

Universidade Federal do Acre
Centro de Ciências da Saúde e do Desporto
Curso de Medicina

Semiologia na Medicina de Família e Comunidade

— Pedro Gomes Mendonça —

Objetivos

- Entender os quatro componentes do MCCP;
- Identificar uma estrutura sistematizada de entrevista clínica centrada na pessoa;
- Aplicar a abordagem centrada na pessoa;
- Entender o registro clínico orientado por problemas.

Introdução

MCCP

Método Clínico Centrado na Pessoa

Consulta médica

- Objetivos:
 - Entender e avaliar os problemas da pessoa;
 - Gerar um plano de manejo dos problemas;
 - Construir uma efetiva relação médico-paciente.

Modelo Biomédico ou Modelo Médico Convencional

Identificação
QP
HDA
IS
HPP
HFAM, etc..
HD
Conduta

- Estruturação em: Identificação / QP, HDA, IS, HPP, HFAM, etc. / HD / Conduta;
- Início após a Revolução Francesa - Séc XIX;
- Medicina baseada em fatos observados / doenças como padrões repetidos;
- Modelo centrado na doença ou centrado no médico;
- Não aborda aspectos subjetivos da pessoa e não abre espaço para outros motivos para a consulta.

Modelo Biomédico

"Notamos que essa ênfase em uma medicina muito objetiva foi perdendo sua capacidade de avaliar as subjetividades dos indivíduos. Isso se torna um grande problema porque hoje em dia vivemos uma outra realidade. As doenças que encontramos diante de nós são outras: depressão, dores crônicas, diabetes, alcoolismo, câncer, infarto. Os problemas que chegam são mais complexos e exigem mais do que classificar sintomas, exige a habilidade de avaliação de um pano de fundo relacionado à violência, desamparo, desigualdade, frustração. E se a humanidade mudou o modo de adoecer, nós enquanto médicos também temos que mudar o modo de cuidar."

Construção do MCCP

- Reconhecimento da necessidade de autonomia das pessoas no seu autocuidado;
- Acesso à informação;
- Mudanças das necessidades em saúde;
- Mudança da expectativa em relação às consultas.

A partir do momento que as demandas de quem exige cuidado não são respondidas, os problemas não são solucionados, tanto as pessoas quanto os médicos ficam frustrados.

"Para ser centrado na pessoa, o médico precisa ser capaz de dar poder a ela, compartilhar o poder na relação, o que significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos dele. Esse é o imperativo moral da prática centrada na pessoa. Ao concretizar essa mudança de valores, o médico experimentará os novos direcionamentos que a relação pode assumir quando o poder é compartilhado. Em segundo lugar, manter uma posição sempre objetiva em relação às pessoas produz uma insensibilidade ao sofrimento humano que é inaceitável. Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo."

Trecho do livro “Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico”, de Moira Stewart.

Método Clínico Centrado na Pessoa

"Acho que o médico não entendeu o que eu realmente tenho."

"Queria que ele me passasse um remédio pra resolver isso logo, não consigo adotar essas mudanças que ele indicou na minha vida atual."

"Não entendi direito o que o médico acha que eu tenho e nem de onde tirou essa conclusão."

"Será que o remédio que ele receitou é realmente necessário?"

"Ele nem olhou direito pra mim, queria ter falado várias coisas que acabei não tendo espaço..."

"O meu amigo teve um problema parecido com o meu e era câncer. O médico nem pensou nessa possibilidade e nem pediu um exame, terei que ir em outro."

"O que ele me disse não tem nada a ver com o que eu tinha lido na internet, será que ele é confiável?"

O que é ser centrado na pessoa?

Podemos definir que: ser centrado na pessoa significa trazê-la ao protagonismo do cuidado – o médico deve entender as suas prioridades, o que os problemas trazidos significam para ela, quais são suas aspirações e modo de viver, além de dar a ela espaço para dizer o que sente vontade, ser compreendida, levar em consideração o desejo dela de informação e de participar da tomada de decisão.

Os quatro componentes do MCCP

1	Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença
2	Entendendo a pessoa como um todo
3	Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas
4	Intensificando a relação entre a pessoa e o médico

Explorando a saúde, a doença e a experiência de doença

- O que é saúde?

Saúde seja entendida como “a capacidade do indivíduo de realizar as aspirações e os propósitos importantes para sua vida”, ou ainda “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade” (OMS, 1986).

- Percepção única de cada indivíduo

Explorando a saúde, a doença e a experiência de doença

O que é doença?

