

## A IMPORTÂNCIA DA EXPERIÊNCIA DO PROFISSIONAL DE 'TICS' NOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS E EM FLUXOS DE TRABALHO MÉDICO

Profissionalmente, ocupei muitas posições em muitas diferentes organizações e vertentes, sendo estas experiências, acumuladas em áreas técnicas, de infraestrutura e desenvolvimento e de gestão, atuando em segmentos como no turismo, no mercado de taxas flutuantes, em indústrias, em multinacionais de software e por fim, na saúde pública e coletiva.

Enquanto gestor de unidades de saúde, eu aprendi que para cada grupo de 100 profissionais que realizam as mesmas tarefas, estes, as realizam de 50 diferentes maneiras... "e 49 delas estão corretas".

Da mesma forma, isto soa de forma similar para programadores experientes em HL7, que dirão que, às vezes, grande parte da especificação do HL7 é aberta à sua própria interpretação.

Tomemos como exemplo o termo MRN. Quantos de vocês identificam rapidamente que este termo se refere a "Medical Record Number"?

Algumas perguntas que poderíamos fazer a 'N' gerentes de sistemas de saúde sobre quais as aplicações do MRN em sua unidade, poderiam ser:

- O HIS de sua unidade associa o MRN ao número da conta, ou ao número do episódio, e/ou ao número do encontro?
- O MRN é usado para solicitações de ordens diversas?

E, certamente, teríamos muitas diferentes respostas e na maioria das vezes, todas estarão corretas.

**Lição:** Todo mundo faz as coisas de diferentes maneiras. Você pode ter 10 anos ou mais de experiência em uma única organização de saúde, porém, quando você se desliga desta, sente o forte impacto das diferenças organizativas, ao se recolocar em outra.

Esta foi uma lição difícil para mim, pois minha participação no mundo da saúde, foi como gestor, em plena mudança de carreira, eu me mantive ainda na área da saúde, porém atuando com tecnologias da informação e comunicação em saúde.

Enquanto gestor, eu discutia assuntos como, implementar protocolos e regras para decisões clínicas, planos de trabalho, planejamentos estratégicos, controles financeiros, pessoas, contratos, licitações, políticas e todos os eteceteras administrativos.

Durante este tempo, me afastei do exercício profissional em TI, tornando-me um consumidor exigente e atualizado sobre tecnologias modernas e de ponta.

Em determinado momento, optei por me desligar da área administrativa-executiva, e retornar para TI e assumi um novo papel, agora, como informata em saúde, pois minha principal formação é fundamentada em diferentes áreas de TICS.

Mesmo com uma boa bagagem técnica, eu ficava bastante confuso quando discutia sobre identificação de pacientes através do processo de registro de pacientes usando mensagens HL7.

Procuro sempre manter-me atualizado sobre tecnologias, e há alguns anos atrás, quando o governo deu início ao processo de expansão do seu sistema de saúde eletrônica com a publicação da Portaria MS-2073/2011 – Padrões de Interoperabilidade para o cenário de saúde eletrônica no Brasil, o Padrão HL7 tornou-se um Skill muito desejado por mim.

Obviamente, esta é uma habilidade essencial para um HL7 System-Integrator, porém, muitos ignoram o fato de que também é fundamental o entendimento sobre como funciona a assistência médica.

## O CASO EM QUESTÃO ...

Recentemente fui convidado para um projeto de desenvolvimento de interfaces HL7 para uma organização, e ao analisar as especificações por eles apresentadas, fiquei confuso.

Eles queriam que eu adicionasse um segmento OBX em mensagens do tipo ADT-A01 para que neste segmento fossem transmitidas as informações de contato do hospital.

Da mesma forma, me deram uma tabela, repleta de códigos para que estes fossem utilizados para a correta identificação do hospital a ser enviado como o **sending facility** do segmento MSH.

Para aqueles que não têm experiência em HL7, deixe-me explicar ... um segmento OBX é definido pela especificação do HL7 para transmitir resultados de testes (exames laboratoriais e/ou imagens), sendo estes segmentos, geralmente associados a mensagens HL7 do tipo ORU (Resultados e Observações).

Da mesma maneira, as mensagens de ADT (Admission, Discharge and Transfer) são específicas ao gerenciamento do paciente e não possuem segmentos OBX, porque não há resultados/observações a serem relatados.

De forma irracional, isto seria como pedir um hambúrguer em um restaurante e quando o sanduiche chega, você vê que no lugar do hambúrguer (de frango, ou de peixe, ou de tofu ...), há uma fatia de torta de cereja. Certo, ainda assim é comestível, mas está errado...

Para as interfaces de ADT (registro de paciente) me recusei a fazer da forma proposta, apontando que as informações do hospital devem ser extraídas de seu próprio banco de dados.

A seguir, avaliei os tipos das mensagens que solicitavam... Admit, Cancel-Admit, e Discharge e analisei, também, a chave primária definida pela equipe de interfaces HL7 do hospital. Esta, foi definida como sendo a combinação de um ID internamente gerado para o paciente, o cartão de saúde e seu prontuário.

Enviei-lhes um email, e relatei que, conforme eu realizava pesquisas pelos atendimentos no pronto-socorro, utilizando os parâmetros da chave primária, muitas vezes não era fornecido e/ou localizado o identificador interno do paciente, que de alguma forma ou não foi gerado no momento do registro do paciente, ou, não foi informado. Desta forma, por vezes, não era possível sua correta identificação.

Orientei que seria necessário implementar mensagens de atualização, porque os dados com que estavam trabalhando, com a falta de atualização, são de baixa qualidade e piorando.

Eles responderam que se o ID interno do paciente não pudesse ser enviado nas mensagens A01, eles poderiam usar para a identificação (match) do paciente, uma combinação de seu nome, sexo e data de nascimento.

Como previsto, localizei duplicidades no MPI usando estes critérios e eles ficaram surpresos e confusos com o fato de que isto poderia acontecer, e como foi que aconteceu.

Também, esclareci sobre duas situações que deveriam ser óbvias para qualquer profissional com alguma experiência neste assunto:

- 1) Um paciente pode ser identificado em um sistema como Smith, Joe A, e, em outro sistema, como Smith, Joe Arnold e, ainda assim, ser o mesmo paciente;
- 2) Erros humanos podem ocorrer durante o processo de registro do paciente....

Para finalizar, eles informaram que os locais onde possuem as interfaces implementadas, estes, armazenam as mensagens e as encaminham uma vez por dia.

Isto nos dá sinais e quer dizer que foram construídas interfaces ruins e impostas aos hospitais, exigindo destes, certa quantidade de trabalho extra para compensar tal fato.

Obviamente me neguei a fazer desta forma, devido à quantidade de trabalho envolvida e aos muitos pontos falhos adicionais.

Mesmo assim, decidiram continuar argumentando que neste momento não queriam mensagens atualizadas porque queriam evitar uma "interface de atualização" porque "significaria mais trabalho".

A falta de experiência e a incapacidade de assumir a responsabilidade por consertar um design ruim, trará como implicação para esta unidade de saúde, a recepção de dados incorretos e/ou de baixa qualidade. O quê de modo geral, não é um problema de segurança para o paciente, ou eu teria me recusado de realizar o serviço.

Um fato negativo é o de que outros hospitais também irão trabalhar sob estas implementações ruins, e que os profissionais que projetaram estas interfaces HL7, certamente migrarão para outros projetos, e o ruim, ficará com os hospitais.

Estes mesmos profissionais, eventualmente, podem acabar desenvolvendo um sistema de missão crítica, e, uma mínima falha, pode se transformar em um resultado desastroso para o paciente.