



Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Medicina da Bahia
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808
Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico



Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE)

Antonio Alberto Lopes*

2020.1

* *Professor Titular, Livre-Docente de Clínica Médica/Nefrologia da Faculdade de Medicina da Bahia e Chefe do Núcleo de Epidemiologia Clínica e Medicina Baseada em Evidências do Complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia*
PhD em Ciência Epidemiológica e Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos; Mestre em Medicina Interna pela UFBA.

Tabela do Conteúdo

I - INTRODUÇÃO	1
II - CONCEITO DE PROBLEMA NO PRONTUÁRIO ORIENTADO POR PROBLEMAS E EVIDÊNCIAS (POPE)	2
III - CLASSIFICAÇÃO DO PROBLEMA QUANTO À SITUAÇÃO	3
IV - ITENS DO POPE	3
Lista Atualizada de Problemas da Folha de Frente do POPE	4
Observação Clínica da Admissão e a Lista Inicial de Problemas e Possibilidades Diagnósticas.....	4
Planos de Ações.....	5
Notas de Evolução no modelo SOAP	5
Sumário de Alta / Óbito / Transferência	5
V - EXEMPLO DO USO DO POPE	6
VI - O QUE SE DEVE EVITAR NO USO DO POPE	14
VII - COMENTÁRIOS FINAIS	14
VIII - REFERÊNCIAS	14

I - INTRODUÇÃO

O prontuário do paciente é um importante instrumento para a qualidade dos cuidados ao paciente e o ensino em saúde^{1, 2}. Quando é bem organizado o prontuário do paciente se constitui em uma fonte importante de informação, de reflexões e questionamentos sobre as melhores condutas a serem adotadas. Infelizmente os prontuários de pacientes usados em muitos serviços de saúde no Brasil, inclusive em instituições de ensino, são ineficientes como instrumento para a melhoria da qualidade dos cuidados com os pacientes e para o ensino em saúde. Um modelo de prontuário eficiente deve propiciar uma ligação de eventos relevantes visando determinar o que deve ser feito em um dado momento, particularmente após longos períodos de acompanhamento de pacientes internados ou ambulatoriais.

Reconhecendo as limitações do prontuário do paciente para o ensino e a assistência, Lawrence Weed propôs na década de 1960 um modelo de prontuário que é atualmente adotado em diversos centros de saúde de todo o mundo^{3, 4}. O termo originalmente utilizado por Weed para o modelo proposto de prontuário foi *Problem-Oriented Record*⁵. O termo **Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE)** visa destacar a importância da evidência clínica e científica na definição da lista de problemas e a relação do modelo de prontuário com as práticas de Saúde Baseadas em Evidências. A publicação dos artigos sobre o modelo de prontuário proposto por Weed precedeu em décadas o movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE)³⁻⁵. O movimento da MBE se expandiu para as áreas de saúde de modo geral justificando termos como Saúde Baseada em Evidências, Cuidados de Saúde Baseados em Evidências e Práticas em Saúde Baseadas em Evidências³⁻⁵. O prontuário idealizado por Weed vem sendo aprimorado ao longo de décadas e se agrega às práticas de Saúde Baseadas em Evidências como um natural aliado.

Os pontos mais relevantes do POPE são a **LISTA DE PROBLEMAS** que funciona como a Tabela de Conteúdo do prontuário do paciente e as **NOTAS DE EVOLUÇÃO NO MODELO SOAP** (S=dados subjetivos, O=dados objetivos, A=avaliação, P=planos). O uso adequado do POPE deve contribuir para o aprimorar o raciocínio clínico e melhorar os cuidados aos pacientes⁶⁻⁸.

O presente versão (2019) do manual do POPE é fruto de sucessivas modificações desde a primeira versão usada para o ensino de raciocínio clínico na década de 1990⁹. Neste manual são descritos os itens que compõem o POPE e mostrados exemplos do uso do POPE em paciente internado e ambulatorial. Em seguida é descrito o conceito de problema cujo entendimento é fundamental para o uso eficiente do POPE.

II - Conceito de Problema no Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE)

No POPE, o problema representa o **limite de certeza** propiciado pela evidência disponível e deve ser algo **relevante**³. O problema frequentemente é derivado de um agrupamento (**síntese**) de achados, mas pode ser um achado, tipo um sinal clínico (ex., volumosa esplenomegalia como achado isolado não permitindo identificar com certeza a síndrome ou a doença), um achado laboratorial (ex., hipercalemia necessitando vigilância ou conduta terapêutica ou avaliação diagnóstica) ou um sintoma relevante (ex., dor retroesternal que não permite inicialmente a certeza se é devido a angina, infarto do miocárdio, pericardite ou outra causa). O conceito de Problema no contexto operacional deve ser entendido como o que necessita de **ação específica**, visando o diagnóstico (lembrando que o **diagnóstico de certeza** se constitui em um problema)¹⁰, tratamento ou prevenção. O problema pode permitir decisões de tratamento antes da certeza definitiva do diagnóstico e de sua natureza etiológica.

