

A FICHA CLÍNICA E O TRABALHO MÉDICO: Papel na Assistência, Educação, Comunicação e Avaliação.

Isaac Lewin *

Papel da ficha clínica como instrumento — chave do trabalho do médico: assistência, educação, comunicação e avaliação. Análise das características principais do Método de Weed. Descrição do Método de Weed com exemplos práticos.

Relato da experiência do autor no RGS. Dificuldades básicas de sua implementação. Perspectivas.

I. INTRODUÇÃO

O progresso científico e a conscientização de que a saúde é um estado de bem estar físico, psíquico e social devem provocar uma modificação nos hábitos dos médicos e dos outros profissionais da área da saúde.

A ênfase da prática médica, que antes era basicamente individual e centrada no tratamento dos sintomas e doenças dos pacientes, tende a se orientar para o trabalho em grupos, não só multidisciplinares como também multiprofissionais, na busca do atendimento integral das necessidades dos pacientes e da comunidade. Neste tipo de atendimento à saúde com atenção aos vários níveis de prevenção há necessidade de participação dos consumidores dos serviços de saúde, tanto no planejamento como na avaliação dos serviços prestados (8).

Para que um sistema de saúde

funcione adequadamente são necessárias várias atividades básicas como planejamento, execução e avaliação dos serviços prestados. Além disso há necessidade de dois subsistemas essenciais, Informação e Comunicação, que são dois subsistemas integradores. Na prática médica estes dois elementos são fundamentais para o trabalho diário que deve ser científico para ser efetivo. Embora isto pareça bastante óbvio, pouca atenção tem sido dada ao problema. Para fazer o diagnóstico o médico lança mão de vários instrumentos e aparelhos sofisticados (estetoscópio, aparelho de pressão, eletrocardiógrafo, RX, radioisótopos...) dando pouca ou nenhuma atenção à guarda e utilização das informações obtidas.

Esta situação torna a atividade do médico desorganizada e pouco efetiva já que ele não tem condições de avaliar os resultados do seu trabalho, pois a ficha clínica é a principal fonte de indicação da atividade profis-

* Auxiliar de Ensino da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — UFRGS.
— Médico Coordenador dos Serviços, Unidade Sanitária São José do Murtalado, Secretaria da Saúde, Rio Grande d Sul.
— Diretor da Residência Médica, Grupo Hospitalar Conceição — Porto Alegre, RS.

sional. Isto é agravado pelo fato do grande progresso tecnológico, da avalanche de informações médicas e conseqüente dificuldade de discriminação do valor de novos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Tradicionalmente o registro de dados da ficha clínica tem sido encarado como uma atividade desinteressante, sem valor para o trabalho do médico, necessária apenas para cumprir uma exigência dos professores, para uso de pesquisadores ou para fins burocráticos das instituições. Isto tanto é verdade que a maior instituição prestadora de serviços médicos do Brasil, INPS, não possui registro médico na grande maioria de serviços prestados, ficando a informação restrita apenas aos dados estatísticos necessários para o controle dos gastos com o atendimento à saúde.

Por esses motivos o médico sai das Faculdade sem a visão da importância da ficha clínica como instrumento-chave de trabalho, verdadeiro elemento integrador do trabalho médico. Na verdade constitui um sistema de informação pois sua finalidade é selecionar, organizar e interpretar dados médicos para o manejo clínico que é a base do seu trabalho (27).

Muitos fatores têm contribuído para isto:

- a — ênfase inadequada durante a formação médica (a ficha é usada como aprovação: «nota»);
- b — método de registro inadequado, anacrônico;
- c — desvalorização das informações registradas por colegas;
- d — não valorização da qualidade do atendimento prestado (instituições);
- e — redução do tempo para atendimento médico numa busca de melhor remuneração;
- f — ausência de sistema de saúde;
- g — ausência de supervisão do trabalho;

h — ausência de educação continuada.

Um grande esforço será necessário por parte de todos (educadores, profissionais, instituições) para que esta situação seja corrigida. A atividade clínica diária deve ser encarada como uma atividade tão científica como a pesquisa em laboratório (28). Para isto é necessário que um método adequado de registro seja aplicado no trabalho médico, um método capaz de atender as rápidas e grandes transformações por que têm passado a Medicina numa tentativa de responder as solicitações das pessoas. Este método deverá estar a serviço do médico, pois a tecnologia deve ser uma união e não uma barreira, entre o médico e o paciente (29).

Weed (28) nos propõe um método de registro estruturado na solução de problemas que no momento atual parece o mais adequado para ajudar e minimizar os problemas da Medicina Moderna, que na opinião de Andrews (3) são:

- a — falta de abordagem integral do paciente;
- b — falta de continuidade;
- c — custo elevado;
- d — avaliação inadequada da atividade profissional;
- e — manutenção inadequada da efetividade profissional;
- f — acesso irregular e imprevisível ao sistema de saúde;
- g — orientação para o tratamento sintomático ao invés de preventivo;
- h — escassez e má distribuição do pessoal e de recursos materiais.

O método de registro deve ser a expressão da filosofia de trabalho vigente nos locais de atendimento médico. A aplicação do método de Weed à estruturação da prática médica mostrou-se promissora como demonstraram Bjorn e Cross (4).

O presente trabalho se propõe a apresentar uma visão do método que seja de utilidade para aqueles que

desejarem aplicá-lo no seu trabalho diário.

2. CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS

As características principais do método de Weed e sua diferença do método tradicional estão condensadas no quadro n° 1 (2, 6, 11, 14, 19, 28).

2.1. Sua estrutura está baseada na premissa de que o trabalho do médico reside na solução dos problemas do paciente (28). Para que isto seja possível, toda a atividade médica deve ser orientada neste sentido, sendo importantes as informações à medida que contribuem para a solução de problemas, independente de sua origem (médico, pessoal para-médico, assistente social, psicólogo, sociólogo...).

2.2. O método requer uma disciplina e obediência que assusta os que estão habituados ao método tradicional (3). Isto permite organizar a «desordem» e facilita a integração da informação.

2.3. Possibilitando a formulação de problema ao nível do conhecimento (fatos) em um momento dado, permite uma flexibilidade de nomenclatura até que o diagnóstico possa ser feito com fundamentação suficiente. Isto é importante devido ao elevado grau de incerteza presente na prática da Medicina.

2.4. Baseia-se em princípios usados em administração e economia. Tem um índice geral (lista de problemas) e os lançamentos são feitos de acordo com a rubrica (problema) a que se destina. Um exemplo talvez possa mostrar melhor a sua concepção. Se fôssemos organizar um arquivo de separatas médicas faríamos inicialmente um índice (lista) baseados nos assuntos (problemas) a serem arquivados. As separatas seriam

então arquivadas de acordo com a numeração proposta (evolução por problemas).

2.5. Permite, através da lista de problemas (índice), visualizar o paciente de modo integral (total de assuntos a serem arquivados).

2.6. Ao tornar obrigatório a realização do perfil psicossocial, introduz a dimensão psicológica, social e econômica e sua repercussão na vida do paciente e seu papel na solução de seus problemas.

2.7. Enfatiza uma atitude preventiva e a importância da educação do paciente em relação aos seus problemas, trazendo a noção de que o paciente deve ser «médico» de si próprio, participando ativamente do seu tratamento.

