

A medicina florescida na Grécia atravessou os séculos como ofício essencialmente artesanal e ancorado na experiência do médico. Prática adquirida especialmente a partir de estudos observacionais e com a transmissão do conhecimento professor-aluno passiva e personalíssima¹. Seguiu a ciência médica incorporando conhecimentos e modernizações tecnológicas, mas preservando o processo saúde centrado na consulta médica.

Nesse processo ancião, o prontuário nasceu da necessidade do médico fazer registros cronológicos e escritos da observação do paciente diante da doença, como forma de buscar por explicações racionais para as moléstias que acometiam as pessoas. Ou seja, nos primórdios, o prontuário do paciente era o próprio estudo observacional conduzido pelo médico, coletânea que compunha a experiência profissional do assistente². Prova disso eram os prontuários dos Hospitais Americanos no século XIX separados por médico e não por paciente. Fato que resultava em transtornos para o doente devida dificuldade em se fechar diagnóstico e acompanhar a evolução, pois o mesmo paciente possuía diversos prontuários no departamento de saúde, um para cada médico³.

Em 1907, William James Mayo, cirurgião Norte Americano e fundador da *Mayo Clinic*, adotou o registro médico centrado no paciente, *patient-centered medical record*, ou seja, o prontuário passou a ser por paciente independentemente da quantidade de médicos assistentes. Todavia, foi o Professor Abraham Flexner, em 1910, que após visitar escolas de medicina nos Estados Unidos e Canadá publicou o *Flexner Report*, elaborando formalmente um documento sobre o conteúdo e a função do registro médico. Incentivando, inclusive, a atualização de dados no prontuário por paciente. O relatório Flexner foi um documento revolucionário, a ele foi atribuída a reforma mais importante ocorrida nas escolas médicas dos Estados Unidos, produzindo reflexos profundos na medicina mundial⁴.

Mais de cem anos se passaram da adoção do *patient-centered medical record* e do relatório Flexner, no entanto, ainda não se tem o prontuário plenamente centrado no doente. Quando se estuda quaisquer das plataformas contemporâneas de prontuários eletrônicos - PEP, nota-se que um mesmo paciente frequentemente tem diversos prontuários no mesmo sistema, um para cada mé-



Dr. Cristofer Martins, especialista em Medicina Legal, Perícias Médicas e conselheiro do CRM-DF.

dico, clínica ou hospital onde é atendido. Ou seja, a modernização dos registros para o formato eletrônico não acompanhou a tendência nascida no início do século XX de centralizar as informações no paciente. Todo o sistema eletrônico de informações dos enfermos permanece atrelado ao médico, à clínica ou ao hospital, exatamente como nos primórdios da *Mayo Clinic*.

Com suas informações de saúde fragmentadas, pulverizadas em dezenas de prestadores e assistentes, torna-se impossível para o próprio doente ter acesso a plenitude dos seus dados. A cada serviço de saúde frequentado, um novo prontuário totalmente desconexo das informações preexistentes é formado.

O ponto em questão é que se informações prévias ao atendimento existem, elas podem ser aproveitadas como objeto da análise do médico. O paciente é o maior beneficiado da compilação das suas informações de saúde em sistema único e próprio. Pois se o paciente é o dono das suas informações, por qual motivo não poderia gerir o seu banco de dados?

Tal característica desconexa dos registros e com gestão de informações descentralizada, é paradoxal com o desabrochar da terceira década do século XXI. E radicalmente conflituosa com as tendências em todas as áreas do conhecimento humano, as quais convergem fortemente ao *Big Data*. O momento é da quarta revolução industrial, onde a informatização da manufatura desencadeou conceitos de sistemas ciber-físicos, internet das coisas e computação em nuvem⁵.

