

Padronização da Ficha Clínica em Cirurgia Plástica

Lydia Masako Ferreira¹
Bernardo Hochman²

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Professora Livre Docente, Titular e Chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- 2] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Pós-Graduando do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica Reparadora da UNIFESP / EPM.

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia Plástica
do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal
de São Paulo (UNIFESP / EPM)

Endereço para correspondência:

Lydia Masako Ferreira

R. Napoleão de Barros, 715 – 4º andar
São Paulo – SP
04024-900

Fone: (11) 5576-4118
e-mail: lydia.dcir@epm.br

Descritores: Ficha clínica; registros médicos; sistemas automatizados de registros médicos; legislação médica; consentimento esclarecido.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é propor uma padronização de ficha clínica para ser utilizada na especialidade de Cirurgia Plástica. O modelo de ficha proposto atenderia a maioria dos cirurgiões plásticos, podendo ser preenchida pelo médico de forma dirigida e automatizada e apresentando a possibilidade de adaptações pessoais conforme a necessidade. Os dados de Identificação, Queixa e Duração, História Progressiva da Moléstia Atual, Interrogatório Sobre os Diversos Aparelhos, Antecedentes Pessoais e Antecedentes Familiares podem também ser preenchidos alternativamente pelo próprio paciente, com a utilização de linguagem e expressões acessíveis ao público leigo, respaldando de forma mais eficaz o médico em eventuais ações legais. Apresenta uma visualização rápida e objetiva pelo uso de figuras e esquemas. Contém um simples sistema de catalogação e arquivamento de documentação fotográfica e os dados registrados são numerados para serem passíveis de informatização, com a finalidade de facilitar pesquisas científicas e minimizar erros na coleta de informações. Esse modelo de ficha pode ser utilizado em hospitais, ambulatórios e consultórios. Também são abordadas as resoluções das entidades médicas que legislam sobre a utilização do Registro Clínico ou Prontuário Médico.

A anamnese na Cirurgia Plástica estética tem uma característica diferente em relação às outras especialidades médicas: em geral, o paciente já traz o próprio diagnóstico e tratamento. Cabe ao especialista confirmar ou não a “hipótese diagnóstica”, orientar a melhor conduta, fazer uma avaliação clínica ou contraindicar a cirurgia. Portanto, o fator psicológico presente nesses pacientes e a relação médico-paciente são muito singulares.

Outra particularidade da especialidade é que um resultado que o cirurgião possa considerar como satisfatório não o será necessariamente para o paciente, e vice-versa.

Também o resultado de uma cirurgia pode depender de fatores que não seriam significativos em outras especialidades. Existem variáveis que podem influenciar na qualidade do resultado, como exposição prévia prolongada aos efeitos solares, obesidade, alterações exageradas e periódicas de peso, desnutrição pós-regime forçado para submeter-se a uma cirurgia plástica, uso de contraceptivos, tabagismo, fatores raciais e etários que interferem na cicatrização e distúrbios psicológicos importantes de personalidade, geralmente em relação à auto-estima e auto-imagem.

A Cirurgia Plástica, e mais especificamente a cirurgia estética, dentro das várias especialidades médicas, é uma das que mais freqüentemente deixa o profissional vulnerável em relação a processos legais. Todas essas peculiaridades da especialidade tornam interessante a existência de uma “Ficha Clínica” ou “Observação Clínica” abrangente e padronizada, que atenda às necessidades da maioria dos cirurgiões plásticos.

A integração de uma ficha clínica com uma documentação fotográfica padronizada beneficiaria o cirurgião plástico com um maior aproveitamento do seu trabalho diário. O Prontuário Médico do paciente da especialidade de Cirurgia Plástica apresenta como particularidade a associação da Ficha Clínica à documentação fotográfica, sendo assim denominado Registro Clínico-Fotográfico ou Conjunto Foto-Documental. “O prontuário deve conter, de forma legível, identificação do paciente; evolução médica diária (no caso de internação); evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes; exames laboratoriais, radiológicos e outros; raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo; conduta terapêutica, prescrições médicas, descrições cirúrgicas, fichas anestésicas, resumo de alta, fichas de atendimen-

to ambulatorial e/ou atendimento de urgência, folhas de observação médica e boletins médicos.”⁽¹⁾

O Conselho Federal de Medicina decretou em 10 de Julho de 2002 a Resolução nº 1639, aprovando as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”⁽²⁾. Estabeleceu o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários médicos em suporte de papel. Após esse prazo, o prontuário poderá ser armazenado em qualquer meio eletrônico óptico ou magnético e microfilmado, que possibilite sua reconstituição, conforme normas da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), em associação específica com o Conselho Federal de Medicina, previstas pela Legislação Arquivística Brasileira⁽²⁾.