2.8. Facilita o trabalho em equipe, que se organiza em torno da solução de problemas e o que contribui para a efetividade do cuidado do paciente.

2.9. Pela sua organização permite aos médicos e aos profissionais de saúde aprender durante o seu trabalho, ajudando na correção da trajetória do manejo clínico (auto-avaliação).

2.10. Facilita continuidade de atendimento, auditoria e supervisão (hetero-avaliação).

2.11. Ao dar importância ao método de solução de problemas do manejo clínico, incentiva o uso do pensamento lógico no trabalho médico, permitindo que o ensino médico seja centrado na solução de problemas, o que constitui a realidade a ser enfrentada na prática.

3. MODO DE REGISTRO (a)

Embora, à primeira vista, o uso do método de Weed pareça complexo, o entendimento de sua filosofia e a visão global da sua estruturação per-

(a) Porções desta secção foram adaptadas de LEWIN, I. Manual de orientação para o uso da ficha clínica estruturada para a solução de problemas. Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 197 . | Mimeografado |.

mite um domínio adequado para seu uso efetivo.

Faremos uma descrição sumária sobre os aspectos essenciais da ficha clínica estruturada para a solução de problemas necessários para a sua utilização no trabalho diário (28). O fluxo das informações pode ser visualizado no quadro nº 2 (13).

3.1. COLETA DE DADOS BÁSICOS: Ver quadro nº 2.

Dados básicos constituem a informação básica necessária para o bom cuidado médico de cada paciente (6). Dois aspectos merecem atenção por serem diferentes do método tradicional.

3.1.1. Organização da história da doença atual

A estrutura do relato baseia-se na investigação total de cada queixa em separado, ao invés da ênfase na sucessão cronológica das queixas do paciente.

Deve-se descrever em parágrafos distintos cada queixa, usando-a como título (sublinhar). A cronologia deve ser observada apenas dentro de cada título.

Sob cada título usar a seguinte ordenação:

- a — dados subjetivos;
- b — dados objetivos (sinal, exame laboratorial, RX, biópsia, ficha clínica de outro hospital, etc.);
- c — informação sobre medicação usada;
- d — dados negativos relevantes à queixa e/ou doença descrita.

Exemplo: Febre prolongada

Subjetivo: apresenta-se febril, há 15 dias. Refere calafrios e sudorese diariamente. Fraqueza, anorexia e prostração. Cefaléia com secreção nasal purulenta. Consultou médico que, após exames, indicou hospitalização.

Objetivo: Emagreceu 5 Kg. Temperatura axilar 38-39°C. Exames laboratoriais normais, inclusive hemo-

cultura. Sinusite, no passado, comprovada por RX.

Medicação: AAS, 500 mg cada 4 horas para a febre.

Negativos: Nega tosse, dor abdominal, dor lombar, sintomas urinários, sintomas digestivos, lesões cutâneas. Nega dor de dentes. Nunca esteve em zona endêmica de Malária.

3.1.2. Perfil Psicosocial do Paciente

Ausente no método tradicional. Sua inclusão no registro clínico permite um conhecimento da vida do paciente, condição indispensável para o manejo clínico adequado de seus problemas. Esta é a parte mais negligenciada do trabalho médico, não apenas pelo tempo gasto, mas principalmente pelas dificuldades psicológicas do médico em seu relacionamento com os pacientes.

Consiste na descrição de como o paciente passa um dia normal, seus hábitos, passatempos, vícios; seus dados familiares, sociais e culturais; sua situação ocupacional e renda mensal.

3.2. LISTA DE PROBLEMAS (Ver quadro nº 2).

A formulação de problemas só é possível após uma adequada coleta inicial de dados. Neste momento deve-se preencher a lista de problemas em folha especial, colocando-a em primeiro lugar na ficha clínica, indicação do perfil de saúde do paciente). A lista deve incluir em ordem numérica, não em ordem de importância, todos os problemas do paciente (biológicos, psíquicos e/ou sociais) derivados da interpretação, análise e síntese dos dados coletados. Não deve conter impressão diagnóstica ou interrogações, mas simplesmente o problema ao nível da compreensão do profissional da área da saúde, indo desde o diagnóstico às queixas inexplicadas.

Uma das características principais do método é a ênfase no trabalho com fatos. Um diagnóstico só deve ser listado quando se acumularem dados suficientes para comprová-lo (25).

A tendência (errada) é listar simplesmente sinais e sintomas, considerando-se diagnóstico como uma categoria diferente, hierarquicamente superior a problema (ver escada do raciocínio). Isto acarreta uma posição em que trabalhar com lista de problemas é meramente um exercício para principiantes, perdendo-se de vista o objetivo do método e, conseqüentemente, prejudicando o manejo clínico adequado do paciente.

A lista deve ser expressão do pensamento analítico e, principalmente, da capacidade de síntese do médico ou do profissional da área de saúde.

Exemplo: galope
ortopnéia
taquicardia
edema de M_s ls
hepatomegalia
oligúria.

devem ser agrupados, sendo formulado o problema: Insuficiência cardíaca.

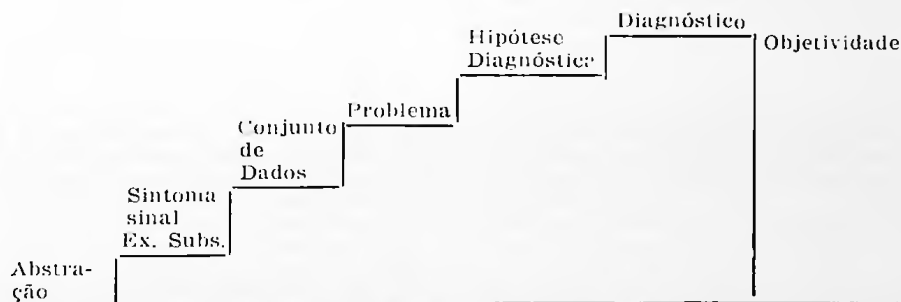
O trabalho do médico reside na solução dos problemas do paciente. Enquanto um problema formulado não evoluir para um diagnóstico, o médico deverá lançar mão de todos os meios para chegar a ele; somente então terá maior chance de solucioná-lo adequadamente. Por isso a lista não deve ser estática, devendo ser atualizada sempre que novos fatos modifiquem o grau de definição do problema.

Dois dificuldades principais na formulação de problemas são:

3.2.1. Não visualização da vantagem de trabalhar com problemas, ao invés de hipóteses:

Tradicionalmente fomos treinados a trabalhar a partir de hipóteses diagnósticas. O trabalho consistia em buscar dados para «excluir» hipóteses (doenças).

A hipótese diagnóstica na escada do raciocínio diagnóstico, é um passo intermediário entre o problema e o diagnóstico.



ESCALA DO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO (21).

Ao subir a escada do raciocínio diagnóstico (abstração), o 1º degrau é constituído por achados clínicos isolados (sintomas, sinais, exames subsidiários). O conjunto de dados (2º degrau), dá uma melhor visão do paciente, permitindo tentar subir o

degrau seguinte que é a formulação de problemas (3º degrau). A hipótese diagnóstica (4º degrau) é o passo intermediário na busca de maior objetividade que é o diagnóstico (topo da escada objetividade).

A escada terá menos degraus quando a quantidade e qualidade dos fatos permite o estabelecimento do

diagnóstico ao ser formulado o problema (difícil de ocorrer na fase inicial do atendimento).



