

## CAPÍTULO 40

# REGISTRO DE SAÚDE ORIENTADO POR PROBLEMAS

Gustavo Gusso

José Mauro Ceratti Lopes

### Novidades e Aspectos-chave

- O Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP) tem sido empregado em diversos sistemas de Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo, e seu uso tem-se ampliado cada vez mais como base inclusive na informatização dos registros médicos.
- Diante da multiprofissionalidade que caracteriza as equipes de APS no Brasil, pode-se denominá-lo de Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP), e propor que todas as categorias profissionais se apropriem e incorporem em sua prática esse formato de registro.
- O aprendizado e a utilização do Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP) é um dos caminhos na busca de ser um bom profissional para o trabalho em equipe na APS.
- O registro em prontuário é critério de avaliação da qualidade de um serviço de saúde.
- Mais do que uma mera sistematização, o ReSOAP é ferramenta de raciocínio clínico.
- O registro na APS deve refletir todos os seus atributos, em especial a longitudinalidade, ou seja, mais importante que enxergar a “foto” é poder compreender o “filme”.

### Do Registro Médico Orientado a Problemas (RMOP) ao Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP)

As informações das pessoas sobre o que sentem em relação à saúde são “traduzidas” pelos profissionais por meio de abstrações, buscando-se transformar as queixas em sinais e sintomas ao se utilizarem termos técnicos. Dessa forma, elabora hipóteses e estabelece diagnósticos para poder cuidar da saúde das pessoas. Esse é um processo que exige competência, ou seja, conhecimento, habilidade e atitudes. O Registro Orientado por Problemas atua nas três esferas da competência.

O Registro Orientado por Problemas tem sido empregado em diversos sistemas de APS em todo o mundo, e seu uso tem-se ampliado mesmo com a informatização dos prontuários.

Diante da multiprofissionalidade que caracteriza as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, pode-se denominá-lo Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP), e buscar que todas as categorias profissionais se apropriem e incorporem em sua prática esse formato de registro, que é mais do que anotar ou organizar as informações com excelência, sendo uma ferramenta de trabalho que proporciona raciocínio clínico apurado e cuidado qualificado e continuado pela equipe. Essa incorporação deve levar em conta as especificidades de cada profissão e de seu processo de prestação do cuidado. Este capítulo, será focado na utilização do ReSOAP pelo profissional médico.

O aprendizado e a utilização do ReSOAP é um dos caminhos na busca por ser um bom médico e pelo efetivo trabalho em equipe, pois sua aplicação envolve preocupar-se com o detalhamento das queixas, exercitar a curiosidade dirigida, organizar os dados coletados, usar o tempo adequadamente, enxergar o contexto, refletir sobre as informações coletadas, e decidir em conjunto com a pessoa atendida. Isso, sem dúvidas, decorre da capacidade do Registro em servir como depositário do conhecimento acumulado sobre a pessoa, como instrumento de comunicação das informações na equipe, na contribuição que traz ao ensino e à pesquisa, e também por facilitar a auditoria das ações realizadas.<sup>1</sup> Pode-se dizer que há pelo menos três entes ativos em uma consulta médica: o paciente, o médico e o registro. As informações prévias exercem grande influência na tomada de decisão e na APS, o registro deve refletir todos os atributos, em especial a longitudinalidade, ou seja, mais importante que enxergar a “foto” é poder compreender o “filme”.

Trabalhar as anotações de acordo com a estrutura proposta pelo ReSOAP é muito útil para conseguir um registro de qualidade (claro, breve e organizado), de forma apropriada para o ambiente ambulatorial e para o trabalho longitudinal cujas especificidades não permitem o uso da sistematização da anamnese desenvolvida para internação hospitalar (queixa e duração, história pregressa da moléstia atual, etc.). Em função de todos esses aspectos, o ReSOAP constitui-se na ferramenta metodológica ideal para a atuação em APS, devendo ser incluído no cotidiano do trabalho das equipes que atuam na APS.

