

Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde

**Marcelo Marcos Piva Demarzo
Flávia Cristiane Kolchraiber
Jussara Otaviano
Glaucilei Costa de Oliveira
Erico Vasconcelos**

MÓDULO POLÍTICO GESTOR

ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
 da FAMÍLIA

Sumário

Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde	169
Introdução	173
Consulta clínica – aspectos gerais	175
Registro clínico orientado por problemas (RCOP)	177
O que é um “problema” clínico?	178
Estrutura de um RCOP.....	179
Enfermagem.....	184
Aspectos legais da consulta de Enfermagem	184
A sistematização da assistência de Enfermagem.....	185
Registro escrito da consulta de enfermagem.....	186
Odontologia.....	187
Observações sobre o território de abrangência e a organização das práticas clínicas em Saúde Bucal.....	187
Características socioeconômicas e biológicas dos núcleos familiares e o modo como elas impactam o processo saúde-doença bucal	188
Dados coletados na triagem odontológica dos indivíduos das famílias	188
Gestão da prática clínica em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família	189
Prontuário familiar	190
Considerações finais	191
Referências	192

Introdução

A organização e o registro da prática clínica na Atenção Primária à Saúde (APS) têm especificidades oriundas dos atributos essenciais e derivados desse modelo de atenção à saúde que diferem dos formatos tradicionalmente empregados na atenção subespecializada e hospitalar. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem se familiarizar e incorporar essas novas formas de organização e registro em seu processo de trabalho cotidiano (ROMAN, 2009), a fim de prover cuidado efetivamente centrado nas pessoas, nas famílias e nas comunidades de seu território.

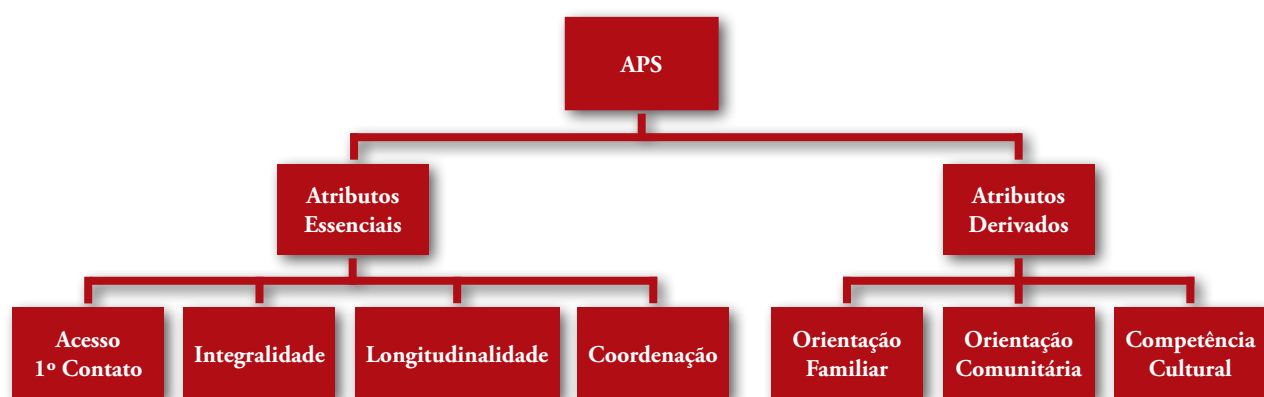


Figura 1 – Atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 1998; 2005).

A prática clínica na APS e, portanto, na ESF, pode ser entendida dentro de um conjunto integrado e articulado de atividades e ações que visam promover atenção integral à saúde. Entre elas podemos listar (RAMOS, 2008):

- **Gestão do Processo Clínico Individual:** compilação e organização de dados e informações clínicas que permitam ter um conhecimento razoável, e a todo momento, da situação de saúde de cada pessoa do território adscrito; inclui a abordagem clínica individual e a consulta em si;
- **Gestão do Processo Familiar:** entende a família como um sistema complexo e aberto, e aplica conhecimentos e métodos de análise da sua estrutura e dinâmica, identificando sua história e ciclo de vida, recursos e problemas; inclui a abordagem familiar;
- **Gestão da Prática Clínica:** diz respeito à organização em equipe dos cuidados às pessoas, famílias e comunidades do território; inclui:
 - a gestão dos períodos de consulta;
 - a acessibilidade às ações e serviços da unidade, incluindo o processo de acolhimento;
 - o cuidado aos grupos com necessidades especiais;

- a organização dos cuidados preventivos e de promoção da saúde;
- a coordenação, a articulação e a integração das ações de cuidado individual e coletivo com as outras unidades e serviços da rede regional de saúde, como também com recursos e equipamentos próprios da comunidade;
- a avaliação de processos e resultados com vistas à efetividade e à melhora da qualidade do cuidado, incluindo a promoção das melhores práticas e a educação permanente dos profissionais, a gerência de riscos organizacionais e clínicos e a utilização contextualizada das evidências e protocolos clínicos.

