

## A visita médica. Orientações gerais para apresentação de um doente

### *The medical ward round. General principles for patient presentation*

Rui Barros\*, João Correia\*\*

#### Resumo

A visita médica continua a representar uma peça chave da actividade assistencial e formativa na Medicina Interna. Enquanto permite variações na sua forma e estrutura, consoante os objectivos a que se propõe, exige treino e conhecimento dos princípios gerais que orientam a apresentação de doentes. Se aplicada de forma eficaz, pode transformar-se numa valiosa ferramenta de transmissão de conhecimento.

Palavras chave: Visita médica, apresentação de um doente, registo de dados.

#### Abstract

*The medical ward round is still a key element in medical care and teaching in Internal Medicine. While it allows for change in form and structure, according to the goals it purports to achieve, it requires skill and knowledge of the general principles guiding patient presentation. If performed efficiently it may become a valuable tool in the transmission of knowledge.*

*Key words: Medical ward-round, patient presentation, patient record.*

A visita médica permanece um momento insubstituível na actividade assistencial e formativa, no início do século XXI. Representa, apesar das inovações técnicas, estruturais e formais a que o exercício da medicina e o ensino médico foram sujeitos no último meio século, um veículo essencial no ensino médico pré e pós-graduado. Nos nossos hospitais, a medicina transformou-se numa actividade altamente sofisticada do ponto de vista técnico e científico, a qualidade e a diferenciação exigem subespecialização dirigida para o pormenor e toda a actividade é determinada pela produtividade e pelo tempo. Apesar do reconhecido valor da visita médica à cabeceira do doente, por que se tornou ela cada vez mais rara nos nossos serviços? Longe vão os tempos do ensino médico demonstrativo suportado por teorias a defenderem o ensino da medicina dirigido para a cabeceira do doente em que a melhor lição era a dada pelo próprio. A prática de apresentação e discussão de casos clínicos à cabeceira do doente, durante a visita médica clássica, tem vindo

a ser abandonada, reflexo da evolução da organização das enfermarias e da necessidade de ensino massificado.<sup>1</sup> As razões para o seu esquecimento são múltiplas, mas dependem, principalmente, das modificações na qualidade e, tipo de assistência, relacionadas sobretudo com a necessidade de rentabilizar o tempo, o que levou à transferência da visita para fora da enfermaria, onde uma discussão pode ser, em teoria, mais eficiente e prática. O conteúdo da discussão também se alterou, dando maior relevo á discussão de exames complementares, em detrimento da anamnese e do exame físico.

#### **A visita à cabeceira do doente e a visita na sala de reuniões**

Há vantagens e desvantagens relativas ao local de apresentação que devem ser consideradas na escolha do ambiente para a visita. A percepção de desconforto, pelo doente, a interferência na relação médico-doente, e o valor formativo para o apresentador e assistência são os aspectos centrais desta decisão.<sup>2</sup> As vantagens da visita médica à cabeceira do doente começam pela sua capacidade de demonstrar preocupação pelo doente, permitindo-lhe identificar o médico e a equipa responsável pelo seu internamento, enquanto toda a equipa o conhece, facilitando a humanização dos cuidados ao reduzir o aspecto abstracto da discussão.

\*Interno Complementar de Medicina Interna

\*\*Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna

Serviço de Medicina 1, Hospital Geral de Santo António, Porto

Recebido para publicação a 03.07.06

Aceite para publicação a 27.09.06

Pode representar uma oportunidade de participação e esclarecimento para o doente ou, por outro lado, ser a altura para caracterizar dúvidas que possam surgir na anamnese ou no exame objectivo, podendo, em determinadas situações, transformar-se numa oportunidade única de ensino prático com as interferências dos médicos seniores. Valoriza a clínica ao obrigar a uma discussão inicial sem a presença de exames complementares, facilitando uma cultura racional no pedido de exames auxiliares de diagnóstico. Em contraponto, a visita na sala de reuniões proporciona uma discussão médica mais rápida, eficaz e detalhada, estando disponíveis todos os exames complementares para análise, facilitando o estabelecimento de um plano de trabalho. Permite uma discussão aberta, mais acesa e com correcções na forma e conteúdo da apresentação, indesejados na presença do doente. Evita conflitos e ansiedades relacionados com informação ocultada ou indecifrável pelo doente e, por último, mas não menos importante, respeita a privacidade.

Com um conjunto tão vasto de argumentos a favor de cada uma das opções, parece claro que a escolha entre cada uma delas deve ser tomada em função das circunstâncias de trabalho locais e objectivos globais. Num hospital central universitário, com tradição no ensino pré e pós-graduado, em que é dada importância pedagógica fundamental ao registo clínico e comunicação médica, a visita médica na enfermaria é a melhor escolha.

