

Processo Clínico Orientado por Problemas

Problem Orientated Medical Records

Humberto Morais*, Diógenes Pegado**

* Coronel Médico. Especialista de Cardiologia do Hospital Militar Principal/Instituto Superior

** Coronel Médico Especialista em Pneumologia do Hospital Militar Principal/Instituto Superior

Rev CSE 2008;2:13-24

RESUMO

O presente artigo tem como objectivo realçar a importância do processo clínico, descrever o conceito, a finalidade e seus objectivos. Nele os autores apresentam de uma forma resumida em que consiste o processo clínico orientado por problemas, suas vantagens, desvantagens e sua aplicação na prática clínica.

Palavras-chave: Processo Clínico; Processo Clínico Orientado por Problemas; História Clínica.

ABSTRACT

In this paper the authors describe the importance, objectives and concept of the Medical Record, and how to apply the Problem Orientated Medical Record in every day practice.

Keywords: Medical Record; Problem Orientated Medical Record

INTRODUÇÃO

Os primeiros registos centrados no histórico, sinais e sintomas de doentes datam de Hipócrates no século V AC, que estimulou os médicos a fazerem registos escritos, dizendo que o processo clínico tinha dois propósitos: reflectir de forma exacta o curso da doença e indicar as possíveis causas das doenças. Até o início do século XIX os médicos baseavam as suas observações e, consequentemente, as suas anotações no que ouviam, sentiam e viam e as observações eram registadas por ordem cronológica, estabelecendo assim o chamado Processo Clínico (PC) Orientado pelo Tempo, em uso desde então (1).

Em 1880 William Mayo, que com o seu grupo de colegas fundou a Clínica Mayo em Minnesota nos Estados Unidos da América, observou que a maioria dos médicos mantinha o registo de anotações das consultas de todos os doentes, em forma cronológica, num documento único. O conjunto de anotações trazia dificuldade em localizar informação específica sobre um determinado paciente. Assim, em 1907, a Clínica Mayo adopta um registo individual das informações de cada

doente que passaram a ser arquivadas separadamente. Isto dá origem ao processo clínico centrado no paciente e orientado ainda de forma cronológica (1).

Em 1920, ainda na Clínica Mayo, houve um movimento para padronizar o conteúdo dos processos clínicos através da definição de um conjunto mínimo de dados que deveriam ser registados. Este conjunto mínimo de dados criou uma estrutura mais sistematizada de apresentação da informação médica. No entanto, apesar de todos os esforços de padronização o PC organizado desta forma contém ainda uma mistura de queixas, dados do exame físico, resultados dos exames complementares de diagnóstico, observações dos especialistas de forma muitas vezes desordenada pelo que nem sempre é fácil obter uma informação clara sobre a situação do doente, principalmente daqueles que têm mais de uma doença ou vários problemas de saúde. (1)

Em 1968 Lawrence Weed propôs uma forma de registo da informação no processo clínico que designou por Problem Orientated Medical Record (POMR) - Processo Clínico Orientado por Problemas (PCOP), que ganhou grande popularidade dado a sua uniformização, simplicidade e

lógica. É uma modalidade de registo amplamente aceite tanto para a padronização, como para a melhoria da qualidade do PC. O sistema estimula uma abordagem lógica ao diagnóstico e ao manejo do doente, parece ser o mais apropriado no contexto da prestação da assistência médica multidisciplinar, altamente especializada dos cuidados médicos modernos. (2)

Com o advento da informática e da sua introdução nos sistemas de saúde, nos últimos anos tem-se desenvolvido o processo clínico electrónico ou informatizado. (1,3)

No futuro, o PC deverá ser de acesso instantâneo e múltiplo, de integração de diferentes fontes e mídias, de integração de informações clínicas, de uso concorrente e interactivo (3).

Conceito, Objectivos e Finalidade do Processo Clínico

Existem várias definições de PC de acordo com as principais funções que exerce: assistencial, administrativa, investigação, legal, auditoria, e formação médica contínua. Parece ser, no entanto, consensual que o PC se refere ao conjunto de suportes que se destinam à **recolha, transmissão e conservação** da informação clínica sobre o estado de saúde ou de doença de todas as pessoas que sejam atendidas no Hospital, em regime de urgência, internamento, ou de consulta externa.