Neste texto daremos foco apenas a algumas ações e ferramentas que consideramos fundamentais para a boa prática clínica em APS e na ESF: **os aspectos gerais de uma consulta clínica; o registro clínico orientado por problemas (RCOP); algumas especificidades da abordagem clínica na área de enfermagem e odontologia; e o prontuário familiar.**

Consulta clínica – aspectos gerais

A consulta clínica pode ser considerada como um sistema, e os seus aspectos, descritos a seguir, têm carácter interdisciplinar, envolvendo principalmente: **estrutura**, **processos** e **resultados** (*ibidem*).



Figura 2 – Estrutura, processos e resultados, segundo um modelo sistêmico de consulta clínica

A **estrutura** de uma consulta clínica diz respeito: aos elementos arquitetônicos e de mobiliário da unidade, disposição de cadeiras, mesas e outros dispositivos, como o computador dentro do consultório; organização da sala de espera e do acolhimento; modo de chamar os pacientes, tempos previstos, regras de agendamento e marcação de consultas, renovação de receituários, entre outros (*ibidem*). Pode-se incluir aqui também o suporte para o registro clínico: papéis, formulários de casos novos e evolução clínica, prontuário eletrônico (se houver), outros impressos etc.

Os **processos** envolvidos numa consulta clínica dizem respeito: à comunicação profissional-pessoa; às estratégias de condução da consulta (estruturada *versus* aberta, linear e não linear, grau de diretividade); ao método clínico; aos processos de envolvimento e vínculo, participação e negociação com a pessoa que está sendo cuidada; e aos modelos de registros clínicos, entre outros (*ibidem*).

Os indicadores de **resultado** envolvidos numa consulta clínica dizem respeito, no **ponto de vista da pessoa**: à satisfação quanto à atenção prestada, compreensão das explicações e do plano acordado, tranquilização, alívio do sofrimento, melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida, adaptação ou superação das incapacidades. Do **ponto de vista do profissional**: à adesão ao tratamento e ao plano proposto, controle de variáveis e fatores de risco, diminuição do número de episódios das condições

Dicas

Informações mais detalhadas sobre a consulta clínica, como foco na prática clínica do médico de família, podem ser encontradas em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20081014161914546969.pdf>>.

clínicas agudas, redução das exacerbações, agudizações ou descompensações das condições crônicas, evitação de desfechos clínicos indesejados, tempo vivido sem incapacidades, entre outros (*ibidem*).

É importante termos consciência, como profissionais de saúde, que apenas podemos ter relativo controle sobre a **estrutura** e os **processos** dentro do sistema de uma consulta clínica, pois os **resultados** não podem ser totalmente garantidos. Assim, os dois primeiros deveriam ser exemplares (*ibidem*).

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é o **contexto** no qual está inserido o sistema da consulta clínica (*ibidem*). No **microcontexto** deve-se ter consciência da influência do perfil social e cultural do profissional e da pessoa que está sendo cuidada; no **macrocontexto**, a influência da estrutura, organização e regras do sistema e subsistemas de saúde vigentes (no nosso caso, o SUS).

Registro clínico orientado por problemas (RCOP)

O registro da história clínica e de vida de cada pessoa e/ou família, materializado na forma de prontuários impressos ou eletrônicos, constitui memória valiosa para o profissional de saúde, assim como um instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado. Os registros ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base das pessoas e famílias em seguimento, fornecendo também eventualmente dados para investigação científica ou prova para diligências legais (*ibidem*).

A seguir, trataremos de uma forma sistematizada de registro clínico, conhecida como Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), cujas características o tornam de grande utilidade para a prática clínica na APS e na ESF. **O RCOP, apesar de ter origens na área médica, pode ser adaptado e utilizado por todos os profissionais da ESF, incluindo os agentes comunitários de saúde (ACS), permitindo a padronização das notas clínicas e potencializando o trabalho e a comunicação em equipe.**

Os registros clínicos sofreram uma evolução notável desde a década de 1960. O Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) é uma adaptação do Registro Médico Orientado por Problemas (originalmente criado para o ambiente hospitalar), divulgado em 1968-1969 a partir dos trabalhos de Lawrence Weed (*ibidem*). O **RCOP** possui três áreas fundamentais para registro das informações clínicas: a **base de dados da pessoa**, a **lista de problemas** e as **notas de evolução clínica** (notas **SOAP**) (*ibidem*). Podemos ainda acrescentar um quarto componente, as **fichas de acompanhamento**, que resumem os dados complementares mais relevantes e sua evolução (CANTALE).

