

O registo clínico orientado por problemas *The problem oriented clinical record*

J. Vasco Barreto*, Paulo Paiva**

Resumo

Além das suas dimensões medico-legais, institucionais, investigacionais e pedagógicas, o Registo Clínico é um instrumento operacional e um componente decisivo dos cuidados médicos, que contribui para a sua qualidade e a reflecte. Numa tentativa de se aproximar das práticas das ciências básicas, os médicos têm procurado encontrar uma forma organizada e racional de executar os seus registos. Em 1968, Lawrence Weed propôs um sistema de registo que ficou conhecido como Registo Clínico Orientado por Problemas, vocacionado sobretudo para as especialidades generalistas, nomeadamente, e em meio hospitalar, a Medicina Interna. Nos Serviços de Medicina Interna do Hospital Geral de Santo António, este é o modelo de registo utilizado. No presente artigo, os autores revisitam o sistema proposto por Weed e apresentam-no de uma perspectiva pessoal, à luz do que tem sido a experiência adquirida ao longo dos anos na instituição onde trabalham.

Palavras chave: registo clínico, problemas, Lawrence Weed, Medicina Interna.

Abstract

Apart from its legal, institutional, investigational and pedagogical dimensions, the Clinical Record is an operational tool and a decisive component in medical care, contributing to and reflecting quality. In an attempt to approach basic science paradigms, doctors have been trying to find a rational and organized way of executing their records. In 1968, Lawrence Weed proposed a record system that became known as Problem Oriented Clinical Record. This system was particularly directed to general specialties, which in the Hospital means Internal Medicine. At the Santo António General Hospital, this is the adapted record system used in Internal Medicine wards. In the present article, the authors revisit the system that was proposed by Weed and present it from a personal perspective, in light of their experience in the institution.

Key words: clinical record, problems, Lawrence Weed, Internal Medicine.

“Practice is science touched with emotion”.

— Stephen Paget¹

*“Human activity must impose limits upon itself.
The more art is controlled, limited, worked over,
the more it is free”.*

— Igor Stravinsky²

Introdução

Medicina Interna, Ciência e Registo

Foi perante o entusiasmo de uma ciência médica próxima do conhecimento celular e molecular, mais profundo, *interno*, que, há mais de 100 anos, surgiu a designação *Medicina Interna*. Talvez os Internistas desse tempo tenham sido os primeiros *médicos-cientistas*. O Século XX trouxe-nos muita ciência básica, que fomos sendo capazes de integrar nas nossas práticas, sempre com algumas décadas de desfasamento. A semente tinha sido lançada e frutificava. Nos últimos 50 anos, a literatura médica revela progressivas preocupações científicas e, mais recentemente, o conceito de Medicina Baseada na Evidência generalizou-se, transportando essas preocupações para a prática clínica. No entanto, dizia Lawrence Weed em 1968 que “seria difícil, para um cientista não médico, acreditar que nós fazemos registos clínicos caóticos”.²

*Interno Complementar de Medicina Interna

**Assistente Hospitalar de Medicina Interna

Serviço de Medicina 2 do Hospital Geral de Santo António, Porto

Recebido para publicação a 12.10.06

Aceite para publicação a 06.02.08

Weed e o registo orientado por problemas

Lawrence Weed compreendeu que o registo clínico é um componente dos cuidados médicos e que só um registo organizado pode ser considerado um documento científico.² O nosso objecto de estudo, o corpo humano, é um sistema biológico complexo, no qual vários sub-sistemas interagem por uma infinidade de vias. Uma anormalidade num sistema influencia todos os outros. O *médico-cientista*, por excelência o Internista, deve conhecer as relações entre os sistemas e os seus registos devem traduzir essa compreensão. É por isso necessária uma filosofia de trabalho com múltiplos problemas. Numa época em que os registos eram exercícios narrativos, muitas vezes incompletos e desorganizados, seguramente pouco científicos, Weed propôs-nos uma forma de organizar o registo: o registo clínico orientado por problemas. Quase 40 anos depois, a maioria dos Serviços de Medicina Interna portugueses não executa registos clínicos organizados.