Para ajudar a demonstrar o conceito de problema e introduzir a feitura da lista de problemas conforme usado no POPE, vamos tomar como exemplo um homem de 60 anos de idade procedente do interior da Bahia que referiu 6 meses de dispneia inicialmente aos grandes esforços que evoluiu para dispneia em repouso. Ao exame físico foi observado pressão arterial de 130/85 mmHg, pulso regular com 104 bpm. Ausculta do coração revelou 3ª bulha e ausência de sopros. Na ausculta respiratória foram observados estertores crepitantes em bases pulmonares. Apresentava hepatomegalia com dor a palpação, refluxo hepatojugular e edema de MMII até os joelhos. A hemoglobina sanguínea encontrava-se em 14 g/dL, ureia sérica de 80 mg/dL e creatinina sérica de 2,4 mg/dL. Considerando **síntese**, **certeza** e **relevância clínica**, dois problemas deverão fazer parte da lista do POPE no presente exemplo: 1) **Insuficiência Cardíaca Congestiva** e 2) **Insuficiência Renal**. A taquicardia com 104 bpm e ritmo regular não é um achado relevante o suficiente para ser incluído na lista de problemas. O problema é rotulado como insuficiência cardíaca porque ao considerar o conjunto de achados é possível estabelecer com certeza o diagnóstico desta síndrome que é sem dúvida relevante para orientar condutas posteriores. **Insuficiência Cardíaca Congestiva** é definida como um dos problemas em lugar de listar como problemas uma longa lista de achados representada por dispneia, 3ª bulha, estertores crepitantes, hepatomegalia dolorosa, refluxo hepatojugular e edema de membros inferiores. Os achados iniciais não permitem, no entanto, estabelecer com certeza a causa da insuficiência cardíaca. As possíveis causas da insuficiência cardíaca são classificadas inicialmente como suspeitas diagnósticas. Se for possível concluir na evolução que a causa da insuficiência cardíaca é cardiopatia isquêmica, então o problema poderá ser definido em um nível mais alto de certeza, passando a ser denominado insuficiência cardíaca congestiva secundária a cardiopatia

isquêmica em lugar de insuficiência cardíaca congestiva. Quanto a **Insuficiência Renal**, é plausível suspeitar que é devido a isquemia tissular provocada pela insuficiência cardíaca, mas como não é possível concluir com certeza sobre a causa da insuficiência renal, ou se é aguda ou crônica, o problema deve ser descrito, inicialmente, apenas como insuficiência renal. Ademais, ainda que a Insuficiência Renal possa ser atribuída à baixa perfusão renal por conta da insuficiência cardíaca, ela pode exigir ações específicas, caracterizando-se como um problema diverso da Insuficiência Cardíaca.

III - Classificação do Problema Quanto à Situação

Quanto à situação em determinado momento o problema é classificado no POPE como **ativo** ou **resolvido/inativo**. **Problema ativo** é o que necessita de atenção contínua dos profissionais de saúde envolvidos com os cuidados ao paciente, ou que cause algum tipo de desconforto ao doente. Um problema representado por doença crônica que continua presente apesar de tratamento como diabetes mellitus e hipertensão arterial deve ser sempre considerado ativo mesmo que controlado.

O termo **problema resolvido** se aplica para problema que foi solucionado e por isso não precisa de acompanhamento. Como exemplo, na situação de um paciente com pneumonia pneumocócica considerada curada após tratamento antimicrobiano e um período adequado de observação, o problema inicialmente ativo evoluiu para resolvido. O termo **problema inativo** se aplica para problema com risco de recidiva ou complicação, mas que não causa incômodo ao paciente, não requer vigilância contínua, avaliação periódica e qualquer outra ação médica no momento. Um exemplo é a hérnia umbilical de um paciente que foi reparada cirurgicamente e não mostrou sinais de recidiva após meses ou anos de acompanhamento.

IV - Itens do POPE

O Quadro 1 mostra os itens do POPE na sequência em que aparecem no prontuário.

Quadro 1. Itens do POPE no Prontuário do Paciente Internado

1. Lista Atualizada de Problemas na Folha de Frente do POPE
2. Observação Clínica da Admissão seguida da Lista Inicial de Problemas/ Possibilidades Diagnósticas e da Descrição do Raciocínio Clínico (Formulação Diagnóstica)
3. Planos Orientados pelos Problemas
 - 3.1 Diagnóstico
 - 3.2 Terapêutico
 - 3.3 Educacional
4. Notas de Evolução, seguindo o contexto SOAP *
5. Sumário de Alta / Óbito / Transferência

*SOAP S=dados **subjetivos**, O=dados **objetivos**, A=avaliação, P=planos

Lista Atualizada de Problemas da Folha de Frente do POPE

A Folha de Frente do POPE é representada por uma lista atualizada de problemas. A inclusão dos problemas na folha de frente do POPE considerando os critérios de síntese e relevância para o diagnóstico, tratamento ou prevenção favorece que condutas mais adequadas sejam adotadas para os pacientes¹¹. A lista de problemas deve ser atualizada quando um novo problema é detectado, quando um problema ativo evolui para resolvido/inativo e quando um problema pode ser descrito em um nível mais alto de certeza considerando novas evidências, exemplo: o problema inicialmente denominado febre prolongada de etiologia obscura passa a ser denominado tuberculose após comprovação do diagnóstico. **É importante observar que a numeração do problema não deve ser modificada.**

Observação Clínica da Admissão e a Lista Inicial de Problemas e Possibilidades Diagnósticas