### **O papel do doente na visita à cabeceira**

O efeito da visita médica no doente está directamente relacionado com o papel atribuído ou permitido ao doente durante a apresentação. A linguagem médica codificada, própria de sistemas de comunicação elaborados e específicos, é agressiva para o doente que, confrontado com informação que não lhe é acessível ou o é de forma fraccionada, pode criar desconforto relacionado com a incapacidade de compreender a informação ou facilitar interpretações erradas. Num extremo, o doente é excluído da apresentação e discussão que decorre à sua volta, sendo-lhe pedida atenção silenciosa para um discurso que, muitas vezes, não compreende, transformando a visita num encontro sem benefício para o doente promotor de ansiedade e confusão. No extremo oposto, é permitido ao doente integrar-se, de forma activa, na apresentação, corrigindo, interrogando, participando tanto na apresentação como na discussão. Ao apresentador e assistência é

permitido o esclarecimento de dúvidas na anamnese e exame físico. O doente pode sentir que participa de forma activa e adquire informação inteligível. Apesar dos benefícios esperados relacionados com a capacidade de humanização, facilitação da relação médico doente e transmissão de informação, a integração do doente na visita pode também condicionar situações de conflito, confrontação não desejada e violação da privacidade. Em doentes excessivamente participativos, pode ainda impedir o desenrolar organizado da apresentação, dificultando a discussão. Entre estes dois extremos, pode ser atribuído ao doente um papel de participação condicionada, em que lhe são dirigidas algumas questões e caracterizadas dúvidas no exame físico, relevantes para a discussão. Qualquer que seja o modelo pretendido, o papel esperado do doente deve ser claro, devendo-lhe ser explicada a estrutura e objectivos da visita, de forma a limitar possíveis sentimentos de angústia e interferências indesejadas na apresentação.

### **Princípios gerais e modelos de apresentação oral**

Haverá uma apresentação oral padrão? Como não há uma fórmula universal para o registo médico escrito, também a apresentação oral de um doente durante uma visita médica depende de um conjunto de factores que podem modificar a forma ou o conteúdo da mesma. Para além do local e da presença física do doente, outros três factores condicionam a apresentação e devem ser equacionados no seu planeamento. O primeiro é a mensagem que deve ser previamente definida, assim como o modelo ou estrutura da apresentação que melhor se adapta a essa mensagem. O segundo é o objectivo da comunicação. A estrutura de uma apresentação varia conforme a intenção seja a de discutir um diagnóstico específico, persuadir os outros membros da equipa acerca de um diagnóstico ou plano terapêutico ou questionar um consultor sobre a melhor terapêutica. A estratégia de apresentação pode ser fechada, pragmática, fugindo a interrogações, ou aberta, esperando questões pertinentes e discussão relativa ao diagnóstico, investigação ou plano de tratamento. Idealmente, a apresentação deve ser formulada para que a audiência antecipe a avaliação e o plano, e a informação veiculada deve funcionar para a audiência como pista, relativa à linha de raciocínio do apresentador. O terceiro factor a avaliar antes do início da apresentação é o tipo de audiência,

incluindo o número de assistentes, grau de formação académico e objectivos. É diferente apresentar um caso para os membros da mesma equipa de trabalho, para um grupo de alunos ou para um júri de exame. A avaliação da audiência deve incluir a antecipação de questões que possam ser colocadas.

A estrutura da apresentação na presença do doente rege-se por princípios gerais comuns ao registo de dados e comunicação médica.<sup>3</sup> A particularidade da comunicação médica em forma oral flexibiliza a apresentação e a discussão, mas não dispensa uma estrutura organizada segundo normas gerais. Independentemente do modelo ou estrutura formal escolhida para a apresentação, há um conjunto de princípios que devem estar presentes em todas as apresentações. O apresentador deve colocar-se em posição frontal para a assistência e doente, de modo a ser ouvido por todos. A linguagem deve ser clara, científica e o mais sintética possível, não devendo a exposição demorar mais que oito minutos. O apresentador deve dispor de toda a informação relativa, não só à história e exame físico, mas também os resultados de todos os exames complementares de diagnóstico, incluindo informação não incluída na apresentação mas que pode ser questionada, idealmente sem necessitar de consultar o processo. A apresentação deve ser estruturada e ordenada nos seguintes tópicos: 1) Identificação, 2) Motivo de internamento 3) Enquadramento geral 4) Queixa principal 5) Descrição dos vários problemas.

A identificação funciona como apresentação do doente à assistência e deve incluir o nome, idade e tempo de internamento. O motivo de internamento é o diagnóstico, caso já esteja estabelecido, ou o conjunto de sinais, sintomas, alterações estruturais ou funcionais, apresentados no seu maior grau de elaboração, que justificaram a admissão hospitalar. No enquadramento geral descreve-se um conjunto de dados relevantes para a análise global. Esta descrição deve ser sumária, podendo ser detalhada posteriormente em forma de problema discriminado na descrição dos vários problemas. Deve incluir o estado global do doente, capacidade funcional e riscos específicos relacionados com comorbilidades ou exposição. O enquadramento permite a construção de uma base de análise para cada um dos problemas específicos que serão levantados. A queixa principal descreve os sinais ou sintomas dominantes. Estes quatro primeiros tópicos devem ser apresentados de

forma breve, idealmente incluídos em uma ou duas frases, não ocupando mais que alguns segundos. Localizam a apresentação ao doente, à patologia e à clínica, permitindo à assistência identificar o tema contextualizado, a gestão da informação dada com um objectivo previamente definido, evitando a dispersão e tornando inteligíveis as afirmações, as negações e a própria estrutura da apresentação.