O PC tem como principais objectivos facilitar a assistência ao doente, promover meios de comunicação entre os profissionais de saúde; assegurar a continuidade do atendimento aos doentes e fornecer o suporte para a área administrativa nos aspectos financeiros e legais.

Como em qualquer outro sistema de informação, o PC tem como principal finalidade a tomada atempada e correcta de decisões.

Funções e Estrutura do Processo Clínico

O PC é o principal documento de trabalho dos médicos, dos enfermeiros e de outros técnicos de saúde na sua actividade diária hospitalar (2). É um documento onde devêm estar registadas todas as actividades executadas pela equipe de saúde a um determinado doente, durante o período de seguimento do mesmo e são essenciais para a elucidação de questões jurídicas, éticas e da evolução do doente.

Independentemente da estrutura do PC, a sua principal função é de ordem assistencial. Existem, no entanto, outras para as quais pode ser utilizada, em parte ou no todo, a informação contida no Processo Clínico. Tais actividades são:

- Administrativa (gestão de recursos; estatística médica; emissão de certificados e de relatórios médicos etc.)
- Investigação clínica e docência;
- Avaliação de qualidade da assistência médica (auditoria);
- Acções jurídicas;
- A constituição de um fundo histórico documental.

O PC é um instrumento valioso para o paciente, para o médico e para a instituição que o atende, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública. Serve também como instrumento de defesa, em caso de conflito legal (negligência médica, maus tratos ao doente, etc.).

No hospital, entre outros padrões, a qualidade do PC permite estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os doentes que recorrem ao mesmo

Resumindo, um PC bem organizado possibilita ganho de tempo, é um indicador de qualidades de atendimento, é um documento de defesa ética e profissional, facilita o entendimento da história clínica, da terapêutica e da evolução dos doentes, facilita a emissão de um atestado, a realização de um relatório e possibilita pesquisas científicas e, em última análise, permite encontrar a informação necessária no momento certo.

Actualmente existem dois tipos de registo de informação no PC - Processo Clínico Orientado por Fontes de Informação (PCOFI) e Processo Clínico Orientado por Problemas (PCOP). O registo pode ser feito em papel ou em computador, no caso do PCOP.

Processo Clínico Orientado por Fontes de Informação

- é o que se utiliza actualmente na grande maioria das instituições hospitalares em Angola. É constituído por uma série de suportes de informação (SI) a saber: ficha de admissão; história clínica, diário clínico, prescrições, resultados dos exames de patologia clínica e auxiliares de diagnóstico, diários clínicos de enfermagem, observações dos especialistas, mapas dos sinais vitais e balanço hídrico, protocolos cirúrgicos etc. Todos estes SI servem como fontes de informação do PC. Tem a principal vantagem de ser fidedigno (cada SI serve de fonte de informação primária); no entanto, tem como principais desvantagens o facto de não poder ser informatizado, e dificultar a procura dos dados nos diversos SI que o constituem.

Processo Clínico Orientado por Problemas -

Consiste na colheita de toda a informação clínica sobre o doente com o objectivo de elaborar uma base de dados, e utilizá-la para construir uma lista de problemas (LP). Esta LP oferece não só um resumo do doente como um todo e um recurso para planear o seu manejo, como também estimula a procura da relação entre os problemas e desenvolve uma visão integrada do doente. Além disso, a LP diferencia os que requerem um manejo activo, daqueles que podem ser apenas de importância histórica. A LP não oferece uma perspectiva da importância relativa de cada problema; tal deve ser baseado no raciocínio clínico (2).