- Construção teórica e abstrata
- Padrões sintomáticos que se repetem e fogem do que se espera de um organismo normal
- Saúde e doença são parâmetros subjetivos, nem sempre excludentes e que podem, portanto, coexistir.

"Ora, enquanto seres humanos, temos uma estrutura semelhante, porém somos todos formados por corpos diferentes, com suas peculiaridades anatômicas e fisiológicas, inseridos em contextos únicos de condições e histórias de vida. Não podemos esperar que o que chamamos de doença se apresente do mesmo jeito para todos e, ainda, seja abordado de maneira igual.

Explorando a saúde, a doença e a experiência de doença

O que é experiência de doença?

Sentimentos	Preocupações com seu problema. Medo, tristeza felicidade;
Ideias	Ideias sobre o que está errado ou qual é a causa do problemas.
Funcionalidade	Como esse problema afeta sua vida.
Expectativa	Expectativas em relação ao problema e à consulta.

Explorando a saúde, a doença e a experiência de doença

“Não há duas experiências de doença exatamente iguais, pessoas podem ter doenças em comum, mas são únicas quanto à forma como respondem a elas”
(STEWART *et al.*, 2017)

Entendendo a pessoa como um todo

- Não é possível conhecer a pessoa como um todo em um único encontro
- Necessidade de identificar as informações importantes de serem coletadas naquele momento.
- Importância da longitudinalidade no contexto da APS
- A coleta da HPP, HFAM, HSOC não é vista como uma atitude centrada na pessoa, por ser uma postura ativa do médico em busca de informações sem que o paciente tenha mostrado interesse sobre elas.

Entendendo a pessoa como um todo

Figura 01 - O indivíduo e seus contextos próximo e amplo.



Entendendo a pessoa como um todo

- O indivíduo e seu contexto próximo
 - Seu passado de vida
 - Aspectos da sua personalidade
 - Em qual fase se encontra no ciclo de vida e ciclo familiar
 - Seu cotidiano e funções desempenhadas
 - Aspirações futuras, espiritualidade e valores

Entendendo a pessoa como um todo

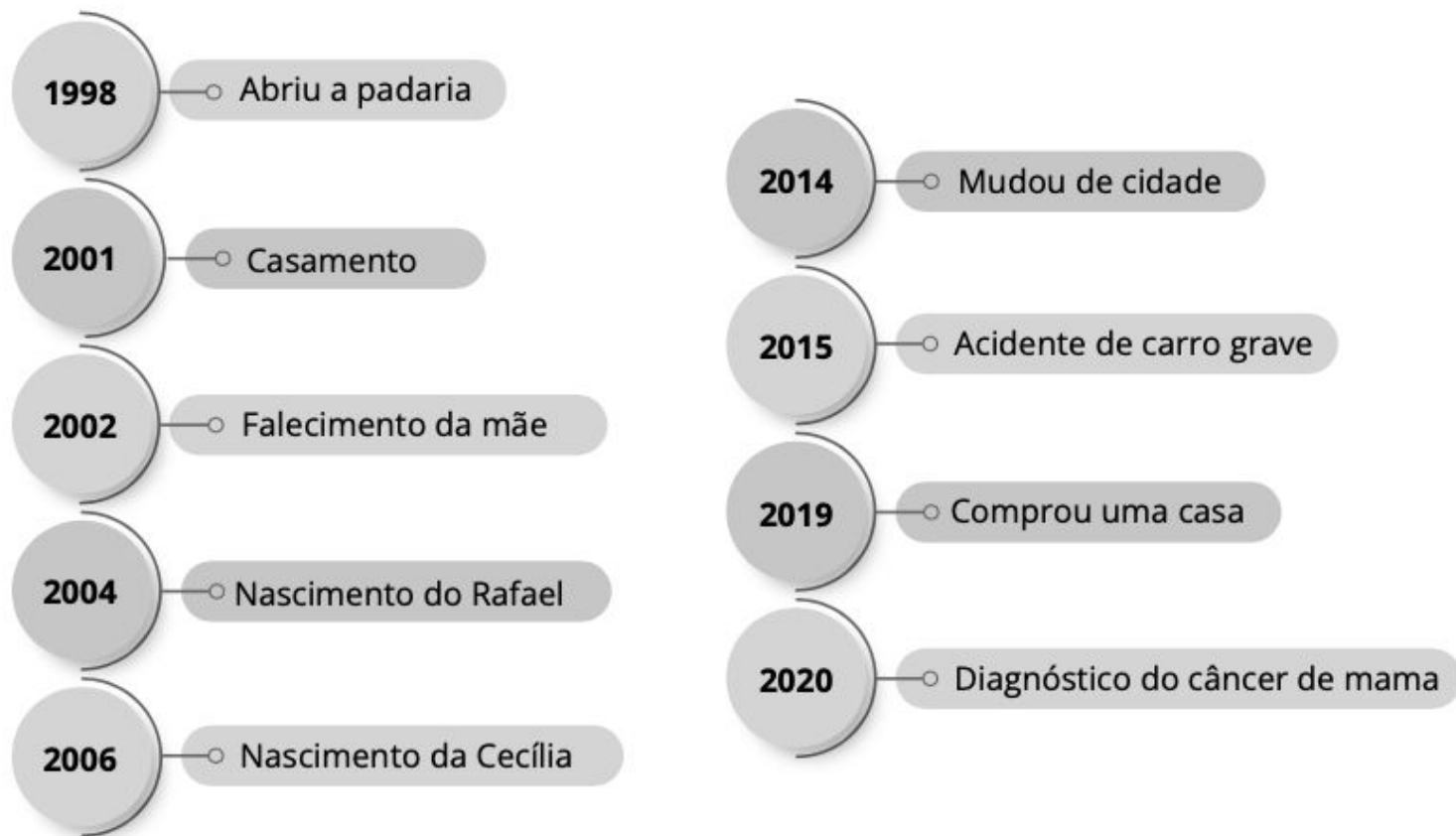
Marcos que tiveram mais impacto, como diagnósticos, rupturas, perdas, lutos, fracassos ou conquistas, sucessos, curas, superações, rituais e comemorações

