



Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase
Danilo Blank
Edison Capp
Organizadores

Avaliação de competências no internato:
**Atividades profissionais confiabilizadoras
essenciais para a prática médica**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cristina Rolim Neumann
Margaret Weidenbach Gerbase
Danilo Blank
Edison Capp
organizadores

Avaliação de competências no internato:
**Atividades profissionais confiabilizadoras
essenciais para a prática médica**

Porto Alegre 2019
UFCSPA/ UFRGS

U58a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica/ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Universidade Federal do Rio Grande do Sul; organizado por Cristina Rolim Neumann... [et al.] – Porto Alegre: UFRGS, 2019.

156p.

ISBN: 978-85-9489-180-8

E-Book: 978-85-9489-181-5

1. Educação médica 2. Internato e Residência 3. Educação baseada em competências I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Neumann, Cristina Rolim, org. III Título.

NLM: W20

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Curso de Medicina
Rua Sarmiento Leite, 245
CEP 90050-170 – Porto Alegre – RS
Telefone: +55 51 3303 8832
E-mail: medicina@ufcspa.edu.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Comissão de Graduação - Medicina
Rua Ramiro Barcellos, 2400/4º andar
CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS
Telefone: +55 51 3308 5274
E-mail: comgrad.medicina@ufrgs.br

Editoração: Danilo Blank e Edison Capp
Diagramação e capa: Edison Capp
Imagens: www.freepik.com e Cristina Rolim Neumann

EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente

Betânia Barreto de Athayde Bohrer
Francisco Arsego de Oliveira

O contato direto com o paciente ainda é considerado um dos momentos mais nobres do cuidado em saúde. Pela sua importância, contudo, o registro da atividade médica – quer em papel, quer em prontuários eletrônicos – deve ser analisado como um reflexo concreto dessa relação. Adicionalmente, o registro estabelece as bases para a comunicação efetiva entre o prestador e os demais membros da equipe assistencial e também com o sistema de saúde mais amplo. Uma prática médica de excelência e o seu correspondente registro são, portanto, elos indissociáveis de um mesmo processo de cuidado.

Nessa perspectiva, o registro médico é uma experiência educacional poderosa no sentido da necessidade de aperfeiçoamento contínuo, tendo o benefício do paciente sempre como principal objetivo (1).

É importante destacar que, independentemente da especialidade escolhida, os registros médicos serão um aspecto permanente da sua atividade

profissional. Apesar do risco de banalizá-lo justamente por poder ser percebido como um ato corriqueiro de menor importância – o registro inclui uma série de dimensões, todas integradas entre si:

1. Capacidade de entender e de registrar adequadamente a situação do paciente no momento do encontro clínico nos seus mais diferentes cenários: ambulatório, internação, período pré e pós cirúrgico, nota de internação ou de alta e mesmo contatos telefônicos e outras formas de comunicação eletrônica. Obviamente, a situação clínica do paciente deve estar relacionada a um contexto mais abrangente, que inclui a sua história de vida, a trajetória da sua doença, os seus sentimentos e crenças, ou seja, a sua narrativa (2). Pressupõe-se igualmente que esse conjunto de informações possa ser devidamente filtrado e organizado, priorizando ações mais urgentes e indicando a continuidade das demais para um momento oportuno. Nessa mesma dimensão, o registro das

influências sociais e culturais também se torna importante, pois permite a incorporação do entendimento de que o próprio paciente tem sobre a sua doença e, de modo complementar, as suas preferências quanto à tomada de decisão no que se refere ao manejo do seu problema de saúde como um todo.

2. Capacidade de explicitar o raciocínio clínico do estudante naquela situação específica a ponto de fundamentar uma proposta de plano terapêutico.
3. Capacidade de, ao analisar o conjunto de informações sobre o paciente, explicitar o raciocínio clínico do estudante naquela situação específica a ponto de fundamentar uma proposta de plano terapêutico. Para tanto, passa a ser indispensável que o mesmo tenha um bom conhecimento médico e, ao mesmo tempo, demonstre comprometimento com o paciente. É esse embasamento que ajudará o estudante a definir o que fazer e o que não fazer no cuidado prestado.