Além da LP, o PCOP oferece uma base para a padronização da estrutura das notas de seguimento (diário clínico), propicia uma folha de registo dos resultados dos exames auxiliares de diagnóstico (EAD) que se destina a registar as alterações sequenciais dos dados de patologia clínica e de outros EAD. Contempla ainda a existência de planos de estudo, de tratamento e de educação relacionados aos problemas do doente. (2)

O PCOP apresenta as seguintes vantagens (2):

- Estimula todos os membros da equipe de saúde a padronizar o registo médico;
- Melhora a comunicação e garante que todos os que estejam envolvidos na assistência do doente possam contribuir para a biografia médica do mesmo;
- A estruturação cuidadosa da lista de problemas, planos de diagnóstico, de tratamento, e de seguimento estimula o pensamento lógico e disciplinado e assegura que o registo seja não só abrangente como também preciso;
- Contraria a tendência em sobrevalorizar um único problema e subestimar outros problemas secundários, mas potencialmente importantes;
- A estrutura do PCOP expõe o pensamento dos clínicos e os seus processos de tomada de decisão, o que é educativo tanto para o próprio clínico quanto para qualquer outro que leia os registos.
- O registo da informação de forma precisa, meticulosa e detalhada favorece o trabalho de investigação;
- Ajuda a manter a perspectiva do doente no seu todo, dando deste modo uma visão dos problemas físicos, psicológicos e sociais e a sua interacção na saúde e na doença.
- Por último, a estrutura do PCOP torna-o adequado ao trabalho de auditoria médica;

Tem como principais desvantagens as

seguintes:

- Necessita de formação e aprendizagem do processo de registo;
- Duplica, por vezes, a informação.

Independentemente do tipo de registo no PC, é importante realçar que este deve ser **único** - os documentos conservam-se, qualquer que seja o Serviço responsável pela assistência ao doente, numa única capa. **Acumulativo** - estrutura-se em episódios assistenciais: **de internamento**, e de consulta externa. Integrado - dentro da capa os diferentes episódios assistenciais colocam-se por ordem cronológica à medida que se sucedem no tempo. Ficam separados entre si pela folha de admissão e alta.

CONSTITUIÇÃO DO PCOP

História Clínica Completa - A história clínica (HC) é o documento mais importante do PC e constitui a principal base de dados do doente, pelo que nela deve ser reflectida toda a informação clínica que resulta da entrevista médica. É importante que haja uma boa relação médico-doente para que este ganhe confiança no médico, contando-lhe espontaneamente os seus problemas e colaborando nas solicitações por ele formuladas. São factores decisivos para esta relação o aspecto do médico, o modo como se dirige ao doente, a calma e a segurança que transmite ao doente e a sua disponibilidade. No fim da primeira entrevista, o médico deve ter uma boa compreensão da personalidade do doente, dos seus hábitos sociais e dos problemas clínicos, bem como dos diagnósticos diferenciais que possam explicar esses problemas.

Na Clínica Médica a experiência demonstrou que, quando a história clínica é bem elaborada, a anamnese é responsável por 85% do diagnóstico, o exame físico por 10% e os exames auxiliares de diagnóstico apenas por 5% do diagnóstico.

De recordar que uma HC completa poderá fornecer informação preciosa particularmente nos casos de re-internamento de doentes em coma ou outra situação crítica que impossibilite a colheita de uma nova história.

A redacção da história clínica obedece geralmente a um guião mais ou menos padronizado, bem conhecido por todos nós. (Quadro I)

Lista de Problemas - A LP é um modelo ao qual se deve dar particular atenção. Nela devem constar todos os problemas de saúde apurados num determinado doente, que podem ser activos

(que requerem acção) ou passivos (problemas que foram resolvidos ou que não requerem acção mas que podem influenciar no manejo presente ou futuro do doente) e serão expressos nas respectivas colunas.

Este modelo é colocado no PC após a folha de admissão. Cada anotação é datada, esta data refere-se ao momento da anotação e não à data quando o doente notou pela primeira vez o problema (esta pode ser indicada entre parênteses junto ao problema). As datas registadas na lista de problemas fornecem não só uma cronologia dos problemas relacionados à saúde do doente, mas também servem como índice para o PC.

A LP ajuda ainda na elaboração dos planos de diagnóstico, de tratamento e de educação do doente. Na LP podem ser incluídos: diagnósticos etiológicos (ex. enfarte agudo do miocárdio), síndromes (ex. Insuficiência cardíaca congestiva), sintomas (ex. dispneia), sinais (ex. sopro sistólico de ejeção), achados anómalos dos exames auxiliares de diagnóstico (ex. anemia, velocidade de sedimentação elevada), história psicológica e social (ex. depressão, desemprego, problemas familiares) ou factores de risco especiais (ex. tabagismo, abuso de álcool ou narcóticos). Na LP não devem figurar perguntas, nem diagnósticos a descartar.