As profissões não médicas também necessitam adaptar sua prática à realidade da APS, na qual sua inserção é muito recente. Mas ainda estão num processo de reconhecimento desse cenário do sistema de saúde, e muitas delas são ainda muito apegadas aos aspectos tradicionais de sua atuação, utilizando-se ferramentas e conceitos de outros ambientes (hospital e ambulatórios especializados).

O Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP) foi desenvolvido por Lawrence Weed um internista geral que ao longo de sua carreira foi se dedicando cada vez mais a medicina comunitária. Larry Weed, como ficou conhecido é um ícone do registro clínico e um precursor do prontuário eletrônico. Suas publicações revolucionaram o registro ao favorecer o raciocínio clínico e a compreensão longitudinal do cuidado. É dele a sistematização da lista de problemas e do método SOAP<sup>2,3</sup>.

A Tabela 40.1 mostra as diferenças no processo clínico básico no que se refere às características que o compõem na APS e Atenção Secundária/Hospitalar.

**Tabela 40.1**

**DIFERENÇAS ENTRE O PROCESSO DE ABORDAGEM AOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA/HOSPITALAR E NA APS**

<b>Características</b>	<b>Atenção Primária à Saúde</b>	<b>Secundária/hospitalar</b>
<b>Necessidade de saúde</b>	Múltiplas necessidades são abordadas.	Filtro prévio: mais grave ou complexo.
<b>Percepção da necessidade de saúde</b>	As necessidades de saúde são multifatoriais e se apresentam de forma indiferenciada: provas terapêuticas, manejo contingente ou de contexto.	A ação deve basear-se em diagnóstico com elevado nível de certeza: etiologia, morfologia e interações biológicas.
<b>Ação tomada</b>	Requer também mudanças de estilo de vida que demandam colaboração estreita dos contextos familiar e social (trabalho e comunidade) da pessoa.	Tratamentos são farmacológicos, físicos ou cirúrgicos que dependem da pessoa ou do cuidador.
<b>Avaliação da ação tomada</b>	Mais difícil de medir o efeito das intervenções multidimensionais, e a melhora deve avaliar-se na pessoa como um todo, incluindo um contexto mais amplo.	Mais objetiva, baseia-se em parâmetros biológicos relacionados ao diagnóstico.
<b>Contexto da pessoa</b>	Inclui outros aspectos da pessoa, da família ou do âmbito social relacionados à necessidade de saúde avaliada.	O contexto é restrito aos órgãos ou sistemas afetados, que são estudados com muito detalhe.

<p><b>Contexto profissional</b></p> <p>Inclui as características do profissional ou da equipe que cuida da pessoa, assim como do serviço ou da instituição na qual atuam, sendo todas determinantes da abordagem da necessidade de saúde que a pessoa apresenta.</p>	<p>Estabelece relação continuada e longitudinal por toda vida, entre pessoas e equipe de saúde, a qual aborda partes importantes de uma mesma pessoa e oferece cuidados complementares, que, em essência, são únicos.</p> <p>O registro é também longitudinal, ou seja, um “exame físico completo” pode levar inúmeras consultas</p>	<p>Pode ser breve e intensiva, e os prestadores do cuidado têm uma rígida divisão em seus campos da ação e em sua tomada de decisões.</p> <p>Cada internação exige nova elaboração de história clínica detalhada.</p>
<p>Fonte: Suárez-Bustamante<sup>4</sup></p>		

A história clínica hospitalar, em geral denominada história da doença atual (HDA), apresenta aspectos estruturais que dificultam sua utilização na APS, podendo ser destacados os seguintes:

- Dificuldade para encontrar uma informação específica, pois, da forma como está estruturada, frequentemente torna-se necessário ler todo o registro;
- A sistematização do registro é feita em forma de “funil” para se chegar a um diagnóstico específico
- Dificuldade para prestar o cuidado preventivo à pessoa, tendo em vista ser foco o diagnóstico dos motivos imediatos de consulta.
- Possibilidade de induzir a repetição de condutas ou de estudos diagnósticos, pois a forma de estruturação de seu conteúdo dificulta o a compreensão longitudinal;
- Abordagem de cada profissional em separado, o que limita a informação compartilhada por diferentes membros da equipe da APS e pode fragmentar o cuidado.

