

# REGISTO E RACIOCÍNIO CLÍNICO

JOÃO ARAÚJO CORREIA  
J. VASCO BARRETO



LIDEL

# ÍNDICE

---

|  |     |
|--|-----|
| AUTORES.....   | VII |
| AGRADECIMENTOS .....   | IX  |
| SIGLAS E ABREVIATURAS.....   | XI  |
| 1 – Introdução.....  | 1   |
| 2 – História do Registo Clínico.....   | 7   |
| 3 – Estrutura Clássica da História Clínica.....                                    | 13  |
| 4 – Cenário Clínico e Fisiopatológico: Reconhecimento de Padrões Prioritários..... | 41  |
| 5 – Raciocínio Clínico e a Prática da Medicina: Breve Abordagem.....               | 45  |
| 6 – Registo Médico Orientado por Problemas (RMOP).....                             | 51  |
| 7 – RMOP no Processo Clínico Eletrónico (PCE).....                                 | 83  |
| 8 – Seleção e Valorização dos Exames Complementares de Diagnóstico.....            | 95  |
| 9 – Relatórios e Sínteses.....   | 101 |
| 10 – Registo Clínico como Prova Forense.....                                       | 115 |
| 11 – Documentos Legais.....  | 119 |
| CONCLUSÃO.....   | 129 |
| BIBLIOGRAFIA.....  | 131 |
| ÍNDICE REMISSIVO.....  | 135 |

## AUTORES

---

### **João Araújo Correia**



Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna; Diretor do Serviço de Medicina do Hospital de Santo António do Centro Hospitalar do Porto, EPE; Professor Associado Convidado de Medicina do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Centro Hospitalar do Porto, EPE;

Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Ex-Presidente do Colégio de Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos.

### **J. Vasco Barreto**



Assistente Graduado de Medicina Interna; Diretor do Serviço de Medicina do Hospital Pedro Hispano; Professor Associado Convidado de Medicina do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Centro Hospitalar do Porto, EPE; Secretário-Geral da Direção da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Editor Associado da

revista *Medicina Interna*.

**Oito regras do registo clínico**

1. O registo clínico é determinante para cuidados assistenciais de qualidade;
2. Só o que está registado foi realizado;
3. O registo clínico deve ser claro e conciso;
4. O registo clínico deve permitir a reflexão do médico e conduzir a um raciocínio clínico dedutivo lógico;
5. O registo clínico deve poder ser entendido por outro médico que tenha de assumir o doente;
6. À partida, nenhum sintoma nem sinal pode ser desvalorizado;
7. Não devem ser aceites na base de dados diagnósticos transmitidos pelo doente sem comprovação apropriada;
8. A transcrição de observações feitas por outros médicos potencia o erro e é eticamente deplorável.

O estado civil pode não ser clinicamente significativo ou, em alternativa, pode indiciar maior ou menor estabilidade emocional, conducente a comportamentos de risco acrescido.

A etnia também leva à maior prevalência de algumas doenças e, entre elas, a respostas diferentes às estratégias terapêuticas aplicadas.

A profissão é muito relevante para muitas patologias, desde logo as doenças profissionais. No entanto, no âmbito da identificação, a profissão deve ser apenas mencionada, deixando-se o risco exposicional para as secções mais adiante.

A religião pode ter implicações nas decisões terapêuticas (por exemplo, transfusões de hemoderivados em testemunhas de Jeová).

## **CONFIABILIDADE E FONTES DE INFORMAÇÃO**

---

Na anamnese o médico deve transmitir a sua impressão acerca do grau de confiança que confere aos dados que lhe são relatados pelo doente, familiar ou convivente. A fiabilidade da informação prestada pode ser aferida pela coerência do discurso, que depende do estado mental e das capacidades cognitivas, e também pela atitude do(s) informante(s), que pode ser de colaboração e afabilidade ou de grande desconfiança. Outra parte muito significativa da informação é obtida pelos registos clínicos prévios, presentes nas várias plataformas [processo clínico eletrónico (PCE), SClínico®, prescrição eletrónica médica (PEM)] e também, caso exista, pela consulta da base de dados do doente, consolidada ao longo dos anos.

## **MOTIVO DE CONSULTA/INTERNAMENTO OU QUEIXA PRINCIPAL**

---

O motivo de consulta ou internamento é o dado clínico considerado mais importante pelo médico observador, seja ele um sintoma, um sinal ou um conjunto sindromático. Como princípio geral, não deve ser um diagnóstico, mas sim o dado clínico mais discriminativo, que abre um leque mais restrito de diagnósticos possíveis. Por exemplo, icterícia ou derrame pleural como motivos de consulta/internamento são boas opções, ao contrário de febre, que, por si só, não nos aponta para nenhum cenário diagnóstico distintivo, em vista do número interminável de doenças febris. Isto significa que vale a pena encontrar um sinal ou um sintoma que possam vir a servir de discriminadores ou pivôs para a investigação dirigida do doente.