A importância do registo clínico

Podia escrever-se, e já se escreveu, um tratado acerca do registo clínico. O assunto pode ser abordado sob diversas perspectivas. São simples de entender aspectos como a sua dimensão medico-legal e tudo o que respeita à avaliação de qualidade e à certificação de instituições.³ Talvez menos imediata, a importância de um bom registo como condição necessária para uma boa investigação clínica^{3,4} já foi experimentada por muitos de nós, por vezes com o desespero de horas perdidas. De outro ponto de vista ainda, enquanto expressão do raciocínio e da tomada de decisões clínicas complexas, o registo é uma poderosa ferramenta de ensino e deve ser praticado e discutido em contextos de formação pré e pós-graduada.^{2,4,5,6}

No entanto, o que aqui nos ocupa é a sua dimensão operacional, assistencial, como parte integrante dos cuidados médicos. O Registo Clínico Orientado por Problemas pressupõe identificação de todos os problemas do doente e obriga a relacionar cada problema com os restantes, assim como registar um raciocínio e um plano para cada problema. Um registo clínico deste tipo, organizado e baseado na identificação e resolução de problemas, não só reflecte como potencia bons cuidados médicos, sendo ainda facilmente informatizável e comunicável a outros profissionais.^{2,4,5}

Nas próximas páginas, iremos visitar o sistema proposto por Weed, que é a metodologia de traba-

lho adoptada nas enfermarias de Medicina Interna do Hospital Geral de Santo António. Procuraremos introduzir pequenos pormenores de ordem prática, de cuja importância nos fomos apercebendo na nossa experiência, mas que, no essencial, não modificam o método. Remeter-nos-emos ao contexto de internamento e consulta externa, dado que os registos de urgência e de consulta interna, pela sua especificidade, fogem ao espectro deste artigo.

Registo Clínico orientado por problemas

Base de Dados

A Base de Dados é um registo organizado que deve conter informação factual e descritiva acerca do doente e da doença, da forma mais completa possível.⁷ Integra dados subjectivos e objectivos (sendo que estes podem incluir resultados de exames auxiliares). O seu registo implica um primeiro passo no método clínico: o processamento e a organização da informação colhida na entrevista clínica. O contexto é o de primeira consulta ou nota de entrada na enfermaria.

A primeira base de dados de um doente, isto é, a decorrente do primeiro contacto entre o doente e a instituição, deve ser exaustiva e seguir um dos muitos modelos propostos nos livros de texto. Estes modelos incluem fundamentalmente quatro secções: história da doença actual, história passada (pessoal, familiar, social), revisão por sistemas e exame físico.⁷

Num segundo contacto com a instituição ou com o serviço, a base de dados pode ser construída segundo outro modelo, que pode ser, por exemplo, uma listagem dos problemas previamente identificados, devidamente actualizada.^{2,5} Na presença de processo único, a repetição sucessiva de dados imutáveis não tem qualquer interesse.

A base de dados deve ser registada em folha própria, de preferência informatizada, e deve ser o primeiro registo clínico presente no processo.

Lista de problemas

Identificar problemas clinicamente significativos a partir de dados “em cru” é um exercício que exige grande sofisticação intelectual. Por isso, a construção da lista de problemas a partir da base de dados é um passo nobre do raciocínio clínico e é decisiva para toda a actividade clínica.^{5,6}

A primeira pergunta deve ser: o que é um problema? Um problema é “tudo o que preocupa o médico,