Se bem utilizado, o RCOP é um método eficiente para a recuperação rápida das informações clínicas de uma pessoa, garantindo continuidade articulada de cuidados em equipe dentro da ESF. É importante termos consciência de que, ao utilizá-lo, devemos registrar as informações como se não fossem para nós mesmos, mas sim de maneira compreensível para todos os membros da equipe (RAMOS, 2008), e, de maneira ideal, para a própria pessoa que está sendo cuidada. A seguir, detalharemos cada componente do RCOP, porém, antes, discutiremos o que seria um “problema” clínico.

O que é um “problema” clínico?

Antes de tudo, é necessário definir o que estamos chamando de “problema” dentro do RCOP. Das muitas razões existentes, apresentaremos aqui duas:

1. a definição do próprio Weed [(1968, apud CANTALE): “Um Problema Clínico é tudo aquilo que requeira um diagnóstico e manejo posterior, ou aquilo que interfira com a qualidade de vida, de acordo com a percepção da própria pessoa”];
2. e a de Rakel (1995, apud CANTALE), médico de família que primeiro adaptou o RCOP para o uso em consultório de APS: “Problema Clínico é qualquer problema fisiológico, psicológico ou social que seja de interesse do profissional e/ou da pessoa que está sendo cuidada”.

Dentro dessas duas perspectivas, muitos problemas de saúde são, de fato, diagnósticos classificáveis por sistemas de informação oficiais (como o CID 10, por exemplo), mas, em APS, muitos “problemas” ou necessidades de saúde são constituídos por outras condições, tais como sintomas, queixas, incapacidades, necessidades sociais etc. (WONCA, 2009). Assim, são várias as situações que podem ser enquadradas como “problemas” no RCOP. No quadro 1 estão listadas categorias de potenciais problemas que poderiam compor uma “lista de problemas” dentro de um RCOP (CANTALE).

QUADRO 1

Exemplo de “lista de problemas” por categorias no RCOP [adaptado de (CANTALE)]

CATEGORIA	PROBLEMA
Diagnóstico/enfermidade	asma, diabetes
Deficiência, incapacidade	paralisia cerebral, hemiparesia braquial direita
Sintoma	dor torácica, náusea
Sinal	medida da pressão arterial elevada
Exame complementar anormal	glicemia de jejum alterada
Alergia, efeito adverso de um fármaco	alergia a penicilina, tosse por inibidor da ECA
Intervenção cirúrgica	apendicectomia
Síndrome	Síndrome de Menière, Síndrome do túnel do carpo
Efeitos de traumatismos	hematoma, fratura
Fator de risco	risco ocupacional, sedentarismo, tabagismo
Transtorno psicológico ou psiquiátrico	ansiedade, depressão, crise de pânico
Alteração da dinâmica familiar, social ou laboral	“ninho vazio”, recém-nascido, desemprego, violência

Cada “problema” ainda pode ser classificado por diferentes critérios: *tempo de ocorrência* (“novo” ou “conhecido”), *duração* (“agudo” ou “crônico”), *situação* (“ativo” ou “resolvido”) etc. (*ibidem*).

Algumas condições não se configuram, ou ainda não se configuraram como “problemas”, e não deveriam aparecer oficialmente na “lista de problemas”, a qual deve ter o máximo de precisão possível (*ibidem*). Alguns exemplos:

- termos vagos ou pouco objetivos: hemopatia, processo respiratório, ou;
- condições ainda sob suspeita ou “a esclarecer”: hipotireoidismo em investigação, por exemplo.

A WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família) desenvolveu já há algum tempo um sistema de classificação de problemas próprios da APS, que pode ser utilizado por profissionais de todas as áreas, incluindo os da ESF, chamado “Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP)” (WONCA, 2009).

O CIAP permite, além dos “problemas”, classificar os “motivos da consulta” e o “processo de cuidado”. Pelo CIAP, o problema de saúde poderá ser classificado com relação ao seu estágio, à certeza que o profissional tem do diagnóstico e à sua gravidade (*ibidem*).

Dicas

Informações completas sobre o CIAP podem ser encontradas em: <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=72>.

Estrutura de um RCOP

Nesta seção, apresentaremos e definiremos cada componente de um RCOP (base de dados da pessoa, lista de problemas, notas de evolução “SOAP” e fichas de acompanhamento) (CANTALE).

