

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

REGISTRO MÉDICO ORIENTADO POR PROBLEMAS: UMA PROPOSTA DE
PLANO DE PRECEPTORIA PARA OS DISCENTES DE MEDICINA

Fernando Barbosa Bilharinho

Uberaba – Minas Gerais

2020

Fernando Barbosa Bilharinho

REGISTRO MÉDICO ORIENTADO POR PROBLEMAS: UMA PROPOSTA DE
PLANO DE PRECEPTORIA PARA OS DISCENTES DE MEDICINA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
de Preceptoría em Saúde, como requisito
final para obtenção do título de
Especialista em Preceptoría em Saúde.
Orientador(a): Prof^a. Amana Santana de
Jesus

Uberaba – Minas Gerais
2020

RESUMO

Introdução: Prontuários são importante ferramenta de ensino e indicadores da qualidade da assistência à saúde. Na atenção primária a longitudinalidade do acompanhamento torna os prontuários volumosos e estudos têm mostrado que a qualidade dos prontuários é baixa. **Objetivo:** Implantar o uso do Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP) pelos alunos de graduação em medicina. **Metodologia:** Adoção do RMOP e avaliação do impacto na qualidade dos prontuários com base nos registros de fatores de risco cardiovasculares. **Considerações finais:** O RMOP é um instrumento que, se bem utilizado, é capaz de proporcionar melhora na qualidade do ensino médico e da assistência à saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Registros médicos. Atenção primária à saúde. Preceptoria.

1. INTRODUÇÃO

O método de registro nos prontuários ainda hegemonicamente utilizado foi desenvolvido para uso em ambiente hospitalar. Os atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS) são marcados pelo acompanhamento dos pacientes ao longo de suas vidas (longitudinalidade), de forma que os prontuários tendem a acumular uma quantidade enorme de informações (GRANJA, 2018), o que torna o manuseio um desafio. Além disso, diversos estudos mostram que a qualidade dos prontuários no Brasil é baixa (LOTUFO, 1987; MODESTO, 1992; SCOCHI, 1994; MUNHOZ, 1997). Assim, os prontuários na APS, além de volumosos, o que traz dificuldade para localização das informações necessárias, possuem baixa qualidade, com diversas lacunas significativas.

Nesse contexto ganha destaque o Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP) lançado por Lawrence Weed (WEED, 1968) e adaptado por Robert Rakel para uso em APS (RAKEL, 1995). Essa metodologia utiliza uma forma diferenciada de registro de informações nos prontuários que se presta a atender o que prega Ian McWhinney no clássico “An introduction to family medicine” (1981) como objetivos para os registros médicos: (1) permitir acesso rápido aos dados de um paciente, (2) permitir a anotação contínua de todos os problemas, (3) permitir a contabilização da frequência das consultas, (4) permitir a obtenção de dados de modo para

planejamento de ações preventivas, e (5) permitir a formação contínua do médico (MCWHINNEY, 1981, apud CAEIRO, 1991).

No RMOP os registros são divididos em quatro seções: (1) as queixas subjetivas referidas pelos pacientes e/ou suas famílias; (2) as alterações objetivas identificadas pelos profissionais de saúde (incluindo os resultados de exames complementares); (3) os problemas sistematizados; e (4) os planos diagnósticos e terapêuticos (DEMARZO, 2010). Nos ANEXOS I e II são apresentadas, respectivamente, o formato tradicional de registro e o do RMOP.

Apesar do processo de informatização do Sistema Único de Saúde (SUS) ter incluído entre suas ferramentas um programa para registro eletrônico das informações da anamnese especificamente para a APS, o referido sistema, o e-SUS AB (OLIVEIRA, 2016), não é adotado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e nem pela Prefeitura Municipal de Uberaba (PMU). Na UFTM os registros são feitos em Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) utilizando-se o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Esse aplicativo constitui-se, basicamente, numa “folha” em branco na qual as informações podem ser registradas livremente pelos usuários. Cada consulta é registrada numa página separada (arquivos diferentes).

Durante o estágio em saúde coletiva os alunos do 11º período do curso de graduação em medicina da UFTM realizam parte do estágio em uma unidade mista da PMU, onde são feitos atendimentos em nível de atenção primário, secundário e de urgência. Nesse momento eles se deparam com prontuários volumosos, e comumente cheios de lacunas, que demandam um tempo substancial não só para que sejam “resumidos” como para seja suprida a frequente ausência de registro de informações essenciais.

Assim, considerando que os prontuários constituem importante instrumento para o processo de ensino-aprendizagem e que não só servem de subsídio para avaliação da qualidade da assistência à saúde da população como constituem em si próprios um elemento que reflete a qualidade dessa assistência (VASCONCELLOS, 2008), esse projeto de intervenção se propõe à utilização do RMOP como forma de registro de informações nos prontuários como o objetivo de melhorar a qualidade dos prontuários, o atendimento à população e aprimorar o processo de ensino-aprendizagem.

2. OBJETIVO

O objetivo é propor a adoção do RMOP no registro dos atendimentos realizados no Centro de Atendimento Integral à Saúde (CAIS) do Hospital das Clínicas da UFTM pelos alunos do 11º período do curso de graduação em medicina da UFTM utilizando o AGHU.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Projeto de intervenção, do tipo plano de preceptoria.

3.2. LOCAL/PÚBLICO-ALVO/EQUIPE EXECUTORA

Esse plano de preceptoria tem como público-alvo os alunos do 11º período do curso de graduação em medicina da UFTM durante uma parte do estágio obrigatório em saúde coletiva. Para esse estágio os 36 alunos de cada turma são divididos em três grupos de doze alunos. Cada etapa do estágio é desenvolvida durante um período de cerca de dois meses no CAIS, onde os registros são feitos através do AGHU, e em duas unidades de saúde da família da PMU, onde é utilizado um programa diverso para o registro dos prontuários.

O CAIS pertence à PMU e constitui-se num conjunto de dez salas nas quais são realizados atendimentos individuais por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba e preceptores da UFTM em atenção primária, secundária e urgência.

No local estão disponíveis três salas para atendimento pelos alunos do 11º período durante o estágio em Saúde Coletiva. Os alunos são acompanhados nas suas atividades por um preceptor especialista em Medicina de Família e Comunidade. As atividades são realizadas de segunda a sexta-feira, em dois turnos. Durante o estágio os alunos atendem, sozinhos ou em dupla, pacientes com queixas diversas encaminhados por seis determinadas Equipes de Saúde da Família (ESF) do Município de Uberaba, Minas Gerais. Em cada turno são agendados, em média, sete

pacientes. Após o atendimento de cada paciente os alunos apresentam o caso clínico para o preceptor para conclusão do atendimento.

A equipe executora do presente projeto será composta pelo preceptor responsável por esse plano de preceptoria.

3.3. ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

A intervenção será composta por 2 momentos: o primeiro será constituído pelas ações junto aos alunos, subdividido em quatro etapas, e o segundo será a verificação do impacto da adoção do RMOP na qualidade dos prontuários médicos.

Na primeira etapa do primeiro momento os alunos serão apresentados à proposta através de um texto introdutório ao tema que será distribuído por meio eletrônico para estudo prévio (APÊNDICE I).

Na segunda etapa os alunos serão divididos em duplas e utilizarão o método para registro da anamnese, de forma simulada, um do outro. Pretende-se com essa etapa aproximar os alunos e o RMOP em um ambiente protegido antes de iniciarem as anamneses com os pacientes. Ao final dessa etapa serão esclarecidas pelo preceptor as dúvidas que eventualmente surjam dessa atividade.

Na terceira etapa, no primeiro dia do estágio, as dúvidas serão esclarecidas durante uma oficina realizada antes de serem iniciados os atendimentos.

Na quarta etapa, após o encerramento das atividades do dia, será realizada uma nova oficina para discutir as dúvidas, fragilidades e oportunidades do método identificadas pelos alunos.

No segundo momento será realizada a verificação do impacto da adoção do RMOP na qualidade dos prontuários médicos será feita uma avaliação da qualidade dos prontuários no AGHU com base na presença de informações sobre fatores de risco cardiovascular nos mesmos. Os prontuários serão revisados de acordo com lista de anotação sequencial dos cem primeiros atendimentos consecutivos de retorno realizados pelos alunos.

3.4. FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

A ausência de treinamento teórico e prático do preceptor no método é uma das fragilidades do plano. Todo o conhecimento adquirido pelo preceptor sobre o RMOP foi adquirido de forma autodidata, sem qualquer capacitação formal.

Uma segunda fragilidade é a falta de intimidade dos alunos com o método. Como o método RMOP é, no máximo, citado aos alunos durante o curso de graduação, é esperada certa resistência habitual ao novo.

A exigência de compromisso dos alunos para que as informações fiquem o mais completas possíveis, o que demanda mais atenção e mais tempo para os registros, é uma terceira fragilidade que merece registro.

A quarta fragilidade identificada decorre da dificuldade de acompanhar, a longo prazo, o impacto da proposta de adoção do RMOP pelos alunos, visto a curta duração do estágio em saúde coletiva.

A adoção do PEP trouxe a facilidade (oportunidade) de se poder transferir a lista de problemas e dos planos diagnóstico e terapêutico através das ferramentas copiar e colar.

O fato da proposta fazer parte de um projeto de preceptoria pode ser um fator estimulante para os alunos que costumam ser solidários e sentirem-se empoderados pela participação em tais experimentos.

Uma terceira oportunidade que merece destaque é a abertura para sugestões por parte dos alunos de aperfeiçoamentos para o método durante o momento de discussão previsto para o final do dia de trabalho (fortalecendo o destacado no item anterior).

A percepção por parte dos alunos do tempo significativo que é gasto para se inteirarem da situação dos pacientes que já passaram por diversos atendimentos no CAIS, e na UFTM como um todo, e que, por isso, apresentam prontuários com muitas anotações é mais uma oportunidade que merece menção.

3.5. PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Para a verificação do impacto da adoção do RMOP na qualidade dos prontuários médicos será feita uma avaliação da qualidade dos prontuários com base na presença de informações sobre fatores de risco cardiovascular nos mesmos. A escolha da presença do registro dos fatores de risco cardiovascular como parâmetro para avaliação da qualidade do prontuário se deve ao fato das doenças

cardiovasculares serem a principal causa de morte mundo afora e por isso a abordagem desses fatores deve ser feita em todos os atendimentos em APS (SBC, 2013). Essa avaliação dos prontuários será feita com base no roteiro que é apresentado no APÊNDICE II e a realização dessa avaliação não será divulgada aos alunos antes da conclusão da análise dos resultados para não haver geração de viés. Apenas após a conclusão da análise dos prontuários os resultados serão compartilhados com os alunos através do grupo eletrônico (WhatsApp) conjunto dos mesmos.

Serão analisados os dados dos prontuários, tanto da consulta anterior e os da consulta com base no RMOP. Essa avaliação dos prontuários será feita com base no roteiro mencionado no parágrafo anterior e a realização dessa avaliação não será divulgada aos alunos antes da conclusão da análise dos resultados. Não está prevista apresentação de análise estatística. Os resultados serão apresentados numa tabela de duas colunas (dados dos registro da consulta de antes e da consulta de depois da implantação do RMOP) com os dados referentes aos sete grupos de registros apresentados roteiro de avaliação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em APS o acompanhamento longitudinal da população determina prontuários volumosos nos quais os profissionais da saúde muitas vezes encontram dificuldades para encontrar as informações que necessitam. Além disso, diversos estudos têm indicado que a qualidade dos prontuários na APS no Brasil é baixa (LOTUFO, 1987; MODESTO, 1992; SCOCHI, 1994; MUNHOZ, 1997).

Os prontuários são importante instrumento de ensino e também são apontados como indicadores da qualidade da assistência prestada à população. O advento do PEP e de novas formas de registro das informações nos prontuários, como o RMOP, proporcionam a oportunidade de registro de forma a facilitar a pronta localização das informações necessárias para o melhor atendimento dos pacientes.

Entre as maiores dificuldades temos a falta de intimidade do preceptor com o RMOP e a resistência natural a mudanças.

Entre as oportunidades destaca-se a facilidade proporcionada pelo PEP com relação ao registro e atualização da lista de problemas e planos diagnóstico e terapêutico. Além disso, as oficinas implementadas para evidenciar as dificuldades

existentes para o manuseio dos prontuários volumosos e baixa qualidade e o envolvimento dos discentes no processo de aprimoramento desses prontuários podem ser um poderoso espaço de ensino-aprendizagem.

Espera-se que os alunos reconheçam a importância de um prontuário que disponibilize informações completas e de acesso o mais prático e com isso se obtenha com o decorrer do tempo prontuários de melhor qualidade com reflexo positivo não só no processo de ensino-aprendizagem como na qualidade da assistência à saúde da população.

REFERÊNCIAS

CAEIRO, R. Registos clínicos em medicina familiar. **Ministério da Saúde**: Lisboa, 1991.

DEMARZO, M. M. P., OLIVEIRA, C. A. de, GONÇALVES, D. A. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família – organização e registro. *In*: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (Unasus). Especialização em Saúde da Família. **Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)**. São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf. Acesso em: 17.03.2020.

GRANJA, M., OUTEIRINHO, C. Registro médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. **Rev Port Med Geral Fam**, n. 34, pp. 40-44, 2018.

LOTUFO, M., DUARTE, E. C. Avaliação dos serviços de saúde do Município de Cáceres, MT (Brasil): contribuições à programação local. **Rev. Saúde Pública**, n. 21, pp. 427-438, 1987.

MELO, A. A. R., SATO JUNIOR, E. K., NAKAMURA, F. T. T., POLHO, G. B., ONOTERA, M., SOUZA, N. L. de, SOUZA, R. O. G., SANTANA, V. B., CAVALIERI, V. A. **Apostila de propedêutica**. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2ª edição, 2016.

MODESTO, M. G., MOREIRA, E. C., Almeida Filho, N. Reforma sanitária e informações em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. **Cad Saúde Pública**, 1992: 8:62-68.

MUNHOZ JUNIOR, S., FONTES, J. F., Meirelles, S. M. Avaliação do programa de controle de hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil. **Rev Saúde Pública**, 1997; 31:282-287.

OLIVEIRA, A. E. C. de, LIMA, I. M. B. de, NASCIMENTO, J. A. do, COELHO, H. F. C, SANTOS, S. R. dos. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, 2016.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000200212&script=sci_arttext. Acesso em: 03.08.2020.

RAKEL, R. E. **Tratado de Medicina de Família**, Editora Guanabara Koogan, 1995.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, V. 101, n. 6, supl. 2, 2013.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cad Saúde Pública**, 1994; 10:356-367.

VASCONCELLOS, M. M., GRIBEL, E. B., MORAES, I. H. S. de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, pp. 5173-5182, 2008.

WEED, L. L. Medical records that guide and teach. **N Engl J Med**, v. 278, n. 11, p. 593-600, 1968.

APÊNDICE I – Orientações para os alunos sobre a implementação do RMOP

Uso do Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP)

Introdução

O registro de dados em prontuário na Atenção Primária em Saúde (APS) ainda é feito no nosso meio de acordo com técnicas desenvolvidas para uso na atenção subespecializada e em ambiente hospitalar.

Quando os graduandos e os residentes deparam-se com o prontuário eletrônico de um paciente com o qual tomam contato pela primeira vez (seja em consulta inicial ou retorno) há necessidade deles se inteirarem da situação clínica do paciente em questão.

Quanto mais rápido e eficiente for esse processo, mais ações e de melhor qualidade uma equipe vai poder oferecer. Em atenção primária a habilidade de gestão do tempo é um dos diferenciais importantes das equipes mais eficientes.

Dessa forma, a utilização de modelos de registro das informações que permitam aos alunos e residentes (e usuários em geral) cumprirem essa etapa do atendimento de maneira mais eficiente é elemento importante do cuidado em nível de atenção primária.

O primeiro marco para a mudança no formato dos registros médicos data de 1968 quando Lawrence Weed publicou seu artigo “Medical records that guide and teach” no *New England Journal of Medicine*. Nesse trabalho o autor lançou os princípios do registro de saúde orientado por problemas, porém com foco ainda voltado para o uso em ambiente hospitalar.

A primeira adaptação do método de Weed de RMOP para uso na APS foi divulgada por Robert Rakel no seu “Tratado de medicina de família” de 1995.

Apesar de não haver uma validação das vantagens na APS do uso do RMOP sobre o modelo tradicional, que segue ainda majoritariamente em uso não apenas nas subespecialidades e nos hospitais mas na própria APS, apregoam-se diversas vantagens ao novo modelo, como: rápido acesso aos dados da pessoa, anotação continuada de todos os problemas, contabilização e a avaliação da frequência de consultas, obtenção de dados para planejar ações preventivas e de diagnóstico precoce, educação continuada do médico e uso como fonte de dados para pesquisas.

Orientações práticas

As informações subjetivas colhidas durante a entrevista clínica devem ser registradas no “S”: motivo da consulta ou o problema de saúde em questão e seu(s) detalhamentos. Esses problemas não se restringem aos relacionados ao corpo do indivíduo, ou seja, aqui devem ser incluídos todos os problemas que possam estar interferindo na saúde do paciente, incluindo problemas profissionais, relacionamentos etc. Podem ser incluídas as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada.

Os dados objetivos (“O”) são os referentes ao exame físico e resultados dos exames complementares realizados.

Avaliação ("A"). Consiste no registro (na forma de lista) dos diagnósticos, sintomas, sinais, exames complementares anormais, alergias, síndromes, fatores de risco e outras condições definidas de uma forma geral como problemas levantados. Os problemas identificados (sinais, sintomas, síndromes, queixas) somente devem ser substituídos por um diagnóstico específico ou sindrômico quando existem evidências para isso.

Plano ("P"). Plano de cuidados ou condutas propostos: plano diagnóstico, plano terapêutico, plano de acompanhamento, plano de estudo.

"A qualidade do A e do P é o que separa médicos medianos de excelentes".
(Jeremiah Fleenor)

APÊNDICE II – Avaliação da qualidade do prontuário

	Aspecto a ser avaliado	Presente	Ausente
1	Existência nos registros da consulta de história e ou solicitação ou anotação de resultados de exames que investiguem ou comprovem a existência de doença aterosclerótica clínica ou subclínica coronariana, cerebrovascular ou periférica.		
2	Existência nos registros da consulta de história e ou solicitação ou anotação de resultados de exames que avaliem a função renal nos últimos 12 meses (clearance ou simples medida de creatinina).		
3	Existência nos registros da consulta de história e ou solicitação ou anotação de resultados de glicemia de jejum nos últimos 12 meses.		
4	Existência nos registros da consulta de história e ou solicitação ou anotação de resultados de dosagem de colesterol total, triglicérides e colesterol-HDL (ou colesterol total, colesterol-LDL e colesterol-HDL) nos últimos 12 meses.		
5	Aferição da Pressão Arterial (PA) durante a consulta.		
6	Existência nos registros da consulta de informação sobre tabagismo.		
7	Nos casos de diabéticos, existência nos registros da consulta de história e ou solicitação ou anotação de resultado de albuminúria e informação sobre Doença Arterial Coronariana (DAC) na família e tempo de diabetes.		

ANEXO I – Roteiro tradicional de anamnese e exame físico

Primeira consulta:

- identificação;
- fonte e confiabilidade;
- queixa e duração;
- história da moléstia atual;
- antecedentes pessoais;
- hábitos e vícios;
- antecedentes familiares;
- histórico familiar e social;
- interrogatório sobre os diversos aparelhos;
- exame clínico;
- hipóteses diagnósticas;
- conduta.

Consulta de retorno:

- identificação (simplificada);
- diagnósticos prévios;
- medicamentos em uso;
- evolução;
- exame clínico;
- exames complementares;
- hipóteses diagnósticas;
- conduta.

Adaptado de MELO, 2016.

ANEXO II – Roteiro Registro Médico Orientado por Problemas

Base de dados:

Informações obtidas na história clínica e de vida, no exame físico e nos resultados de exames complementares obtidos na primeira ou nas primeiras consultas.

Lista de problemas:

Constitui a primeira parte de um prontuário baseado no RMOP. A lista é elaborada a partir da base de dados da pessoa e das notas de evolução subsequentes.

Notas de evolução:

Notas claras e bem organizadas feitas com base na estrutura de quatro partes conhecidas por SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano)

Subjetivo. Informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada.

Objetivo. Dados do exame físico e dos exames complementares.

Avaliação. Registro (na forma de lista) dos diagnósticos, sintomas, sinais, exames complementares anormais, alergias, síndromes, fatores de risco e outras condições definidas de uma forma geral como problemas levantados.

Plano. Plano de cuidados ou condutas propostos.

Fichas de acompanhamento:

São formulários nos quais se pode registrar dados diversos que permitam a visualização rápida da evolução sem a necessidade de se revisar todo o prontuário.

Adaptado de DEMARZO, 2010.