### Acesso rápido aos dados

Os dados básicos para compor um prontuário são aqueles necessários ao médico para tomar uma decisão. A coleta dos dados deve ser adequada, fugindo-se dos extremos. Coletar e registrar informações em demasia pode ser pouco produtivo, pois perde-se fatos importantes. Por outro lado, coletar menos informações do que é necessário pode implicar dados insuficientes, com conseqüente dificuldade de entendimento do caso e de tomada de decisões. É importante distinguir registro de saúde de narrativa, sendo que frequentemente

se confunde essas duas atividades desde as disciplinas de propedêutica. O registro deve ser sempre sumário para que as informações estejam disponíveis e não há a necessidade de frases completas, embora diferentes estilos devam ser respeitados. Assim como o uso da classificação, que é a forma de se estruturar a informação, o registro não é uma ciência exata e de certa maneira depende de consenso ou das orientações das Comissões de Revisão de Prontuário, respeitada a legislação<sup>5</sup> (ver capítulo Uso de sistema de classificação na Atenção Primária à Saúde). Em países onde há a universalização do uso do prontuário eletrônico, como na Holanda, que permite um retorno efetivo da informação na forma de inteligência artificial, cada vez mais o registro da consulta ou encontro se resume a dados estruturados.

Um prontuário médico adequado deve dar acesso fácil e claro às informações sobre a pessoa, como dados socioeconômicos, aspectos clínicos, diagnósticos, ações implementadas, informações continuadas e principais mudanças emocionais, sociais ou familiares. Nenhum registro vai conter todas as informações sobre uma pessoa, mas obrigatoriamente deve conter toda informação útil sobre o motivo da consulta ou problema de saúde apresentado, bem como dados de problemas inativos/resolvidos (o correspondente a história progressa no registro hospitalar).

Os dados podem ser divididos entre relacionados ao episódio de cuidado e dados não relacionados ao episódio de cuidado (para o conceito de episódio de cuidado ver capítulo Uso de sistema de classificação na Atenção Primária à Saúde). Os dados não relacionados aos episódios de cuidados são identificação, idade, sexo, endereço, etc.. que não necessitam ser atualizados a cada novo encontro.

### Educação continuada

Uma das formas de o médico manter-se atualizado é pela reflexão sobre sua própria experiência. O SOAP é um meio de autoavaliar a qualidade dos cuidados prestados, constituindo por isso um dos fatores mais importantes de Educação Continuada. A Ficha de Orientação para Revisão de Prontuários, que está no Quadro 40.1, pode ser utilizada para autoavaliação ou pela Comissão de Revisão de Prontuários. Sugere-se que o médico utilize pelo menos três prontuários de pessoas atendidas e revise ou peça a um colega para fazê-lo, de acordo com os itens da ficha.

#### Quadro 40.1 FICHA PARA REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Nome do profissional avaliado*: _____ Data: _____ ____/____/____				
Número dos prontuários: P1_____ P2_____ P3_____				
Score: (3) excede as expectativas      (1) abaixo das expectativas (2) alcança as expectativas      (0) desorganizado				
<b>Critérios</b>	<b>Score</b>			<b>Comentários</b>
	<b>P 1</b>	<b>P 2</b>	<b>P 3</b>	

<b>Resumo clinico</b>				
Lista de problemas principal atualizada				
Medicações				
Imunizações				
Alergias e riscos maiores à saúde				
<b>Apresentação do problema</b>				
Motivo da consulta claramente identificada				
Descrição completa do problema/ condição, com detalhes relevantes, incluindo questões negativas pertinentes				
<b>Organização geral</b>				
SOAP nas evoluções está correto (mínimo SAP, P relacionado ao A e este relacionado ao S)				
Exatidão, brevidade e clareza				
Tratamento prescrito correto				
Se encaminhou, foi apropriado?				
<b>Legibilidade</b>				
Leitura fácil				
* Pode-se identificar ou não os profissionais de acordo com combinação prévia na equipe.				