4. O registro médico feito pelo estudante é de extrema importância para a continuidade do cuidado e para a comunicação com os demais membros da equipe de saúde, uma vez que frequentemente as intervenções propostas serão realizadas escalonadamente e segundo as prioridades identificadas. Assim, é por meio do registro que o estudante se apresenta aos demais membros da equipe e começa a criar relações profissionais interna e externamente à sua instituição de origem.
5. Por fim, mas não menos importante, há as dimensões legais do registro, tanto no nível institucional (que define o conjunto de regras a serem seguidas), como no nível estatal, que as regula de maneira ampla por meio de mecanismos jurídicos que tem como objetivo a proteção da sociedade. Fica evidente que um número excessivo de regras e a falta de clareza na lógica da sua construção são fatores muitas vezes vistos, especialmente pelos mais jovens, como entraves à agilidade necessária para os atendimentos, desencadeando a busca por alternativas para burlar o sistema de registro (3). Dessa forma, o papel educativo do professor torna-se ainda mais imprescindível, uma vez que o registro feito pelo estudante geralmente

necessita ser formalmente validado pelo responsável legal pelo cuidado do paciente (4).

Dessa forma, para que o estudante cumpra o objetivo de realizar adequadamente o registro do encontro clínico no prontuário, pressupõe-se o domínio de determinados conhecimentos, habilidades e atitudes nessa área. De modo resumido, o registro esperado deve ser preciso e específico para o contexto onde foi realizado, contendo elementos que informem adequadamente a história clínica, os achados relevantes do exame físico, um diagnóstico de trabalho e, por fim, um plano de manejo que seja coerente com todos os demais itens e que tenha a concordância do paciente.

Referências

1. Cheng DR, Scodellaro T, Uahwatanasakul W, South M. An Electronic Medical Record in Pediatric Medical Education: Survey of Medical Students' Expectations and Experiences. *Appl Clin Inform* 2018; 09(04): 809-816.
2. Charon R. What to do with stories: The sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician*. 2007 Aug; 53(8): 1265-1267.

3. Heiman HL, Rasminsky S, Bierman JA, Evans DB, Kinner KG, Stamos J, Martinovich Z, McGaghie WC. Medical Students' Observations, Practices, and Attitudes Regarding Electronic Health Record Documentation. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*. 2014; 26:1, 49-55.
4. Wittels K, Wallenstein J, Patwari R, Patel S. Medical Student Documentation in the Electronic Medical Record: Patterns of Use and Barriers. *West J Emerg Med*. 2017 Jan; 18(1): 133-136.

EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente

Funções principais com competências relacionadas	Comportamentos que exigem intervenção pedagógica	Desenvolvimento dos comportamentos (O aluno pode estar em níveis distintos de desenvolvimento dentro da mesma linha)		Comportamentos esperados de um aluno confiável
Prioriza e sintetiza informações em uma narrativa convincente em uma variedade de encontros clínicos (p.ex. notas de internações, evoluções, pré e pós-operatórios, registro de procedimentos, termos de consentimento, notas de alta). P4 HCRI1	Fornecer documentação incoerente.	Perde informações importantes. Usa um modelo com habilidade limitada em ajustar ou em adaptar conforme a audiência, contexto ou objetivo.	Fornecer informações-chave mas inclui detalhes desnecessários ou redundantes. Demonstra habilidade para ajustar ou adaptar para audiência, contexto ou objetivo.	Fornecer uma narrativa verificável e convincente sem detalhes desnecessários ou redundantes. Ajusta e adapta registros baseados na audiência, no contexto ou na finalidade (p.ex. notas de internações, evoluções, pré e pós-operatórios, registro de procedimentos, termos de consentimento, notas de alta).
Segue as regras de registro de acordo com as regras e expectativas profissionais. HCRI5 P4 PBS1	Copia e cola sem verificação ou crítica. Não fornece documentação quando requerida. Fornecer documentação ilegível.	Elabora documentação que possui erros ou não cumpre as regras estabelecidas (p.ex. data, hora, assinatura, usa abreviaturas proibidas). Tem dificuldade em finalizar o registro em tempo hábil, resultando na falta de acesso ao registro por parte de membros da equipe.	Reconhece e corrige erros relacionando elementos requeridos da documentação. Finaliza os registros-padrão em tempo hábil. Pode não documentar a busca por fontes primárias e secundárias, importante para o encontro clínico.	Fornecer registro acurado, legível, oportuno que inclui elementos requeridos institucionalmente. Registra no prontuário do paciente o papel nas atividades da equipe. Registra o uso de fontes primárias e secundárias para preencher as lacunas.
Elabora uma lista de problemas, um diagnóstico diferencial e um plano terapêutico baseado em um raciocínio clínico que reflita as preferências do paciente. CP4 CP6 HCRI1 HCRI2	Copia e cola sem verificação ou crítica. Não fornece documentação quando requerida. Fornecer documentação ilegível.	Não documenta a lista de problemas, o diagnóstico diferencial, o plano, o raciocínio clínico ou as preferências do paciente. Interpreta exames de acordo com as normas em vez do contexto. Demonstra comportamento de busca de ajuda limitado para completar lacunas de conhecimento, habilidades e experiência.	Registra a lista de problemas, o diagnóstico diferencial, o plano e o raciocínio clínico. É inconsistente em interpretar testes básicos de forma acurada. Engaja-se em comportamento de busca de ajuda, resultando em melhora na habilidade de desenvolver e registrar plano de manejo. Solicita as preferências do paciente e as registra numa nota específica.	Registra a lista de problemas, o diagnóstico diferencial, o plano refletindo uma combinação de processo mental e os inputs de outras fontes. Interpreta valores laboratoriais de forma acurada. Identifica problemas-chave, registrando o engajamento daqueles que podem ajudar a resolvê-los. Comunica-se bidirecionalmente para desenvolver e registrar um plano de manejo alinhado com as preferências do paciente.