### Quadro 3.1: Caracterização do estado de saúde – categoria dos dados

- Doenças crónicas/Dados ativos;
- Antecedentes/Dados passivos;
- Hábitos e contexto epidemiológico.

No Quadro 3.2 é apresentada uma estrutura possível de registo dos dados relativos à caracterização do estado de saúde.

### Quadro 3.2: Dados relevantes na caracterização do estado de saúde (ordem a adotar de acordo com o tipo e os objetivos do registo, consulta ou outro episódio)

|  |   |
|--|---|
| <b>Médico assistente/Cuidados de Saúde Primários</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano e objetivos;</li> <li>• Frequência das visitas;</li> <li>• Última e próxima programada.</li> </ul> |
| <b>Consultas hospitalares em curso</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano e objetivos;</li> <li>• Frequência das visitas.</li> </ul>   |
| <b>Outras consultas</b>  |   |
| <b>Doenças crónicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um quadro para cada doença;</li> <li>• Inclui sintomas de difícil controlo e problemas geriátricos.</li> </ul> | Ver Tabela 3.1.   |
| <b>Medicação crónica</b>   | Referência para quadros de doença crónica se pertinente.  |
| <b>Alergias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentosas;</li> <li>• Alimentares;</li> <li>• Outras.</li> </ul>  | Circunstâncias (notificador, data, descrição da expressão clínica).   |

O problema é um facto clínico operativo, ou seja, que carece de intervenção e deve motivar ações (como monitorizar, acompanhar, tratar, educar, estadiar ou investigar).

São exemplos de problemas:

- Um sinal ou um sintoma;
- Um achado laboratorial ou imagiológico;
- Uma alergia ou hipersensibilidade a droga;
- Uma síndrome ou entidade fisiopatológica conhecidas;
- Um fator de risco;
- Uma intervenção cirúrgica passada – pode ser um problema passivo ou ativo, se ajuda a explicar outros problemas, por exemplo, gastrectomia total em doente com anemia macrocítica;
- Um achado – proveniente da anamnese, do exame físico ou dos meios complementares de diagnóstico (MCD);
- Um diagnóstico indiscutível;
- Uma disfuncionalidade social.

Não constituem problemas:

- Hipóteses ou palpites diagnósticos – as hipóteses diagnósticas devem ser formuladas sob “investigação” dos problemas que tentam explicar;
- Interrogações;
- Negações.

Dito de outra maneira, um problema é um “facto clínico”, não no sentido de “verdade absoluta” (devemos estar sempre prontos a recuar, se uma nova informação “desmentir” a nossa leitura inicial), mas no sentido de “convicção fundamentada”.

**Tabela 6.2: Elementos para a caracterização de um problema**

| <b>Categoria</b>         | <b>Elementos</b>   |
|--------------------------|--|
| Identificação            | Designação principal, sinónimos, códigos de classificações e terminologias (por exemplo, ICD-10, SNOMED-CT). |
| Certeza diagnóstica*     | Entrada codificada (confirmado, provável, improvável, excluído) ou em texto livre.                           |
| Tipo de problema         | Risco, diagnóstico, terapêutica, social, etc.  |
| Localização anatómica    | Texto livre ou estruturado.  |
| Comentário               | Registo livre.   |
| Categoria de diagnóstico | Diagnóstico principal, diagnóstico secundário, complicação.  |
| Presente à admissão      | Verdadeiro/Falso.  |
| Início                   | Data/Hora de início da manifestação do problema (estimada ou efetiva).                                       |
| Abertura                 | Data/Hora da identificação clínica.  |
| Resolução                | Data/Hora da resolução (estimada ou efetiva).  |
| Estado                   | Presente, resolvido ou antecipado.   |
| Atividade                | Ativo ou inativo.  |
| Gravidade                | Texto codificado (por exemplo, ligeira/moderada/grave ou <i>major/minor</i> ) ou não codificado.             |



## COMPONENTES DO RMOP

O RMOP é um método altamente estruturado de registo clínico. Se, no diário clínico, listamos os problemas e, de seguida, fazemos um registo único segundo a lógica Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano (SOAP) [abordada na Secção "Registo de Evolução (RE)"], não estamos a seguir este método; estamos, sim, a aproveitar duas ferramentas do RMOP para organizar o nosso raciocínio e o nosso registo.

De seguida, discutimos os quatro componentes essenciais do RMOP: i) a base de dados; ii) a LP; iii) os planos de ação (PA) de cada problema; e iv) os registos de evolução (RE).