### Lista de Problema ou Condições

No cuidado ambulatorial, o médico trabalha mais com *problemas de saúde ou condições* do que com diagnósticos que denota doença ou certeza nem sempre presentes em APS. Tem-se várias definições de problema, mas é possível dizer que, em geral, *problema ou condição é tudo aquilo que requer ou pode requerer uma ação do médico ou da equipe de saúde e, em consequência, motivará um plano de intervenção.*

Igualmente são problemas alguns fatos passados que afetaram ou podem afetar a capacidade funcional ou a qualidade de vida da pessoa, assim como situações ou estados que requerem intervenção para ocorrer o manejo de outros problemas (desemprego, isolamento, falta de moradia. As categorias que constituem a lista de problema estão listadas no quadro 40.2. O termo condição tem sido cada vez mais usado pois nem sempre é um “problema de saúde” mas sim uma “condição de saúde” como pré-natal.

Para constituir um problema nem sempre a pessoa precisa concordar, diferente do motivo da consulta e dados subjetivos. A única exceção são dados sociais incluindo pobreza e violência, ou seja, a pessoa deve concordar que a condição em questão afeta a sua saúde para ser incluída na avaliação do dia em que está sendo relatada, bem como na lista de problemas evitando assim um julgamento muitas vezes moral do profissional. Caso a pessoa não concorde, o profissional que entende que afeta a saúde deve primeiro convencê-la disso para então registrar.

**Quadro 40.2: O que pode constituir uma lista de problema**

<b>Componente da CIAP 2*6</b>	<b>Categoria</b>
Componente 1	Sintoma
	Alergia/ efeito colateral de medicamento
	Fator de risco pessoal ou familiar
	Aspecto social ou familiar
	Sinal
Componente 7	Exame complementar anormal
	Síndrome
	Efeitos de traumatismos
	Deficiência/ incapacidade
	Transtorno psicológico ou psiquiátrico
	Condição de saúde (como pré-natal ou prevenção)
	Doença/ enfermidade

\*Classificação Internacional de Atenção Primária  
Adaptado de Castro<sup>7</sup>

### **Lista de Problemas/ Condições Principais**

Pode-se considerar que existem pelo menos duas listas de problemas no prontuário: uma que se pode chamar de *principal*, que serve de capa do prontuário individual, na qual são colocados os problemas de grande relevância;

e outra que faz parte do registro de cada consulta realizada, sendo representada pela letra “A” do SOAP. Além destas, pode se incluir lista de problemas secundários (de menor relevância) e lista de problemas resolvidos (correspondendo aos antecedentes pessoais da anamnese hospitalar), ambas no resumo clínico.

A lista de problemas principal (LP) é peça-chave do ReSOAP e deve ficar em local visível, devendo ser a primeira imagem a ser visualizada ao manusear-se o prontuário, seja em meio papel, seja em meio eletrônico (ver capítulo Seleção do Prontuário Eletrônico para Atenção Primária à Saúde). Deve ser a primeira página ou a capa do prontuário individual. É a parte mais importante do prontuário na APS.

A LP deve funcionar como um índice dos conteúdos da história clínica de cada pessoa. Serve como resumo da situação de saúde e deve incluir somente aspectos que constam nos registros dos encontros. Existem várias maneiras de construir a página da LP, como exemplo, a utilizada no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Figura 40.1). Nem sempre se coloca data do início do problema nem data da resolução pois na maioria das vezes não são dados acurados. O dado mais relevante é a data que se inclui o problema como ativo.

Recomenda-se que, em caso de utilização de prontuário de família, haja também um espaço ou uma página para uma lista de problemas da família, na qual são transcritos aqueles problemas que atuam como geradores de doença ou de disfunção e dizem respeito à família como um todo ou afetam todos os componentes da família. Podem ser relacionados aspectos como desemprego, alcoolismo, demência, condições de moradia, etc. Esse espaço pode ser localizado na ficha de cadastro da família na Unidade. O genograma, caso exista, deve ser da pessoa (caso-índice) e não da “família”.

