

Como realizar uma discussão de caso -

Em grupo ou na supervisão individual.

José Mauro Ceratti Lopes

Médico de Família e Comunidade

Mestre em Educação UFRGS

Prof. Saúde Coletiva UFCSPA

Preceptor PRMFC SSC-GHC

Este texto tem por objetivo orientar a elaboração do material e estabelecer uma metodologia que ajude nas discussões de casos clínicos, com vistas a estabelecer uma sistematização para implementar a “Boa Prática Clínica”.

1 – APRESENTAÇÃO DE CASOS PARA DISCUSSÃO EM GRUPO -

Antes de ser iniciada a sessão de discussão de caso, deve ser escolhido entre os presentes um facilitador para realizar a coordenação da discussão do caso. Em algumas situações, quando considerado mais adequado, poderá haver um convidado previamente definido. No caso de convidado, poderá ser combinado com o mesmo se prefere receber as informações com antecedência ou no momento.

Em algumas situações a pessoa “alvo” da discussão (paciente) pode também ser convidada a participar, ou estar disponível para eventuais duvidas de anamnese ou exame clínico. Pode permanecer todo o tempo na sala, ou ficar em outro cômodo.

A. Como preparar o caso:

- ♦ Realizar a coleta de todas as informações necessárias para entendimento do caso através de anamnese, exame físico, revisão de prontuário, e outras fontes. Nesta busca de informações é importante incluir:
 - O genograma não necessita ser realizado rotineiramente nas consultas, mas sugere-se que para as apresentações de caso ele seja realizado, conjuntamente com a pessoa ou família que esta sendo abordada, e seja apresentado na discussão. Fazer genograma através da revisão de prontuário, sem a presença de família também é uma alternativa, mas ele perde sua intensidade e poder de intervenção terapêutica.
 - Identificar a fase do ciclo de vida em que encontra a pessoa/família.
 - Caracterizar a percepção da pessoa sobre o que esta acontecendo.
 - Realizar a revisão do prontuário, verificando situações relevantes de consultas anteriores;
 - No caso de existir prontuário de família, realizar revisão do prontuário das demais pessoas da família, caso seja adequado;
- ♦ Organizar o caso para apresentação no modelo **SOAP**, seguindo a seguinte estrutura:
 - **Identificação:** nome, idade, situação conjugal, nome e idade do cônjuge, nome e idade dos filhos, ocupação atual, tempo na ocupação atual, ocupações anteriores e tempo, enfim todas as informações sobre a pessoa, preservando sua identificação dependendo do cenário. A identificação pode ser colocada dentro do S.

Ao elaborar o SOAP devemos ter em conta que não é necessário colocar todas as informações disponíveis, e sim aquelas que são relevantes para entendimento e tomada de decisões. Se houverem informações adicionais que os presentes desejem, eles solicitarão.

- **(S) Subjetivo:** Motivo ou problema principal trazido pela pessoa assim como todos os demais problemas, situações, diagnósticos e informações relevantes relatadas ou referidas.
 - História da doença atual em seus aspectos relevantes: deve-se fazer um condensado de todas as consultas que a pessoa realizou em função do(s) problema(s) atual(is), incluindo a resposta a tratamentos, procedimentos ou intervenções realizados. As condutas adotadas a cada consulta anterior podem ser descritas aqui, bem como as respostas apresentadas.
 - História médica pregressa relevante: dentro do subjetivo devemos citar as doenças relevantes que a pessoa teve.
 - História médica familiar: relacionar doenças familiares relevantes, podendo-se inclusive “negar” doenças importantes relacionadas com a situação atual. Ex: pessoa atendida tem sintomas que incluem diagnóstico diferencial com Diabetes: podemos colocar “nega diabetes na família”;
- **(O) Objetivo -**
 - Descrição da pessoa: tentar descrever a pessoa atendida aos ouvintes: aparência geral, impressão sobre autocuidado, estado emocional, dicas não verbais percebidas.
 - Descrição do exame físico realizado pertinente ao caso, com os dados relevantes encontrados. Devem-se anotar também as normalidades relevantes observadas. (ex: palpação abdominal sem alterações em pessoa com quadro abdominal).
 - Resultados de exames realizados (alterados ou negativos relevantes), com data da realização. Para facilitar o entendimento dos participantes, podem-se separar exames normais dos alterados, colocando cada um de um lado.