### BASE DE DADOS

Todos os SI têm uma base de dados. No seu sentido mais alargado, a base de dados pode considerar-se o conjunto de todos os dados existentes num SI, independentemente do suporte (papel ou eletrónico) e da fonte.

**O primeiro conceito a ter em atenção é o de que a base de dados deve ser um repositório único dos dados do doente no processo clínico.** A base de dados não pertence à instituição, ao médico ou a um episódio, mas ao doente. A sua construção deve ser progressiva, à medida que o doente vai sendo conhecido pela instituição. Pequenos pedaços deste *puzzle* devem ir sendo acrescentados a um registo global, tão coerente quanto possível, cuja estrutura facilite a leitura do quadro. Este conceito obriga a repensar o modelo tradicional, em que a informação está vinculada aos "episódios" (quando deveria estar centrada no doente).

**Quadro 6.2: Notas evolutivas/Diários I – exemplo de LP**

|   |  |
|---|--|
| #1. Síndrome de Budd-Chiari subaguda                    | #6.2 Infertilidade – 2009, sem gestações, sem ACO                                    |
| #1.1 Dor epigástrica                                    | #6.3 Anticardiolipina IgG fortemente positivo (fevereiro e março de 2015)            |
| #1.2 Hepatomegalia                                      | #6.4 Anti beta-2 – glicoproteína IgG fortemente positivo (fevereiro e março de 2015) |
| #1.3 Áreas de necrose (TC/ citólise)                    | #6.5 LAC fortemente positivo   |
| #1.4 Insuficiência hepática                             | #7. ANA +  |
| #1.4.1 INR prolongado                                   | #8. Antiperoxidase e antitiroglobulina positivos                                     |
| #1.4.2 Hiperbilirrubinemia direta                       | #9. Coombs direta e indireta positivas   |
| #1.4.3 Hipoalbuminemia                                  | #10. Sensibilidade à luz solar – queimadura fácil                                    |
| #1.5 HTP  | #11. Escurecimento palpebral (fevereiro de 2016)                                     |
| #1.5.1 Ascite   | #12. Dor articular ocasional, não inflamatória, não sistematizável                   |
| #1.5.2 Esplenomegalia                                   | #13. Aftas orais dolorosas, ocasionais, menos de 2 vezes/ano                         |
| #1.6 Prótese da veia hepática inferior – VCI            | #14. Obesidade   |
| #2. Tratamento anticoagulante/ Grande risco hemorrágico | #15. Infertilidade conjugal – fator masculino  |
| #2.1 Hematúria  |  |
| #3. Trombocitopenia                                     |  |
| #4. Febre   |  |
| #5. Bacteriúria por <i>Escherichia coli</i>             |  |
| #6. Síndrome antifosfolipídica                          |  |
| #6.1 TVP (abril de 2014; fevereiro de 2015) – inativo   |  |

TC – tomografia computadorizada; INR – *International Normalized Ratio*; HTP – hipertensão portal; VCI – veia cava inferior; TVP – trombose venosa profunda; ACO – anticoagulantes orais; IgG – imunoglobulina G; LAC – anti-coagulante lúpico circulante; ANA – anticorpos antinucleares.

### Quadro 6.3: Notas evolutivas/Diários II – exemplo avaliação geral para ponto da situação

|   |   |
|---|---|
| #1. Síndrome de Budd-Chiari subaguda                    | 20.º dia de internamento.<br>16.º dia após colocação de prótese.                            |
| #1.1 Dor epigástrica                                    | Anticoagulada com insuficiência hepática e trombocitopenia grave.                           |
| #1.2 Hepatomegalia                                      | --  |
| #1.3 Áreas de necrose (TC/citólise)                     | #1. Síndrome de Budd-Chiari subaguda  |
| #1.4 Insuficiência hepática                             | Diagnóstico assente na clínica e angio-TC de 5 de fevereiro.                                |
| #1.4.1 INR prolongado                                   | Etiologia – SAF ; precipitante – interrupção da ACO.  |
| #1.4.2 Hiperbilirrubinemia direta                       | A//   |
| #1.4.3 Hipoalbuminemia                                  | Etiologia ainda não completamente estabelecida face à prevalência dos SMP nestas entidades. |
| #1.5 HTP  | Insuficiência hepática – evolução lenta, mas favorável.                                     |
| #1.5.1 Ascite   | HTP – ainda com BH fortemente positivo.   |
| #1.5.2 Esplenomegalia                                   | P//   |
| #1.6 Prótese da veia hepática inferior – VCI            | Pesquisa de JAK2.   |
| #2. Tratamento anticoagulante/ Grande risco hemorrágico | Análises diárias.   |
| #2.1 Hematúria  | Avaliar BH pelo peso diário.  |
| #3. Trombocitopenia                                     | Pesquisar VE ou gastropatia hipertensiva – EDA.   |
| #4. Febre   |   |
| #5. Bacteriúria por <i>Escherichia coli</i>             |   |

