307-10.
3. REEVE H, BAXTER K, NEWTON P, BLACK M, ROLAND M: Long-term follow-up in outpatient clinics. The view from general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 24-28.
4. WASS AR, ILLINGWORTH RN: What information do general practitioners want about accident and emergency patients? *J Accid Emerg Med* 1996; 13: 406-8.
5. NEWTON J, ECCLES M., HUTCHINSON A: Communication between general practitioners and consultants: What should their letters contain? *BMJ* 1992; 304: 821-4.
6. Comité de Classificação da WONCA. CIPS-2 Definida. Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários. 2ªed. Lisboa: CIMF/Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1991.
7. HAIKIO JP, LINDEN K, KVIST M: Outcomes of referrals from general practice. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13:287-93.
8. SELLE V, SCARPA B: The quality of hospital discharge data in the Venice general hospital: methods and evaluation in the development of the Diagnosis Related Groups System. *Epidemiol Prev* 1995; 65: 342-8.