BASE DE DADOS DA PESSOA

A **base de dados da pessoa** será constituída fundamentalmente pelas informações e dados obtidos na história clínica e de vida, exame físico e resultados de exames complementares, registrados geralmente na primeira ou nas primeiras consultas ou visitas, ou no “caso novo” daquela pessoa (*ibidem*). São parte dessa base de dados os antecedentes pessoais e familiares, o genograma e o ecomapa, o problema e as necessidades de saúde atuais e as informações de saúde prévias daquela pessoa (trazidas por ela mesma ou enviada por outros serviços).

O tipo, o formato, o grau de profundidade e a quantidade de dados e informações, que constituirão a base de dados da pessoa, serão definidos pela própria equipe da ESF ou por cada profissional, que poderá elaborar um formulário-padrão para a obtenção dessas informações.

NOTAS DE EVOLUÇÃO “SOAP”

Notas de evolução claras e bem organizadas fazem parte da elaboração de uma boa história clínica ou de vida, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema ou necessidade de saúde. A estrutura das notas de evolução no RCOP é formada por quatro partes detalhadas a seguir, conhecidas por “SOAP”, que corresponde à sigla (originalmente em inglês) para “**S**ubjetivo”, “**O**bjetivo”, “**A**valiação” e “**P**lano” (CANTALE).

“Subjetivo” (S)

Nesta parte se anotam as informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema/necessidade de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada (*ibidem*). Se tivermos como referencial o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), é nesta seção que exploramos a “experiência da doença” ou a “experiência do problema”, vivida pela própria pessoa, componente fundamental do MCCP (STEWART, 2010).

“Objetivo” (O)

Aqui se anotam os dados positivos e negativos, que se configurarem importantes, do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis (CANTALE).

“Avaliação” (A)

Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o (*ibidem*). Nesta parte se poderá utilizar, se for o caso, algum sistema de classificação de problemas clínicos, por exemplo, o CIAP (WONCA, 2009).

“Plano” (P)

A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas, que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos principais de planos (CANTALE):

1. *Planos diagnósticos*: nos quais se planejam as provas diagnósticas necessárias para elucidação do problema, se for o caso;
2. *Planos terapêuticos*: nos quais se registram as indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa: medicamentos, dietas, mudanças de hábitos, entre outras;
3. *Planos de seguimento*: nos quais se expõem as estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão pela equipe de saúde;
4. *Planos de educação em saúde*: nos quais se registram brevemente as informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.

A seguir você encontrará um exemplo de nota de evolução SOAP numa consulta médica (*ibidem*).

Exemplo de nota de evolução SOAP numa consulta médica:

S – Subjetivo

Motivo da Consulta – **Pessoa vem por causa do diabetes, o qual trata desde os cinco anos de idade, sem controle adequado da glicemia.**

Impressão do profissional – **“Pessoa evita o contato visual.”**

Expressões da pessoa – **“Estou cansada de aplicar a insulina diariamente.”**

O – Objetivo

IMC (Índice de Massa Corporal) – **29**

Pressão arterial – **140/90**

Exame de pele – **Maceração interdigital em pés**

A – Avaliação

Diabetes insulino-dependente

Sobrepeso

Medida de pressão arterial elevada

Micose interdigital

P – Plano

Diagnóstico:

Glicemia de jejum, creatinina, microalbuminúria, Hb glicada, colesterol total, HDL, LDL, triglicérides.

Terapêutico:

Diabetes e sobrepeso: a) reeducação alimentar; b) caminhadas diárias.

Micose: a) lavagem e secagem diária dos pés de forma adequada; b) antimicótico local.

Seguimento:

Diabetes: monitoramento ambulatorial da glicemia às 8, 12, 16 e 20 horas por uma semana.

Sobrepeso: monitoramento semanal do peso.

Pressão arterial elevada: curva pressórica em dias e horários diferentes por três semanas.

Educação em saúde:

Conversar sobre o diabetes e suas complicações, sobre o risco da micose nos pés para as pessoas diabéticas e sobre a importância da aplicação da insulina e do controle da dieta.

FICHAS DE ACOMPANHAMENTO

As **fichas de acompanhamento** são formulários separados da lista de problemas e das notas clínicas, nos quais se pode registrar a evolução dos resultados dos exames físicos e complementares, dos dados de crescimento e desenvolvimento, hábitos de vida, exames preventivos, medicações prescritas, entre diversas outras possibilidades. Essas fichas geralmente ficam localizadas na última parte dos prontuários e permitem a visualização rápida da evolução dos dados, sem a necessidade de se revisar todo o prontuário (*ibidem*). Na figura a seguir, você encontrará um exemplo de ficha de acompanhamento para visitas da enfermagem (BRASIL, 2003).