No POPE os dados de anamnese e exame físico da **Observação Clínica da Admissão** são descritos no formato convencional. Em seguida a descrição dos dados de anamnese e exame físico são descritas a **Lista Inicial de Problemas e Possibilidades Diagnósticas**. Quando o problema não é o diagnóstico deve ser listadas ao lado do problema as possibilidades diagnósticas para o problema. Além do **critério probabilístico** (possibilidades diagnósticas mais prováveis) é importante observar o **critério prognóstico** e em algumas situações deve ser observado o **critério pragmático**¹⁰. O critério prognóstico é usado quando o problema levanta a possibilidade de doenças que podem gerar graves sequelas ou morte quando não diagnosticadas e tratadas precocemente. O critério pragmático se refere a situações que as possibilidades diagnósticas mais prováveis são todas doenças fatais não são responsivas a tratamento, mas uma doença específica é considerada como possibilidade diagnóstica, apesar de não apresentar os achados mais frequentes por ser reconhecidamente responsiva a tratamento. Um exemplo, é a situação que tuberculose disseminada é lembrada por ser a doença com possibilidade de resposta ao tratamento apesar de não parecer a probabilidade diagnóstica mais provável .

Em seguida a lista de problemas e possibilidades diagnósticas, uma **Descrição do Raciocínio Diagnóstico (Avaliação Diagnóstica)** deve ser feita com argumentação racional para justificar as possibilidades diagnósticas consideradas inicialmente como causas dos problemas e a avaliação inicial através de testes diagnósticos e, em alguns casos, conduta terapêutica mais imediata¹². Na descrição do raciocínio diagnóstico é interessante iniciar com um sumário de uma sentença destacando principais problemas e achados do caso¹³. Este processo denominado representação do problema contribui para uma maior reflexão sobre a situação clínica, contribuindo

para reduzir o risco de conclusão prematura da causa do problema que é considerada a causa principal de erro cometido na prática médica¹⁴.

Planos de Ações

Neste item são informados os planos diagnósticos, terapêutico e educacional tomando por base os problemas ativos. No plano educacional deve ser mencionado os esclarecimentos e as orientações prestadas ao paciente e/ou familiares, bem como medidas instrucionais a serem tomadas para a preservação da saúde dos demais membros da equipe de cuidados e da comunidade de origem do paciente.

Notas de Evolução no modelo SOAP

As notas de evolução diárias (ou periódicas) são orientadas pelos problemas ativos do paciente e descritas seguindo o contexto denominado **SOAP**. Conforme mencionado anteriormente, cada letra da sigla SOAP se refere a um dos quatro aspectos fundamentais das notas de evolução, ou seja os **dados subjetivos (S), os dados objetivos (O), a avaliação (A) e os planos (P)**. Os dados subjetivos (S) compreendem as queixas dos pacientes e informações fornecidas pelos parentes ou acompanhantes. Os dados objetivos (O) incluem os achados de exame físico e os achados de exames complementares. A avaliação (A) se refere às conclusões sobre a situação do paciente (melhorou, não modificou ou agravou) e os pensamentos relativos ao diagnóstico após reanalisar os achados subjetivos e objetivos, compondo um racional para o entendimento da evolução. Os planos (P) incluem os exames visando o diagnóstico (**plano diagnóstico**), medicamentos adicionados, modificação de doses ou retirada de itens da terapêutica (**plano terapêutico**) e as informações prestadas aos pacientes e familiares visando orientação e educação (**plano educacional**).

Sumário de Alta / Óbito / Transferência

O sumário de alta ou transferência tem o objetivo de facilitar o acompanhamento do paciente e oferecer apoio para decisões quando o paciente retornar ao ambulatório ou for novamente hospitalizado ou transferido para outra unidade de saúde. O sumário de alta ou transferência deve informar sobre a evolução dos problemas, as conclusões diagnósticas e o que foi planejado para após a alta hospitalar. Em caso de óbito hospitalar deve ser feito o sumário do óbito também orientado pelos problemas.

V - Exemplo do Uso do POPE

O exemplo do uso do POPE em enfermagem é de um paciente jovem, com febre prolongada, hepatoesplenomegalia e anemia que é internado para esclarecimento do diagnóstico e tratamento. Em seguida são mostrados dados do exame clínico da admissão do paciente no hospital.

Exame Clínico da Admissão

Data da Observação: 14/04/2014; Hora: 15:00 h; **Registro:** :XXXXXX

Dados de Identificação: XXXX da XXXX XXXX, 25 anos, sexo masculino, mulato claro, morador de Jequié, solteiro, lavrador, católico, nível educacional fundamental incompleto.

Informante - O paciente; **Grau de informação** – Regular;

Queixa Principal - Febre há 4 meses.

História da Doença Atual - Informa que estava bem, trabalhando normalmente, quando começou a observar nos últimos quatro meses, nos finais de tarde, febre sem calafrios, que persistia até o momento de dormir. Notou que perdeu algum peso nos últimos 3 meses de doença. No início da doença continuou trabalhando na lavoura, porém nos último mês tem permanecido quase todo o dia no leito. Há 10 dias procurou médico que solicitou exames e o encaminhou para internamento hospitalar. Negou episódios de sangramentos, tosse, diarreia e icterícia. Negou contato com portadores de doença febril ou doença pulmonar. Refere que durante vários anos tomou banhos em um córrego perto da sua casa. Apresentou no momento da admissão exames realizados na semana anterior em Jequié que demonstraram Leucograma - 6500, eosinófilos-2%, bastões- 8%, segmentados - 65%, linfócitos -25%; hematócrito - 27%; hemoglobina -8g/dL; ureia-87mg/dL; creatinina-3,5mg/dL; exame da urina: proteína (++) , 12 leucócitos e 8 hemácias por campo.