Escada «curta» do raciocínio diagnóstico

Isto significa que problema e diagnóstico não são categorias diferentes e sim componentes do processo médico lógico. Lança-se mão da etapa — Formulação de problemas — no processo diagnóstico, pois, na grande maioria de casos, o diagnóstico só é possível após uma coleta exaustiva de dados (fatos) e o médico precisa organizar o seu trabalho para aumentar a probabilidade de prestar atendimento adequado.

Para um clínico capacitado excluir hipóteses (doenças), pode não se constituir numa grande dificuldade, pois, pela qualidade do seu trabalho, ele centraliza a sua atenção na solução de problemas do paciente. Porém, na grande maioria das vezes, essa posição intelectual traz prejuízos para o paciente, gerando alguns problemas básicos:

- a) realização excessiva e sequência não ótima na realização de exames subsidiários;
- b) aumento do risco de iatrogenia e do custo da investigação clínica;
- c) risco de não tomar medidas adequadas ao manejo do caso, enquanto o diagnóstico não ficar esclarecido;
- d) negligência para problemas menores que, muitas vezes, são os que mais incomodam o paciente (por exemplo, insônia, constipação, etc.);

- e) ambiguidade nos objetivos do manejo clínico.

De um modo geral esse enfoque pode ser comparado com o que «Michael Balint» caracteriza como «Medicina (Entrada na Doença)», ao invés do paciente (21). Já o trabalho organizado para a solução do problema encoraja o pensamento lógico e o planejamento da ação médica.

A solução de problemas em Medicina é um método bem estruturado em que etapas devem ser vencidas:

- a) identificação do problema com base na coleta de informações básicas sobre o paciente e busca da informação necessária para a sua comprovação;
- b) análise das alternativas para a solução, levando-se em conta o benefício, o risco e o custo das alternativas propostas.
- c) avaliação do resultado obtido pelo emprego da alternativa escolhida, com correção ou modificação do plano de acordo com a necessidade.

3.2.2. Não compreensão do que constitui um problema (Ver quadro nº 3)

O problema pode ser ativo ou inativo. Será ativo quando presente, mesmo que compensado (ex.: Diabetes melito, hipertensão arterial). Inativo é aquele problema que, embo-

ra solucionado, poderá ter consequências futuras (exs.: Hérnia inguinal operada; tuberculose tratada). Sua importância reside no fato de que poderá, em certas situações, provocar outro problema. Ex.:

- Obstrução intestinal por aderências cirúrgicas.
- Tuberculose tratada que recidiva com tratamento com corticosteróide.

Se um achado diagnóstico tem várias manifestações importantes que necessitam tratamento em separado

e anotação cuidadosa na evolução, pode-se apresentá-los como dois problemas distintos:

Problema nº 1 — Cardiopatia isquêmica com ICC.

Problema nº 2 — Taquicardia supraventricular secundária ao problema nº 1.

Quando, pelo trabalho clínico, dois ou mais problemas listados forem interpretados como tendo a mesma causa, atualiza-se o primeiro deles e considera-se os outros como secundários ao problema atualizado.

Ex.: PROBLEMAS ATIVOS

1. Tosse produtiva, secundária à Tuberculose Pulmonar
2. Febre, secundária ao Problema nº 1
3. Emagrecimento, secundário ao Problema nº 1

DATA DE REGISTRO

DATA DA RESOLUÇÃO

10.05.74	18.05.74
10.05.74	18.05.74
10.05.74	18.05.74

A evolução passará a ser feita através do problema nº 1 — Tuberculose Pulmonar.

Os números dois e três ficarão resolvidos e não serão mais citados na evolução. Se um novo problema surgir, este passará a ser o de nº 4. Ex.: Infecção urinária.

É importante assinalar que o nº de um problema resolvido **NUNCA** desaparece, apenas não há mais necessidade de descrição na evolução.

Manifestações intercorrentes, agudas, como diarreia, tosse, etc., podem ser anotadas na evolução, como **problema temporário**. Em caso de persistência ou significação clínica deverão ser acrescentadas na lista de problemas.

3.3 PLANOS (Ver quadro nº 2)

A etapa seguinte no trabalho médico consiste nas análises das alternativas para solução do (s) problema(s) (plano).

Deve-se escrever o plano para cada problema em separado, levando-se em conta a problemática total do paciente (lista de problemas). Referir-se sempre ao número original da Lista de Problemas. O plano deve incluir:

- a) coleção de mais informação — história, exame físico, exames subsidiários;
- b) tratamento;
- c) educação do paciente sobre sua doença e sua participação no manejo de sua doença;

ex.: Hipertensão Arterial

- a) coleta de mais informação — investigaremos etiologia da hipertensão arterial segundo rotina do serviço;
- b) plano: tratamento — Após os exames iniciaremos com hidroclorotiazida — 50mg/dia. Se não

for suficiente, adicionaremos outro anti-hipertensivo;

- c) educação — discutido com o paciente sua doença e o papel da prevenção de complicações degenerativas pelo tratamento.

3.4. NOTAS DE EVOLUÇÃO (Ver quadro nº 2)

As notas de evolução constituem o núcleo fundamental da ficha clínica, contribuindo de maneira decisiva no adequado manejo clínico. Apesar disto é uma das partes mais negligenciadas no registro clínico.

Deve-se iniciar com a indicação do tipo de profissional que a descreve.

Ex.: Nota do clínico ou nota do cirurgião:

A evolução deve ser datada e baseada na Lista de Problemas. Cada nota deve ser precedida pelo número e pelo título do problema analisado. Antes de escrever, analisar a evolução do mesmo problema nos dias anteriores. A seguinte ordenação deve ser preferencialmente adotada:

- dados subjetivos
- dados objetivos
- impressão clínica
- plano.

Ex.: 15.04.73

Nota do Clínico:

Problema nº 1 — Diabete Mérito

Subjetivo — Sem poliúria e polidipsia

Objetivo — Diurese = 21; glicosúria = 1 +; glicemia = 250 mg%

Impressão Clínica — evoluindo para compensação.

Plano — Tratamento: insulina NPH-30 U, subcutânea, em jejum.

Educação: difícil conseguir que siga a dieta indicada. Explicado o papel da dieta no controle do diabete.

3.5. NOTA DE ALTA (Ver quadro nº 2)

A fim de orientar o (s) profissional (s) da saúde e assegurar a continuidade do atendimento, a nota de alta deve ser um sumário da evolução do paciente e explicar o planejamento do manejo clínico após a alta (nível ambulatorial) (26).

Deve ser estruturada com base na lista de problemas, analisando a evolução de cada problema em separado.

O manejo clínico deve ser projetado para o futuro, possibilitando boa assistência ao paciente:

- a — necessidade de continuar investigação: muitas vezes há necessidade de maior investigação, porém, devido às características do atendimento da Instituição (sintomático), a oportunidade (tempo mais adequado) da sua realização pode não ocorrer durante a internação. Deve pois ser anotada para não ser esquecida.
- b — Tratamento: deve ser feita uma lista dos medicamentos prescritos (nome, dose, via de administração, duração).
- c — Educação do paciente: orientação sobre a evolução do problema e aspectos que devem receber observação.

Exemplo:

NOTA DE ALTA

Motivo da hospitalização — Dispnéia progressiva.