Este esquema mostra o desenvolvimento de proficiência nas EPAs essenciais. Não deve ser usado como instrumento de avaliação. Decisões de confiabilização devem ser tomadas depois das EPAs terem sido observadas em múltiplos cenários, com contextos, acuidade, complexidade e características de pacientes diferentes.

EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente

<p>Descrição da EPA</p>	<p>Para a prática clínica, o interno deve ser capaz de produzir registro preciso, focado e específico do contexto de um encontro clínico em formatos em papel ou eletrônico. O desempenho desta EPA baseia-se na capacidade de obter informações por meio da história, usando fontes primárias e secundárias, e exame físico em uma variedade de cenários (por exemplo, consulta ambulatorial, internação, nota de alta, contato por telefone, e-mail). O registro é uma forma de comunicação fundamental e que dá suporte à capacidade de fornecer continuidade de cuidados aos pacientes e permite que todos os membros da equipe de saúde e consultores possam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compreender a evolução dos problemas do paciente, a investigação diagnóstica e o impacto das intervenções terapêuticas. 2. Identificar os determinantes sociais e culturais que afetam a saúde do paciente. 3. Visualizar a doença através das lentes dos pacientes e da família. 4. Incorporar as preferências do paciente na tomada de decisão clínica. <p>O prontuário do paciente é um documento legal que fornece um registro das interações da relação médico-paciente.</p> <p>Funções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Filtrar, organizar e priorizar informações. • Sintetizar informações em uma narrativa relevante. • Registrar uma lista de problemas, o diagnóstico de trabalho, o diagnóstico diferencial e o plano terapêutico. • Escolher as informações que exigem destaque no registro com base em sua finalidade (por exemplo, consulta na emergência, consulta ambulatorial, internação, história e exame físico). • Cumprir os requisitos e os regulamentos relativos aos registros no prontuário do paciente. • Verificar a autenticidade e a origem das informações registradas (por exemplo, evita copiar e colar de forma cega). • Fazer os registros em tempo hábil e de forma legível. • Documentar com precisão o raciocínio que apoia a tomada de decisão no encontro clínico para qualquer leitor (por exemplo, consultores, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares, auditores). • Documentar as preferências do paciente de forma a permitir a sua incorporação na tomada de decisão clínica. 								
<p>Domínios de competência mais relevantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados com o paciente (CP) - Habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI) - Profissionalismo (P) - Prática Baseada em Sistemas (PBS) 								
<p>Competências críticas para decisões de confiabilização em cada domínio</p>	<table border="0"> <tr> <td>CP4</td> <td>HCRI5</td> </tr> <tr> <td>CP6</td> <td>PBS1</td> </tr> <tr> <td>HCRI1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HCRI2</td> <td></td> </tr> </table>	CP4	HCRI5	CP6	PBS1	HCRI1		HCRI2	
CP4	HCRI5								
CP6	PBS1								
HCRI1									
HCRI2									
<p>Métodos de avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No começo do internato, explicar cada uma das EPAs essenciais a serem confiabilizadas como pré-requisito para ingressar na residência médica, as competências esperadas, os critérios e o processo de avaliação. • Avaliar o registro do aluno, fornecer feedback sobre a atividade utilizando o instrumento de avaliação da EPA5. 								