Investigação do passado, inclui-se também as doenças agudas e crônicas, cirurgias, internações, alergias, gestações, medicações que já fez uso, entre outras intervenções médicas

Conformação familiar; dinâmica da família; vulnerabilidades; resiliência

Grau de escolaridade, onde mora e quais as condições de moradia, ocupação, atividades cotidianas, funções sociais que desempenha, relações interpessoais, como é sua alimentação, se pratica atividade física, quais opções e preferências de lazer, qualidade da rede de apoio social, possíveis vícios de álcool, tabaco ou drogas ilícitas; Espiritualidade

Linha do tempo familiar com marcos positivos e negativos.



Entendendo a pessoa como um todo

Contexto Amplo

Comunidade; Cultura; Economia; Sistema de Saúde; Geografia; Meio Ambiente; etc.

Avaliação comunitária

A potência do encontro clínico entre médico e pessoa, por si só, por meio de uma escuta intencional e qualificada, é terapêutico. Ao dar espaço para que a pessoa fale sobre seu passado, suas crenças, sua história e como vive, é oferecida a ela a oportunidade de trazer à consciência a origem dos seus conflitos ou sofrimentos, o que ajuda a dar sentido a eles. O simbolismo por meio da fala permite a elaboração de percepções que por sua vez é fundamental para o autoconhecimento genuíno e potencialmente transformador. Essa escuta também traz benefícios para os médicos: a busca pelo entendimento da pessoa como um todo aprofunda o conhecimento sobre a condição humana, especialmente sobre a natureza do sofrimento e das respostas das pessoas que se traduzem nas experiências de doença.

Trecho do livro "O médico, seu paciente e a doença" de Balint

Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas

MODELO BIOMÉDICO

- Anamnese e Exame Física - Elaboração das HD - Tomar conduta
- Conduta de forma vertical / Autoritária

MCCP

- Colocar a pessoa como protagonista ao elaborar um plano terapêutico
- Encontrar um consenso fundamentado em evidências científicas e os valores do paciente
- Centralidade na pessoa - Melhor adesão
- Necessidade de diálogo e negociações

Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas

"Cabe a reflexão sobre aqueles que julgamos como “o paciente que tem má adesão”. O que há por trás disso? Não concordância com o diagnóstico, a medida indicada exige uma mudança muito significativa, não é possível implementar a prática no cotidiano, há discordância com as metas estabelecidas, é financeiramente inviável, a pessoa não se encontra suficiente motivada, são algumas das inúmeras justificativas para isso."

Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas

- Utilizar linguagem adequada e condizente
- Explicar sobre o problema de acordo com o quanto a pessoa deseja saber
- Captar pistas do entendimento
- Dar oportunidade para perguntas e sugestões
- Discutir alternativas
- Definir metas e negociar prioridades
- Questionar sobre dúvidas, preocupações e incertezas
- Avaliar a concordância e viabilidade
- Definir os papéis de cada um e suas responsabilidades

Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas

"Ao educar os pacientes em relação à sua saúde e aos seus comportamentos de saúde, é importante que os médicos evitem dar conselhos não solicitados; em vez disso, devem escutar atentamente as ideias que vêm das pessoas sobre como podem melhorar sua saúde e explorar com elas como poderiam levar essas ideias adiante. É preciso perguntar sobre barreiras, como poderiam superá-las e quais os possíveis recursos que poderiam ajudar. Se a pessoa não consegue achar respostas, é possível perguntar se gostaria de ouvir alguns exemplos do que outras pessoas fizeram em situações semelhantes. Essa abordagem de educação é consistente com o método centrado no aprendiz." (STEWART *et al.*, 2017)

Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas

Estágio Motivacionais

Pré-contemplação

Ainda não entende o porquê da mudança, não pensa sobre mudar

Contemplação

Pensa sobre a mudança, entende a necessidade, mas ainda valoriza mais as vantagens de continuar como está

Preparação

Já decidiu pela mudança e precisa entender como pode fazê-la

Ação

Já tomou a iniciativa, está no estágio inicial do novo comportamento

Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas

Quando se está no estágio pré-contemplativo, devemos oferecer ao paciente informações sobre sua condição e verificar se ele aceita que falemos sobre algumas razões de preocupação sobre seu comportamento, principalmente sobre os riscos relacionados. No estágio contemplativo podemos adotar técnicas que explicitem a ambivalência, ou seja, que apontam também para as desvantagens e pontos negativos de se continuar do jeito que está e trazendo a tona os benefícios da mudança. Apenas quando a pessoa já se convenceu e decidiu sobre a mudança (estágio preparação), faz sentido discutirmos com ela as estratégias disponíveis para tornar essa mudança factível. Depois que a pessoa já adotou o novo comportamento (estágio ação) devemos orientar sobre os possíveis obstáculos e maneiras de contorná-los, parabenizar e fazer reforço positivo das suas ações, e oferecer o apoio adequado para evitar lapsos ou recaídas (estágio manutenção).

Encontrando um plano conjunto de manejo dos problemas

Situações de incerteza

- Condutas Individualizadas
- Tomada de Decisão Compartilhada

Intensificando a relação entre a pessoa e o médico

Modelo Biomédico

- Não se envolver com o paciente
- Observador distante
- Ignorar os sentimentos que vivenciamos

Resultado

- Dificuldade em lidar com o sofrimento
- Quadro de exaustão, hiper reatividade, ansiedade, insônia, problemas familiares

Intensificando a relação entre a pessoa e o médico

- Confiança
- Empatia
- Tempo
- Horizontalidade
- Autoconhecimento

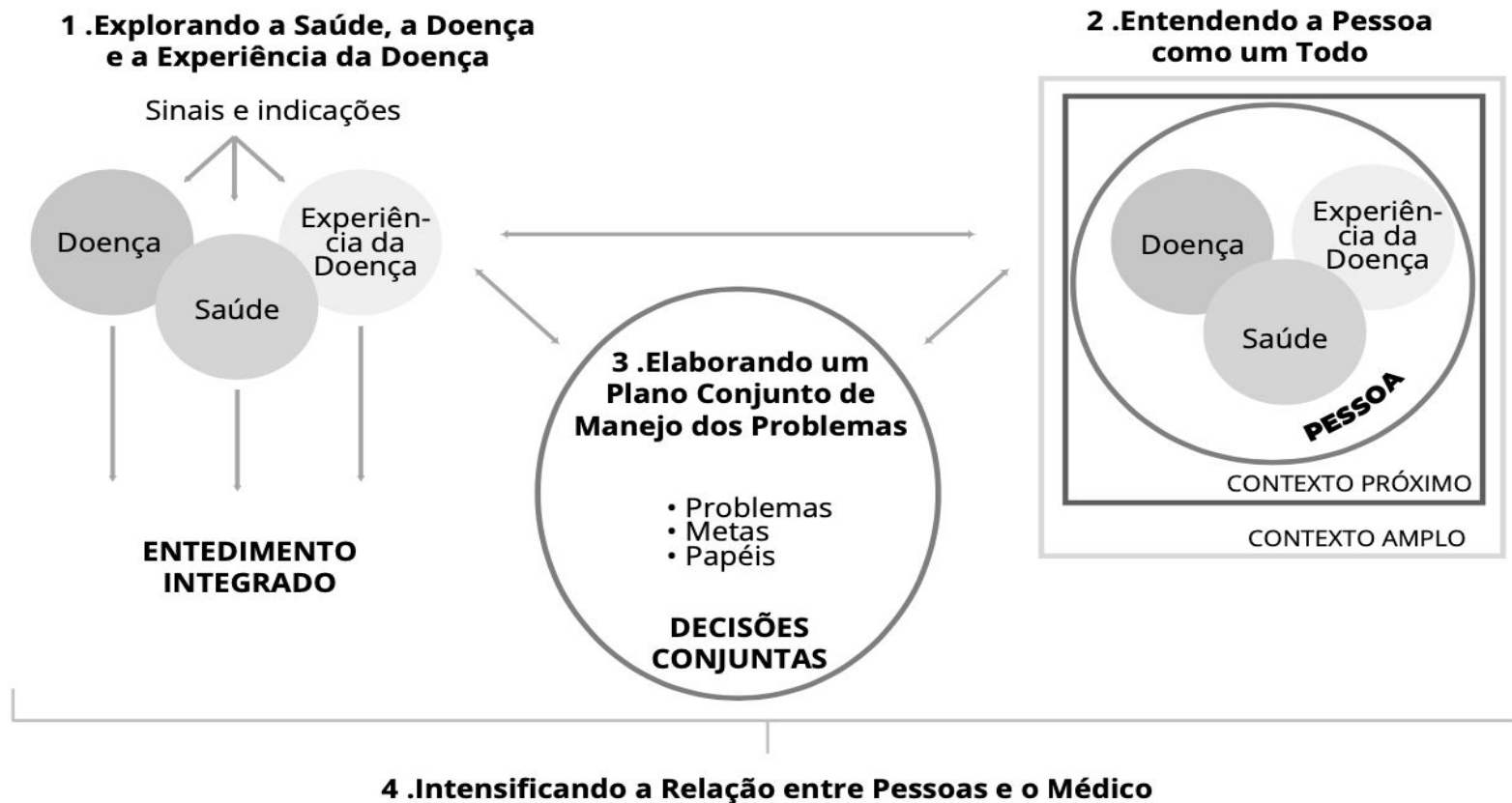
“o entendimento da situação da pessoa, a comunicação a ela desse entendimento, e uma ação com propósito de ajudá-la”