Nome do Paciente: SILVA, Maria
Endereço: Rua A, nº X
Nº de Registro

Data do Nasci.: 20/03/1907
Data da baixa: 17/01/1973
Data da alta: 05/02/1973

Lista de medicamentos na alta

Digitoxina: 01,mg oral, diariamente
Metildopa: 250 mg, 3xdia, via oral
Hidroclorotiazida: 50 mg/dia
Cloreto de Potássio 1g, 3xdia, VO
Sulfato Ferroso: 300 mg, 3xdia, VO

Orientação:

Comparecer ao ambulatório dentro de 1 mês.

NOTA DOS PROBLEMAS

A T I V O S	I N A T I V O
1) Insuficiência ventricular esquerda Sem dispnéia ou edema de tornozelo Pulmões limpos Continua c/Digitoxina e diuréticos 2) Hipertensão arterial sistêmica Pressão arterial bem controlada na dose atual de metildopa. Na alta — TA — 140/90 mmhg 3) Desemprego Alguma ajuda foi providenciada 5) Espondilose cervical Assintomática — não foi indicado nenhum tratamento 7) Anemia Hipocrômica sec. Necatoroso Revisar hemoglobina depois de 1 mês em ferro oral. Novo exame parasitológico de fezes.	4) Histerectomia Dr.:

LISTA DE PROBLEMAS

	Nome: A. M. S.		LEITO 463 B	
Nº	Problemas Ativos ou Presentes	DATA		Problemas Inativos ou Progressos Relevantes
		Inicial ou Modificação	Resolvido	
1.	Asma brônquica	28.04.74		
2.	Síndrome de Cistite Infecção Urinária por E. Coli	28.04.74 01.05.75		
3.	Incontinência urinária de esforço. Secundária à uretroretocistorete grau II	28.04.74 30.04.74		
4.	Gravidez de 3º mês	28.04.74		
5.	Gravidez não desejada	28.04.74		
6.	Corrimento vaginal amarelado Vulvovaginite	28.04.74 30.04.74		
7.	Planejamento familiar	29.04.74		
8.	Dentes cariados	29.04.74		

E V O L U Ç Ã O

Nome: A. M. S.		LEITO 463 B
Data	Hora	Idade — 25 anos Est. civil — casada
		Cor — Branca Nat. — São Borja
28.4.74	22 hs	QUEIXA PRINCIPAL — Asma Brônquica — Polaciúria, incontinência urinária
	HDA	Asma brônquica: subjetivo — Paciente sabe-se asmática há 6 anos, tendo crises repetidas de dispnéia respiratória, «chiado» no peito, com tosse seca. Durante esse período, tem usado broncodilatadores spray obtendo resultados significativos quando a dispnéia é pouco intensa. Parece haver predomínio das crises nos meses do inverno. Refere que nos últimos meses tem aumentado a frequência das crises, tendo diversas baixas neste hospital. Hoje a tarde reiniciou novamente com dispnéia do tipo expiratória, chiado no peito que tornou-se mais intenso à noite, obrigando a paciente a procurar atendimento médico. Tem tido tosse seca nos últimos dias, negando expectoração, febre ou dor torácica. medicação — Atualmente vinha fazendo uso de Tedral 3 c. ao dia e Aerolin esporadicamente. Polaciúria, incontinência urinária: subjetivo — iniciou com ardência durante micção e polaciúria há aproximadamente 2 meses, não consultou médico para esse problema. Refere ter incontinência urinária há aproximadamente 6 meses após último parto, sendo que atualmente está grávida de 3º mês (?) e há 2 meses acentuou-se o citado problema. Também nessa época houve acentuação da polaciúria e da ardência. Nega alteração de cor da urina, diurese noturna, febre, calafrios, dor lombar. Objetivo — Nunca fez exame de urina Revisão sistemas: Aparelho Cardio-Vascular: Nega dispnéia edema, palpitações. Aparelho Respiratório: ver HDA Aparelho Urinário: ver HDA Aparelho Digestivo: inapetência há 2 sem. Aparelho Genital: corrimento branco-amarelado, sem cheiro, sem prurido há 5 meses S. N. C.: ndn PERFIL PSICO-SOCIAL: Paciente funcionária em estabelecimento comercial, fazendo trabalho de

E V O L U Ç Ã O

Nome: A. M. S.		LEITO 463 B
Data	Hora	
		zeladora (limpeza), admitida há 2 meses, percebendo salário mínimo, sendo que o esposo percebe 2 salários mínimos; 1 filho de 11 meses (cuidado por vizinha); está grávida de 3^o mês contra sua vontade (disseram-lhe que, pelo fato de ser asmática, não poderia tomar pílulas); incontinência urinária que muito prejudica seu trabalho. Ainda não recebeu carteira de trabalho, temendo que a gravidez venha prejudicá-la no trabalho a exemplo de outras colegas que foram despedidas. Mostra-se igualmente preocupada com o futuro dos filhos, sendo que não pode deixar de trabalhar por falta de recursos. Pensa em abortar com muita convicção. EXAME FÍSICO: Paciente dispnéica, ansiosa, bom estado geral, lúcida e coerente, bem orientada. Atitude ativa indiferente Mucosas coradas e úmidas Pele normal quanto à coloração, elasticidade, temperatura e umidade. Gânglios impalpáveis TCSC não infiltrado Músculo eutônicos e eutróficos T A: 130/85 mmHg T: 36,7°C P: 96 pulso/min. CABEÇA: orofaringe: ndn dentes em regular estado com focos sépticos (?) PESCOÇO: s/turgência venosa, s/refluxo hepatojugular, tireóide não palpável batimentos arteriais visíveis. TÓRAX: Ap. Respiratório: tórax tendendo a enfizematoso. Expansibilidade normal e simétrica. FR.: 30 mr/min., sincrônicos FTV.: normal e simétrico Estertores roncantes e sibilantes, disseminados nos campos pulmonares. APARELHO CARDIO-VASCULAR: Ictus não palpável FV: 96 bpm, regulares Bulhas normofonéticas Sem sopros

E V O L U Ç Ã O

Nome: A. M. S.		LEITO 463 B
Data	Hora	
		ABDÔMEN: Plano, sem cicatrizes, sem massas palpáveis Não refere dor à palpação superficial Dor à palpação profunda no hipogastro e flancos D e E Punho percussão: não dolorosa MEMBROS INFERIORES: Sem edema Pulsos palpáveis Reflexos normais e simétricos LISTA DE PROBLEMAS 1. Asma brônquica 2. Síndrome de Cistite 3. Incontinência Urinária 4. Gravidez de 3º mês 5. Gravidez não desejada 6. Corrimento amarelado PLANEJAMENTO Prob. nº 1 — Não foi solicitado Rx de tórax, a paciente tem baixa anterior (2 semanas), quando foi realizado, resultado normal: não tem história compatível com infecção respiratória e está grávida. Solicitado Bacteriológico e cultural de escarro. Iniciada hidratação e uso de broncodilatadores. Prob. nº 2 — Provável infecção urinária — Solicitado EQU e urocultura com antibiograma, creatinina e uréia. Prob. nº 3, 4 e 6 — Amanhã será realizada avaliação ginec. pelo Dr. A. Prob. nº 5 — Será melhor avaliado durante a internação.