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM					
Paciente: _____		Prontuário: _____			
Endereço: _____		Registro: _____			
Profissional: _____		Telefone do paciente: _____			
DATA DAS VISITAS					
PELE					
Coloração					
Edema(s)					
Área atrito/pressão					
Hidratação					
Higiene					
SINAIS VITAIS					
Pressão arterial					
Temperatura axilar					
Pulso					
Respiração					
ALIMENTAÇÃO					
Aceitando V.O.					
Ingesta líquidos					
Conforme dieta					
ELIMINAÇÕES					
Evacuações p/sem.					
Diarréia?					
Constipação?					
Urina, frequência					
Urina, volume					
Urina, cor					
HIGIENE					
Cama					
Paciente, corporal					
Paciente, oral					
MOBILIZAÇÃO					
Leito					
Fora do leito					
Ativa					
Passiva					
SONDAS					
Funcionamento					
Troca					
SONO Adequado					
AMBIENTE					

Figura 4 – Exemplo de ficha de acompanhamento para visitas da enfermagem.

A partir daqui, descreveremos alguns aspectos clínicos próprios dos núcleos de saber das áreas de enfermagem e odontologia.

Enfermagem

O enfermeiro desempenha um papel clínico importante nos serviços de APS, tanto na assistência individual quanto na coletiva, e para isso utiliza, entre outros recursos, a **consulta de enfermagem** como ferramenta importante para sua atuação.

Aspectos legais da consulta de Enfermagem

Ao profissional enfermeiro, que atua na ESF, cabe, além da partilha do saber com a equipe multiprofissional, a realização de diagnósticos individuais e comunitários e o planejamento de ações conjuntamente com sua equipe nuclear.

Segundo a portaria 648 do Ministério da Saúde (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>), cabe ao enfermeiro, entre outras ações: “realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias nas USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (...)”. Também, **conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal** (www.prefeitura.sp.gov.br, no caso de São Paulo, por exemplo), **observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações.**

A consulta de enfermagem está respaldada por legislações como a Lei do exercício profissional 7.498/86 e a RESOLUÇÃO COFEN 358/2009 (<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>), que regulamentam e direcionam ações éticas e seguras, buscando garantir a assistência profissional livre de riscos tanto aos trabalhadores de saúde quanto às pessoas e comunidades.

Alcançar o equilíbrio entre o “poder fazer” e o “saber fazer” é a legitimação das ações de enfermagem junto às sociedades científica e civil, fortalecendo a confiabilidade desse profissional como integrante da equipe multiprofissional na ESF. Outros ganhos com o mesmo grau de importância são: a adesão aos cuidados de enfermagem e o fortalecimento dos vínculos tanto com a comunidade quanto entre a equipe da ESF.

A sistematização da assistência de Enfermagem

Conceito de consulta de enfermagem:

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), existem vários sistemas de classificação para descrever a prática de enfermagem. Isso levou o Conselho Internacional de Enfermeiros – CIE (Internacional Council of Nursing – ICN), por sugestão da Organização Mundial de Saúde (OMS), a padronizar sua prática por meio de um Sistema de Classificação Internacional, a CIPE, publicada, em 1996.

A CIPE reúne todos os sistemas de classificação de enfermagem existentes: North American Nurse Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC). Porém não incorpora os termos relacionados à APS nem a prática de enfermagem em serviços comunitários de saúde, havendo a necessidade de incluir termos associados a esse campo de atuação. Assim, constituíram-se grupos de trabalho para a elaboração de processos para a identificação de termos que pudessem ser usados pelos enfermeiros da APS e de serviços comunitários de qualquer país.

A enfermagem brasileira, pela ABEN, participa dessa construção e desenvolve um projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESEC), com a intenção de revelar a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem da APS no contexto do SUS.

A consulta de enfermagem consiste em um atendimento individual realizado pelo enfermeiro em sala de consultório ou no domicílio, e pode ocorrer de forma espontânea ou agendada, devendo garantir o atendimento conforme a necessidade do usuário.

Principais etapas da consulta de enfermagem:

1. Coleta de dados ou histórico

A coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem é um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, cuja finalidade é a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana, e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde-doença. Inclui as etapas anamnese, exame físico (que deve ser cefalocaudal), e também a etapa de acompanhamento.