Em geral, a LP principal é a parte da ficha clínica que levanta mais dúvidas sobre seu preenchimento, sendo frequente a dúvida sobre quais os problemas que devem ser incluídos nela.

A LP principal deve obedecer a certos critérios que devem ser discutidos localmente. Em geral os aspectos mais relevantes são:<sup>8</sup>

- Doenças relevantes
- Doenças ligadas a remissões ou recorrências (p. ex., úlcera péptica)
- Doenças ligadas a complicações (p. ex., neoplasias)
- Intervenções cirúrgicas maiores
- Doença que a pessoa possa tender a ocultar (p. ex., DSTs)
- Doenças que requerem tratamento médico contínuo
- Doenças com necessidade de vigilância contínua (p. ex., insuficiência renal)
- Doenças que condicionam a escolha terapêutica (p. ex., alergias, úlcera péptica)
- Doenças que afetam as funções da pessoa (p. ex., cegueira, surdez)
- Problemas sociais:
  - estrutura familiar disfuncional
  - violência familiar
  - relação interpessoal perturbada
  - desajuste social grave
  - problemas ocupacionais

- acontecimentos vitais (crises naturais ou acidentais)

A LP principal é dinâmica. Os problemas podem passar de principais a secundários, e vice-versa, ou a resolvidos.

### O que não deve ser registrado como “problema” ou “condição”?

Apesar do amplo enfoque do ReSOAP, é importante NÃO listar como problema:

- Processo de cuidado: solicitação de exame complementar, prescrição de medicamento ou referenciamento
- Termos vagos ou não concretos: hemopatia, processo respiratório, desconforto; idealmente os problemas da lista de problemas devem ser estruturados por classificações como CID 10 ou Classificação Internacional de Doenças ou Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), o que evita termos vagos usados localmente e direcionam para conceitos bem definidos, o que não implica em um diagnóstico exato
- Diagnósticos interrogados: hipertensão arterial (HAS)? Apendicite? Asma?
- Diagnósticos a descartar: “descartar hipotireoidismo”, “descartar gravidez”.
- Suspeitas ou diagnósticos prováveis: suspeita de depressão, provável hepatite.

A lista de problemas se comunica com o “problema / condição” de cada consulta registrado no A do SOAP. A regra de ouro é registrar apenas o problema / condição **no mais alto grau de especificidade possível** (ver capítulo Uso de sistema de classificação na Atenção Primária à Saúde)

### SOAP

O SOAP foi desenvolvido para poder visualizar o cuidado longitudinal, o “filme”. Quem não está familiarizado entende como uma forma “simplista” de registro mas é praticamente o contrário, uma forma estruturada de se registrar a complexidade do cuidado na APS.

Diariamente, em um local de atendimento, o médico e outros profissionais da saúde documentam o cuidado com as pessoas. Podem utilizar vários métodos para isso, e um deles é o SOAP. O SOAP corresponde às informações e aos dados colocados na ficha de acompanhamento e registro dos atendimentos do ReSOAP, caracterizando e garantindo a continuidade do cuidado. Quando se registra em papel, a folha de registro com as anotações das consultas de acompanhamento da pessoa serve para seguimento dos problemas. Portanto,

deve estar ordenada cronologicamente, colocando-se a data, o horário do atendimento e a identificação de quem realizou o atendimento.

Tempo e acesso rápido às informações são muito importantes. Por isso, para ter um melhor aproveitamento e encontrar os dados rapidamente, preconiza-se as anotações de uma forma estruturada baseada em quatro itens, que geram o acrônimo denominado SOAP: **S**ubjetivo, **O**bjetivo, **A**valiação e **P**lano. (Tabela 40.3)<sup>3</sup>. Outras derivações como **S - O - S - A - P**, são possíveis mas aqui estará descrita apenas a estrutura essencial.