E V O L U Ç Ã O

Nome: A. M. S.		LEITO 463 B
Data	Hora	E V O L U Ç Ã O
29.4.74		Prob. nº 1 — Asma Brônquica: Paciente refere diminuição da dispnéia e do «chiado» no peito. Ausculta: persiste com estertores roncantes e sibilantes. FR: 24 nr/min. Não foi realizado RX de tórax devido à gravidez e por acharmos que não existe indicação segundo o quadro clínico apresentado.
		Prob. nº 2 — Síndrome de Cistite: Apresenta EQU não compatível porém, considerando a sintomatologia atual, solicitei urocultura com antibiograma.
		Prob. nº 3 — Incontinência Urinária: foi realizado hoje exame ginecológico, segundo avaliação anexa. a paciente tem ureterocistocele sendo esse o fator causal da incontinência urinária de esforço.
		Prob. nº 4 — Gravidez: Foi solicitado novo plano-test. O exame ginecológico foi compatível.
		Prob. nº 5 — Gravidez não desejada: Nesse contato com a doente pode-se observar que existe, realmente, intenção da mesma de praticar o aborto; notamos também, que a paciente é pouco esclarecida a esse respeito, tanto é que pediu informações de como fazê-lo pelo INPS. Tentamos fazer com que a paciente tomasse conhecimento das implicações de tal ato, tanto emocionais como legais. Foi tentada orientação a respeito de outros problemas tais como obtenção da carteira profissional, uso de anticoncepcionais e cuidados com filhos, pois uma das

E V O L U Ç Ã O

Nome: A. M. S.		LEITO 463 B
Data	Hora	E V O L U Ç Ã O
30.4.74		grandes preocupações da paciente é sobre o filho que virá, pois como já citei o 1º filho é cuidado por vizinha, sendo que o 2º filho não teria a quem confiar e não pode deixar de trabalhar. Vou tentar contato com essa vizinha para saber mais detalhes.
		Prob. nº 1 — Teve dispnéia durante a noite e foi medicada pelo plantão com broncodilatador, hoje pela manhã não queixou-se de dispnéia. Estertores roncantes e sibilantes mais discretos.
		Prob. nº 2 — Aguardando urocultura; persiste com as mesmas queixas.
		Prob. nº 3 — Falei com o ginecologista para saber da viabilidade de cirurgia, considerando a gravidez e que esse problema prejudica muito as atividades da paciente. Segundo o Dr. Damiani, não é possível fazê-la durante a gravidez pois o útero serviria para elevação da bexiga com fins de melhor angulação da uretra.
		Prob. nº 4 — Planotest +
01.05.74		Prob. nº 5 — Paciente modificou sua maneira pensar sobre o abortamento; sente-se um pouco culpada. Ontem mesmo consegui falar com a vizinha que tem a paciente como filha, mostrando claramente que cuidará também do 2º filho, uma vez que vive sozinha e que gosta muito de crianças. Esse fato foi hoje esclarecido à paciente que mostrou-se muito mais otimista. Continua preocupada com incontinência urinária, expliquei o que havia falado com o ginecologista.
		Prob. nº 1 — Assintomática; Escarro não patológico Sem bronco espasmo.

E V O L U Ç Ã O

Nome: A. M. S.		LEITO 463 B
Data	Hora	E V O L U Ç Ã O
02.05.74		Prob. nº 2 — Urocultura com E. Coli + 500.000 ml sensível à mandelamina Vou iniciar com madelamine 4g ao dia e vit. C 4 g ao dia.
		Prob. nº 3 — Falei com cirurgião a respeito, ele é da mesma opinião do ginecologista.
		Prob. nº 5 — Uma vez que não existe viabilidade de cirurgia, fiz o possível para convencer a paciente que incontinência urinária: para quem trabalha, apesar de ser um problema sério, pode ser controlado. Pareceu-me que, no aspecto conjugal, não existem grandes problemas pois conforme a paciente e o próprio marido, «apesar das dificuldades financeiras e etc., existem compensações».
		Prob. nº 6 — Problema com corrimento — continua com corrimento.
		Prob. nº 1 — Assintomática
		Prob. nº 2 — Não refere ardência
		Prob. nº 3 — Foi orientada a paciente no sentido de procurar especialista após parto.
		Prob. nº 5 — Paciente bastante otimista, mudou bastante a sua maneira de pensar considerando a baixa. Um parente conseguiu interferir, por sugestão nossa, no sentido de que fosse assinada sua carteira pelo empregador mesmo na vigência da gravidez; isso deixou a paciente mais animada.

E V O L U Ç Ã O

Nome: A. M. S.		LEITO 463 B
Data	Hora	NOTA DE ALTA
		Idade: 25 anos Est. Civil: Casada Cor: Branca Nat.: São Borja BAIXA EM: 28.04.74 ALTA EM: 05.05.74 DIAS DE INTERNAÇÃO: 7 MOTIVO DA BAIXA: Dispneia. Prob. nº 1 — Asma Brônquica = Assintomática Ausculta pulmonar normal Vai usar: Tedral — 1 c. 3 vezes ao dia. Aerolin Spray quando necessário. Prob. nº 2 — Infecção Urinária: continua com discreta ardência miccional. Volume de urina = 1000 a 1500 ml/dia 2 a 3 vezes ao dia. Continuará com Mandelamine 4 gr/dia e Vitamina C 4 gr/dia, até completar 10 dias, após fará nova urocultura, já solicitada. Voltará ao hospital para controle comigo. Prob. nº 3 — Incontinência urinária de esforço: ficou c/ diagnóstico de uretroretocistocele II grau. foi orientada no sentido de procurar especialista após o parto. Prob. nº 4 — Fará acompanhamento ambulatorial no INPS. Prob. nº 5 — Notamos que a paciente ainda está um pouco insegura quanto à resolução dos problemas, embora bastante otimista. Aceita normalmente o 2º filho, aceita também a incontinência urinária até o final da gravidez. Prob. nº 6 — Vulvovaginite: continuará com vaginalisulfa por mais 3 dias com 2x/dia. Diminuiu bastante o corrimento.

EXPERIÊNCIA PESSOAL

Nossa experiência com o uso do método data de meados de 1972, quando instituímos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Muito provavelmente esta foi a primeira tentativa feita no Brasil. Sabemos que atualmente já está sendo experimentado em vários serviços no Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná.

Devido às características iniciais do HCPA, maior experiência foi adquirida ao nível do atendimento ambulatorial.

O método foi usado com os seguintes objetivos:

- a — tentar modificar a estrutura ambulatorial super-especializada, vigente em nosso meio;
- b — introduzir o conceito de Medicina Integral com especial ênfase nos aspectos psíquicos e sociais;
- c — assegurar a qualidade do trabalho médico;
- d — introduzir o conceito de supervisão de auditoria médica;

Para ajudar a atingir esses objetivos conseguiu-se criar a Comissão de Revisão de Prontuários.

Devido à heterogeneidade do corpo médico, tanto do ponto de vista de formação médica como de anos de formação, houve grande resistência ao emprego do método. Como já havia sido assinalado por Hurst (18), os médicos mais jovens e com formação mais geral (residentes ou recém-egregos de residência) tiveram maior disposição para trabalhar com o método. Os médicos em atividade há mais tempo, com formação de super-especialista e/ou maior «ranking» acadêmico não o aceitaram, procurando exercer pressão para a sua retirada. O argumento mais usado foi o de que o método de Weed era inadequado para uso ambulatorial, devendo ser usado apenas em pacientes hospitalizados onde haveria «tempo suficiente para escrever».