Antecedente Médico - Em 2008 foi submetido a uma cirurgia para correção de hérnia umbilical.

Antecedentes Familiares - Pai morreu aos 50 anos subitamente. Mãe e seis irmãos vivos, com aparente saúde. Informou que 4 irmãos morreram antes de um ano, não sabendo a causa dos óbitos.

História Social - Pai de 2 filhos, com 2 e 3 anos e o que ganha não é suficiente para alimentá-los.

Exame Físico - Diminuição de massa muscular e aspecto de doente crônico. Pulso com 90 bpm, rítmico; pressão arterial -100/70 mm Hg deitado e 85/60 mm Hg em pé; temperatura axilar-37,8°C; peso-43 Kg; altura-1,50 m. Pele e mucosa - ausência de sangramentos e de teleangiectasias, turgor diminuído, palidez (++) , anictérico; linfonodos cervicais medindo aproximadamente 0,6 cm, elásticos. Aparelho Circulatório- Sopro mesosistólico (++)/VI nos focos mitral e pulmonar. Aparelho Respiratório-normal. Abdome-figado palpável a 3 cm do rebordo costal direito e 11 cm do apêndice xifóide, superfície lisa, resistente, indolor com dimensão estimada de 13 cm ao nível da linha médio clavicular; baço palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo, ausência de sinais de ascite; cicatriz em

torno do umbigo correspondendo à cirurgia já referida. Genitália-normal. Extremidades-ausência de eritema palmar e baqueteamento digital. Exame Neurológico-lúcido, orientado, ausência de *asterixis*.

Problemas e Possibilidades Diagnósticas[†]

Problemas Ativos

1-*Febre Prolongada* (início: Jan 2014)

2-*Hepatoesplenomegalia* (detectada: 14/04/14)

3- *Anemia* (detectada em 08/04/14)

4-*Insuficiência Renal* (detectada em 08/04/14)

Problema Resolvido / Inativo

5- *Hérnia umbilical operado em 2008*

Suspeitas Diagnósticas

1. *Enterobacteriose Septicêmica Prolongada* (principalmente *Salmonelose Septicêmica Prolongada*) associada com *Esquistossomose*
2. *Calazar*
3. *Afastar linfoma* (particularmente *linfoma não Hodgkin*) e *tuberculose* se as investigações iniciais não confirmarem *enterobacteriose* ou *calazar*
 - *Anemia secundária a P1 / P2*
 - *Insuficiência renal pré-renal*

Descrição do Raciocínio Diagnóstico (Formulação Diagnóstica) - Paciente jovem,

procedente de zona rural da Bahia, com febre de longa duração, hepatoesplenomegalia volumosa e anemia. Tomando por base a combinação destes achados as etiologias consideradas inicialmente como mais prováveis são *Enterobacteriose Septicêmica Prolongada* (particularmente *Salmonelose*) e *Calazar*. A ausência de leucopenia é um dado que contribui para reduzir a probabilidade de *calazar* e aumentar a probabilidade de *enterobacteriose septicêmica prolongada*. A forma hepatoesplênica da *esquistossomose* isoladamente não explica a febre prolongada, mas deve ser considerada como fator predisponente para *enterobacteriose septicêmica prolongada* em um paciente procedente de zona rural da Bahia. Outra causa de febre com hepatoesplenomegalia é *linfoma não Hodgkin*, porém a ausência de gânglios palpáveis com características patológicas é um dado que contribui para reduzir a possibilidade de *linfoma*. Por ser uma das principais causas de febre prolongada *tuberculose* deve ser considerada, porém isoladamente não explica a hepatoesplénomelia volumosa. No presente caso a concomitância de *tuberculose* e a forma hepatoesplênica da *esquistossomose* é uma possibilidade que deve ser também considerada e assim como *linfoma* deve ser investigada se os dados laboratoriais iniciais não confirmarem o diagnóstico de *Enterobacteriose Septicêmica Prolongada* ou *Calazar*. A insuficiência renal pode ser pré-renal (ou seja funcional), portanto facilmente reversível com tratamento. Esta possibilidade de insuficiência renal funcional é apoiada pela queda da pressão arterial ao se levantar, o que indica hipovolemia. No entanto, a possibilidade de insuficiência renal por doença parenquimatosa não pode ser afastada, particularmente se considerarmos que a creatinina encontra-se superior a 3,0 mg/dL. A presença de proteinúria, hematúria e leucocitúria pode ser causada por nefrite

[†] Observar que a lista inicial de problemas mostrada na folha de frente do prontuário deverá ser lista a lista de problemas que segue a observação inicial, inclusive mantendo a ordem dos problemas e a numeração.

intersticial bacteriana no curso de bacteremia, não podendo afastar glomerulonefrite crônica associada à esquistossomose.

Planos de Ações

Plano Diagnóstico

Problemas 1 (Febre Prolongada) e 2 (Hepatoesplenomegalia) – Avaliar possibilidade de **Salmonelose** ou outra causa de **Enterobacteriose Septicêmica Prolongada** associada com esquistossomose e a possibilidade de **Calazar**.

Problemas 3 (Anemia). Avaliar se a anemia pode ser totalmente explicada pela(s) doença(s) causadora(s) dos problemas 1 e 2.

Problemas 4 (Insuficiência Renal). Avaliar a possibilidade de insuficiência pré-renal. Considerar a possibilidade de necrose tubular aguda e nefrite intersticial por infecção caso não recupere a função renal com expansão de volume.

