



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

DÉBORA SOFIA CORREIA BATISTA

***ANOTAÇÕES CLÍNICAS ESTRUTURADAS NA
CONSULTA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR:
ANÁLISE DE UMA PROPOSTA DE NOVO PARADIGMA***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROF. DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

PROF. DOUTORA MARGARIDA SILVESTRE

FEVEREIRO 2015

Índice

Índice	2
Abreviaturas	3
Índice das Ilustrações	4
Resumo.....	5
Abstract	7
Introdução	8
Objectivos	10
Material e métodos	11
Resultados.....	12
Discussão	16
Conclusão	22
Agradecimentos	23
Referências Bibliográficas.....	24
Anexos.....	25

Abreviaturas

ARS- Administração Regional de Saúde

CES- Comissão de Ética da Saúde

ICPC- *International Classification of Primary Care*

MF- Médico de família

MGF- Medicina Geral e Familiar

SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

WON-CA- Organização Mundial de Médicos de Família

Índice das Ilustrações

Ilustração 1- Balança experimental	12
Ilustração 2- Compilação dos dados recolhidos de Maio a Outubro de 2014 nos Núcleos de Formação	13
Ilustração 3- Compilação de dados obtidos via correio electrónico por médicos não orientadores de especialidade de 23 de Setembro a 14 de Outubro de 2014	15

Resumo

Introdução: Os registos clínicos representam um aliado essencial à prática clínica, permitindo a evolução da Medicina, nomeadamente pela formação e investigação contínuas. Contudo, sabe-se que actualmente há uma preferência por registos clínicos que têm por base a codificação, pelo que se propõe um novo instrumento definidor da quantidade e qualidade da informação.

Objectivo: Construção de um guião de registos em consulta de Medicina Geral e Familiar e verificação da sua aplicabilidade.

Métodos: Após rondas sucessivas, um painel de peritos aceitou a formulação de um conjunto de anotações em SOAP. Depois, presencialmente, em Núcleos de Formação em Medicina Geral e Familiar, e via correio electrónico, convidaram-se médicos especialistas em MGF, orientadores e não orientadores de especialidade, bem como médicos a realizar o internato, a analisar cuidadosamente o guião proposto e a dar as suas respostas. Foram dados 10-15 minutos para que reflectissem. Findo esse tempo pediu-se que participassem, numa análise “SWOT”- à qual se acrescentou aplicabilidade e dificuldades no documento apresentado.

Resultados: O instrumento construído tem mnemónicas para o registo de anotações em todos os campos do método *Weed*-SOAP. Pelas análises SWOT obtiveram-se mais prós do que contras à aplicação do novo guião proposto. Também em termos de aplicabilidade e dificuldades, as primeiras superam as segundas. Nas várias análises alguns dos pontos referidos foram transversais, sendo realçados por diferentes médicos.

Discussão: O escasso número de artigos publicados em Portugal sobre esta temática implica uma reflexão sobre a quantidade e qualidade dos registos em anotações e codificações na consulta. A satisfação dos painéis consultados - realçando características positivas e a

aplicabilidade do guião proposto – supera os inconvenientes e problemas apresentados – a novidade, o receio e o até aí desconhecimento.

Conclusão: Foi criado um instrumento de recolha de informação que, ainda que sem carácter obrigatório, pode funcionar como um guia orientador da consulta. Será possível alterar o paradigma actual, por forma a melhorar a qualidade e quantidade dos registos.

Palavras-Chave: registos; anotações; método *Weed-SOAP*; codificação; ICPC

Abstract

Introduction: The medical records should be an essential ally in the clinical practice, allowing the evolution of Medicine itself, particularly in continuous education and investigation. Nevertheless, nowadays there is a preference for medical records that are based on codification, which has determined the suggestion of a new instrument that would define the quality and quantity of information.

Methods: Personally or by e-mail several senior and junior doctors were contacted so that they would analyze the new instrument presented. Ten to fifteen minutes were given for them to deliberate. After that, in a SWOT analysis, they should point out both pro and con and also the applicability and difficulties.

Results: The instrument obtained has mnemonics for clinical medical recording in all the four fields of Weed Method. With the SWOT analysis were obtained less points against/difficulties than in favor/applicability. Some opinions were referred by different doctors on a different group of SWOT analysis.