2. Diagnóstico de enfermagem

É o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa. Culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem e representa, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença. Constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

3. Planejamento de enfermagem

É a determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas em relação às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, identificadas

na etapa de *Diagnóstico de enfermagem*. Nesta etapa pode ser realizada qualquer uma das taxonomias descritas anteriormente, porém a intervenção mais apropriada para essa prática é a CIPESC. Também é recomendado que sejam utilizados os protocolos federais estaduais e municipais, com base nas recomendações do conselho de classe. Para tal, consulte www.portalcofen.gov.br.

4. Implementação

Trata da realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de *Planejamento de enfermagem*.

5. Avaliação de enfermagem

É um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, em um dado momento do processo saúde-doença, que apontam para as ações ou intervenções de enfermagem alcançadas e o resultado esperado.

Registro escrito da consulta de enfermagem

O registro das informações de evolução de enfermagem deve ser feito no prontuário da pessoa, na ficha de seguimento, sequencialmente às ações descritas por outros profissionais que realizaram a consulta. Deve conter data, descrição da consulta com letra legível, texto objetivo e claro. Também deve conter obrigatoriamente carimbo do profissional (nº do COREN da respectiva região), nome completo e assinatura.

Odontologia

As práticas clínicas em Saúde Bucal na APS devem ser pautadas pelas observações sobre o território de abrangência, pelas características socioeconômicas e biológicas dos núcleos familiares e o modo como elas impactam o processo saúde-doença bucal, aliadas aos dados coletados na triagem odontológica dos indivíduos das famílias. Tais ações devem considerar o ambiente em que se realizam tais práticas e as diretrizes estabelecidas pelo gestor da respectiva esfera de governo local para o exercício das atividades profissionais junto à população adscrita.

Observações sobre o território de abrangência e a organização das práticas clínicas em Saúde Bucal

Três situações devem ser observadas no território de abrangência das equipes: a realidade das condições de saúde bucal das famílias pertencentes à população local, suas características socioeconômicas e biológicas e o contexto que envolve o modo como vivem os componentes dos núcleos familiares residentes numa determinada região.

Esse movimento em direção ao território é um desafio para a Odontologia na ESF, em grande parte pela mentalidade da população que acredita que o *locus* de trabalho dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal, em especial do cirurgião-dentista, é o consultório odontológico, onde deve prestar assistência de modo integral aos pacientes que o procuram ou que estão agendados, e assim não compreende a importância dessa ação.

Por outro lado, faltam ainda aos profissionais das equipes de Saúde Bucal uma formação adequada para saber o que verificar no território, a compreensão sobre a relevância desse movimento em direção à população adscrita (do ponto de vista político) e a relação entre as observações realizadas e as práticas clínicas necessárias para o trabalho nas equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008). Isso exige boa articulação e interação comunicativa entre os profissionais das equipes de Saúde Bucal com aqueles da Equipe de Saúde da Família, a partir da exposição das intencionalidades dos atores envolvidos, voltadas à consecução do trabalho em equipe, pautadas pelo senso de construção coletiva e a complementaridade do conhecimento que deve nortear as práticas clínicas na ESF (BRASIL, 2008; GENOVESE, 1992; MOYSES et al., 2008).

Características socioeconômicas e biológicas dos núcleos familiares e o modo como elas impactam o processo saúde-doença bucal

Para uma prática clínica responsável e correspondente às expectativas da população local, cabe aos profissionais das equipes de Saúde Bucal a devida apropriação das principais características de ordem social, econômica e biológica que cercam o modo como as pessoas vivem no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família, identificando as áreas em que os fatores de risco que determinam e/ou condicionam o processo saúde-doença possam se relacionar também à etiologia das principais doenças bucais. O ACS assume um papel de extrema relevância nessa ação.

Esse momento em que se traça um olhar mais acurado sobre a população adscrita pode ser fundamental também para o apontamento de critérios capazes de eleger as famílias mais vulneráveis do ponto de vista social e biológico, em maior situação de risco entre as demais, para o conseqüente convite destas para a triagem odontológica, instante em que os profissionais das equipes de Saúde Bucal deverão avaliar as condições de saúde bucal da população residente em seu território (BRASIL, 2004).

Dados coletados na triagem odontológica dos indivíduos das famílias

As ações de assistência odontológica individual são fundamentais para a minimização do quadro dramático das doenças bucais e seus impactos na vida das pessoas, sobretudo nos adultos, que historicamente sempre ficaram à margem das políticas públicas de saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2008; SILVEIRA FILHO, 2002).