Ex:

Normais

Alterados

- **(A) Avaliação (Lista de problemas, Impressão) -**
 - Aqui devem ser relacionadas todas as informações/problemas/situações ou aspectos relevantes ao manejo do caso que tenham sido identificadas pela anamnese e exame físico.
 - Os problemas devem ser localizados temporalmente, quantificados e caracterizados.
 - ex: diarreia há 5 dias, diminuindo intensidade.
 - ex: HAS há 15 anos, controlada.
 - Ou HAS há 15 anos, não controlada com medicação XYZ
 - Ou HAS há 15 anos não controlada por tratamento irregular.
 - As dúvidas de manejo podem entrar neste item.
- **(P) Plano -**

- Conduta adotada.
- Manejo planejado.

B. Cronologia da Discussão:

- ◆ Deve ser escolhido entre os presentes um facilitador, ao qual caberá orientar a discussão.
- ◆ O apresentador realiza exposição do caso, de preferência em powerpoint em formato SOAP.
 - Caso a apresentação seja oral, deverá colocar o SOAP e genograma em cartaz ou no quadro antes do início da reunião;
 - Se o facilitador preferir, este fará seu SOAP a partir das informações do apresentador;
- ◆ Ao final da apresentação do caso o facilitador elabora seus comentários sobre o caso.
- ◆ Ao final da apresentação dos seus comentários o facilitador solicita aos presentes se tem perguntas ou dúvidas a respeito das informações prestadas.
- ◆ Após as dúvidas, o facilitador solicita aos presentes o que poderia ser realizado diferentemente do que foi apresentado e comentado.
- ◆ Abre-se para discussão no sentido de buscar soluções ou caminhos para o manejo do caso e dúvidas do apresentador.
- ◆ Ao final o facilitador faz um resumo do que foi discutido e encaminhado.

C. Atribuições do facilitador:

Ao facilitador da discussão de caso caberá:

- ◆ Ouvir a apresentação do caso.
 - Realizar anotações no quadro (SOAP), caso julgue necessário.
- ◆ Solicitar as informações que considere relevantes ou esclarecimentos, a qualquer momento da apresentação.
- ◆ Solicitar a contribuição de todos os presentes que tenham conhecimento ou envolvimento com a situação/caso em discussão.
- ◆ Ao final da apresentação:
 - Deve realizar resumo do caso,
 - Emitir seu parecer sobre as dúvidas apresentadas ou motivos da discussão;
 - Apresentar o que entende que poderia ser diferente do realizado ou proposto;
 - Sugerir plano de estudo ou acompanhamento.

2- APRESENTAÇÕES DE CASOS PARA DISCUSSÃO OU SUPERVISÃO EM SERVIÇO –

A discussão de caso em serviço visa à resolução de problemas de pessoas que estão em atendimento.

A. Atribuições do supervisionado -

- Trazer o caso escrito na estrutura SOAP já explicitada acima, sendo dispensado o Genograma. Com todos seus componentes anotados (S, O, A, P).
- Apresentar suas duvidas de forma clara.
- Sempre que possível realizar estudo imediato antes de discussão. Caso tenha realizado, apresentar os resultados deste estudo.

B. Atribuições do supervisor -

- Verificar se foi realizado SOAP;
- Verificar a qualidade do registro;
- Verificar o conhecimento do supervisionado sobre os problemas identificados;
- Verificar e avaliar o plano que o supervisionado propõe para o caso;
- Realizar estudo imediato caso existam dúvidas ou controvérsias.
- Fornecer as orientações complementares necessárias ao manejo adequado;
- Estabelecer conjuntamente o plano de manejo da pessoa;
- Estabelecer plano de aprendizagem com o supervisionado a partir do caso discutido.
- Combinar retorno de informações sobre o acompanhamento.