EPA 5. Competências

Competência crítica	Comportamentos pré-confiabilidade	Comportamentos indicativos de confiabilidade
Cuidados com a pessoa (CP)		
<p>CP4 Interpretar dados laboratoriais, exames de imagem e outros testes necessários para a área de prática.</p>	<p>É inconsistente na interpretação precisa de testes diagnósticos básicos. Não compreende os conceitos de probabilidade pré-teste e características de desempenho de teste.</p>	<p>Consistentemente interpreta testes diagnósticos básicos com precisão. Ainda precisa de assistência com os conceitos de probabilidade pré-teste e características de desempenho de teste.</p>
<p>CP6 Desenvolver e executar planos de manejo de pacientes.</p>	<p>Desenvolve e executa planos de gestão com base em diretivas de outros, seja da organização de saúde seja do médico supervisor. Não consegue ajustar os planos com base nas diferenças ou nas preferências individuais do paciente. A comunicação sobre o plano é unidirecional, do médico ao paciente/família. De maneira inconsistente procura orientação adicional ou consulta quando necessário.</p>	<p>Desenvolve e executa planos de gestão com base em conhecimentos teóricos e alguma experiência, especialmente na gestão de problemas comuns. Segue diretrizes de prática de cuidados de saúde e algoritmos de tratamento como uma questão de hábito e boa prática, e não como uma imposição externa. Os planos começam a incorporar as sugestões e valores dos pacientes por meio de uma comunicação mais bidirecional, permitindo, assim, a tomada de decisão compartilhada. Procura orientação e consulta adicionais, conforme necessárias.</p>
Habilidade de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI)		
<p>HCRI1 Comunicar-se eficazmente com pacientes, suas respectivas famílias e o público, conforme for apropriado, em contextos socioeconômicos e culturais variados.</p>	<p>Comunicação com pacientes e familiares geralmente unidirecional e baseada em um modelo, sem a capacidade de variar a abordagem com base nas necessidades demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou situacionais específicas do paciente. Frequentemente usa jargão médico. Não envolve pacientes e familiares em discussões sobre planos de cuidados (ou seja, não se envolve em tomada de decisão compartilhada). Respeita as preferências do paciente quando oferecidas pelo paciente, mas não solicita ativamente preferências. Determina ou evita conversas difíceis ou ambíguas.</p>	<p>Comunicação com pacientes e familiares geralmente bidirecional. Quando baseado em um modelo, pode adaptar-se às necessidades demográficas, cognitivas, físicas, culturais, socioeconômicas ou situacionais específicas do paciente. Evita o jargão médico. Usa uma variedade de técnicas, incluindo linguagem não técnica, ensino, ritmo adequado e pequenas informações para garantir que a comunicação com pacientes e suas famílias seja bidirecional e resulte em tomada de decisão compartilhada. Desenvolve roteiro para abordar os cenários de comunicação mais difíceis.</p>

Competência crítica	Comportamentos pré-confiabilidade	Comportamentos indicativos de confiabilidade
Habilidade de comunicação e relacionamento interpessoal (HCRI)		
<p>HCRI5 Manter registros médicos completos, oportunos e legíveis.</p>	<p>A documentação tem erros. A documentação é frequentemente incompleta; seções de dados críticos (por exemplo, histórico médico anterior) e informações críticas (por exemplo, diagnósticos específicos) podem estar faltando, podem não documentar o que foi realmente dito e feito, e podem falhar em comunicar o raciocínio clínico. A documentação tem informações ou detalhes desnecessários. A documentação muitas vezes não está disponível para outros provedores revisarem a tempo para seu uso no cuidado do paciente. A documentação manuscrita pode ser ilegível. A documentação pode ser inconsistente com as políticas institucionais, como o uso de abreviações ou a omissão de data, hora e assinatura.</p>	<p>A documentação é completa e captura com precisão a história do paciente, usando os principais aspectos da interação entre médico e paciente e o serviço prestado, mas não é excessivamente longa e detalhada. Por vezes, adapta a documentação à situação específica. Todos os dados importantes são verificados ou a fonte é declarada. Erros identificados no prontuário são relatados e medidas apropriadas iniciadas para corrigi-los. O raciocínio clínico está bem documentado. Os principais bancos de dados específicos do paciente são mantidos e atualizados quando aplicável. A documentação está completa e disponível para que outros a analisem dentro de um prazo adequado para ajudar no cuidado do paciente. A documentação manuscrita é sempre legível. A documentação é consistente com as políticas institucionais, como evitar abreviaturas proibidas, e toda a documentação tem hora, data e assinatura.</p>
Profissionalismo (P)		
<p>P4 Demonstrar o dever de prestar contas aos pacientes, à sociedade e à profissão.</p>	<p>Parece estar interessado em aprender medicina, mas não totalmente envolvido como profissional, o que resulta em um papel observacional ou passivo. Este interno geralmente ignora os sintomas da fadiga e nega as possíveis consequências da privação do sono.</p>	<p>Demonstra compreensão do papel profissional e da importância de ser "médico", tornando-se totalmente envolvido em atividades de atendimento ao paciente. Tem um senso de dever. Raramente ocorrem comportamentos que não refletem uma visão de si profissional. Demonstra responsabilidades profissionais básicas, tais como relatórios oportunos para serviço e limpeza apropriada. Este aluno reconhece os sintomas de fadiga e compreende as consequências da privação de sono; ele monitora sua própria fadiga e estresse, modera o comportamento de acordo e busca apoio, quando necessário, para fadiga excessiva ou estresse.</p>