Quadro I - História Clínica da Doente A

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Doente A. 6 anos de idade, sexo feminino, de raça negra

Motivo do Internamento Doente trazida à Clínica por dificuldade respiratória intensa em repouso, dor de barriga, vômitos e nas últimas 24 horas recusa alimentar.

ANAMNESE

História da Doença Actual "Criança trazida à urgência pelo pai, transferida da Lunda-Norte por cardiopatia. Refere há mais ou menos um ano que notou aumento do tórax com protusão na região cardíaca e esternal. Dias antes inicia as queixas acima descritas."

História Progressa

Antecedentes Pessoais *Síndrome febril intermitente* aos cinco anos de idade. Sem outros antecedentes de realce

Revisão geral por órgãos e sistemas (ROS) Irrelevantes

Antecedentes Familiares Irrelevantes

EXAME OBJECTIVO

Observação Geral

Consciente, orientada no tempo e espaço e em pessoa, mau estado geral e de nutrição. Com atraso psicomotor em relação à idade. Tipo constitucional longilíneo, peso 16 kg. Posição na cama ortopneica. Pulso radial 120 cpm. Temperatura 35,7 C. Tensão arterial 90/50 mmHg. Polipneica, frequência respiratória 40 cpm. Pele e mucosas ligeiramente descoradas, cianose peri-bucale e dos leitos ungueais das mãos e pés. Sem edemas nem adenopatias generalizadas.

Cabeça sem alterações

Pescoço engurgitamento jugular 6 cm, refluxo hepatojugular positivo

Tórax

Mamas sem alterações

Sistema respiratório **Palpação** vibrações vocais mantidas e simétricas. **Percussão** som claro pulmonar. **Auscultação** murmúrio vesicular mantido e simétrico, ferveores crepitantes em ambas as bases.

Sistema cardiovascular **Inspecção e palpação** precórdio deformado. Choque da ponta. Localiza-se no sexto EICE, na linha axilar anterior, alargado em área, de duração, intensidade e amplitude normais. Frémio sistólico no apex. **Auscultação:** primeiro ruído diminuído de intensidade segundo ruído reforçado, sopro holossistólico grau 4/6 com maior intensidade no choque da ponta, com irradiação para axila e dorso. Sopro diastólico na área mitral sem atrito pericárdico.

Abdómen

Inspecção abdómen plano, móvel com os movimentos respiratórios, sem rede venosa visível, sem pulsações anómalas. **Palpação superficial** dolorosa a palpação no hipocôndrio direito, **profunda** hepatomegália 6cm abaixo do rebordo costal direito, de bordo rombo e superfície lisa. Sem esplenomegália. **Auscultação** ruídos hidroaéreos mantidos. Sem atritos hepáticos ou esplênicos. Sem sopros.

Sistema Genito-Urinário exame não realizado

Exame Rectal exame não realizado

Coluna Vertebral sem alterações

Membros Inferiores sem edema

Exame Neurológico Sumário - sem alterações

A LP é dinâmica, pois o nível diagnóstico que se faz depende da informação disponível num dado momento particular (quadro II a IV). No entanto, o médico deve apurar para cada problema a (s) causa (s) ao nível etiológico mais elevado possível e deve actualizar a lista de problemas sempre que receber novos dados que alterem ou refinem a compreensão do problema.

Se um determinado problema foi resolvido passará para a coluna dos problemas passivos. No curso da investigação do doente, problemas inesperados podem tornar-se evidentes e devem ser acrescentados à lista de problemas. Por outro lado, se na evolução do doente não se confirmar um problema inicialmente colocado, este não deve constar na lista final de problemas.

Tomando com exemplo a HC descrita no quadro I existem duas possibilidades na elaboração da lista inicial de problemas da doente. A primeira consiste na elaboração de uma lista de sintomas e sinais relevantes que o doente apresenta que constituiriam objecto de estudo (quadro II). Um clínico experiente, na presença de sintomas como dispneia em repouso e ortopneia, e de sinais como ferveores crepitantes nas bases pulmonares, choque da ponta desviado para a esquerda e para baixo alargado em área, poderia optar pela segunda possibilidade e colocar a síndrome de insuficiência cardíaca (IC) na LP com algum grau de plausibilidade (4). A presença de sopro holossistólico com as características descritas apontava para a presença de uma insuficiência valvular mitral, que poderia ser orgânica ou funcional.