A triagem odontológica tem o objetivo de identificar a parcela da população que esteve mais exposta aos fatores de risco que concorrem para o maior aparecimento de doenças bucais, tais como cárie e doença periodontal, e da presença ou não de alterações da normalidade em tecidos moles, e/ou possui algum de grau de atividade dessas doenças em curso. A proposta é estratificar as famílias segundo tais critérios e convidá-las para tratamento odontológico com base em seus componentes, respeitando o princípio doutrinário da equidade do SUS. Essa ação norteia a organização da assistência odontológica programática ao público mais vulnerável que, aliado a uma boa retaguarda na produção de respostas adequadas à demanda espontânea, gera oportunidades para uma avaliação positiva da população adscrita em função da qualidade da atenção promovida (MENDES-GOLÇALVES, 1992; SÃO PAULO, 2009).

Gestão da prática clínica em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

A gestão da prática clínica em Saúde Bucal na ESF deve ser amparada por uma metodologia que sustente a ideia de promover tratamentos completados em um menor número de consultas possível, possibilitadas pela maior produção de procedimentos odontológicos em uma consulta e pelo maior índice de frequência às consultas agendadas, acompanhados do menor índice de absenteísmo (SÃO PAULO, 2009).

Para isso, leva-se em consideração a lógica do tratamento por quadrante, que divide a cavidade oral em quatro espaços a partir de dois cortes imaginários: um sagital na linha mediana, que passa pelos incisivos superiores e inferiores, e outro axial na linha de mordida. No sentido horário, de frente para o paciente, temos o quadrante 1 localizado no canto superior esquerdo, o 2 no canto superior direito, o 3 no canto inferior direito e o 4 no canto inferior esquerdo. Essa organização possibilita o uso mais racional de insumos odontológicos, na medida em que os focos passam a ser o paciente em sua integralidade e o número de procedimentos que o profissional realiza, e não o número de pessoas que ele atendeu, além de facilitar a ergonomia profissional durante o exercício de suas atividades (*ibidem*).

O exame clínico dos pacientes em primeira consulta odontológica programática terá seu registro realizado em uma Ficha de Atendimento Odontológico. O exame clínico é o passo inicial para se realizar um tratamento, como também para estabelecer um melhor relacionamento entre paciente/profissional. O objetivo do exame do paciente é a elaboração do diagnóstico, do prognóstico e do correto planejamento terapêutico. Ele divide-se em anamnese ou exame subjetivo e exame físico ou exame objetivo (GENOVESE, 1992).

A anamnese é composta pelas seguintes fases: identificação, queixa principal, história da doença atual, história odontológica pregressa, antecedentes médicos, antecedentes familiares e hábitos. No exame físico, o profissional de saúde utiliza-se dos sentidos naturais na exploração dos sinais, tais como inspeção, palpação, percussão, auscultação e olfato. E por meio deles procede os exames extra e intraoral, levantando hipóteses diagnósticas, solicitando exames complementares, fazendo prognóstico e construindo um plano de tratamento (*ibidem*).

Todo esse processo deve ser sustentado por um sistema de informação adequado e bastante capaz de coletar com qualidade os dados que são gerados no cotidiano das práticas clínicas (ZANETTI, 2000) Isso apoiará a equipe no monitoramento das ações realizadas, na avaliação e no planejamento dos trabalhos a serem promovidos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008; SANTOS et al., 2006).

A seguir, trataremos brevemente do **prontuário familiar, um instrumento interdisciplinar fundamental para o trabalho em equipe com foco nas famílias e comunidades.**

Prontuário familiar

As equipes da ESF devem efetivamente incorporar a avaliação e o entendimento do contexto familiar no processo de tomada de decisão clínica. Uma das ferramentas fundamentais para atingir esse objetivo é o uso do **prontuário familiar** como instrumento de registro das informações provenientes do processo de atenção às famílias do território, permitindo, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela Equipe de Saúde da Família. Representa, ainda, um indicador de qualidade da atenção ofertada, além de ser um elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos, da mesma maneira que os prontuários individuais de cada pessoa da família (PEREIRA, 2008; ATHAYDE, 2005).

ARQUIVAMENTO

Os prontuários ou pastas de famílias geralmente consistem numa capa de arquivo externa contendo informações selecionadas sobre a família, bem como os prontuários individuais de cada um de seus membros. Eles podem ser arquivados e identificados pelo nome do responsável por aquela família, pelo informante principal, pelo sobrenome (quando único), ou, mais frequentemente, por um sistema numérico adotado pela equipe (nesse caso, o número dos prontuários individuais pode derivar do número do prontuário familiar, acrescentando-se mais um dígito para cada membro da família, por exemplo) (RAKEL, 1995).