(MERCER; REYNOLDS, 2002; RUDEBECK, 2002)

“a melhor maneira é manter um espelho em seu coração, e, quanto mais você observar suas próprias fraquezas, mais cuidadoso será com seus semelhantes”

(CUSHING, 1925, p. 489-490)

Figura 02 – Método Clínico Centrado na Pessoa: quatro componentes interativos.



Fonte: Extraído e adaptado de Stewart *et al.* (2017).

Mitos e Evidência sobre o MCCP

“Realizar uma consulta centrada na pessoa demora mais tempo”

“O método clínico centrado na pessoa prioriza questões psicossociais”

“Para aplicar o modelo temos que ser rígidos no cumprimento de tarefas”

“Centrar na pessoa significa que todas as demandas de pessoa sejam atendidas”

“O MCCP é antagônico à Medicina Baseada em Evidências”

Quadro 02- Evidências sobre o uso do MCCP.

1. Resulta em autorrelatos de saúde positivos	2. Aumenta a adesão ao tratamento	3. Melhora a saúde fisiológica
4. Melhora a saúde global da pessoa	5. Melhora a interação entre profissional e pessoa	6. Desfecho positivo no comportamento do profissional de saúde com melhora do nível de empatia e atenção
7. Aumenta a satisfação do médico	8. Diminuem reclamações por negligência ou má prática	9. Reduz custos de cuidados em saúde

Fonte: Stewart *et al.* (2017).

Estrutura de Consulta - A consulta em 7 passos

1o Passo - Prerapação

- Verificar se o ambiente está adequado;
- Verificar os dados da pessoa a ser atendida;
- Perguntar-se: como eu estou?

Estrutura de Consulta - A consulta em 7 passos

2o Passo - Primeiros minutos

- Minuto de Ouro;
- Identificar o motivo da consulta.

Pesquisas já mostraram que a não concordância entre médico e paciente sobre as reais razões que motivaram as pessoas a buscarem por consultas chega a 50%.

Estrutura de Consulta - A consulta em 7 passos

3o Passo - Exploração

- Explorar os problemas trazidos;
- Explorar a percepção de doença;
- Exploração do contexto pessoal que for relevante;
- Realização do exame físico, se necessário;
- Avaliar exames complementares.

Estrutura de Consulta - A consulta em 7 passos

4o Passo - Avaliação

- Elaborar a lista de problemas;
- Comunicar ao pacientes seus achados - dar nome aos problemas;
- Explicar o significado, repercussões, prognóstico;
- Avaliar a concordância.