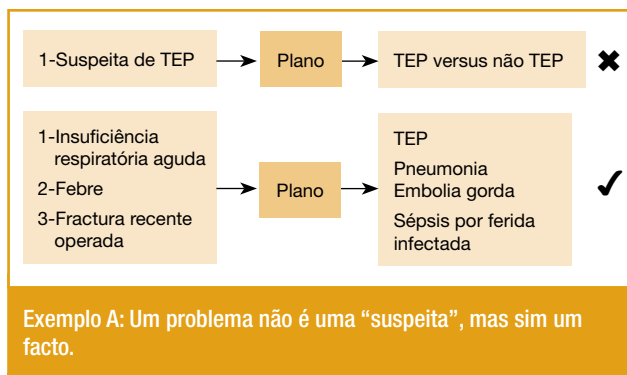
Diagrama do Registo Clínico Orientado por Problemas (adaptado de Hurst).

FIG. 1

o doente ou ambos”.⁵ Esta definição é a única universalmente aceite, mas é vaga e exige alguma reflexão. No nosso Hospital, temos reflectido e discutido exaustivamente a definição de “problema”. Passamos a propor a nossa perspectiva.

Um problema é um “facto clínico”, ou seja, uma descrição do conteúdo dessa “preocupação” sob uma forma de cuja veracidade o médico está convicto. A convicção do médico depende do seu grau de diferenciação. Por exemplo, um doente com tosse produtiva, febre e infiltrado pulmonar cumpre os critérios da OMS para definição de pneumonia, legitimando a convicção do médico que registre o problema “pneumonia”. No entanto, este doente pode ter uma bronquiolite obliterante com pneumonia em organização, um carcinoma bronquiolo-alveolar, uma traqueobronquite purulenta e sequelas de tuberculose, etc. Quer isto dizer que, no problema, no “facto clínico”, a *verdade* não o é no sentido lato de *certeza*; é, sim, uma convicção fundamentada. Como aliás, porventura, toda a *verdade*.

Por outro lado, um problema deve constituir a forma mais elaborada possível de apresentação dos dados. Por exemplo, os dados: dispneia de esforço, ortopneia, turgescência venosa jugular, edemas periféricos, S3 e crepitações de estase pulmonar – devem ser aglutinados na sua forma elaborada, a síndrome de insuficiência cardíaca global. Em oposição, não devemos elaborar um problema para o qual não temos dados (exemplo: nódulo pulmonar e emagrecimento – não possuímos dados suficientes para inferir “neoplasia do pulmão”, “tuberculose pulmonar” ou “metástase pulmonar”).



Exemplo A: Um problema não é uma “suspeita”, mas sim um facto.

FIG. 2

Um problema pode ser um sintoma, um sinal, uma síndrome, um diagnóstico; mas *não* é uma hipótese de diagnóstico (“suspeita de...”), *não* é uma interrogação (“abuso de álcool?”) e *não* é uma negação (“ausência de febre”).⁵ O interesse de não incluir dúvidas, interrogações e negações na lista de problemas é fomentar que o raciocínio clínico se centre nos dados seguros e positivos para avançar na investigação e clarificação dos problemas. Um problema que fosse uma hipótese de diagnóstico reduziria a amplitude das possibilidades e centraria o trabalho na afirmação ou negação da hipótese. Uma hipótese de diagnóstico diz respeito ao médico que a coloca, e não ao doente. Ou seja, o problema não é o facto de o médico suspeitar do diagnóstico X, mas sim o conjunto dos dados que o fazem suspeitar desse diagnóstico e porventura de vários outros. Os exemplos apresentados servem para clarificar estas questões.

Esclarecido o que é e não é um problema, surge a segunda pergunta: o que é e como se constrói e utiliza a lista de problemas? A lista de problemas é um conjunto hierarquizado de problemas.^{2,5} É um instrumento de trabalho, e como tal deve permitir maior relevo aos problemas activos, sobre os quais se desenvolve a maior parte do trabalho clínico. Gráficamente, este relevo pode materializar-se de várias formas: listar em primeiro lugar o(s) problema(s) que motivam o internamento ou a consulta actuais; discriminar problemas activos e passivos; sublinhar os problemas principais do momento; etc. É em serviço da funcionalidade do registo que não damos o mesmo relevo a “Urossépsis por E. coli” e a “fractura do péronio há 40 anos” ou “insuficiência venosa crónica”. Por outro lado, cada problema deve ser localizado quanto à sua data de início e de fim (se resolvido),