Discussion: In Portugal, as a small number of articles in this subject were available, the need of reflection about the quantity and quality of medical records is mandatory. The satisfaction from the different panels of experts – emphasizing the positive features and the applicability of the tool presented, exceeds the inconvenient and problems nominated- the novelty, the distress and, until then, the unfamiliar.

Conclusion: A noncompulsory instrument for collecting information was created, aiming to be a guide for the medical consultation itself. The existing paradigm may change, in order to improve not only the quality but also the quantity of medical records.

Key-words: medical records; clinical notes; *Weed* Method; codification; ICPC

Introdução

Os registos clínicos são um aliado essencial à prática clínica, dado que permitem armazenar não só os dados objectivos como também as impressões subjectivas, por parte do médico de cada consulente, em cada consulta. Mais do que integrar um mero arquivo, as anotações clínicas são parte integrante na evolução da Medicina e, servindo de suporte clínico e legal (1), estas reflectem a qualidade dos cuidados médicos, contribuindo ainda para formação e investigação. (2)

Se para *Weed*, o registo não é um repositório estático de observações médicas estruturadas, mas antes um instrumento de comunicação e só um registo organizado pode ser considerado um documento científico (1), hoje em dia, cada vez mais se opta por registos clínicos com base na codificação - aposição de chave alfa numérica de uma classificação (*coding*) - em detrimento das anotações clínicas (*clinical noting*) do que foi ouvido, percebido, pensado e realizado na consulta. (3)

Por forma a classificar não só os motivos de consulta mas também diagnósticos e procedimentos, foi desenvolvida pelo comité de classificações da Organização Mundial de Médicos de Família (WON-CA) a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC do inglês- International Classification of Primary Care). (4)

No entanto, recorrendo à ICPC parece que se têm substituído registos clínicos por um repositório seco de códigos, empobrecendo e ameaçando a compreensão e inteligibilidade dos registos e da história clínica. (5)

São vários os trabalhos publicados em Portugal sobre a temática da informação na consulta de MGF.

No entanto com a crescente carga de trabalho, a redução do tempo de consulta, o aumento do número de motivos de consulta, o conhecimento do número crescente de problemas psicossociais na consulta e alguma agressividade contra a profissão médica, a reflexão, quanto à qualidade e quantidade de informação na consulta deve ser feita.

Conhecendo-se e sendo sistematicamente aplicado o método *Weed-SOAP* na consulta em MGF, com classificações ICPC2 e anotações – a escrita livre do médico - haverá manancial de conhecimento para o seguimento da informação sobre os consulentes, obviando a vieses de memória e de registo. Contudo a extensão da tarefa a realizar poderá ser um problema a enfrentar. Assim e num modelo de Medicina Centrada no Paciente, onde existe “o equilíbrio entre o objectivo e subjectivo, a ligação entre mente e corpo (...) com a biologia provocando emoções”(6) foi ponderada a melhor forma para criar um novo instrumento definidor da quantidade e qualidade de informação.

Dado que os instrumentos só são bons quando passaram pelo crivo da verificação do seu interesse, agradabilidade, razoabilidade de aplicação e resultados na óptica do utilizador, qualquer instrumento novo deve passar pelo crivo dos seus potenciais utilizadores, para que a informação sirva de elemento de análise para futuros encontros clínicos, numa perspectiva ética.

Objectivos

Criar uma lista de verificação positiva de anotações, para organizar no método de realização de Consulta *Weed-SOAP* a informação obtida.

Verificar a sua aceitabilidade por análise SWOT, bem como aplicabilidade e dificuldades de realização.

Material e métodos

Estudo qualitativo realizado em 2014 que consistiu na colecção e organização de informação oral de médicos.

O documento base para trabalho foi obtido após “*brain-storming*” em Outubro de 2013, ocorrido num pequeno grupo de formação em MGF, onde foi definido o tipo de informação, sob a forma de anotações clínicas a colocar em S, O, A e P.

Foi pedida autorização à ARS do Centro para a realização do projecto, tendo havido aprovação do protocolo pela CES daquela ARS.

Seguiu-se o pedido de análise a um conjunto de sete peritos que à data já haviam publicado sobre o tema em Portugal, listado em anexo, para que dessem a sua crítica e sugestões de melhoria, o que ocorreu até ao fim de Março de 2014, em várias rondas de contactos incorporando sempre as críticas.