Estrutura de Consulta - A consulta em 7 passos

5o Passo - Plano

- Pactuação do plano conjunto de manejo dos problemas;
- Comunicar possibilidades;
- Acordar metas e ações;
- Conduas de promoção e prevenção em saúde;
- Definir o papel do médico e do paciente.

Estrutura de Consulta - A consulta em 7 passos

6o Passo - Encerramento

- Finalização da consulta;
- Verificar dúvidas;
- Se disponibilizar.

Estrutura de Consulta - A consulta em 7 passos

7o Passo - Reflexão Final

“Eu entendi bem os problemas desse paciente e apresentei boas soluções? Eu fiz um bom trabalho ou há algo que possa melhorar? Algum elemento dessa consulta me trouxe alguma dúvida que seja motivo de estudo? Esse paciente me causou quais tipos de sentimentos – satisfação, irritabilidade, cansaço...?”

ROTEIRO DE ENTREVISTA CENTRADA NA PESSOA

Identificação do paciente:

- Confirmar nome e idade

Contato inicial:

- Cumprimentar o paciente e se apresentar

(Atentar-se para: ir ao encontro do paciente e chamá-lo pelo nome, contato visual obrigatório, evitar o uso de perguntas como “tudo bem com você?”, preferir “bom dia, boa tarde ou boa noite”, o contato físico como aperto de mão é opcional, não se esquecer de apresentar outras pessoas que estiverem com você na sala)

Identificar o motivo da consulta:

- Pergunta inicial aberta: "Qual o motivo da consulta?", "Em que eu posso te ajudar hoje?", "O que te trouxe aqui hoje?"

(Atentar-se para: contato visual obrigatório, postura adequada na cadeira, não interromper a fala do paciente, não fazer anotações)

- Utilizar estimulantes da fala – encorajadores mínimos ("hum", "amrram"), aceno de cabeça, mímica facial, sustentação de silêncio, confirmação de escuta ("entendi"), parafraseamento
- Ao final da fala do paciente, identificar possíveis outros motivos de consulta: "Tem mais alguma coisa que você queira olhar hoje?"
- Fazer uma sumarização do que foi trazido pelo paciente
- Pactuar a agenda da consulta, ou seja, os motivos que serão abordados nessa consulta

(Atentar-se para: não fazer perguntas para aprofundar os motivos de consulta, apenas identificá-los nesse primeiro momento)

Explorar os motivos da consulta:

- Iniciar com uma pergunta aberta “Me fale mais sobre essa dor...”, “Me conta como é essa falta de ar...”
- Complementar com perguntas focadas para esclarecer dados importantes que não apareceram na fala livre do paciente e que contemplem: história da “doença”/motivo da consulta + experiência da “doença”/motivo da consulta
- Se forem mais de um motivo de consulta, fazer a exploração de cada motivo separadamente

(Atenção: a exploração da “história da doença” consiste no entendimento do motivo da consulta, incluindo os atributos do sintoma – localização, irradiação, início, duração, frequência, evolução, intensidade, horário do dia, caráter ou tipo, fatores de melhora e piora, relação com posição ou alimentação, tratamentos anteriores, sinais de alarme. A exploração da “experiência da doença” consiste no entendimento do que isso representa para o paciente, incluindo seus sentimentos, ideias, funcionalidade e expectativas)

- Antes de passar para o próximo passo, dar oportunidade para aparecimento de motivo oculto de consulta: “Tem alguma coisa que você gostaria de me dizer e que não disse até agora?”

Explorar o contexto:

- Fazer a transição com um conector de discurso: “Eu gostaria agora de fazer umas perguntas mais específicas pra eu entender isso um pouco melhor, ok?”
- Avaliar se é importante investigar algum elemento do contexto de vida da pessoa, incluindo história de saúde pregressa (comorbidades, medicamentos em uso, internações, cirurgias, alergias, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, atividade física, alimentação, sono, realização de rastreamentos, etc.), história psicossocial (rotina, ocupação, dinâmica familiar, lazer, grau de escolaridade), história familiar (presença de doenças entre os familiares, principalmente doenças genéticas, cardiovasculares e neoplasias, em parentes de primeiro grau)

Realizar exame físico/Avaliar exames complementares:

- Sinalizar a transição para o exame físico: "Agora você pode se sentar ali, por favor, pra eu te examinar?"
- Explicar quais manobras de exame físico serão realizadas: "Eu gostaria de avaliar sua pressão e também ver como está o pulmão, tudo bem?"