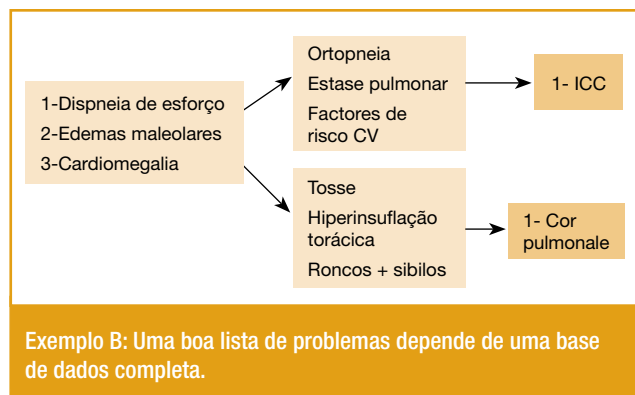


FIG. 3

de forma a poder ser correctamente relacionado com os outros problemas.

A lista de problemas deve ser numerada, para que os registos de evolução possam facilmente ser referenciados a cada problema.² A numeração, tal como a definição dos problemas, não é definitiva. Tal como o raciocínio clínico e a evolução da doença, a lista de problemas é dinâmica e modificável perante novos dados. Para dar o exemplo mais simples: perante um dado histológico, os problemas “1 – Nódulo pulmonar” e “2 – Perda de 15% do peso” podem ser renumerados e renomeados em “1 – Adenocarcinoma do pulmão”. Muitas vezes, acompanhamos doentes complexos em internamentos prolongados. Nestas situações, são muitas e frequentes as transformações da lista de problemas. É fundamental ser-se capaz de tolerar a ambiguidade e agir sobre problemas “provisórios”, ainda por esclarecer^(2,5,8). Na verdade, muita da nossa actividade é desenvolvida sobre problemas “provisórios”, e não sobre diagnósticos definitivos.⁸ E, parafraseando Weed, trabalhar com problemas “permite-nos aprender enquanto prestamos cuidados aos doentes”.^{2,4,5} No entanto, apesar de o nosso principal objecto de trabalho ser o Problema, a maior parte das vezes somos tentados por uma deletéria cultura de Diagnósticos. O diagnóstico não é mais do que a versão mais evoluída do problema num determinado momento.

Do ponto de vista prático, a lista de problemas deve ser registada numa folha própria, que deve surgir logo a seguir à base de dados. Nessa folha, a lista aparece numerada. Para cada problema, são registadas as datas de início (numa coluna à esquerda) e as datas de fim ou resolução (numa coluna à direita). Quando um problema é renomeado, ou quando 2

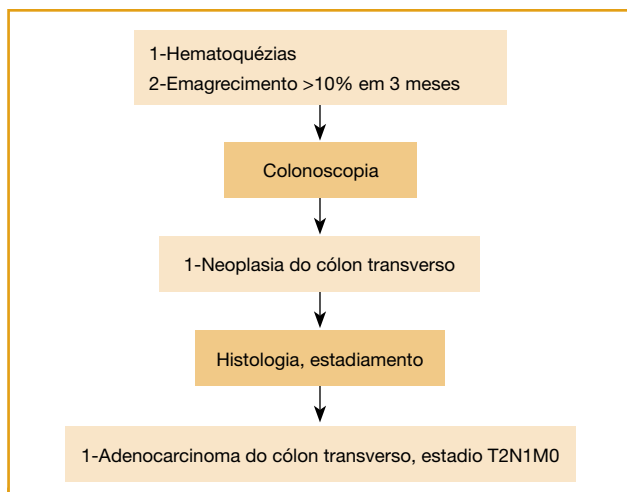


FIG. 4

ou mais problemas são aglutinados, deve colocar-se uma data de fim para cada um deles e deve ser aberto um novo problema, com a data do registo, e com o número mais baixo possível (exemplo: #1 Tumefacção na FIE, #2 Diarreia, #3 Eosinofilia; após aglutinação e renomeação: #1 Amebíase intestinal). Quando não é possível registar todos os problemas e toda a evolução da lista de problemas numa folha única, devem ser acrescentadas mais folhas, sem que sejam eliminadas as primeiras.