Importantes benefícios para o paciente podem ser extraídos de prontuário *Big Data*. Constituído a partir de várias fontes, incluindo visitas anteriores aos médicos, internações hospitalares, resultados de provas laboratoriais e exames de imagens, prescrições aviadas em farmácias, dados de mídias sociais e outras fontes externas. A volumosa informação é capaz de criar uma imagem completa do paciente⁶. Nós médicos sempre tivemos acesso a uma quantidade extremamente limitada de informações dos nossos pacientes, como alguns trechos de prontuários e dados colhidos em anamneses breves e geralmente impregnados da visão pessoal do doente. Todavia, diante da vasta quantidade de dados agora disponíveis, todos os profissionais de saúde podem ver o paciente em seus mínimos detalhes e usar todo esse recurso para fornecer cuidados de melhor qualidade, com intervenções precoces e imbuídos de ferramentas de inteligência artificial - IA para segurança e prevenção de má prática. Importantes portas se abrem para a telemedicina assíncrona guiada por IA facilitando a teleinterconsulta, a segunda avaliação médica, a auditoria e a perícia médica, entre outros exemplos.

Por óbvio, há efeitos colaterais. Privacidade e sigilo são garantias decadentes na vida contemporânea. Por mais que o paciente enquanto gestor das suas informações conceda acessos limitados e exclusivamente aos partícipes da sua assistência num dado momento, ainda assim, registros médicos confidenciais permissivos à visão completa e abrangente de um paciente é exposição verdadeiramente assustadora. O *Big Data* pode ter acesso a tudo, de registros privados às publicações em redes sociais; do lanche solicitado no aplicativo à frequência na academia. Para os entusiastas da tecnologia, a informação consolidada e centrada no paciente associada à telemedicina reduz a privacidade dos indivíduos para um bem maior, qual seja, a assistência à saúde instantânea e em tempo integral. Dessa forma, se por um lado o *Big Data* permite que médicos monitorem a saúde de seus pacientes em qualquer tempo e lugar, com maior qualidade e favorecendo intervenções precoces, por outro, não faculta liberdade e privacidade ao paciente⁷.

Outro aspecto a ser considerado são as consequências para as relações de trabalho médico. Nessa seara, importantes mudanças são discutidas desde os anos 2000. Diante de uma saúde de custos em franco crescimento, Michael Porter e Elizabeth Teisberg propuseram em 2006 o *Value-based healthcare* quando da publicação do livro: “Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos”⁸. O conceito é uma iniciativa de reestruturação dos sistemas de saúde em todo o mundo, cujo objetivo global é ampliar o

valor para os pacientes, conter as escaladas de custos e oferecer mais conveniência e serviços em saúde. Por Saúde Baseada em Valor, os autores admitem valor como sendo o resultado final obtido pelo paciente, considerando o seu desfecho clínico e sua experiência. A fórmula para cálculo de valor proposta por Porter-Teisberg é: *Valor = Desfecho Clínico Relevante para o paciente / Custo para se obter este desfecho*⁹. Tal modelo seria opção ao vigente *Fee-for-service* ou “Conta aberta”, no qual os hospitais e prestadores são remunerados por todos os recursos que utilizaram para tratar seus pacientes.

Todavia, o Desfecho Clínico Relevante para o Paciente não pode ser algo aferível exclusivamente pela perspectiva do doente a partir de questionários, pois certa variabilidade de desfechos clínicos inerentes às imprevisíveis respostas do corpo humano deve ser admissível. Ademais, mesmo que as análises das respostas de pacientes sejam macro, há hipótese de se expor prestadores, especialmente médicos, a injustiças nessa valoração do seu trabalho. Fato que pode motivar a criação de mecanismos e artifícios viciosos que em última análise recaem sobre o próprio sistema. Nesse aspecto, o *Big Data* pode ser o elo faltante à implementação do *Value-base healthcare*. Correlacionando formulários respondidos por pacientes com as informações de prontuários auditadas por médicos peritos, o desfecho clínico se recobre da certificação de prova real, agregando precisão ao valor e corrigindo eventuais injustiças.

Referências:

1. Medical education – historic perspective and future challenges
2. Acesso aos dados dos pacientes nos Estados Unidos
3. Idem
4. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal
5. Segurança e privacidade para a Internet das Coisas
6. Big data analytics in healthcare: promise and potential
7. Big Data Security and Privacy Issues in Healthcare
8. Value-Based Health Care Delivery: Systems Integration & Growth
9. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results