Em seguida, a apresentação deve descrever os vários problemas identificados, discriminados e apresentados por ordem de importância. Cada problema deve ser caracterizado com toda a informação pertinente, ordenada de forma a incluir, primeiro, a informação clínica (sinais e sintomas) depois, as alterações estruturais e/ou anatómicas relacionadas e, finalmente, a caracterização funcional. A informação deve ser repartida de forma a não ser repetida nos vários problemas e a cada um deles deve corresponder uma avaliação e um plano. Embora seja impossível definir um modelo universal que represente a melhor estrutura de apresentação de um doente, há modelos que podem ser definidos como orientações na organização da informação, e que podem ser adaptados a cada caso específico encontrado na prática clínica. Apesar das infinitas possibilidades, resultado da singularidade de cada caso clínico, na situação específica de apresentações de doentes da área médica, podemos definir três modelos que são aplicáveis à maioria dos doentes.

**O doente crítico** A apresentação do doente crítico baseia-se na caracterização do compromisso funcional que a doença actual/problema principal condiciona, porque é a doença principal e os desvios funcionais que vão determinar a intervenção. Obriga a caracterizar de forma precisa e inequívoca os critérios que suportam o diagnóstico da doença actual ou problema principal, que têm de ser os mais seguros possível para que a base que suporta a discussão das repercussões funcionais/fisiológicas seja sólida. A caracterização funcional deve ser discriminada por aparelhos e sistemas, sendo a apresentação organizada por gravidade do compromisso ou seguindo uma descrição sistematizada que deve incluir, de forma explícita, os sistemas respiratório, cárdio-circulatório, neurológico, urinário, digestivo, hematológico, metabólico e inflamatório/imunológico. Após a descrição das disfunções iniciais, deve ser apresentada a intervenção efectuada relativa à doença principal e a evolução de cada uma das disfunções com as espec-

tivas intervenções. A informação relativa às doenças associadas e sem relação directa com a doença actual deve ser breve, concreta, objectiva, mas não deve desviar a atenção da doença principal, a não ser que haja informação relevante para a sua interpretação.

**O doente em investigação** A apresentação do doente em investigação ou caracterização deve ser orientada de forma a permitir uma leitura fisiopatológica da informação já apurada, de forma a elaborar um enquadramento clínico que permita a discussão das hipóteses de diagnóstico e o plano de investigação. Os dados considerados relevantes na história da doença actual, dados adicionais (história médica passada, medicações, factores de risco, etc.), no exame objectivo e nos exames complementares de diagnóstico devem ser fornecidos de forma mais exaustiva e pormenorizada, para permitir uma análise efectiva por parte da audiência. Deve ser dada maior ênfase à integração da informação, elaboração de hipóteses de diagnóstico, plano de investigação e tratamento. Os problemas já identificados e caracterizados devem ser apresentados de forma “fechada”, orientando-se, assim, a discussão para os problemas em investigação

**O doente caracterizado** A apresentação deve ser clara e concisa, sem se perder em divagações sobre as dificuldades do diagnóstico ou da investigação. Há que fazer o enquadramento global e as queixas principais que motivaram o internamento. Os diagnósticos encontrados são alicerçados nas bases aceites para o seu estabelecimento. Caso haja problemas não esclarecidos, deve ser explanada a decisão para investigação futura ou para não prosseguir o estudo. Às patologias crónicas, deve ser definida a etiologia, a base anatómica, a classe funcional, a causa de descompensação e os órgãos alvo atingidos. Deve incluir a terapêutica proposta, bem assim como o plano de vigilância.

O apresentador deve analisar qual dos modelos melhor se aplica ao caso clínico concreto e gerir flexibilizações da estrutura do modelo escolhido, caso seja pertinente.

## Conclusão

A visita médica não só resiste à evolução técnica como se transformou, com a necessidade de rentabilizar a formação, numa das mais valiosas ferramentas de transmissão de conhecimento e sabedoria. Como ferramenta de comunicação, não possui uma fórmula universal, mas deve obedecer a um conjunto de requisitos para se tornar eficaz e capaz de cumprir os

objectivos estabelecidos. A Medicina Interna, como especialidade integradora, humanista, defensora do doente como pessoa e garante do ensino pré e pós-graduado, tem papel crucial na defesa da visita médica como indicador essencial de qualidade assistencial. ■

## Bibliografia

1. Thibault EG. Bedside round revisited. *N Eng J Med* 1997;336:1174-1175.
2. Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AD. The effect of bedside case presentation on patients' perceptions of their medical care. *N Eng J Med* 1997;336:1150-1155.
3. Bickley LS. Clinical reasoning, assessment and plan. Chapter 18. In Bickley LS, Szilagy PG. eds. *Bates' guide to physical examination and history taking*. Baltimore: Williams & Williams 2003:783-800.