Entre Maio e Outubro de 2014, foram feitas sessões para apresentação do instrumento realizado, precedida de pequena nota e enfoque, em Núcleos de Formação em Medicina Geral e Familiar no Centro de Portugal, totalizando uma assistência de 64 Internos de especialidade e 30 Orientadores de Formação, foi também solicitada a análise a 14 médicos de outros pontos do País sendo ou não orientadores de formação em MGF.

Nos Núcleos de Formação, após um período de reflexão de aproximadamente 10-15 minutos, houve manifestação das opiniões com base na experiência profissional de cada um, tendo sido as mesmas registadas no momento, para visualização de todos, sob a forma de balanças, pesando as afirmações apresentados. Tais pesos referiam-se à quantidade de argumentos e não à sua “qualidade”.

Em contrapartida, os peritos inquiridos via correio electrónico foram convidados a registar eles próprios as suas conclusões, directamente na apresentação que receberam.

Posteriormente procedeu-se à integração da informação recebida.

Resultados

Concluída a apresentação para o painel de peritos, foi proposto que participassem numa análise *SWOT* tendo por base o esquema (Fig.1).

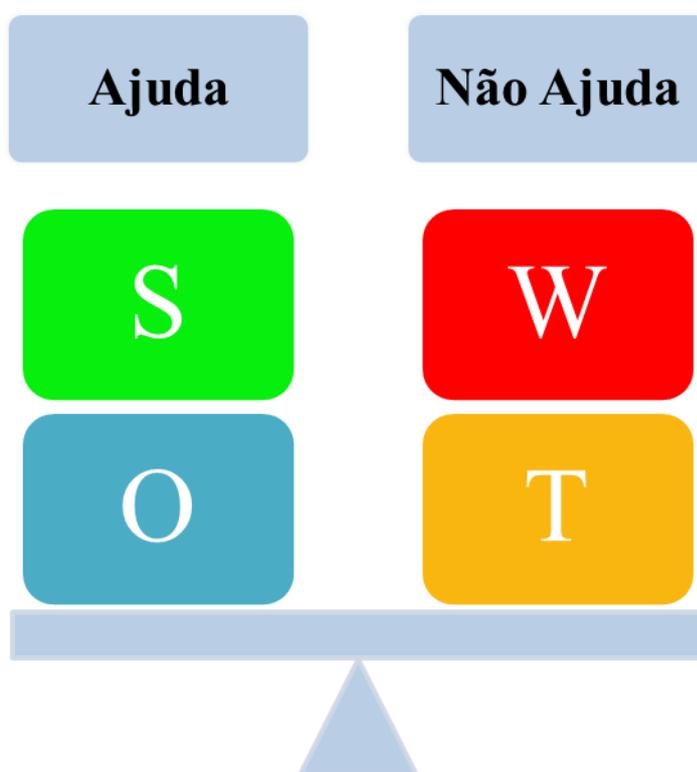


Ilustração 1- Balança experimental

(continuação da Ilustração 1)

(continuação da Ilustração 1)	
Aplicabilidade	Dificuldades

Nas análises nos Núcleo Coimbra Norte, Núcleo de Formação de Coimbra Leste e no Núcleo de Formação da Bairrada, respectivamente em Maio 2014, 4 de Setembro de 2014, a 10 de

Setembro de 2014 foram-se registando as conclusões *in loco*, de forma esquemática. (Ilustração.2)

A compilação das informações recepcionadas por correio electrónico fornecidas por médicos não orientadores de especialidade ocorreu entre 23 de Setembro a 14 de Outubro de 2014. (Ilustração 3)



Ilustração 2- Compilação dos dados recolhidos de Maio a Outubro de 2014 nos Núcleos de Formação

(continuação **Ilustração 2**)

Aplicabilidade	Dificuldades
Tempo de consulta	Tempo e tipo de anotações a escrever
“O meio-termo” (nem escrever demasiado, nem insuficiente)	Precisão linguística
Facilidade de transmissão da informação	



Ilustração 3- Compilação de dados obtidos via correio electrónico por médicos não orientadores de especialidade de 23 de Setembro a 14 de Outubro de 2014

(continuação da **Ilustração 3**)

Aplicabilidade	Dificuldades
- Com treino durante o internato terá uma aplicabilidade quase instintiva por parte do médico durante a consulta	- Consumo de elevado tempo de consulta para a realização do registo (sem treino prévio)
-Mnemónicas como guia mental passo a passo no registo	- Provável necessidade de formação dos médicos
- Reduz utilização de registos com uma codificação que se torna inconsequente para o futuro	- Dependente de formação aos utilizadores, da motivação e da rapidez de introdução de dados informaticamente por parte do utilizador.
- Dependente de uma boa aplicação informática, facilitadora	

Discussão

Parece evidente que as vantagens do guião proposto superam, em larga medida, as desvantagens apontadas. Contudo, relativamente às críticas, construtivas, apontadas será possível propor soluções. Desde logo a nível dos acrónimos. Começando pelo “S” do método proposto por *Weed*, será possível estabelecer um paralelismo com a notícia, texto jornalístico, que na sua primeira parte o “*lead*” responde a seis questões fundamentais “quem”, “o quê”, “como”, “quando”, “onde” e “porquê”. (do inglês “*who*”, “*what*”, “*how*”, “*when*”, “*where*” “*why*”). Assim, o texto incluído no “S” deveria responder a estas questões, sendo fácil de recordar pensando nos seis “W” (que poderiam ser sete, considerando “*work done*”, para “o que foi feito”). (7) Além disso, também para o “P” seria possível melhorar o acrónimo, sabendo desde logo que, deveriam constar seis assuntos fundamentais (**Exp**lanação sobre explicado, **Ter**apêutica, **Ex**ames/métodos complementares de diagnóstico, **Edu**cação para a saúde, **Doc**umentos e **Plan**ificação dos cuidados subsequentes) seria mais acessível dividir em dois conjuntos de três elementos, propondo-se as iniciais de cada um como forma de facilitar o processo de registo, ficando assim *ETE EDP*.

Uma vez que a comunicação pressupõe “mensagens verbais, para-verbais e não-verbais”(6) será conveniente incluir no “O” a linguagem não verbal, uma vez que representa “o sinal físico do estado mental e é detectada por alguém com ouvidos tapados mas com os olhos bem abertos”. (6) Não raras vezes, mais do que “a doença”, o que leva o consulente a procurar o seu médico será “mais importante que o próprio diagnóstico”. (8)

Outras das adversidades apresentadas pelo painel de peritos foi o tempo para registo, a vinculação aos sistemas informáticos e a sua utilização excessiva com perda de espontaneidade que pode comprometer a relação médico-doente que, no entanto, com a devida formação dirigida, serão facilmente contornadas, sendo certo que “o médico deve criar

e adoptar o seu próprio método para fazer um registo mais dinâmico”(9). Ainda em relação à trilogia médico-doente-sistema informático, para alguns médicos a falência do sistema informático representava uma condicionante a este guião; contudo, graças ao mesmo, poderá ser muito mais simples contornar uma eventual falha informática, sendo possível, em formato de papel, proceder ao registo das informações de forma organizada, sem que possa falhar um ou outro ponto. Os sistemas informáticos devem ser aliados, evitando-se que o seu uso seja “em desfavor da comunicação” com “escassa focalização dos médicos nas pessoas, nas suas experiências e nos seus problemas com o viver”. (10)

Em relação a problemas como a imposição de consultas cada vez mais curtas e à desorganização dos centros de saúde, tais problemas não cabem, obviamente neste trabalho.

Tornou-se notório algum receio relativamente ao eventual carácter obrigatório do guião apresentado, nomeadamente por receio de que os registos se tornassem taxativos, como uma *checklist* (com a possibilidade de limitar a consulta a um conjunto de passos), havendo um excesso de indicadores de desempenho e burocracia, com pressão assistencial e, concretamente, com implicações jurídicas que o mesmo pudesse envolver. Todavia, o mesmo pretende apenas servir como orientador por forma a melhorar a qualidade das informações que integram os registos médicos na forma de SOAP, sendo o registo uma “necessidade de traduzir no presente, de forma fiel, o estado de saúde do doente” (2). Além disso, mais do que dar valor a avaliações alheias, “um bom registo é um meio de auto-avaliação da qualidade dos cuidados prestados”.(9)

Se para alguns peritos o facto de não limitar o número de motivos de consulta parece representar um obstáculo, para outros o esquema pode ser muito exaustivo para algumas consultas. Será que limitar o número de motivos de consulta não seria, *per se*, comprometedor da relação médico consulente? Algumas consultas poderão não permitir preencher o guião na

sua totalidade, para essas seria exaustivo, todavia, serão consideravelmente em maior número as que beneficiariam da adopção do guião.

Este instrumento não deve ser, na nossa óptica, considerado um modelo monolítico, mas sim uma peça que pode permitir a cada um recolher sistemática, ordenada e logicamente a informação.

Foram inúmeras as vantagens consideradas pelos diferentes painéis de peritos. Parece ser consensual que o novo modelo de registo proposto estará mais próximo de uma medicina centrada no consulente enquanto “conceito holístico, onde os componentes interagem e se aproximam de um modo único em cada consulta”(8), havendo referência a que este possa ser inclusivamente a voz do doente, conferindo flexibilidade no que diz respeito ao registo nas consultas. Embora flexível, haverá uma maior tendência para registos mais homogêneos, facilitando, a título de exemplo, áreas como a investigação, tendo alguns médicos referido que seria mais acessível proceder a uma análise do desempenho, que não é, em primeira instância, o objectivo deste projecto. Além da área da investigação, também se realçou o valor desta nova ferramenta, para que seja possível uma evolução na prática clínica, direccionado para planos de gestão e políticas de saúde. Uma correcta anotação da consulta traduzir-se-á em ganhos de e em saúde, tendo sempre presente que “a informação na consulta deve ser o mais eficaz e sucinta possível”.(11). Foi também realçado o facto desta nova ferramenta promover o raciocínio.

Mais se acrescenta que sendo possível proceder ao registo de informação de forma mais completa, todavia sistemática, ao mesmo tempo ordenada por linhas de raciocínio lógicas e privilegiando-se a esquematização da consulta, melhorando os acrónimos apresentados no guião inicial, possibilitar-se-á não só uma enunciação real dos motivos de consulta mas também um seguimento da doença e elaboração de relatórios médicos, inclusive

para referenciar o doente a outros prestadores de cuidados, de uma modo mais ágil e eficaz. Conjuntamente e visto que a informação do processo clínico do consulente será consultada por diferentes médicos (quer médicos especialistas quer internos da especialidade) torna-se indispensável a uniformização e consistência dos registos, devendo “o registo clínico ser claro, conciso e rapidamente perceptível por outro médico que eventualmente preste cuidados ao doente”(9), explicitando patologia não codificável e melhorando a qualidade da informação sob a forma de registos. Desta forma, um médico que não tenha assistido à consulta da qual se fizeram determinadas anotações, havendo uma localização exacta da informação, ficará dotado de todos os conhecimentos, conseguindo, idealmente, obter como que um *flashback* de tudo o que ocorreu, daí que seja adequado ter presente que “quando registamos, devemos fazê-lo como se não o fizéssemos para os nossos olhos, mas para os dos outros”.(12)

Embora as vantagens e as desvantagens pareçam claras, existem outros pontos nomeados tanto como positivos, quanto como negativos pelo painel de peritos aquando da análise *SWOT*. Se para uns o facto de se avaliar a qualidade dos registos parece ser uma vantagem, outros temem que haja um excesso de indicadores de desempenho. Consta que “a sociedade actual procura avaliar a prestação dos serviços que utiliza” (13), se bem que o que se pretenda com esta ferramenta seja apenas a criação de um auxílio clínico à esquematização do raciocínio, traduzindo-o em palavras para o sistema informático, beneficiando, igualmente o doente que recorre à consulta. E tal pode também ser feito em papel.

Por um lado, foi considerado benéfico o facto de ser permitido texto livre sem limitação do número de palavras não atingindo uma “época de primazia da atribuição de códigos ao motivo de consulta, ao diagnóstico e ao plano de procedimentos” (3) enquanto, por outro lado, se teme que o registo extenso possa comprometer a performance das consultas, ao passo que “a codificação, por sua vez, permite harmonizar e uniformizar, ou categorizar com

códigos as diversas expressões pessoais que o doente relata” (14). Deste modo, apelar-se-á ao bom senso de cada clínico, para que se alcance um ponto de equilíbrio com “ [histórias clínicas] claras, concisas e rapidamente perceptíveis por qualquer médico” (5), parecendo claro que, num futuro próximo “as duas maiores dificuldade ligadas ao registo em MGF [serão]: o excesso de dados e a sua omissão” (2).