**Tabela 40.3 Estrutura do SOAP<sup>3</sup>**

<b>S</b>	Subjetivo (a síntese estruturada é o motivo da consulta)	Sintoma(s), diagnósticos relatados História familiar e social História passada Contexto Expectativas, medos, angústias Demandas por processos de cuidado como atestado, solicitação de exames, medicações Demanda por seguimento no cuidado de doenças estabelecidas
<b>O</b>	Informações objetivas observadas pelo profissional	Observações do profissional: aparência, afeto Achados físicos Dados de exame clínico Exames complementares
<b>A</b>	Avaliação (a síntese estruturada é o problema ou condição da consulta)	Problemas: inclui desde fatos, dados relevantes e sintomas até diagnóstico(s). Mesmas regras da lista de problemas Situação atual de problema crônico. Exemplo: diabetes tipo 2, compensado Impressão do médico sobre o caso
<b>P</b>	Plano(s) de manejo elaborado em conjunto com a pessoa	Manejo: orientações, medicações, procedimentos Investigação: exames complementares, Referenciamentos Educação e promoção da saúde Estudo

Ao serem apresentados ao SOAP, muitas vezes, os médicos acham que não podem trabalhar mais com hipóteses, por esse tipo de registro ser orientado por problemas. Consideram que o fato de trabalhar com problemas e lista de problemas deve fazer com que não gerem hipóteses. Pelo contrário, justamente pelo fato de trabalhar com problemas, representados por sinais e sintomas, deve-se sempre gerar hipóteses ou confrontar o que se está vendo com padrões de situações anteriores vivenciadas, até mesmo para fazer uma investigação e perguntas adequadas ao caso.

O que devem ter em mente é que, sendo o SOAP orientado por problemas, significa que se deve usá-lo para orientar a atuar de forma aberta, não se fechando para diagnósticos (embora sempre pensando neles) até que se tenha elementos suficientes para fazê-lo. As hipóteses vão surgindo e sendo descartadas ou substituídas à medida que coletam-se as informações e compara-se com o que se tem como “arquivo” do conhecimento técnico. O SOAP ajuda a sistematizar as informações com vistas a validá-las e aprofundá-las. Ao contrário da anamnese hospitalar, o diagnóstico tende a se fechar ao longo do tempo e não ao longo de uma única consulta ou encontro. Por outro lado, na maioria das vezes o diagnóstico não se fecha e continua como sintoma (ver capítulo Sintoma como Diagnóstico), ou seja, um paciente que procura o serviço com fraqueza no S pode sair com diagnóstico de fraqueza no A e esta condição ter melhora sem intervenção medicamentosa ou exame complementar de maneira que não foi realizado um “diagnóstico fechado”<sup>9</sup>.

Uma metáfora que representa bem esse processo é de uma viagem. Se realizar uma viagem a determinada cidade ou local, caso tenha certeza do caminho a seguir, pode-se ir rapidamente, sem prestar atenção nos detalhes que cercam o caminho, fixados no leito da estrada. Caso não se tenha certeza do caminho, é necessário ir prestando atenção aos pontos de referência, às placas informativas, conferindo no mapa, buscando referências conhecidas para ter certeza de que se está no caminho certo e não se perderá.

É importante que o registro reflita o que realmente se conhece sobre um determinado problema no momento de anotá-lo, ou seja, reflita a maior especificidade do momento: em uma primeira consulta, um problema pode ser registrado como “dor abdominal”, após as primeiras investigações, definir-se como “aumento de volume do pâncreas”, e finalmente chegar-se à definição de “neoplasia de pâncreas”.

Não se deve registrar informações duvidosas, incorretas ou exageradas. As anotações dos atendimentos à pessoa são parte de um documento permanente, legal, chamado registro médico. É frequente um diagnóstico incorreto registrado de forma imprudente provocar um tratamento desnecessário por anos.

O objetivo ao anotar as informações de uma consulta é criar um registro do encontro com a pessoa que procurou o médico. Esse registro vai servir para comunicar para o próprio *médico* ou para um *colega* o que foi feito e o que se pensou fazer sobre a situação da pessoa atendida. O registro também mostra o progresso que uma pessoa está ou não está tendo em relação ao seu cuidado.