Exames solicitados: Visando as suspeitas para os problemas 1 serão coletadas amostras de sangue para hemoculturas em meios específicos para piogênicos e salmonela e solicitados hemograma, proteínas totais e frações, formol-gel, reação de Widal, exames parasitológicos das fezes para investigar principalmente a possibilidade de *S. mansoni* que pode estar associada com Enterobacteriose Septicêmica Prolongada. Considerar mielograma para investigar Calazar se a hemocultura e demais dados não forem conclusivos para Enterobacteriose Septicêmica Prolongada.

Para o problema 3 (anemia) complementar a avaliação para os problemas 1 e 2 com morfologia de hemácias e reticulócitos. Para o problema 4 solicitar sódio plasmático, ureia, creatinina, potássio, exame de urina, sódio urinário.

Plano Terapêutico (Inicial)

Problema 1 (Febre Prolongada) - Iniciar ciprofloxacina após as coletas de sangue para hemoculturas. Poderá ser tratado posteriormente com praziquantel caso os dados laboratoriais corroborem o pensamento de Enterobacteriose Septicêmica Prolongada associada a Esquistossomose.

Problema 4 - Hidratação com soro fisiológico.

Plano Educacional

Explicamos a necessidade de realizarmos várias coletas de sangue nas próximas 24 horas e a possibilidade de passar de 10 a 20 dias internado.

Mesmo não sendo identificado parasitos no exame de fezes, o paciente será orientado sobre os cuidados higiênicos para diminuir o risco de adquirir parasitose intestinal.

Quadro 2. Folha de Frente do Prontuário

FOLHA DE FRENTE DO POPE - LISTA DE PROBLEMAS

Nome do Paciente: XXXXXXX XXXXXX XXXXXX

Matricula: 999999999

Data de Nascimento: 20/03/1989

Sexo: mas fem

Nº	NOME DO PROBLEMA Considerar certeza, síntese e relevância Não Usar Siglas	Situação/Data do Problema	
		Ativo	Resolvido/ Inativo
1	Febre Prolongada	Jan 2014	
2	Hepatoesplenomegalia	14/4/2014	
3	Anemia	8/4/2014	
4	Insuficiência Renal	8/4/2014	
5	Hérnia Umbilical (Operado)		2008

O Quadro 2 representa a Folha de Frente do Prontuário logo após a admissão hospitalar. A lista da folha de frente do prontuário é inicialmente similar a lista da observação clínica inicial. No entanto, a lista de problemas na Folha de Frente do Prontuário deve ser atualizada no caso de detecção de novos problemas, modificação da situação de problemas (ex., ativo para resolvido), elevação do problema para um nível mais alto de certeza ou comprovação de um diagnóstico. No caso de comprovação do diagnóstico final o nome do problema será o próprio diagnóstico final.

Notas de Evolução

Dados das notas de evolução no formato SOAP são mostrados no Quadro 3. Em 22/04 o problema 4, "Insuficiência Renal", passou a ser denominado de Insuficiência Renal Aguda após se verificar a rápida recuperação da função renal seguindo a hidratação venosa. A positividade da hemocultura para salmonela e resposta do paciente ao tratamento permitiram também modificar o nome do problema de Febre Prolongada para Salmonelose Septicêmica Prolongada.

Quadro 3. Notas de Evolução em 22/04/2014

Data: 22/04/2014 Hora 8:00 h

Problema 1- **Febre Prolongada -> Salmonelose Septicêmica Prolongada**

Problema 4 - **Insuficiência Renal Aguda**

- | | |
|----------|--|
| S | Refere que não sente febre. Diz se sentir curado e quer retornar para casa.. |
| O | Pulso-75bpm; PA-110/75 mm Hg, temperatura axilar-36,6°C (Observação de enfermagem - apirético durante as 24 horas). Hemocultura- <i>Salmonella sp</i>
Diurese nas 24 horas 1250 ml. Ureia-30 mg/dL, Creat-1,1 mg/dL. |
| A | Confirmado o diagnóstico de Salmonelose Septicêmica Prolongada. Três dias sem febre. Reversão da insuficiência renal com hidratação, dado consistente com o diagnóstico de insuficiência pré-renal devido a hipovolemia. |
| P | Manter ciprofloxacina 1 g/dia (8º dia). Foi informado que será observada a evolução por mais alguns dias quando deverá ter alta e marcado o retorno para o ambulatório. |

Em relação ao prontuário convencional, prontuários com notas de evolução descritas no formato do SOAP contém, em geral, uma descrição mais sucinta porém com maior riqueza de dados referentes à situação dos problemas, às conclusões diagnósticas e aos planos. As notas de evolução no modelo SOAP devem estimular reflexões e questionamentos de quem lida com o prontuário, além de possibilitar um melhor entendimento das razões das condutas adotadas no dia a dia. Conforme mostrado no Quadro 3, **não é necessário listar todos os problemas do paciente nas notas de evolução diária no modelo SOAP.** Os problemas listados nas notas de evolução são aqueles considerados mais relevantes em determinado momento, ou seja, problemas ativos que merecem citação em algum dos quatro itens do SOAP, particularmente nos itens avaliação (A) e plano (P). Na nota de evolução do dia 22/04, por exemplo, foram listados apenas dois problemas, a Salmonelose Septicêmica Prolongada (problema inicialmente denominado Febre Prolongada) e a Insuficiência

Renal Aguda. Em uma situação que o paciente for examinado por um médico plantonista devido a uma intercorrência grave relacionada com algum problema, por exemplo, um episódio de taquicardia paroxística com frequência de 180 bpm associada com hipotensão pode ser suficiente referir nas notas de evolução apenas este problema. Se for um novo problema relevante como este do exemplo, então deverá ser incluído na lista de problemas da folha de frente do prontuário. O mesmo se aplica para respostas a consultas visando problemas específicos.

No Quadro 4 é mostrada a folha de frente do POPE após ser atualizada devido a aumento do nível de certeza do problema 1 e do problema 2 e inclusão de esquistossomose como novo problema devido a identificação da presença de ovos de *S. mansoni* no exame de fezes. Esquistossomose recebeu o número 6 pois o último problema descrito no prontuário foi o de número 5.

Quadro 4. Folha de Frente do POPE

FOLHA DE FRENTE DO POPE LISTA DE PROBLEMAS			
Nome do Paciente: <u>XXXXXXX XXXXXX XXXXXX</u>		Matricula: 999999999	
Data de Nascimento: 20/03/1989		Sexo: [X] mas []fem	
Nº	NOME DO PROBLEMA	Situação/Data do Problema	
		Ativo	Resolvido/ Inativo
1	Febre Prolongada -> <u>Salmonelose Septicêmica Prolongada</u>	Jan 2014	
2	Hepatoesplenomegalia	14/4/2014	
3	Anemia	8/4/2014	
4	Insuficiência Renal Aguda	8/4/2014	
5	Hérnia Umbilical (Operado)		2008
6	Esquistossomose	16/4/2014	

Sumário de Alta

No Quadro 5 é mostrado o sumário de alta do paciente. Este sumário é importante para orientar quem irá atender o paciente no futuro (no ambulatório ou em outro internamento) quanto ao prosseguimento de investigações, tratamento e orientações para o paciente. No caso presente o paciente foi orientado a retornar ao ambulatório do hospital.

No retorno deste paciente ao ambulatório a evolução deve continuar sendo orientada pelos problemas, no contexto do SOAP e contemplando a lista iniciada na enfermaria com manutenção dos números definidos para cada um dos problemas.

Quadro 5. Sumário de Alta**XX, 25 anos, mas., procedente de Jequié. Internamento: 14/04/14; alta: 25/04/14; Hora: 14:00 h****Problemas Ativos ou que evoluíram de ativo para resolvido/inativo neste Internamento**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Salmonelose Septicêmica Prolongada | 2. Hepatoesplenomegalia |
| 3. Anemia | 4. Insuficiência Renal Aguda |
| 6. Esquistossomose | |

Problemas Inativo/Resolvido antes do Internamento:

- 5. Hérnia umbilical (Operado) em 2008**

S	Foi internado em 14/04/2014 com 4 meses de febre.
O	Apresentava sinais de desidratação e hepatoesplenomegalia . Hemocultura – isolou <i>Salmonella sp.</i> Exames laboratoriais dias antes do internamento: hematócrito-27% e hemoglobina-8g/dL , Ureia-87mg/dL; Creatinina-3,5mg/dL ; S.Urina-prot(++), 12 leucócitos por campo, 8 hemácias/ campo. Morfologia de hemácias - normocromia e normocitose. Exame de fezes – <i>S.mansoni</i>
A	Os dados permitiram concluir que a febre de longa duração foi devido a Salmonelose Septicêmica Prolongada, provavelmente propiciada pela presença da forma hepatoesplênica da esquistossomose. A esquistossomose foi comprovada, mas não é possível afirmar o diagnóstico da forma hepatoesplênica da esquistossomose. O paciente foi tratado com ciprofloxacina para a salmonelose e praziquantel após o diagnóstico de esquistossomose pelo exame de fezes. Ocorreu redução pronunciada da hepatoesplenomegalia com o tratamento. Observou-se também melhora da anemia durante o tratamento da salmonelose, mas outras causas de anemia além de infecção crônica, particularmente deficiência de ferro, devem ser investigadas. A evolução da insuficiência renal permitiu concluir o diagnóstico de insuficiência renal aguda. Possivelmente a insuficiência renal foi devido, ou propiciada, pela desidratação.
P	Explicamos sobre a importância do retorno ao ambulatório. Solicitamos hemograma e ferritina sérica. O paciente deverá ser visto no retorno ao ambulatório no dia 02/05/2014.

Atendimento Ambulatorial (Retorno Pós-Hospitalização)

Os dados se referem ao dia do retorno do paciente ao ambulatório após a alta hospitalar. Antes de atender o paciente, o médico residente, iniciante no serviço, leu o resumo de alta e a folha de frente do prontuário de enfermagem e ficou sabendo que o doente teve alta com o diagnóstico comprovado de Salmonelose Septicêmica Prolongada. Ficou também sabendo que a anemia precisava ser reavaliada. No Quadro 6 são mostrados os dados do atendimento ambulatorial.