Apesar de todas as dificuldades, depois de alguns meses podemos verificar a utilidade do método pela análise da ocorrência dos problemas mais frequentes, que foi similar a de outros centros mais desenvolvidos: (9, 11): 1) obesidade; 2) depressão; 3) ansiedade. Por experiências anteriores sabemos que em ambulatorios semelhantes com outra estruturação, estes três problemas seriam mencionados com frequência muito baixa.

Embora um número apreciável de médicos executasse adequadamente o método, a situação era semelhante à descrita por Hurst (18): redução do método à lista de problemas, inicial e estática. Infelizmente por problemas externos não podemos prosseguir nosso trabalho, mas sabemos que a estrutura do método está sendo mantida até o momento.

Nossa segunda experiência (a partir de outubro de 1972) relaciona-se com o treinamento de médicos residentes em Medicina Interna, em Hospital de grande porte, não universitário (Hospital Nossa Senhora da Conceição — Porto Alegre).

Nestas circunstâncias o método foi empregado com objetivos educacionais que visavam:

- a) modificações da visão fracionada do paciente pelo médico, consequência direta da especialização;
- b) organização das informações sobre o paciente com reflexo direto no atendimento clínico, ao longo de sua doença (continuidade do atendimento);
- c) uso do método de solução de problemas;
- d) maior comunicação entre os profissionais da área da saúde, permitindo maior integração no cuidado dos pacientes;
- e) redução da ambiguidade na tomada de decisões;
- f) revisão crítica do trabalho médico;
- g) auto-avaliação.

Além das dificuldades naturais, tivemos que enfrentar as decorrentes

das características de atendimento prestado (99% dos pacientes são assegurados do INPS) em que a maior atenção de todos gira em torno da folha de prescrição, geradora não só do rendimento econômico como também do controle do INPS.

Com o progresso da residência e melhoria de qualidade do seu trabalho, houve boa aceitação por parte dos médicos assistentes e introdução do método também no treinamento de residentes em Pediatria. Atualmente o método deverá ser estendido a outros serviços do Hospital.

Foi possível também fazer uma modificação do método original, inspirados na variante australiana (12). A lista de problemas foi transformada na folha de manejo clínico para corrigir aspectos considerados mais deficientes na formação e no trabalho dos médicos residentes:

- a — feitura de diagnóstico sem dados suficientes;
- b — ausência de planejamento diagnóstico, em parte decorrente do problema anterior;
- c — ausência de planejamento terapêutico, com ênfase no atendimento sintomático;
- d — ausência de atenção à prevenção e educação do paciente.

Com isto acreditamos que o método tornou-se mais dinâmico, permitindo melhores resultados educacionais e assistenciais. Com esta modificação conseguimos com certa facilidade fechar o ciclo da informação e a realização de notas de alta o que até então era considerado um tabu no Hospital.

Atualmente, a resistência ao método por parte dos residentes é mínimo, sendo que mais de 90% dos pacientes de Clínica Médica (em média 500 pacientes) apresentam folha de manejo clínico com suas implicações no atendimento aos pacientes (22). Ver figura 4. O mesmo não podemos dizer da folha de evolução, com um grande número de residentes persistindo no método tradicional. Acreditamos que nos próximos 6 meses es-

ta resistência estará vencida pela melhor estruturação dos serviços do Hospital.

A terceira experiência refere-se à nossa participação, a partir de 1973, no Serviço de Saúde Comunitária do Centro Médico Social São José do Murialdo, onde adaptou-se o método de Weed para a organização de Prontuário de Família (20).

Além dos objetivos já citados nas experiências anteriores visávamos:

- a — introdução do conceito de cuidados primários;
- b — modificação da atitude «curativa» para «preventiva»;
- c — maior atenção à família e à comunidade;
- d — maior integração dos profissionais da área de saúde, permitindo o trabalho em grupos multiprofissionais.

Os resultados do trabalho serão descritos noutra publicação.

A quarta experiência está ocorrendo no Programa de Educação Médica Continuada da Associação Médica do Rio Grande do Sul, na região do Alto-Taquari (23). O método está sendo usado desde março de 1975, com o objetivo de:

- a) modificar as características do trabalho local com ênfase no cuidado integral do paciente;
- b) atividade médica centrada na solução dos problemas dos pacientes;
- c) introdução do conceito de manejo clínico ao invés de tratamento clínico;
- d) organização do trabalho médico, permitindo revisão pelos colegas;
- e) auto avaliação;
- f) introdução do hábito de «estudo imediato» no manejo dos problemas dos pacientes (15).

O pequeno espaço de tempo não permite tirar conclusões, mas a primeira impressão é de que o método será de extrema utilidade para aqueles que buscam manter uma prá-

tica médica de qualidade durante a sua vida profissional.

Estas experiências acrescidas da relatada por outros (17) permite listar as seguintes dificuldades na implementação do método (quadro nº 4):

- a) preguiça em escrever — condição cultural presente em muitas atividades;
- b) coleta insuficiente de dados básicos. Esta é uma das etapas mais primárias do processo médico e, como tal, base fundamental para que ele possa se realizar de maneira lógica. Infelizmente, a maioria dos erros da Medicina Moderna estão nesta fase (20). Dentre as causas parecem-nos importantes:

I) falta de compreensão do papel do médico (Identidade Médica).

II) dificuldade no relacionamento médico-paciente;

III) valorização exagerada dos exames subsidiários;

IV) «falta de tempo»;

V) falta de tratamento adequado, sistemático;

VI) falta de supervisão no trabalho.

O casal Raus (24) situa bem o problema ao dizer que «a qualidade de uma história clínica e exame físico completo são reflexos diretos da consciência e da habilidade do médico. Uma história clínica e exame físico mal feitos mostram uma falta de consideração para com o paciente e uma falta de atenção para o pessoal paramédico que confia nele».

Esta é talvez, em nosso meio, a maior dificuldade da Medicina e, consequentemente, na implementa-

ção do método pois, ao estruturarmos a ficha clínica, salta aos olhos a escassa informação colhida no contato com o paciente.

c) Reconhecimento da necessidade de escrever as características locais do trabalho médico com mínima supervisão e falta de recompensa pela qualidade do trabalho prestado faz com que a atividade se torne mecânica e superficial. Nessas condições o ato de escrever não só deixa de contribuir para o trabalho, como se transforma numa «prova» do tipo de trabalho executado.

d) Aceitação da inovação: a insegurança sobre o desconhecido faz com que todos tenham dificuldade em tentar novas formas de trabalho. As características individuais e o clima de instituição serão os determinantes da adoção de novos métodos.

e) Enfrentar problemas psicológicos dos pacientes — o relacionamento com o paciente, pedra fundamental da Medicina, constitui a maior dificuldade no trabalho médico. As características atuais da Medicina constituem um «abrigo» para as dificuldades do médico, pois na «impessoalidade» do atendimento (sistema de «grades», distribuição equitativa...) o paciente fica como que na situação de «marisco» entre as ondas (médico e pessoal paramédico) e os rochedos (instituições).

Como os problemas sociais, além de predominar, são de difícil solução, o médico fica numa posição desvantajosa para a sua manipulação (medicalização de problemas sociais). A maneira de enfrentar esta situação é reduzir o envolvimento afetivo com o paciente e diluir sua responsabilidade. Tudo isto faz com que o médico não busque conhecer melhor a vi-

da do paciente, além dos aspectos es-
pecíficos de sua «doença».