Avaliação - Fazer uma avaliação dos achados e elaborar a lista de problemas:

- Explicar sua avaliação para o paciente com clareza, justificando de acordo com seus achados na consulta e com respaldo científico
- Verificar os conhecimentos prévios do paciente sobre o problema: "Você já ouviu falar disso?"
- Fazer sumarização e avaliar a concordância do paciente sobre os problemas (Pode-se utilizar ferramentas visuais ou metáforas, pedir reiteração pelo paciente: "vamos ver se ficou bem entendido? explique pra mim o que você entendeu até aqui")

Plano - Elaborar e pactuar o plano:

- Explicar sua proposta de plano para o paciente com clareza, justificando com respaldo científico
- Apresentar alternativas ao plano principal proposto, explicando prós e contras de cada opção
- Avaliar a concordância do paciente sobre o plano proposto e, se necessário, negociar metas e prioridades, incluindo os próximos passos a curto, médio e longo prazo: "O que você acha disso?", "Você acha que isso é algo que você vai fazer?"
- Fazer uma sumarização do plano acordado

(Atentar-se para: evitar conselhos e tranquilizações prematuros, avaliar a real viabilidade do plano, pode-se utilizar de reiteração pelo paciente)

Finalizar a consulta:

- Verificar o entendimento do paciente sobre a consulta: "Tem alguma dúvida sobre alguma coisa que conversamos?"
- Mostrar-se disponível e despedir-se: "Se precisar de alguma coisa, pode me procurar, tudo bem?"

(Atentar-se para: acompanhar o paciente até a porta, e novamente o contato visual é obrigatório)

Registro clínico na APS

S	SUBJETIVO
O	OBJETIVO
A	AVALIAÇÃO
P	PLANO

Registro clínico na APS

Método de Registro Tradicional

- Registro Orientado por Dados

Vantagens	Está em acordo com o hábito de registro dos médicos, de modo que não é necessária uma mudança de comportamento, que é difícil.
	É interessante para o trabalho individual de cada clínica especialista em separado.

Registro clínico na APS

Registro Orientado por Dados

Desvantagens:

- Dificuldade de encontrar informações específicas;
- Induzir a repetição de condutas;
- Dificuldade para coleta de dados;
- Pouco foco no cuidado preventivo;
- Abordagem de cada profissional em separado.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Vantagens:

- Facilita o raciocínio clínico;
- Acesso mais claro;
- Inclui problemas de toda a natureza;
- Não segmenta a história do paciente;
- Maior agilidade na consulta.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Desvantagens:

- Redundância de dados;
- Dicotomia Sintoma-Sinal - Troca para HOAP (História / Observações).

Registro orientado para problemas (SOAP)

Identificação:

- Campo que segue como cabeçalho:
- Nome, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, ocupação, etc.

Exemplo

Nome: José Rodrigues Data de nascimento: 22/04/1974 Idade: 44 anos
Logradouro: Rua Fernandes Tourinho, 22

Registro orientado para problemas (SOAP)

Lista de Problemas:

- Fato clínico;
- Sintomas, sinal, diagnóstico, síndrome;
- Não é uma dúvida, pergunta ou negação.

Exemplo:

Lista de problema:

- Problemas ativos: DM insulino-dependente tipo 2, tabagismo, alergia à dipirona
- Problema inativos: Colecistite (Colecistectomia em 2012)

Registro orientado para problemas (SOAP)

Subjetivo:

- Informações relatada e referidas pela pessoa;
- Queixas, sentimentos, ideias, expectativas, história familiar e pregressa relacionada a queixa;
- Subdivisão para cada motivo.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Exemplo

S1: Comparece, com queixa de odinofagia acompanhada e febre não termometrada. Alega ter tomado analgésicos comuns sem melhora. Alega tosse. Nega prostração. Solicita antibiótico.

S2: Controle de doenças crônicas. Traz resultado de exames de acompanhamento. Alega dificuldade de aplicação de insulina. Mostra temor em relação a complicações da doença. Mantém tabagismo, 1 maço por dia.

S3: Em tempo, revela que está desempregado há 3 meses e que isso tem “me-xido com seu orgulho, por não conseguir botar dinheiro em casa”.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Objetivo:

- Informações observadas pelo profissional;
- Achados do exame físico e exame complementar;
- Subdividido para cada problema.

O1: Tax 36,5. Oroscopia com placas amigdalíneas. Presença de linfadenomegalia cervical dolorosa.

O2: Resultados de exames (10/11/2018): HbA1c 9,8%. PA 150/90 mmHg. Fagerstrom 7.

O3: Rastreamento de depressão negativo.

Registro orientado para problemas (SOAP)

Avaliação:

- Conclusões momentâneas;
- Hipoteses e interrogações.

A1: Amigdalite Centor 3

A2: DM descontrolada. Medida de PA elevada (HAS?). Alta dependência de nicotina.