“Os dados que compõem o prontuário pertencem ao paciente e devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitado por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes.”⁽²⁾ O Conselho Regional de Medicina reforça os direitos do paciente: “Ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário médico, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão”⁽¹⁾. Ainda, “O médico não poderá revelar o conteúdo de prontuário ou ficha médica sem o consentimento do paciente, a não ser por dever legal. Se o pedido for feito pelos familiares, será necessária a autorização expressa do paciente”⁽¹⁾.

A qualidade do atendimento médico é dependente da qualidade das informações contidas no prontuário⁽³⁾. Uma Ficha Clínica padrão deve ordenar a parte referente à anamnese, exame físico geral e especial e exames subsidiários. A visualização dos dados registrados deve ser simples, rápida e objetiva. O acompanhamento dessa ficha facilitaria pesquisas científicas, pela possibilidade de informatizá-la em virtude dos campos para o registro dos dados serem numerados^(4,5,6). Essa ficha poderia ser adaptada para uso em consultório, ambulatório e hospital. O emprego hospitalar dessa ficha onde existe um fluxo intenso de operações minimizaria a alta probabilidade de erro existente quando da realização de estudos estatísticos^(7,8).

O modelo de Ficha Clínica padronizada aqui proposto permite uma uniformidade de uso entre os cirurgi-

anotações que julgar necessárias em campos livres opcionais.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pode ser considerado atualmente como parte do Prontuário Médico ou Registro Clínico⁽¹³⁾. Por isso, são necessários uma Ficha Clínica padronizada e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para garantir uma boa relação médico-paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Guia da relação médico-paciente. [on line] 2002 [18 telas]. Disponível em: URL: <http://www.cremesp.org.br/revistasermedico/medicopaciente.htm>.
2. Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1639/02. Aprovação das “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”. [on line] 2002; [citado 2002 Ago 25]; [1 tela]. Disponível em URL: http://www.cremesp.org.br/clippings/legislacao_antiores.php#35
3. Araújo TBC, Malaspina D Jr., Lisbôa AMJ, Pacheco NC, Campos LG, Córdoba JCM. Prontuário Orientado para o Problema. *Jornal Pediatria*. 1986; 61(4):277-86.
4. Eimerl TS. Curiosidad Organizada: método práctico de resolución del problema del mantenimiento de registros con fines de investigación en el ejercicio general de la Medicina. In: *Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología*. OPS: Oficina Sanitaria Panamericana. Publicación Científica nº 534; 1992. p.207-11.
5. Flowers RS, Flowers SS. Precision planning in blepharoplasty. *Clin Plast Surg*. 1993; 20(2):303-10.
6. Souza MSL, Nehmy RMQ, Mendonça, MCLG, Santos AF, Postali VH. Modelo de prontuário ambulatorial pediátrico para informatização – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Méd Minas Gerais*. 1992; 2(1):11-4.
7. Gibson N, Bridgman SA. A novel method for the assessment of the accuracy of diagnostic codes in general surgery. *Ann R Col Surg Engl*. 1998; 80:293-6.
8. Segarra MM, Solano AC. Registros de Salud y Historia Clínica. In: *Registros Médicos y de Salud. Módulos de Aprendizaje – Módulo Nº 1 Unidad IV Normas generales para la historia clínica*. OPS: Oficina Sanitaria Panamericana. Publicación Científica Serie PALTEX nº 17; 1991. p.86-90.
9. Sustovich DR, Elias WH, Gebara MS. Observação Clínica. In: *Clínica Médica – Propedêutica e Fisiopatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1979. p. 3-6.
10. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ignácio LL, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980; 10:231-41.
11. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med*. 1985; 15:615-59.
12. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148:23-6.
13. Parecer-Consulta do Conselho Federal de Medicina Nº 24/97. [on line] 1997; [citado 2002 Jan 25]; [1 tela]. Disponível em URL: <http://www.cfm.org.br/PareceresInt/1997/24-1997.htm>