- 1) expor suas idéias aos colegas — situação psicológica bastante difí-
cil de ser enfrentada, principal-
mente se o clima de trabalho não
for científico.
- 2) reconhecimento do que não sa-
be — este aspecto depende do
item anterior pois a correção da
ignorância «secundária», presen-
te em todos nós em maior ou me-
nor grau, só pode ser feita a-
través da avaliação pelos cole-
gas.
- h) modo de registro — o método de
registro deve contribuir efetivamen-
te para o trabalho, pois se não
passa a ser mais uma «obriga-
ção» a ser cumprida.
- i) mudança do «processo médico»
atual — o trabalho individual
centrado no tratamento sintomá-
tico faz com que não se necessi-
te anotações. É a Medicina Inte-
gral com atenção aos aspectos fi-
sicos, psíquicos e sociais (so al-
cançável com o trabalho de dife-
rentes profissionais da área da
saúde e a participação dos mem-
bros da comunidade) que neces-
sita de sistemas de informação e
de comunicação para a sua reali-
zação.
- j) excelência no manejo clínico —
sendo a atividade médica enca-
rada cientificamente, cada caso
clínico envolverá a análise de
múltiplas dimensões, não só em
seus aspectos (físicos, psíquicos
e sociais) como também nas so-
luções propostas (diagnóstico,
tratamento, prevenção). Isto só
será possível se um método lógi-
co (solução de problemas) for
empregado. O trabalho de médi-
co pode ser grosseiramente com-
parado ao trabalho do alfaiate
que faz uma roupa sob medida:
cada caso deverá ter um mane-

jo clínico individualizado, não
devendo ser tratada a doença com
as indicações genéricas propos-
tas nos livros («atirar o livro no
paciente»).

Este é o objetivo final de qualquer
método e o mais difícil de ser atin-
gido pois dependerá de todas as eta-
pas do trabalho médico (21).

- 1) Trabalho extra — o método ne-
cessita de maior tempo para a
sua realização, porém, qual a ta-
refa bem feita que não consome
tempo?

Acreditamos que à medida que as
características da Medicina Integral
sejam aceitas entre nós, tanto pelos
órgãos formadores (Faculdades) co-
mo pelos órgãos prestadores de ser-
viço, o método terá condições de se
impor no meio que buscará então,
aumentar a sua eficiência (16).
Quando isto acontecer, a revisão do
trabalho médico pelos colegas será
uma realidade, o que deverá produzir
no meio uma modificação importan-
te no sentido do exercício de uma Me-
dicina de qualidade. O ensino passará
a ser centrado no método da so-
lução de problemas, o que dará maio-
res condições na preparação dos
«médicos em formação» na busca do
estudo independente (auto-ensino) ao
longo de sua vida profissional (edu-
cação continuada) (24).

R E S U M O

A ficha clínica é encarada, ao lado
de suas funções tradicionais como
importante instrumento de trabalho
do médico pelo seu papel na integra-
ção da informação e comunicação dos
profissionais da área da saúde. Ela
deve ser expressão da filosofia de at-
endimento médico (processo) o que
corresponde à solução de problemas
dos pacientes como atividade primor-
dial do médico na busca da prática
da Medicina Integral. Suas caracte-
rísticas principais são:

- a) ênfase na solução de problemas do paciente como atividade básica do médico;
- b) valorização do uso do pensamento lógico no trabalho médico (processo): ênfase em «fatos» (problemas) não sendo permitido adivinhações;
- c) estruturação baseada nos problemas do paciente;
- d) manejo clínico integral do paciente: aspectos biológicos, psíquicos e sociais;
- e) atenção à prevenção e à educação do paciente;
- f) incentivar a hetero e auto avaliação, etapas importantes na educação e no trabalho do profissional;
- g) facilitar o trabalho em equipe, melhorando a comunicação entre os profissionais da área de saúde.

O fluxo de informações no método de Weed segue a seguinte ordenação:

- 1) coleta de dados;
- 2) formulação da lista de problemas;
- 3) planejamento da solução de cada problema em separado, levando em consideração a problemática total do paciente, expressa na lista de problemas;
- 4) avaliação da evolução dos problemas em separado, nos aspectos subjetivo, objetivo, impressão clínica e planejamento de sua solução (notas de evolução e de alta).

O método foi empregado em 4 locais distintos:

- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre;
- Hospital Nossa Senhora da Conceição;

— Centro Médico Social São José de Murialdo;

— Programa de Educação Médica Continuada — AMRIGS.

Embora os objetivos variassem de acordo com a Instituição, eles visaram primariamente à melhoria de atendimento dos pacientes e a educação dos profissionais envolvidos.

O método de registro não constitui uma finalidade em si, mas sempre foi usado como um importante agente de modificação do trabalho nos locais empregados.

As dificuldades encontradas foram basicamente as mesmas, independente do local pois o uso do método implica numa modificação de atitudes em relação à compreensão do que seja um médico (identidade médica) e o seu comportamento no exercício da medicina (10).

A modificação na estrutura do atendimento médico e a conscientização dos professores sobre o tipo de profissional mais adequado às suas comunidades (7) possibilitarão a valorização e utilização do registro clínico como agente de melhoria no trabalho e na educação dos profissionais da área da Saúde.

S U M M A R Y

THE CLINICAL RECORD AND MEDICAL WORK ROLE IN THE ASSISTANCE, EDUCATION, COMMUNICATION AND EVALUATION

The role of the clinical record as the key-instrument of medical work: assistance, education, communication and evaluation. Analysis of the principal characteristics of the Weed method. Description of the Weed method with practical examples. Report of the authors' experience in RGS. Basic difficulties in implementing and perspectives.

QUADRO N° 1 — CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DA FICHA CLÍNICA

MÉTODO TRADICIONAL	MÉTODO DE WEED
Orientado e organizado para as fontes de informações. Folhas especiais: Médico, Enfermeira, Assistente Social, Resultados de Laboratório, RX, Consultores.	Orientado e organizado em torno de problemas: Não há folhas especiais para as fontes de informação (médico...)
— Fragmentação da Informação — Nomenclatura rígida. Aceita aditamentos diagnósticos. — Dificil ter uma visão global do paciente. Informação focada em parte dos problemas da Medicina Curativa (sintomática).	— Organização da «desordem», permitindo integração da informação. — Nomenclatura flexível — ênfase em fatos — diagnóstico listado apenas quando há provas. — Visão Global do paciente — Medicina Integral.
— Dificulta trabalho em equipe — Auditoria e supervisão difícil	— presença de perfil psicossocial — Atenção à prevenção e à educação do paciente — Facilita trabalho em equipe (maior comunicação) — Facilita auditoria médica — Maior entusiasmo na supervisão (hetero-avaliação).
— Não ensina ao estudante, ao médico e profissionais da Saúde.	— Ensina ao estudante, ao médico e profissionais da Saúde. — Incentiva uso do pensamento lógico no trabalho médico. — Contribui efetivamente para o cuidado do paciente (auto-avaliação).