Aluno em estágio de pré-confiabilidade

Como médico assistente do serviço, você revisa a nota de internação da aluna Antônia, designada para a sua equipe. Antônia foi convidada a avaliar Pedro, um menino de três anos de idade com a fibrose cística que está sendo readmitido após uma internação recente por pneumonia e déficit de crescimento, e que agora apresenta tosse persistente, apatia e ingesta oral insuficiente. No round às 8 da manhã do dia seguinte à internação, não há registro da história e do exame físico, você então retorna no final da manhã para revisá-lo. A nota de admissão tem uma data, mas não tem hora nem assinatura. A história da internação feita por Antônia registra que Pedro estava bem nos primeiros dias após sua última alta e então sua tosse piorou. Ela escreveu que ele não tem comido ou bebido muito e passa o dia deitado no sofá assistindo TV. A nota indica pouca ingestão oral, mas não há menção sobre quantidade de urina ou o padrão de evacuações. Não há menção de vários outros aspectos negativos pertinentes da história (por exemplo, cor ou quantidade de escarro, história de dor abdominal ou sintomas urinários, febre, sudorese). Ela cita as datas da internação recente, mas não menciona resultados das culturas de escarro ou do raio-x de tórax. Ela lista os medicamentos da sua nota de alta do paciente, assim como lista os medicamentos atuais, mas a lista não é precisa. O registro não inclui o aumento da dose, que você prescreveu ontem quando a mãe do paciente ligou para pedir uma nova prescrição porque ela havia deixado o remédio na casa da avó. Durante essa ligação, a mãe também disse que Pedro não estava tomando o suplemento nutricional e que ninguém ligou para ela sobre o atendimento domiciliar que ele deveria receber. Esta informação não está registrada na história. O exame físico registrado inclui sinais vitais e exames da cavidade oral, ouvidos, aparelhos respiratório, cardíaco e abdômen. Não há menção do estado geral e nenhuma referência ao turgor cutâneo. O registro do exame do pulmão não estabelece o grau de sofrimento e diz: "Difícil de examinar devido ao choro do paciente." Os exames laboratoriais incluem hemograma, eletrólitos e testes de função renal e os resultados citados como "dentro dos limites normais". A nota não esclarece a data desses testes, fazendo que você ficasse em dúvida se eles foram feitos nesta internação. O raio-x de tórax está referido como "pendente". Na avaliação e no plano, Antônia inclui uma lista de problemas, os testes diagnósticos específicos e pedidos referentes a cada problema, mas não há texto explicando o diagnóstico diferencial ou o processo de raciocínio relacionado à causa da tosse, à apatia e à ingesta oral insuficiente. Seu plano inclui o mesmo suplemento nutricional sobre o qual a mãe reclamou ao telefone para você. No plano não há menção sobre consultoria com o serviço social ou qualquer encaminhamento para atendimento domiciliar.