SAF – síndrome antifosfolipídica; SMP – síndrome mieloproliferativa; BH – balanço hídrico; VE – varizes esofágicas; EDA – endoscopia digestiva alta.

no utilizador (UCD) da interface, na criação de um regulamento institucional da LP e na criação de uma entidade institucional que vigie a regule a sua utilização. Evidentemente, estes passos só serão possíveis se os médicos (primeiro) e as Instituições (depois) adquirirem uma forte cultura de trabalho por problemas e se forem construídos SI capazes de acomodar o RMOP na sua plena expressão.

## **ASPETOS A TER EM CONTA NO *DESIGN* DE UM SISTEMA INFORMÁTICO AMIGÁVEL PARA RMOP**

Manter a LP exige tempo, e os clínicos estão geralmente sobrecarregados com responsabilidades mais imediatas e prementes. Para garantir a atualidade da LP, é necessário incluir esta tarefa nos fluxos de trabalho de cada contexto clínico. A aceitação da LP pelos médicos é essencial e depende da usabilidade da interface desenhada e também da percepção por aqueles do benefício para os doentes – e não só – inerente a esta tarefa.

Seguem-se algumas ideias e contribuições para uma ótima implementação deste tipo de sistema.

### **ASPETOS RELATIVOS À “USABILIDADE”**

Um sistema informático desenhado para acomodar o RMOP deve contemplar, à partida, um conjunto de aspetos que permitam a sua utilização otimizada:

- Limitar o número de cliques;
- Detalhar regras e instruções para procedimentos;
- Treino e educação são importantes – o treino em PCE é, muitas vezes, focado apenas no produto, e não na

Responsabiliza médicos e enfermeiros do Serviço Requisitante e do Serviço Executante, todos identificados e com assinatura. A seguir, reproduz-se um exemplo:

### Lista de verificação de pré-procedimento invasivo

**Serviço Requisitante:** \_\_\_\_\_

**Intervenção:** \_\_\_\_\_

**Serviço Executante** \_\_\_\_\_

**Lateralidade?**  Direita  Esquerda  N/A

**Nome do Doente:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Processo:** \_\_\_\_\_

**Médicos Requisitante e Executante:** \_\_\_\_\_

|  | Serviço Requisitante |     |         | Serviço Executante |     |         |
|--|----------------------|-----|---------|--------------------|-----|---------|
|  | Sim                  | Não | N/Aplic | Sim                | Não | N/Aplic |
| 1) Requisição do exame bem preenchida                                    |                      |     |         |                    |     |         |
| 2) Consentimento informado assinado                                      |                      |     |         |                    |     |         |
| 3) Protocolo de prevenção de alergias instituído                         |                      |     |         |                    |     |         |
| 4) Protocolo de prevenção de nefropatia de contraste                     |                      |     |         |                    |     |         |
| 5) Suspensão atempada de anticoagulantes orais (varfarina/ acenocumarol) |                      |     |         |                    |     |         |
| 6) Suspensão de heparina   |                      |     |         |                    |     |         |
| 7) Suspensão atempada de outros anticoagulantes                          |                      |     |         |                    |     |         |

(continua)

# REGISTO E RACIOCÍNIO CLÍNICO

Este livro descreve o registo médico orientado por problemas (RMOP) nos seus fundamentos, enriquecidos pela experiência de muitos anos de prática clínica que os autores, como internistas, têm no seu manuseamento. É sua convicção que este método permite abordar de forma holística o doente, sobretudo aquele com múltiplas patologias. O tema assume especial relevância para a acreditação das instituições de saúde, ao permitir assegurar, com fiabilidade, a auditoria sistemática do processo clínico, englobando o raciocínio e a decisão clínica.

São também abordados aspetos relacionados com o papel que algum *software* pode ter para o melhor tratamento dos doentes. Desde que o médico recolha corretamente os dados junto do doente, a aplicação informática consegue articular com a informação clínica uma imensidão de conhecimentos, que ultrapassa a experiência individual do clínico, por maior que esta seja.

Esta é uma obra de fácil consulta, dirigida a todos os médicos que queiram cultivar a visão global do doente, desde a promoção da saúde, a prevenção da doença e a gestão dos problemas clínicos ativos. Esperamos que seja especialmente útil aos Internos de Formação Específica, aos Generalistas Hospitalares e aos médicos de Medicina Geral e Familiar, assim como aos colegas com responsabilidades na formação pré e pós-graduada.



ISBN 978-989-752-266-6



[www.lidel.pt](http://www.lidel.pt)