CONTEÚDO

O primeiro item no prontuário familiar é o formulário de registro da família, contendo dados demográficos e socioeconômicos obtidos no cadastramento inicial da família. Na ESF, em geral, se utiliza a Ficha A (SIAB) como formulário de registro das famílias. Esse formulário deve ter localização fácil no prontuário familiar, sendo uma fonte imediata dos nomes e idades de todos os membros da família, podendo incluir outras informações, como grau de escolaridade, ocupação, entre outros (*ibidem*).

Alguma forma de registro de visitas aos membros da família (na forma de uma ficha de acompanhamento, por exemplo), assim como qualquer formulário que indique os problemas contínuos da família como um todo (na forma de uma “lista de problemas da família”), podem ajudar a equipe de saúde a identificar problemas ou necessidades de saúde que sejam comuns àquela família e que perturbem a dinâmica familiar. É útil também empregar uma parte do prontuário familiar, ou mesmo a “lista de problemas da família”, para registrar eventos que sejam ocorrências importantes no ciclo vital da família, por exemplo, o nascimento de um filho ou neto, mudança de domicílio, casamentos, divórcios etc. (*ibidem*).

No prontuário familiar também está contido o genograma familiar, ou “familiograma”, e o ecomapa.

Considerações finais

A prática clínica na APS, e, portanto, na ESF, possui uma série de especificidades que correspondem às características peculiares desse modelo de atenção à saúde, com vistas à integralidade do cuidado.

Neste texto focamos algumas ações e ferramentas que consideramos fundamentais para a organização e o registro da prática clínica na APS e na ESF. Mais detalhadamente, discutimos os aspectos gerais de uma consulta clínica em atenção primária, o registro clínico orientado por problemas, alguns aspectos específicos das áreas de enfermagem e odontologia e o prontuário familiar.

Pela complexidade do assunto, é fundamental que você busque também se aproximar das outras diversas ferramentas que auxiliam na prática clínica cotidiana. Bons estudos!

Referências

ATHAYDE, E. S.; GIL, C. R. R. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das Equipes de Saúde da Família de Londrina. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, PR, v. 6, n. 2, p. 13-22, jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa da Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de Saúde Bucal**, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica n. 17 – Saúde Bucal**, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: fev. 2011.

CANTALE, C. R. **Historia clinica orientada a problemas**. S.l.: University of Southern California, p. 7. Disponível em: <http://med.unne.edu.ar/sanitaria/sitios/cbmf200220Clase204_1.pdf>. Acesso em: fev. 2011. Acesso em: fev. 2011.

COREN (SP). **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. COREN (SP), 2009.

GENOVESE, W. J. **Metodologia do exame clínico em Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Pancast, 1992. 391p.

LEAL, D. C. M. F.; MONTEIRO, E. M.; BARBOSA, M. A. Os horizontes da percepção do enfermeiro do PSF sobre os limites de sua legislação. **Revista da UFG Online**, v. 6, número especial, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: fev. 2011.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR – Série textos**, n. 1, São Paulo, jan. 1992.

MOYSES, S. J. A.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca In: SILVEIRA FILHO, A. D.; DUCCI, L.; SIMÃO, M. G.; GEVAERD, S.P. (Org.) **Os dizeres da boca em Curitiba**: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

PEREIRA, A. T. da S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Suplemento 1, p. S123-S133, 2008.

- RAKEL, R. E. **Tratado de Medicina de Família**. 5 ed. S.l.: Editora Guanabara Koogan, 1995.
- RAMOS, V. **A Consulta em 7 Passos**. Lisboa: VFBM Comunicação Lda., 2008, p. 126.
- ROMAN, A. C. **Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo, 2009. 106 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, mar. 2006.
- SANTOS, E. F. et al. **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2002. 367p.
- SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Diretrizes para a atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal**. São Paulo, fev. 2009.
- SILVEIRA FILHO, A. D. **A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. Programa de Saúde da Família: Ministério da Saúde, dez. 2002.
- SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem: Saúde da Família**, Brasília: ABEn, v. 53, número especial, p. 25-30, dez. 2000.
- STANGE, K. C.; NUTTING, P. A., MILLER, W. L.; JAÉN, C. R.; CRABTREE, B. F.; FLOCKE, S. A.; GILL, J. M. Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home. **J Gen Intern Med**, 2010, v. 25, n. 6, p. 601-612.
- STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. UK: Oxford University Press, 1998.
- _____. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, vol. 83, 3, p. 457-502. 2005.
- STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. S.l.: Artmed, 2010.
- WORLD Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. 2. ed. S.l.: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2009, p. 200.
- ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF): proposição e programação**. Brasília, fev. 2000. Disponível em: <www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em: jan. 2011.