A classificação ICPC2 é fundamental como auxiliadora para o conhecimento e para o estudo científico, mas não revela os sentimentos e a sua expressão, apenas classificando sinais, sabendo-se que “a codificação tem maior primazia no capítulo “A”. (15) (16)

Por fim, e relativamente às aplicabilidades e dificuldades, onde prevaleceram as primeiras, foram mencionados tópicos já abordados anteriormente mas também alguns distintos. Concretamente, foi realçada a importância da facilidade com que a informação passará a ser transmitida, obviamente aliada a um treino, durante o internato, com base no guião apresentado, passando a aplicação deste a ser praticamente instintiva, havendo necessidade de formação de médicos já especialistas, o que pode parecer menos positivo numa primeira fase, mas que será bastante vantajoso futuramente. Foi também apontada como dificuldade a motivação por parte dos médicos, que se torna imprescindível para que possa haver uma rapidez de introdução de dados informaticamente, tendo por base uma boa aplicação informática. A acrescentar a isto, foi realçado como aplicabilidade o facto de poder existir uma diminuição de registos com uma codificação que se pode tornar inconsequente, nomeadamente por haver “médicos que têm como única tarefa, demorada e remunerada, o acto de codificar o que os outros colegas registam, sobretudo em meio hospitalar”. (14)

Conclusão

Apresentados os resultados, é possível deduzir que as vantagens superam, na generalidade, os inconvenientes apontados. Ainda que tenham sido levantadas desvantagens a propósito do guião proposto, as mesmas poderão ser facilmente contornadas, tal como sugerido anteriormente.

Desta forma, e tendo em conta que as opiniões recolhidas, que abrangem desde médicos especialistas a médicos internos da Especialidade, numa amostra considerável, será de todo conveniente repensar o paradigma actual, para que seja possível melhorar a qualidade dos registos a partir das informações fornecidas pelos consulentes.

Isento de qualquer cariz obrigatório, este guião pretende, única e simplesmente, ser uma ferramenta valiosa e facilitadora do quotidiano de todos os médicos de Medicina Geral e Familiar, permitindo e estimulando um registo lógico e sequencial, possibilitando a outro médico, muitas vezes interno da Especialidade, conseguir, unicamente a partir dos registos, reconstruir quase na totalidade o que sucedeu na consulta à qual os registos dizem respeito.

Contudo, com o decorrer do trabalho foi notória a escassez de artigos que abordassem este assunto, pelo que será imprescindível que se invista nesta área, não só com trabalhos que verifiquem a validade deste novo instrumento apresentado, bem como com a sua aplicação em termos práticos, beneficiando, em última análise, não só os médicos mas também a nossa maior *raison d'être*, o doente.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, motivador e entusiasta nato, permitindo, inclusivamente, a aquisição de uma perspectiva mais alargada da Medicina Geral e Familiar, área fundamental e determinante na qualidade da formação de todo e qualquer estudante de Medicina,

Agradeço à minha co-orientadora, Professora Doutora Margarida Silvestre, não só por ter aceitado a co-orientação deste trabalho mas também por toda a amabilidade, sinceridade e perfeccionismo, tão essencial no que a questões éticas diz respeito,

Agradeço a todos os médicos, especialistas e internos de Especialidade que, via correio electrónico ou pessoalmente nos Núcleos de Formação Coimbra Este, Coimbra Norte e Bairrada aceitaram de bom grado analisar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que este trabalho apresentava,¹

Agradeço à Dr.^a Gorete Fonseca, minha tutora da unidade curricular de MGF, todo o apoio, afecto, compreensão e sorrisos, determinantes para a conclusão deste trabalho,

Agradeço à minha família, pilar fundamental em toda a minha formação, aplaudindo os sucessos e ensinando a contornar as desventuras da melhor forma possível,

Agradeço ao meu namorado, em tempos também ele estudante de Medicina, e agora jovem médico, todo o carinho, toda a força e toda a compreensão ao longo da realização deste trabalho.