No entanto, no raciocínio clínico existe sempre algum grau de incerteza nas hipóteses diagnósticas colocadas. Estas devem ser confirmadas ou excluídas mediante a realização de exames complementares de diagnóstico apropriados (5). No caso relatado, a doente fez um controlo analítico de rotina que excluiu insuficiência renal como causa de sobrecarga hídrica, uma radiografia do tórax que revelou cardiomegália e padrão de edema pulmonar e um ECG que revelou ritmo sinusal, desvio direito de eixo, hipertrofia biauricular e hipertrofia ventricular direita. Todos estes aspectos suportavam o diagnóstico de cardiopatia, que foi comprovada pela ecocardiografia. Assim, o diagnóstico de IC foi definitivamente confirmado pela presença de sintomas e sinais sugestivos e com-

provação de disfunção cardíaca em repouso de acordo com as recomendações da SEC (6). A ecocardiografia confirmou o diagnóstico de insuficiência mitral grave e a presença de hipertensão pulmonar grave secundária à cardiopatia valvular. Desta forma, após a realização dos EAD, na lista de problemas apurados, apresentada no quadro III, já não constam os sintomas e sinais, mas sim a síndrome de ICC, a insuficiência mitral grave e a hipertensão arterial pulmonar secundária.

A criança foi posteriormente operada, foi colocada uma prótese mecânica em posição mitral. Deixou de ter insuficiência mitral e normalizaram-se as pressões na artéria pulmonar (estes problemas foram resolvidos), mas passou a ter dois novos problemas. Passou a ser portador de uma prótese valvular mecânica em posição mitral e a fazer anticoagulação oral, o que levou à elaboração de novos planos de diagnóstico, tratamento e educação da doente que estão representados no quadro IX.

A LP actualizada está representada no quadro IV.

Diário Clínico (SOAP) - O diário clínico é o modelo do PC onde se descreve não só a evolução do doente e os resultados dos exames auxiliares de diagnóstico mas também as alterações no planos diagnóstico e terapêuticos iniciais, face aos resultados obtidos e à evolução do doente. Esta informação deve ser disciplinada e padronizada. As anotações no diário clínico devem ser sucintas e breves, focando basicamente as alterações registadas na evolução e monitorização do doente. Existem quatro aspectos que devem ser obrigatoriamente reflectidos no diário clínico que são os seguintes: Subjectivo (S); Objectivo (O); Avaliação (A); Plano (P) (SOAP) (Quadro V e VI).

Subjectivo: Neste item regista-se a evolução dos sintomas principais do doente, que motivaram o internamento, ou o aparecimento de novos sintomas. Quando necessário regista-se também comentários sobre a adesão a um regime em particular (dieta, medicamentos).

Objectivo: Reflecte a evolução dos achados do exame físico e dos exames auxiliares que podem influenciar o diagnóstico, a monitorização ou o tratamento.

RESUMO E DISCUSSÃO DIAGNÓSTICA (ver texto)

PROGNÓSTICO

Quadro II - Lista Inicial de Problemas do Doente A (à entrada)

No	Problemas activos	Data	Problemas passivos	Data
1	Dispneia em repouso	09.01.2004		
3	Ortopneia	09.01.2004		
4	Dor abdominal	09.01.2004		
5	Vómitos	09.01.2004		
	Recusa alimentar	09.01.2004		
6	Sopro holossistólico mitral	09.01.2004		
7	Hepatomegália	09.01.2004		

Quadro III - Lista de Problemas da Doente A (nas primeiras 24 horas de internamento)

No	Problemas activos	Data	Problemas passivos	Data
1	Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe IV da NYHA	10.01.2004		
2	Insuficiência Mitral Grave (IMG)	10.01.2004		
3	Hipertensão Pulmonar Grave secundária a IMG	10.01.2004		

Quadro IV - Lista Actual de Problemas da Doente A (à data da última consulta)

No	Problemas activos	Data	Problemas passivos (resolvidos)	Data
1	Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe I da NYHA	10.01.2005		
2			Insuficiência Mitral Grave (IMG)	10.01.2005
3	Prótese Mecânica em Posição Mitral	10.01.2005		
4			Hipertensão Pulmonar Grave secundária a IMG	10.01.2005
5	Anti-coagulação Oral	10.01.2005		

Quadro V - Diário Clínico (S.O.A.P.) da Doente A (Internamento)

Quadro V - Diário Clínico (S.O.A.P.) da Doente A (Internamento)

Data	Hora	
10.01.04	16.00	<p>S: Menos falta de ar, tolera melhor o decúbito a 45°.</p> <p>O: Mantém cianose, mantém ingurgitamento jugular. FC 90 cpm PA 90/50 mmhg. Auscultação pulmonar - murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios. Abdómen -: redução da hepatomegália.</p> <p>A: Ligeiramente melhorada.</p> <p>P: Falar com os familiares sobre a gravidade da criança. Manter tratamento</p>
11.01.04	17.30	<p>S: Muito menos falta de ar, tolera melhor o decúbito a 30°.</p> <p>O: Mantém-se dependente de O2. FC 100 cpm, PA 90/50 mmhg. Exame objectivo semelhante ao anterior.</p> <p>A: Melhorada.</p> <p>P: Manter tratamento.</p>
12.01.04	18.00	<p>S: Sobreponível ao dia de ontem.</p>
13.01.04	18.30	<p>S: Tolerava melhor o decúbito a 30°. Já sem O2, sem ingurgitamento jugular.</p> <p>O: FC 80 cpm PA 90/50 mmhg. Exame objectivo semelhante ao anterior.</p> <p>A: Estabilizada do ponto de vista hemodinâmico.</p> <p>P: Manter tratamento. Levante diário para cadeirão Repetir electrocardiograma e controlo analítico amanhã</p>
14.01.04	19.00	<p>S: Sem dispneia, tolera bem o decúbito, tolerou bem o levantar para cadeirão.</p> <p>O: Sobreponível ao anterior. Controlo analítico normal (ver registo) ECG ritmo sinusal FC 80 cpm restante sobreponível ao de entrada.</p> <p>A: Estabilizada.</p> <p>P: Suspende furosemida endovenosa, retira via endovenosa. Inicia furosemida via oral. Mantém restante tratamento, Inicia deambulação. Alta dentro de 48-72 horas</p> <p>...</p>
18.01.04	17.30	<p>Resumo da situação 9º Dia de internamento na clínica. Doente internada em UCD por dispneia, dor de barriga, vómitos e recusa alimentar ap- os problemas listados no quadro III. Evolução favorável sob terapêutica para a ICC oxigénio e antibioterapia. Faz o protocolo dos 10 dias. Tem alta amanhã. Marcar consulta de cardiologia para dia 26.01.2004.</p>

Avaliação: Resume e comenta a informação sub-
jectiva e objectiva. Serve de base para planos de
estudo e tratamento subsequentes quando as
alterações observadas no doente assim o exigiam.

Plano: Após a avaliação do doente deve-se escre-
ver quais são as principais alterações aos planos de
estudo e de tratamento iniciais, bem como a pre-
visão da alta

Quadro VI - Diário Clínico (S.O.A.P.) Da Doente A (Consulta Externa)

Quadro VI - Diário Clínico (S.O.A.P.) Da Doente A (Consulta Externa)

Data	Hora	
26.01.04	16.00	
1 Consulta		Doente referenciada do internamento onde se apurou: Insuficiência cardíaca congestiva à data de alta em classe II-III da NYHA. Insuficiência mitral grave (IMG) Hipertensão pulmonar secundária a IMG. Está medicada com furosemida 20 mg/dia em jejum, digoxina 0.125 mg/dia S: Tolera bem a deambulação. O: Semelhante ao EO à data de alta. A: Estabilizada em classe II-III da NYHA. P: Manter tratamento. Falar com os familiares sobre a necessidade de cirurgia da insuficiência mitral. Propor a evacuação para o exterior do País para substituição valvular mitral. ...
10.01.05	16.30	
Reconsulta		A doente foi operada na RSA a 14.10.2004. Colocou uma prótese mecânica em posição mitral. Está medicada com captopril 6.25 mg 3 vezes ao dia, furosemida 10 mg/dia, warfarine de acordo com o TP INR. S: Dispneia a grandes esforços, sem outras queixas. O: FC 80 cpm PA 90/50 mmhg. AP murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios. AC ruído de prótese, sem sopros. Abdómen negativo. MI sem edema A: Classe I da NYHA. P: Solicito TP INR ECG, ecocardiograma, radiografia do tórax. ...
29.01.05	17.00	
Reconsulta		S: Sem queixas. O: Sobreponível ao anterior. TP 16.0' INR 1.32. Resultado dos EAD ver registos A: Estabilizada P: Aumentar dose semanal total de varfarine, manter restante terapêutica

Folhas de Registo dos Exames Auxiliares de Diagnóstico (Quadro VII) - Alguns exames auxiliares de diagnóstico e dados de patologia clínica são repetidos frequentemente para monitorizarem o curso de uma doença aguda ou crónica. Por exemplo, os doentes com cetoacidose diabética requerem determinações frequentes da glicémia, da ureia, dos electrólitos do pH sanguíneo e do débito urinário. Os doentes com enfarte agudo do

miocárdio requerem, entre outros parâmetros, doseamentos frequentes das enzimas cardíacas e de electrocardiogramas seriados. O registo desta informação em modelos apropriados facilita a análise dos dados; permite, de uma forma clara, observar a evolução cronológica dos resultados e das suas tendências. Os quadros VII e VIII mostram a evolução analítica e dos exames auxiliares de diagnóstico da doente A.

Quadro VII - Folha de Registo do Controlo Analítico da Doente A

Parametro	09.01.04	13.01.04	...	Parametro	09.01.04	13.01.04	...	29.01.05
HEMOGRAMA				COAGULAÇÃO				
G.Vermelhos				TP				16,0'
Hemoglobina	11,1	10,6		INR				1,32
Hematocrito	32,8	31,9		BIOQUIMICA				
VGM		85		Glicémia	98,5			
Plaquetas	254.000	203.000		Ureia	54,6			
G. Brancos	8,1	8,6		Creatinina	0,67			
Neutrófilos	29%	31,5%		PCR	Neg	2,99		
Eosinófilos				IMUNOLOGIA				
Basófilo				F. Reumatóide	Neg			
Linfócitos				TASO	+	Neg		
Mónocitos								
GE	Neg							

Quadro VIII - Folha de Registo dos Exames Auxiliares de Diagnóstico da Doente A				
No	EAD*	Data♣	Data♦	Resultado (conclusão)
1	ECG	09.01.04	09.01.04	Ritmo sinusal. FC 100 cpm. Desvio direito do eixo eléctrico. Ondas p sugestivas de hipertrofia biauricular. Hipertrofia ventricular direita.
2	Rx do torax	09.01.04	09.01.04	<i>Aumento da área da silhueta cardíaca de configuração mitral. Grande reforço vascular atribuível a edema pulmonar. Sem derrame pleural.</i>
3	Ecocardiograma modo M Bidimensional e Doppler	09.01.04	09.01.04	Raiz da aorta de dimensões normais. Válvula aórtica com boa abertura. Aurícula esquerda muito dilatada. Ventriculo esquerdo dilatado função sistólica mantida. Espessamento fixação e retracção do folheto posterior da válvula mitral. Cavidades direitas dilatadas. Pericárdio normal. Estudo Doppler Insuficiência mitral major. Pressão sistólica na artéria pulmonar 70 mmhg.
4	ECG	13.01.04	14.01.04	Ritmo sinusal. FC 80 cpm. Restante sobreponível ao da entrada.
5	Rx do tórax	10.01.05	29.01.05	Normalização da silhueta cardíaca. Presença de corpo estranho compatível com prótese mecânica em posição mitral. Vascularização pulmonar normal.
6	Ecocardiograma	10.01.05	28.01.05	Prótese mitral normo-funcionante, função sistólica ventricular esquerda mantida. Normalização das cavidades direitas

Planos diagnóstico e terapêutico e de Educação (Quadro IX) - Os planos de diagnóstico terapêutico e de educação são muito importantes no manejo dos doentes. Para cada problema devem ser elaborados os respectivos planos: diagnóstico, terapêutico e de educação.