A3: Paciente em situação de vulnerabilidade social?

Registro orientado para problemas (SOAP)

Plano:

- Condutas;
- Medidas terapêuticas, exames solicitados, encaminhamentos, orientações, próximos passos;
- Pode incluir medidas educativas e plano de estudo para o profissional.

Registro orientado para problemas (SOAP)

P1: Prescrevo Amoxicilina 500mg TID por 10 dias. Oriento sobre sinais de alarme. Confiro atestado em saúde.

P2: Oriento sobre MEV. Encaminho para orientação para enfermagem para reforço de orientações sobre uso da insulina. Solicito diário pressórico. Solicito rastreio de LOA. Programo avaliar nível de motivação para cessação de tabagismo em próxima consulta.

P3: Acolho o paciente. Ofereço suporte da Assistente Social da UBS, para qual foi marcada avaliação. Em próxima consulta, verificar se paciente conversou com Assistente Social.

Registro Orientado por Dados	Registro Orientado por Problemas
<p>ID: Maria das Dores Rodrigues, 40 anos</p> <p>QP: Tosse HMA: Paciente hipertensa e diabética com queixa de tosse secretiva de início há 3 semanas, acompanhada de febre não termometrada. Nega perda ponderal. Nega contato com pacientes com diagnóstico de TB. Traz exames solicitados para rastreio de LOA. Alega dificuldade de adesão terapêutica.</p> <p>HP: Diabética e Hipertensa. Apendicite em 2013. Em uso de Insulina 20+0+10, Metformina 500mg BID, Enalapril 20mg BID</p> <p>HF: História familiar negativa para HAS, DM e Tuberculose. Irmã mais velha com diagnóstico de câncer aos 36 anos.</p> <p>HS: Reside em casa com relação morador/cômodo maior que 1. Desempregada.</p>	<p>ID: Maria das Dores Rodrigues, 40 anos</p> <p>LP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ativos: HAS, DM - Inativos: Apendicite (Apendicectomia em 2013), Ex-tabagista (40 maços-ano, cessou em 2010) - M: Insulina 20+0+10, Metformina 500mg BID, Enalapril 20mg BID <p>S1: Queixa de tosse secretiva de início há 3 semanas, acompanhada de febre não termometrada. Preocupada com câncer de pulmão.</p> <p>S2: Controle de doenças crônicas. Traz resultado de exames de rastreio de LOA. Alega dificuldade de adesão terapêutica.</p> <p>S3: Relato de diagnóstico de câncer em irmã (Juceli) aos 36 anos.</p>

Abrir

EF:

- Antropometria: Peso 68. Altura 1,70. IMC 23,5.

- Ectoscopia: Bom estado geral, anictérica, acianótica, hidratada e hipoco-

- ACV: RCR em 2T, sem sopros. PA 138x82. FC 87. SaO2 98.

- AR: SRN sem RA. FR 18.

- AGI: Abdome globoso, indolor à palpação, sem massas ou visceromegalias.

- AGU: Não realizado exame ginecológico. - SN: Não realizado exame neurológico.

AE:

- COONG: Nega otalgia, nega coriza, nega cefaleia, nega dor facial

EC: Resultado de exames

(10/11/2018): HBA1C 9,2% // Cr 1,1 (TFG 76) // RAC 102 // EAS com glicosúria // K 3,9 // Ácido úrico 5,6

O1: SRN sem RA. FR 18. Peso 68. Altura 1,70. IMC 23,5

O2: Resultado de exames (10/11/2018):

HBA1C 9,2% // Cr 1,1 (TFG 76) // RAC 102 // EAS com glicosúria // K 3,9 // Ácido úrico 5,6. PA 138x82. FC 87.

O3: Irmã não realizou teste de BRCA.

HD:

- Tosse crônica a esclarecer
- DM descontrolada. - DRC II.
- Risco aumentado para CA de mama?

A1: Tosse crônica a esclarecer

A2: DM descontrolada. DRC II.

A3: Risco aumentado para CA de mama?

CD: Solicito Radiografia de tórax e BAAR. Reforço orientação sobre MEV. Solicito diário glicêmico. Solicito relatório sobre quadro da irmã. Programa avaliar risco e indicar início e periodicidade de rastreamento de CA de mama.

P1: Solicito Radiografia de tórax e BAAR. Considerar carga tabágica.

P2: Reforço orientação sobre MEV. Solicito diário glicêmico.

P3: Solicito relatório sobre quadro da irmã. Programa avaliar risco e indicar início e periodicidade de rastreamento de CA de mama.

Conclusão

Por em prática