Plano

O registo orientado por problemas é um sistema de resolução de problemas.^{2,5} Por conseguinte, depois de estabelecida a lista de problemas é obrigatório estabelecer-se um plano para cada problema. Para a elaboração do plano, escrito ou mental, o médico deve hierarquizar os problemas por ordem de importância e definir as atitudes prioritárias de investigação e terapêutica. Por uma questão de sistematização, e baseados na nossa experiência, propomos 3 questões fundamentais a colocar:

- Qual a importância deste problema para o doente?
- Que investigações devo empreender neste momento?
- Como posso intervir neste problema, do ponto de vista terapêutico?

Vejamos um exemplo. Um doente é internado por hemoptises.

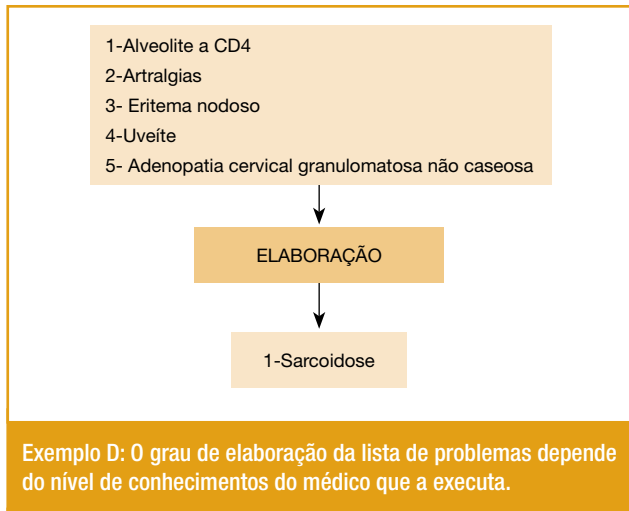


FIG. 5

a) Qual a importância deste problema para o doente?

- Pode pôr em risco a vida;
- Pode representar uma doença grave oculta (ex: neoplasia);
- Provoca grande angústia.

b) Que investigações devo empreender neste momento?

- Radiografia e/ou TC do tórax;
- Estudo da coagulação e hemograma;
- Broncoscopia?

c) Como posso intervir neste problema, do ponto de vista terapêutico?

- Repouso e monitorização;
- Oxigenoterapia;
- Antitússico;
- Acalmar o doente e explicar-lhe a situação.

Este é um processo mental, que não se relaciona directamente com o registo. No entanto, sempre que possível o plano deve ser registado logo a seguir à lista de problemas, em folha própria ou na primeira página do diário clínico.

Registos de evolução

Os registos de evolução podem corresponder a observações diárias (no internamento) ou consultas (na consulta externa). Devem ser organizados e completos, evitando redundâncias. A forma mais consagrada pelo uso é o método “SOAP”, em que S=Subjectivo, O=Objectivo, A=Avaliação e P=Plano.⁷ No ponto “O”, deve evitar-se repetir os dados já registados

noutros locais (tipicamente, sinais vitais e análises em *flowcharts*). Na Avaliação, devem ser registadas explicitamente e com clareza as interpretações dos dados Objectivos e Subjectivos descritos. Finalmente, deve definir-se e registar-se um Plano coerente com a Avaliação.