QUADRO 2 — FICHA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA A SOLUÇÃO DE PROBLEMAS — FLUXO DE INFORMAÇÕES

COLETA DE DADOS BÁSICOS Queixa principal História da Doença Atual Revisão sistemas e Anamnese Remota Perfil Psicosocial Anamnese Familiar Exame Físico Exames Subsidiários Consultoria	LISTA DE PROBLEMAS Lista de Problemas Extraídos da Co- leta de dados —————→ Numerar — Datar Colocar em primeiro lugar na Ficha Clínica
PLANOS ↓ Formulados para cada problema em separado após análise da problemática Total do Paciente Inclui planos para: a) Coleta de mais informação (dados de história, exame físico ou laboratório). b) tratamento c) educação do paciente em relação ao problema específico (participação no manejo de sua doença).	NOTAS DE EVOLUÇÃO Assinalar o Número eo Título de cada Problema 4 Partes: —> — subjetivo — objetivo — impressão clínica = o que se pensa sobre o problema — plano: — diagnóstico — tratamento — educação
NOTA DE ALTA ↓ — Motivo da Baixa — Resumo da evolução por problema separado com descrição dos achados clínicos necessários para a continuidade do atendimento — Manejo Ambulatorial a) Necessidade de continuar investigação b) Tratamento e Listagem da medicação c) Educação do Paciente	Adaptado de GRANT, R. — Journal, 3: 27, 1971/72

QUADRO 3 — PROBLEMA

TUDO AQUILO QUE PREOCUPA AO MÉDICO, AO PACIENTE OU A AMBOS.

CATEGORIAS

1. Diagnósticos definitivos
2. Sintomas
3. Estados fisiopatológicos que necessitam tratamento especial: arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca
4. Síndromes: nefrótico
5. Achado físico, laboratorial ou radiológico
6. Problemas psicológicos ou psiquiátricos
7. Problemas sócio demográficos: mãe solteira, divórcio, falência, riscos de saúde (fumo).

QUADRO 4 — FICHA ESTRUTURADA PARA SOLUÇÕES DE PROBLEMA**DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO**

1. Preguiça em escrever;
2. Coleta insuficiente de dados básicos (maior dificuldade na prática da medicina)
3. Reconhecimento da necessidade de escrever. Falta de tradição sobre o valor da ficha clínica como instrumento de trabalho;
4. Aceitação da inovação;
5. Enfrentar problemas psicológicos dos pacientes;
6. Expor suas idéias aos colegas;
7. Reconhecimento do que não sabe («ignorância secundária»)
8. Modo de registro;
9. Mudança do «processo médico» atual: método lógico
10. Excelência no manejo;
11. Trabalho extra.

FIGURA 4

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S. A. Av. Francisco Trein, 596 — Porto Alegre		RESIDÊNCIA MÉDICA		NOME:	LEITO:
		MANEJO CLÍNICO		IDADE:	SEXO:
P R O B L E M A S	D A T A		FUNDAMENTAÇÃO DIAGNÓSTICA	P L A N O	
	INICIAL	RESOLVIDO			
				DIAGNÓSTICO	TERAPEUTICO

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION. **POMR: The Problem Oriented Medical Record: A special collection of selected articles.** Chicago, Oct. 1971.
2. ANDERSON, T.P. — Problem orientation of medical records. **Postgraduate Medicine**, 50(5):274-7, Nov. 1971.
3. ANDREWS, E.C. — Foreword. In: BJORN, J.C. & CROSS, H.D. — **Problem oriented practice.** 4.ed. Chicago, Modern Hospital Press, 1972. p.v. e vi.
4. BJORN, J.C. & CROSS, H.D. — **Problem oriented practice.** 4.ed. Chicago, Modern Hospital Press, 1972.
5. BROOK, R.H. & APPEL, F.A. — Quality-of-care assessment: choosing a method for peer review. **The New England Journal of Medicine**, 288(25):1323-9, June 21, 1973.
6. BRYANT, T. & SUMMERS, R.W. — How to start using the problem oriented medical record. **Journal of the Iowa Medical Society**, 62:183-6, Apr. 1972.
7. BUSNELLO, E. D'A. & LEWIN, I. — O tipo de médico que as escolas de medicina devem graduar. **Revista Científica CASL, Porto Alegre**, 34:11-27, 1973.
8. BUSNELLO, E. D'A. et alii — Projeto de um sistema de saúde comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo, Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1975.
9. CROSS, H.D. — Educational needs as determined by the problem oriented medical record. **The Journal of the Maine Medical Association**, 61(3):49-54, Mar. 1970.
10. ENGEL, G.L. — Enduring attributes of medicine relevant for the education of the physician. **Annals of Internal Medicine**, 78(4):587-93, Apr. 1973.
11. FEINSTEIN, A.R. — The problems of the «problem-oriented medical record». **Annals of Internal Medicine**, 78(5):751-62, May 1973.
12. GLEDHILL, V.X. et alii — The problem-oriented medical synopsis. **Annals of Internal Medicine**, 78(5):685-91, May 1973.
13. GRANT, R.L. — The problem oriented record for psychiatry. **Journal [of] the National Association of Private Psychiatry Hospitals**, 3(4):27-9, winter 1971/2. In: **POMR: Problem Oriented Medical Records**, 1973.
14. GRAVES, S. — Better records: first step to better quality. **Modern Hospital**, 116(4):105-8, Apr. 1971.
15. GROSSMANN, C. & LEWIN, I. — Estudo imediato. [Observações não publicadas.]
16. HOLLOWAY, D.C. — Subjective quantification of performance in hospitals. **Hospital Administration**, 17(3):54-63, summer 1972.
17. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE — Relatório Estatístico, SAME, Porto Alegre, jul. 1972.
18. HURST, J.W. — How to implement the Weed system. **Archives of Internal Medicine**, 128(3):456-62, Sept. 1971.
19. HURST, J.W. — Ten reasons why Lawrence Weed is right. **The New England Journal of Medicine**, 284(1):51-2, Jan. 7, 1971.
20. LEWIN, I. — Papel do prontuário de família na medicina comunitária. In: **ANAIS do CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA.** [Em publicação].

21. LEWIN, I. — Iatrogenia e o processo médico. *Revista de Medicina ATM*, Porto Alegre, 9(2):155-81, 1974.
22. LEWIN, I. & SEFFERIN, C. — Manual de orientação para o uso da ficha clínica estruturada para a solução de problemas. Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 1974. [Mimeografado].
23. LEWIN, I. & WANMACHER, C. — Projeto de educação continuada. SMAT, AMRIGS, 1974. [Mimeografado].
24. NEUFELD, V.B. & BARROWS, H.S. — The «McMaster Philosophy: an approach to medical education. *The Journal of Medical Education*, 49:1040-50, 1974.
25. RAUS, E. & RAUS, M. — Manual of history taking, physical examination and record keeping. Philadelphia, Lippincott, 1974.
26. STEVENSON, J.G.; BOYLE, C.M.; ALEXANDRE, W.D. — A new hospital discharge letter. *The Lancet*, 1(7809):928-31, Apr. 28, 1973.
27. TUMULTY, P.A. et alii — Management. In: HARVEY, A.M. et alii, ed. — *The principles and practice of medicine*. 18.ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1972. Sec. 1. Cap.6. p.42-53.
28. WEED, L.L. — Medical records, medical education and patient care. Cleveland, University Press, 1969.
29. WEED, L.L. — Technology is a link, not a barrier, for doctor and patient. *Modern Hospital*, 114(2):80-3, Feb. 1970.

ISAAC LEWIN
Praça Dom Feliciano, 78
50060 — Porto Alegre — RS — Brasil