Quadro 6 – Dados do Atendimento Ambulatorial

Data: 02/05/2014; Hora: 10 h

Problema 1 - Salmonelose Septicêmica Prolongada**Problema 3 - Anemia**

S	Não apresentou febre desde a alta. Sente-se bem disposto.
O	Pulso - 70bpm; PA-110/80mmHg(deitado e em pé). mucosas descoradas(+); Aparelho Circulatório-Normal; Abdome-Fígado 2 cm do rebordo costal direito e 8 cm do apêndice xifóide, liso, resistente, indolor; Baço-1 cm abaixo do rebordo costal esquerdo. Hemoglobina -11,0g/dL.
A	Encontra-se bem. Evolução esperada para Salmonelose Septicêmica Prolongada. Menor a dimensão de fígado e baço. Aumento dos níveis de hematócrito e hemoglobina.
P	Considerando o fato do paciente nunca ter usado anti-helmínticos, com exceção do praziquantel, foi prescrito mebendazole. Solicitado hemograma, ferritina, capacidade de fixação de ferro, índice de saturação de ferro, parasitológico de fezes e sumário de urina. Evolução compatível com resolução do Problema 1: Salmonelose Septicêmica Prolongada. Retornar após 2 meses.

O paciente retornou em 04/07/2014 para novo atendimento ambulatorial. O Quadro 7 representa a folha de frente do prontuário com atualização da situação dos problemas em julho de 2014.

Quadro 7 - Folha de Frente Atualizada no Atendimento Ambulatorial**FOLHA DE FRENTE DO POPE
LISTA DE PROBLEMAS**Nome do Paciente: XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX

Matricula: 999999999

Data de Nascimento: 20/03/1989

Sexo: [X] mas [] fem

Nº	NOME DO PROBLEMA (Considerar certeza, síntese e relevância)	Situação/Data do Problema	
		Ativo	Resolvido/ Inativo
1	Febre Prolongada -> <u>Salmonelose Septicêmica Prolongada</u>	Jan 2014	02/05/14
2	Hepatoesplenomegalia	14/4/2014	
3	Anemia	8/4/2014	04/07/14
4	Insuficiência Renal Aguda	8/4/2014	25/04/14
5	Hérnia Umbilical (Operado)		2008
6	Esquistossomose (ovos de <i>S.mansoni</i> no exame de fezes)	16/4/2014	

Imagine que o paciente é novamente internado em setembro de 2019 com diagnóstico confirmado de síndrome nefrótica que se constitui no problema mais relevante naquele momento. Como a lista constava de 6 problemas a síndrome nefrótica recebe o número 7, embora se constitua no problema que mereça a maior atenção visando ações visando diagnóstico e tratamento. É importante que os números sejam mantidos em sequência para que problemas não sejam esquecidos e para uma abordagem mais completa e o entendimento do estado de saúde do paciente. A folha de frente do POPE atualizada em 2019 é mostrada no Quadro 8.

Quadro 8 - Folha de Frente Atualizada em 2019 na Época da Segunda Hospitalização**FOLHA DE FRENTE DO POPE: LISTA DE PROBLEMAS**Nome do Paciente: XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX

Matricula: 999999999

Data de Nascimento: 20/03/1989

Sexo: [X] mas [] fem

Nº	NOME DO PROBLEMA (Considerar certeza, síntese e relevância)	Situação/Data do Problema	
		Ativo	Resolvido/ Inativo
1	Febre Prolongada -> <u>Salmonelose Septicêmica Prolongada</u>	Jan 2014	02/05/14
2	Hepatoesplenomegalia	14/4/2014	
3	Anemia	8/4/2014	04/07/14
4	Insuficiência Renal Aguda	8/4/2014	25/04/14
5	Hérnia Umbilical (Operado)		2008
6	Esquistossomose (ovos de <i>S.mansoni</i> no exame de fezes)	16/4/2014	
7	Síndrome Nefrótica	Sep 2019	

Conforme mostrado no exemplo referente ao primeiro internamento, depois da descrição dos dados clínicos (anamnese e exame físico) é mostrada a lista de Problemas e Possibilidades

Diagnósticas. A nova lista é diferente da inicial devido ao acréscimo de novos problemas e a situação dos problemas. Importante observar que na nova lista o problema que deve encabeçar a lista é o número 7, ou seja Síndrome Nefrótica. Após a lista de problemas e possibilidades diagnósticas, descrever a formulação diagnóstica e os planos (diagnóstico, terapêutico e educacional).

Problemas e Possibilidades Diagnósticas[‡]

Problemas Ativos	Número na lista	Suspeitas Diagnósticas
<i>Síndrome Nefrótica (confirmada: Set 2019)</i>	7	<i>A principal suspeita da nefropatia causadora da síndrome nefrótica é uma das glomerulopatias associadas a esquistossomose (membranoproliferativa ou glomeruloesclerose segmentar e focal)</i>
<i>Hepatoesplenomegalia (detectada em 03/2014)</i>	2	<i>Hepatoesplenomegalia provavelmente explicada pela esquistossomose.</i>
<i>Esquistossomose (Ovos de S.mansoni nas fezes)</i>	6	
<u>Problema Resolvido / Inativo (Número-Nome)</u>		
<i>Salmonelose Septicêmica Prologada (2014)</i>	1	
<i>Anemia (detectada e resolvida em 2014)</i>	3	<i>Foi atribuída ao Problema 1</i>
<i>Insuficiência Renal Aguda (em 2014) P4 na lista</i>	4	<i>Foi atribuída a desidratação</i>
<i>Hérnia umbilical operado em 2008 P5 na lista</i>	5	

Segue exemplo de uma nota de evolução no modelo SOAP do novo internamento. Observe que não é necessário listar todos os problemas que estão listados na folha de frente do prontuário. No exemplo, as notas no SOAP no dia 02/10/19 são voltadas para o problema 7 (Síndrome Nefrótica) por ser o que precisa de ações visando o diagnóstico e tratamento.