Deve ser registado um SOAP para cada problema activo. Só assim teremos, em cada momento, perfeita noção do ponto em que nos encontramos e das necessidades para cada problema.^{2,5} Diz-nos a nossa experiência que os problemas passivos não devem ser discutidos, assim como os problemas activos em que não haja novidades, de forma a não tornar o diário pesado, inútil e de difícil leitura. Consideramos que, excepcionalmente, nos casos em que existam muitos problemas activos, pode ser registado apenas 1 SOAP para 2 ou mais problemas, desde que isso não prejudique a definição de uma Avaliação e um Plano para cada um.

Relatórios

Em qualquer momento do seguimento clínico, pode ser necessário fazer um relatório da situação. Os 3 exemplos clássicos são: os *pontos de situação*, prática corrente nos nossos serviços de Medicina, registados no processo, de forma intercalada com os diários, sempre que a complexidade ou a duração do internamento, com todas as novidades que tiverem ocorrido, o justifiquem; as *informações para colegas*, habitualmente sob a forma de cartas da consulta externa para o médico assistente ou para outras especialidades; e os *relatórios de alta*, no fim do internamento ou no momento da alta da consulta.

Na nossa perspectiva, um relatório não é mais do que o desenvolvimento da forma “actual” da lista de problemas. Neste sentido, tem-nos sido relativamente fácil, em cada momento, emitir um relatório a partir de uma lista de problemas completa, significativa e actualizada. Julgamos que o relatório deve conter os problemas na sua forma actual, muitas vezes “provisória”, e deve reflectir as dúvidas actuais e as investigações em curso, assim como um plano actual e de contingência.

Conclusão

Vimos de que forma podemos obter registos clínicos completos, significativos e organizados, e como utilizá-los enquanto instrumento de trabalho. A experiência nas nossas enfermarias faz-nos concordar

com Hurst quando diz que “Lawrence Weed is right”,⁴ com a ressalva de que, evidentemente, não basta fazer bons registos para se fazer boa medicina.⁶

Fica claro, por tudo o que se disse, que o Registo Clínico Orientado por Problemas foi pensado para uma abordagem global do doente, que na prática hospitalar é quase exclusiva dos Serviços de Medicina Interna. Também nos parece claro que, sem uma prática de abordagem integral por problemas, não é possível prestar bons cuidados médicos. Assumindo que todos os doentes devem ter acesso a bons cuidados médicos, levanta-se inevitavelmente a questão: em meio hospitalar, deverão todos os doentes ser avaliados por internistas?

Retomando as epígrafes: concordamos com Paget, quando diz que a prática clínica é ciência tocada por emoção, uma ciência que se apoia na imunogenética e em áreas afins, mas que em última análise se exerce no espaço entre duas pessoas; e com Stravinsky, quando lembra que sem regras não é possível ser-se um génio criativo, que caos não é liberdade, que sem método não podemos usufruir da inteligência na sua plenitude. ■

Bibliografia

1. Lenfant C. Clinical research to clinical practice – lost in translation?, *N Engl J Med* 2003; 349 : 868-874.
2. Weed LL. Medical Records that guide and teach, *N Engl J Med* 1968; 278 : 593-600, 652-657.
3. Stratmann WC et al. The utility for audit of manual and computerized problem-oriented medical records systems, *Health Serv Res* 1982; 17-1: 5-26.
4. Hurst JW. Ten reasons why Lawrence Weed is right, *N Engl J Med* 1971; 284 : 51-52.
5. Hurst JW. How to implement the Weed system, *Arch Intern Med* 1971; 128 : 456-462.
6. Reed DE. The Weed system and complete records, *Arch Intern Med* 1971; 129 : 834.
7. Lynn S. Bickley. Chapter 18: Clinical Reasoning, Assessment, and Plan. In Lynn S. Bickley ed. *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*, 8th Edition. Lippincott Williams and Wilkins 2003: 783-800.
8. Hurst JW. The art and science of presenting a patient's problems (as an extension of the Weed system), *Arch Intern Med* 1971; 128 : 463-465.