O plano de diagnóstico inicial é elaborado com base na LP inicial, e tem como objectivo confirmar ou excluir as hipóteses diagnósticas colocadas.

O plano terapêutico inicial serve para aliviar os sintomas e estabilizar a doente.

Os planos subsequentes são refeitos de acordo com o refinamento dos problemas. Assim, no caso clínico apresentado, face aos problemas apurados, a doente foi submetida a cirurgia valvular mitral e a tratamento com anti-coagulação oral, o que não estava previsto no plano inicial de tratamento.

Os planos de educação do doente e seus familiares têm com objectivo principal esclarecê-los sobre os seus problemas de saúde, conseguir uma participação mais activa e maior adesão dos mesmos ao tratamento.

Em conclusão, o PCOP é uma forma de registo médico que consiste na colheita de todos os dados do doente para a elaboração de uma lista de problemas que devem ser estudados e resolvidos. Além da lista de problemas, o PCOP oferece uma base para a padronização da estrutura das notas de seguimento, propicia uma folha de registo dos resultados dos exames auxiliares de diagnóstico que se destina a registar as alterações sequenciais dos dados de patologia clínica e de outros EAD. Contempla ainda a existência de planos de estudo, de tratamento e de educação relacionados com os problemas do doente, permitindo, desta forma, ter uma visão mais ampla do estado de saúde do doente, evitando subvalorizar um determinado problema em detrimento de outros não menos importantes.

A localização da informação clínica no PC está facilitada, é organizada de um forma lógica e simples. Tem como principais desvantagens a duplicação da informação e a necessidade de formação no âmbito do PCOP.

Quadro IX - Planos Diagnóstico, Terapêutico e de Educação da Doente A

Data	Hora	
09.01.04	17.00	D: Controlo analítico de rotina TASO, PCR, Factor reumatóide, R de Vidal. Radiografia do tórax, ECG, Ecocardiograma. T: Internar em UCD. Repouso no leito. Oxigenioterapia. Monitorização cardíaca e dos sinais vitais. Medição da diurese horária. Diuréticos, digitálicos e antibioterapia. E: Falar com os familiares sobre os problemas encontrados e a gravidade da doente.
26.01.04	16.00	T: Manter a medicação. Propor evacuação para tratamento cirúrgico da insuficiência mitral. E: Falar com os familiares sobre a evacuação da doente para tratamento cirúrgico. Abordar com os familiares o porquê da cirurgia.
10.01.05	16.00	D: Pedir ECG, radiografia do tórax e ecocardiograma (controlo pós cirurgia). T: Manter terapêutica. E: Explicar aos familiares na presença da criança o que é uma prótese valvular mecânica, quais os seus benefícios e riscos. Explicar aos familiares o porquê da anti coagulação oral. Quais os seus benefícios e riscos. Quais as interações medicamentosas. Explicar aos familiares o porquê do controlo periódico do tempo de protrombina e INR. Avaliar a adesão da doente e dos familiares a este controlo periódico. Explicar aos familiares o risco de endocardite infecciosa. Fornecer indicações precisas para a sua profilaxia.

REFERÊNCIAS

1. Marin HF, Massad E, Neto RSA. Prontuário electrónico do paciente, definições e conceitos. In: o prontuário electrónico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Editores Eduardo Massad, Heimar de Fátima Marin, Raimundo Soares de Azevedo Neto. São Paulo HF de Marin, 2003;1-20.
2. Pegado D, Morais H. Processo clínico orientado por problemas. Forças Armadas Angolanas. Estado Maior General. Hospital Militar Principal. Concelho Médico Auditor. 2001.
3. Costa CGA. Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário electrónico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software. (Dissertação de Mestrado) Disponível em <http://www.medsolution.com.br>.
4. Fonseca C, Morais H, Mota T et al. The diagnosis of heart failure in primary care: value of symptoms and signs. Eur J Heart Fail 2004; 795-800.
5. Réa-Neto A - Raciocínio Clínico - o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. Rev Ass Med Brasil 1998;44:301-11.
6. The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Eur Heart J 2001; 22:1527-60.