Aluno confiável

Como médico assistente do serviço, você revisa a nota de internação da aluna Antônia, designada para a sua equipe. Antônia foi solicitada a fazer a internação de Pedro, um menino de três anos com fibrose cística, que foi readmitido após uma internação recente por pneumonia e atraso do crescimento, e que agora apresenta tosse persistente, apatia e ingesta oral insuficiente. A nota de internação elaborada por Antônia com a história e exame físico de Pedro registra que ele estava bem nos primeiros dois dias após sua última alta e, em seguida, sua tosse piorou. Ela escreveu que ele não tem comido ou bebido muito e passa o dia deitado no sofá assistindo TV. Ela dá as datas da internação recente e inclui informações pertinentes desse encontro, incluindo os resultados do raio-x de tórax mostrando infiltrados bilaterais e uma cultura de escarro mostrando pseudomonas sensíveis aos antibióticos prescritos. Na lista de medicamentos, ela observa a mudança na dosagem de antibiótico que você fez recentemente quando soube que os antibióticos originais foram deixados na casa da avó. Ela também observa que Pedro recebeu uma prescrição de um suplemento nutricional na última internação, mas que a mãe não tomou muito do suplemento, porque ele não gosta. A nota indica uma ingestão oral baixa e uma leve diminuição das micções ao longo dos últimos dois dias e menciona que a última evacuação foi há três dias. A nota descreve uma expectoração de cor amarelo-esverdeada que aumentou em volume e alguns episódios de tosse, com eliminação de escarro. A nota diz que a mãe percebeu que Pedro estava quente, mas não tinha um termômetro em casa para verificar a sua temperatura. O exame físico registrado inclui sinais vitais; a aparência geral de uma criança quieta, apática e sonolenta, com uma tosse intermitente; uma observação da diminuição do turgor cutâneo e das membranas mucosas ressecadas; e um exame oral e auditivo normal, bem como um exame cardíaco e abdominal normal e sem baqueteamento. O exame pulmonar registrado descreve taquipneia leve, mas sem retrações e com crepitações disseminadas em ambos os pulmões. Os resultados de exames laboratoriais são datados e incluem um hemograma completo, eletrólitos e testes de função renal com valores documentados. O raio-x de tórax é anotado como solicitado de urgência. Um adendo de acompanhamento descreve os resultados do exame. Na avaliação e no plano, Antônia inclui uma lista de problemas e os exames diagnósticos específicos e os pedidos referentes a cada problema. Ela inclui uma discussão sobre o potencial risco de uma pneumonia tratada inadequadamente, bem como o risco de surgimento de resistência aos antibióticos. No item "possível desidratação" da lista de problemas, ela observa seu plano inicial para fluidos IV e indica que irá verificar esse aspecto com o residente. Na discussão sobre o estado nutricional, ela indica a necessidade de consulta nutricional e de conversar com a mãe sobre o tipo preferido de suplemento nutricional para o filho. Ela também observa a necessidade de avaliação e de apoio por parte do serviço social, bem como um segundo encaminhamento para a visita de enfermagem, já que ninguém ligou para a mãe sobre o atendimento domiciliar que ele deveria receber. Antônia observa que ela encontrou um problema semelhante com uma referência em outro paciente e planeja levar isso para o seu residente e para o médico contratado.

EPA 5. Questionário de avaliação

Complexidade do paciente: Baixa Média Alta

Orientações sobre o escore

Avalie a capacidade do aluno em formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente, usando a seguinte escala: Na supervisão, o quanto o aluno participou nas tarefas?

1. "Pode apenas acompanhar". O aluno ainda não está preparado para tarefa, precisa acompanhar.
2. "Faz pequena parte da tarefa com apoio direto". Pode fazer partes da tarefa, mas precisa supervisão e orientação constante.
3. "Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta". Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância" "É capaz de realizar toda a tarefa com supervisão a distância.
5. (No nível 5: os alunos não são elegíveis para completar de forma independente nos nossos sistemas.)

Registra informações precisas e legíveis sem erros:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Tem pelo menos três diagnósticos diferenciais justificáveis:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Inclui todos os elementos de documentação relevantes e obrigatórios:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Usa outras fontes de registros de pacientes conforme apropriado e com atribuição:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Inclui uma lista de problemas priorizados:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Inclui um plano racional e fundamentado:

- Pode apenas acompanhar.
- Faz pequena parte da tarefa com apoio direto.
- Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta.
- Faz a tarefa sozinho com supervisão a distância
- O aluno age com independência, sem supervisão. [Não se aplica]

Completa a documentação em tempo hábil: Sim Não Não se aplica

Especifique uma competência que o aluno desempenhou bem:

Especifique uma competência que o aluno precisa melhorar: