

Revisitando Registos Clínicos em MGF

-Um instrumento de Apoio à Prática Clínica

O Registo Médico Orientado por Problemas corporiza uma metodologia muito própria da Medicina Geral e Familiar (MGF). Este método potencia virtudes, mas também desafios, como a correta categorização e ordenação da informação no registo médico e talvez, aquele que mais dificuldades levanta: A codificação segundo a ICPC-2 (Internacional Classification for Primary Care).

O presente guia pretende, de uma forma esquemática, fornecer uma ferramenta de consulta rápida de apoio à consulta facilitando as boas práticas de registo médico em contexto de MGF.

Registo Médico Orientado por Problemas (RMOP)

3 componentes:

Dados Base

- nome
- título pelo qual prefere ser chamado
- escolaridade
- agregado familiar
- recursos sociais e familiares
- caracterização socioeconómica da habitação
- história ginecológica e obstétrica
- antecedentes familiares e pessoais
- hábitos
- imunizações
- incapacidades
- rastreios
- alergias
- medicação crónica
- relações familiares
- interesses pessoais

A maioria deve ser colhida na 1ª consulta

Notas Clínicas Progressivas

“SOAP”

Lista de Problemas

Resumo dos Problemas do Doente

↓

Tudo aquilo que preocupa o médico, o doente ou ambos

- Remissões/recorrências (ex: úlcera péptica)
- Complicações (ex: neoplasias)
- Intervenção cirúrgica major (ex: gastrectomia)
- Doença que o doente possa ter tendência a ocultar (ex: IST)
- Doenças que requerem tratamento contínuo (ex: HTA)
- Doenças que condicionam escolha terapêutica (ex: alergias, úlcera péptica)
- Problemas sociais (ex: violência familiar, problemas laborais...)

Componente mais importante do RMOP

Problemas Ativos

Persistem de épocas anteriores ou Começam no momento do registo
Desde que necessitem de medidas terapêuticas/seguimento

Problemas Passivos

Não afetando o doente no presente, devem ser tidos em conta por:
Motivos de controlo, Possível reativação doença, Potencialmente incapacitantes

O que registar e codificar?

→ O que traz o doente à consulta ←

[SUBJECTIVE]

☐ Usar texto livre!

- ☒ **Sintomas/queixas 1-29** (vem por queixa/sintoma)
- ☒ **Procedimentos diagnósticos 30-49** (Ex.: pede exame médico _30/_31; análise sangue: _34; Exame imagem: _41)
- ☒ **Terapêutica 50-59** (Ex.: Pede medicação: _50)
- ☒ **Exames 60-61** (vem mostrar MCDTs: _60; mostrar nota de alta/ relatório clínico de outro prestador: _61)
- ☒ **Administrativo 62** (pede CIT/atestado/relatório/renovação de carta: _62)
- ☒ **Referenciação e outros 63-69** (Ex.: pede referenciação a especialidade médica _67/ técnico de saúde _66)
- ☒ **Doenças 70-99** (vem com um diagnóstico feito)

→ Dados factuais/objetivos ←

[OBJECTIVE]

☐ Não se Codifica

☐ Usar texto livre para registar:

- Quem acompanha (ou não) utente na consulta
- Achados do exame físico
- Resultados de análises/exames
- Resultados da aplicação de questionários/escalas
- Resultados da aplicação de instrumentos de avaliação familiar
- Informação clínica de outros prestadores

→ Problemas de saúde abordados na consulta ←

[ASSESSMENT]

- ☒ **Doenças 70-99** (diagnóstico do médico para o problema)
 - Codificar apenas problemas com “razoável certeza diagnóstica”
- ☒ **Sintomas/queixas 1-29** (queixa/sintoma ainda sem diagnóstico certo)
 - Diagnóstico diferencial/hipóteses de diagnóstico: registar em texto livre (não codificar)
 - ☐ capítulo A (Geral) se local não especificado ou >2 sistemas afetados
 - ☐ usar texto livre para dar informação adicional (lateralidade, especificar...)
 - ☐ se consulta de vigilância: registar (consulta de SIJ, SM, PF, DM, HTA)

Casos especiais:

- A97 (Sem Doença)
- A98 (Medicina preventiva / manutenção da saúde)
- Em caso de CIT: Codificar Doença/Sintoma + _28 (Limitação/Incapacidade)

→ Procedimentos realizados e planificados na consulta ←

[PLAN]

- ☐ Usar Texto livre! (Plano de estudo / Plano de tratamento / Plano preventivo e educacional)
- ☒ **Procedimentos diagnósticos 30-49**
 - Ex.: _30/_31 (exame médico); _34 (análise sangue); _35 (análise urina); _40 (endoscopia); _41 (exame de imagem); _42 (ECG); _44 (Vacinação); _45 (Observação/educação para a saúde/aconselhamento/dieta)
- ☒ **Terapêutica 50-59**
 - Ex.: _50 (Medicação); _55 (Injeção); _58 (Aconselhamento terapêutico)
- ☒ **Administrativo 62**
 - Ex.: _62 (CIT, atestado, relatório, renovação carta de condução)
- ☒ **Referenciações 63-69**
 - Ex.: _67 (Referenciação a Especialidade Médica); _66 (Referenciação a outro técnico de saúde)

→ Índice de problemas relevantes da pessoa ←

- ☒ **Doenças 70-99** (diagnóstico do médico para o problema)
- ☒ **Sintomas/queixas 1-29** (queixa/sintoma sem diagnóstico ou capítulo Z)
 - ☐ usar texto livre em “Notas” para dar informação adicional: lateralidade, diagnóstico específico, estadio, se código _99, etc.)
- ☐ É um **Registo dinâmico** → deve ser continuamente revista e atualizada (todas as consultas)
 - ☐ **Sempre que:** identificado um novo problema, resolvido um problema identificado, problema passivo ⇔ ativo, é identificado Diagnóstico (7) para Sintoma/queixa (1) que estava codificado ou quando é detetado problema mal registado
 - ☐ **Excluir:** problemas agudos, autolimitados, *minor*, irrelevantes para a gestão do doente

Transitam dos códigos do “A”

Casos especiais:

- K75 (EAM): após 28 dias renomear: K74 ou K76
- K90 (AVC) ou K89 (AIT): após 28 dias renomear: K91

Lista de problemas

Deve ser principal foco na codificação por ICPC2

Registos devem ser sempre decifráveis por outros médicos!