Data: 02/10/2019; Hora: 7 h

Síndrome Nefrótica

S Interrogar queixas relacionadas com o problema atual (síndrome nefrótica) e potenciais complicações relacionadas (exemplo: preocupação com sintomas relacionados com infecção que é frequente em pacientes com síndrome nefrótica).

O Dados de Exame Físico e novos dados laboratoriais ou evolutivos que possam estar relacionados com decisões diagnósticas, de tratamento e complicações relacionadas com o problema.

A Atualizar a sua avaliação com os novos dados e a situação do paciente. Exemplo: resposta ao tratamento, modificação do pensamento sobre o diagnóstico, comprovação do pensamento inicial. Se a biopsia renal demonstrar glomeruloesclerose segmentar e focal, como passaria a denominar o Problema 7? Em algumas situações considerar problemas prévios, embora não seja, os que requerem cuidados no momento (Exemplo: O paciente teve diagnóstico de esquistossomose. Será que tem relação com o tipo de glomerulopatia causando a síndrome nefrótica?).

P Plano para o diagnóstico e tratamento. Considerar efeitos adversos de medicamentos usados. No exemplo, síndrome nefrótica requer consulta com a nefrologia.

[‡] Observar que a lista inicial de problemas mostrada na folha de frente do prontuário deverá ser lista a lista de problemas que segue a observação inicial, inclusive mantendo a ordem dos problemas e a numeração.

VI - O Que se Deve Evitar no Uso do POPE

Embora se reconheça que a proposta do POPE representa um avanço para o registro de informações, alguns pontos devem ser observados para a eficiência deste instrumento no cuidado aos pacientes e no ensino em saúde. O Quadro 9 lista pontos do que deve ser evitado para o uso eficiente do POPE em consonância com a proposta de Weed.

Quadro 9. O que se Deve Evitar ao Usar o Prontuário Orientado Por Problemas e Evidências

1. Evitar o uso desnecessário de uma longa lista de problemas em lugar de sintetizar o que é relevante.
2. Evitar o uso de suspeita diagnóstica como se fosse problema.
3. Evitar modificação do número específico de cada problema. <i>O nome do problema pode ser modificado para um nível mais alto quando as evidências permitirem, mas a numeração deve permanecer.</i>
4. Evitar interrogação em nome de problema para evitar confusão entre problema e suspeita diagnóstica. <i>O que é interrogado não pode ser problema e sim uma suspeita ou possibilidade diagnóstica.</i>
5. Evitar colocar o tempo de aparecimento ou detecção do problema de forma vaga como “há 2 meses” ou há 2 dias. <i>A recomendação é para informar a data exata (ex., 22/2/2015) ou a data aproximada baseada na informação do paciente (ex., dezembro de 2014) do início do problema.</i>
6. Evitar o uso de siglas em lugar do nome completo do problema.

VII - Comentários Finais

O POPE representa importante contribuição para a qualidade dos cuidados ao paciente e do ensino em saúde. Para o uso eficiente do POPE é importante que os estudantes de graduação, e residentes das diversas áreas de saúde aprendam a usar corretamente este modelo de prontuário que é o mais usado atualmente nos melhores hospitais de diversos países. Professores e preceptores tem um papel importante para orientar os estudantes e residentes no uso correto do POPE. A padronização entre enfermarias e ambulatórios pode facilitar a sistematização das experiências de aprendizado de estudantes de graduação e residentes, de acordo com a proposta de Weed³.

Agradecimentos

Agradecimentos para todos que têm contribuído com sugestões nas diversas versões do POPE.

VIII - Referências

- Dunlay SM, Alexander KP, Melloni C, Kraschnewski JL, Liang L, Gibler WB, Roe MT, Ohman EM, Peterson ED. Medical records and quality of care in acute coronary syndromes: results from CRUSADE. Arch Intern Med 2008; 168:1692-8.
- Liesenfeld B, Heekeren H, Schade G, Hepp KD. Quality of documentation in medical reports of diabetic patients. Int J Qual Health Care 1996; 8:537-42.
- Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278:593-600.
- Weed LL. Medical records, patient care, and medical education. Ir J Med Sci 1964; 462:271-82.
- Weed LL. The problem oriented record as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. Ann Clin Res 1971; 3:131-4.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone, 2000.
- Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev Assoc Med Bras 2000; 46:285-288.
- Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: potenciais contribuições para a educação médica continuada. Gaz Méd Bahia 2007; 78(Suplemento 1):25-30.
- Lopes AA. Raciocínio clínico e tomada de decisões em medicina - um curso integrando medicina interna e epidemiologia. Rev Bras Educ Med 1991; 15:8-10.
- Richardson WS, Wilson MC. The process of diagnosis. In: Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ, eds. Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice. New York: McGraw Hill 2015:330-331.
- Hartung DM, Hunt J, Siemieniczuk J, Miller H, Touchette DR. Clinical implications of an accurate problem list on heart failure treatment. J Gen Intern Med 2005; 20:143-7.
- Kassirer JP, Wong JB, Kopelman RI. Learning Clinical Reasoning (2nd ed). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, PA, 2010).
- Bowen JL. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning. N Engl J Med 2006; 355:2217-25.
- Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. Arch Intern Med 2005; 165:1493-9.