¹ Alberto Pinto Hespagnol, Ana Filipa Brito de Almeida, Ana Leon Mota, Ana Lúcia Figueiredo da Cruz, Ana Martins Ferreira dos Santos, Ana Patrícia da Silva Pinho Lopes, Ana Sofia Sousa Martins, Ângela Cristina Fonseca Fernandes, Ângela Lourenço Ferreira, Brigitte Margarete de Jesus Ferreira, Carla Correia, Cláudia Sofia Oliveira Galamba, Conceição Maia, Denise Velho, Eliana Patrícia Barros Vieira, Filipe Prazeres, Frederico Rosário, Gorete Fonseca, Ivo Alexandre Carvalho dos Reis, Joana Filipa Pacheco Canais, Joana Filipa Rodrigues Santos Pessoa, João Carlos Lopes Belo, José Nunes, José Pimenta, José Augusto Simões, Liliana Andreia Tavares Geraldés, Lisa Margarida Gonçalves Goulart, Paula Sousa, Paulo Jorge Catalino Ferraz, Pedro Gonçalo Marques dos Santos, Pedro Oliveira de Sousa, Pedro Ribeiro da Silva, Raquel Braga, Rizério Salgado, Rui Cernadas, Rui Nogueira, Sara Patrícia Henriques Pinheiro do Nascimento, Sara Teotónio Dinis, Sérgio Fernando de Carvalho Pinto, Telma de Fátima Borges de Meneses Ormonde, Teresa Laginha, Tiago Maricoto, Tiago Marques Borges.

Referências Bibliográficas

1. Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med.* 1968;278(11):593–600.
2. Queiroz MJ. SOAP Revisitado. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25:221–7.
3. Santiago LM. Anotações, codificações e registos na consulta de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral.* 2011;28:313.
4. Pinto D, Corte-Real S. Codificação com a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) por internos de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral.* 2010;26:370–82.
5. Melo M. O uso da ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar. 2012;245–6.
6. Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. *Comun em Contexto clínico.* 2010;37.
7. Público. Livro de Estilo - Público [Internet]. http://static.publico.pt/nos/livro_estilo/nova/25-fichas.html. 1998. p. Parte I – Ética e Deontologia. Available from: http://static.publico.pt/nos/livro_estilo/
8. Moira Stewart. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* Radcliffe Med Press. 2003;(January).
9. Caeiro R. Registos clínicos em Medicina Familiar. 1991. p. 13–8.
10. Teixeira JAC. Comunicação em contexto clínico. *Rev Port Clin Geral.* 2007;23:151–4.
11. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática.* 2012;Secção II:136–40.
12. Ramos V. A consulta em 7 passos Execução e análise crítica de consultas. 2008.
13. Simões J a. A consulta em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral.* 2009;25:197–8.
14. Braga R. Os registos clínicos e a codificação. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2012;28:155–6.
15. Vaz, Joana; Santiago, LM; Silvestre M. Informação mais valorizada para a compreensão de consultas passadas em Medicina Geral e Familiar no centro de Portugal. Tese MIM FMUC 2013-2014.
16. Sousa RP, Santiago LM, Silvestre M. A informação na consulta presencial de Medicina Geral e Familiar: o que é julgado necessário e o que é feito. Tese MIM FMUC 2013-2014.

Anexos

Anexo 1: Guião apresentado aquando das análises *SWOT*:

S	<p>Informações sobre o caso, por auto-iniciativa ou após ser questionado pelo médico para esclarecimento.</p> <p>Escrever e fazê-lo em voz alta, quando estiver tudo esclarecido podendo haver vários motivos de consulta que poderão ser numerados. O motivo pode ser consulta agendada por médico ou por consulente.</p> <p>1 – A razão ou o motivo da consulta: “sic” é desejável (QCDPF).</p> <p>O quê,</p> <p>Como,</p> <p>Desde quando</p> <p>Que percepção do consulente sobre o que lhe aconteceu;</p> <p>O que foi feito;</p> <p>A escrita deve ser na positiva e pode ser escrita a resposta negativa a perguntas realizadas.</p> <p>2 – Expectativas, preocupações, receios na óptica do consulente (EPR):</p> <p>Questões colaterais ou independentes – ex: agendas ocultas – surgidas na sequência das levantadas inicialmente, mesmo se surjam depois de exploração pelo médico, mas desde que verbalizadas pelo consulente.</p>
O	<p>1 – Dados de exame objectivo orientado para o(s) problema(s) em exame:</p> <p>Físico e Mental (Choro? Mímica? Postura? Expressão? Coerência de discurso e ideação?);</p> <p>2 - Pontos notados pelo médico (ou por notas de outro profissional de saúde) durante o exame físico:</p> <p>Dados de inspecção, palpação, percussão e auscultação e de outras manobras ou exames efectuados.</p> <p>3 - Resultados de MCDTs ou conteúdo de cartas de outros médicos;</p> <p>4 - Registo sistemático da avaliação do estado geral físico e psíquico (como o notamos comparando com o passado).</p>
A	<p>Classificar diagnósticos, mesmo que diferenciais e anotar raciocínios clínicos sistémicos.</p>
P	<p>Anotar fluxograma de decisões prevendo resultados de exames ou de evolução do quadro clínico, para fundamentar a decisão médica. Neste caso pode ser importante detalhar o plano.</p> <p>Escrever resumidamente (os vários pontos em e/ou): (ETMRP)</p> <p>1 - Explicação sucinta sobre o explicado, centrando no consulente;</p> <p>2 - Plano Terapêutico (farmacológico ou não farmacológico) acordado;</p> <p>3 - MCDTs pedidos; - possibilidade de intervenções futuras no caso de estes exames apresentarem determinados resultados;</p> <p>4 - Recomendações e educação para a saúde: Explicitar contratos e combinações, quer para o consulente quer para a família, para recordar no futuro e retomar nas consultas posteriores;</p> <p>5 - Procedimentos administrativos: CIT e outros documentos; ressaltando termos particulares em que são emitidos ou finalidades dos mesmos;</p>

	6 - Planificação de cuidados (agendamento de consultas e referência [onde/quem e porquê]).
--	--

Anexo 2: Síntese dos prós e contras

Ajuda	Não ajuda
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicitar patologia não codificável e melhor informação 2. Uniformização e consistência dos registos 3. Permitir raciocínio 4. Avaliar qualidade dos registos 5. Melhoria tempo consulta, reflexão pró-sistemática 6. Texto livre sem limitação do número de palavras 7. Localização exacta da informação 8. Acesso à informação por médicos diferentes 9. Novo modelo de registo 10. Modelo mais próximo de uma medicina centrada no consulente 11. Flexibilidade (a "voz" do consulente) 12. Registo estável entre consultas, permitindo ser auditável 13. Registos clínicos homogéneos (investigação/análise desempenho) 14. Evolução da prática clínica (plano da gestão e política de saúde) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo para registo 2. Melhorar acrónimos 3. Não limita número de motivo (s) de consulta 4. Utilização exhaustiva com perda de espontaneidade 5. Imposição de realização de consultas cada vez mais curtas 6. Desorganização dos centros de saúde 7. Falência do sistema informático 8. Registo extenso pode comprometer performance e qualidade da consulta 9. Vinculação aos sistemas informáticos pode comprometer relação médico-consulente 10. Registos não devem ser taxativos, como <i>checklist</i> 11. Possibilidade de limitar consulta a conjunto de passos 12. Esquema muito exhaustivo para algumas consultas 13. Pressão assistencial 14. Excesso de indicadores de

<p>15. Informação completa, sistemática e ordenada por linhas de raciocínio clínico lógicas</p> <p>16. Simplificação de informação em parâmetros mensuráveis</p> <p>17. Mais fácil colher dados para investigação</p> <p>18. Esquematização da consulta</p> <p>19. Normalização dos dados colhidos</p> <p>20. <i>Checklist</i> orientadora de uma consulta</p> <p>21. Correcta anotação da consulta traduz-se em ganhos de saúde</p> <p>22. Enunciação real dos motivos de consulta</p> <p>23. Seguimento da doença e elaboração de relatórios médicos</p> <p>24. Referenciar o consulente aos cuidados hospitalares</p>	<p>desempenho e burocracia</p>
--	--------------------------------