É importante ter em mente, ao escrever no prontuário, que *outros* vão ler as anotações buscando informações específicas. O formato SOAP existe para

tornar mais fácil e prático encontrar essas informações. Esse formato incumbe quem registra de produzir um documento claro, conciso, no qual cada informação se encontra em um local específico. Essa habilidade leva tempo para ser alcançada e, nesse processo, é importante conhecer o padrão básico para poder ter sucesso.

O SOAP deve ser utilizado pelo médico em todas as consultas com as pessoas atendidas, e seus principais objetivos são desenvolver um registro exato, breve e claro, contribuindo assim para um raciocínio e uma tomada de decisões com qualidade. Ao finalizar o SOAP, ele deve perguntar-se:

“Minhas anotações sobre o caso estão exatas e verdadeiras?”

“Existe um modo de tornar minhas anotações mais concisas?”

“Eu estou comunicando o caso da pessoa corretamente?”

Existem poucas regras rígidas na elaboração do SOAP. Eis uma lista de algumas das que são básicas:

As letras do acrônimo são fixas: **S-O-A-P**.

- O tipo de informação a ser colocada em cada seção do SOAP é bem estabelecido. A cada letra relaciona-se um tipo de informação (ver Tabela 40.3).
- No **A** do SOAP, deve ser realizada lista de problemas atualizada a cada consulta, independentemente da colocação ou não desses problemas na LP principal. Também no **A** podem-se colocar dados, fatos ou situações que sejam de relevância para o entendimento ou o manejo do caso. O **A** deve servir como instrumento de trabalho do médico, e este pode colocar nele todas as informações que considera significativas para sua tomada de decisão.
- A sequência SOAP apresentada é a clássica, mas pode haver situações em que pode ser alterada. Por exemplo, no caso de pessoa que retorna para avaliação e não há necessidade de fazer um novo exame, pode-se utilizar somente os itens **S**, **A** e **P**.
- Em geral na revisão do prontuário, os profissionais acessam a lista de problemas principal, o **P** e o **A** das últimas consultas e se tem alguma dúvida verificam no **S** e **O**.
- O SOAP pode ser usado como um “hub” de informações para sobreposição de “templates”; por exemplo no “template” ou ficha padrão no **O** nem sempre há o campo para “batimento cardíaco fetal” (BCF), mas no “template” ou ficha do pré natal este dado está sempre aparente no **O**; isto permite uma flexibilidade e, se por acaso, se registra um dado em um “template” ou ficha padrão que não estava previsto ele é incorporado no mesmo local do “template” ou ficha específica (ver capítulo Seleção do Prontuário Eletrônico para Atenção Primária à Saúde); desta forma é possível fazer o registro longitudinal centrado na pessoa e não através de “programas verticais” desagregados, já que no exemplo do pré natal, a mesma mulher ora está gestante ora não está.

“A qualidade do A e P é o que separa médicos medianos de excelentes”.

(Jeremiah Fleenor)

## S = SUBJETIVO

Coloca-se nesse item a história *relatada* (= fala espontânea) ou *referida* (= resposta às perguntas) pela pessoa. É a parte em que se registram o que a pessoa diz assim como informações qualitativas referentes a queixas ou sintomas. É importante registrar tendências de melhora ou piora (p. ex., intensidade da dor, frequência e nível de temperatura corporal), as alterações na funcionalidade, os indicativos de complicações, o grau de aderência, a percepção de resultados na terapia instituída, dentre outras informações. Enfim, deve-se incluir avaliação, entendimento e interpretação da pessoa e inclusive de familiares sobre o que está acontecendo. Não deve-se deixar nenhuma informação subentendida.

Sobre as queixas, é necessário incluir data de início, fatores que causaram ou contribuíram para o início do problema, história prévia de problema semelhante, como a pessoa está manejando o problema, o que faz o problema melhorar ou piorar, objetivos da pessoa com a consulta, outro(s) profissionais que a pessoa está consultando ou consultou, modelo explicativo para o que está sentindo.

Na revisão de sistemas, deve-se perguntar sobre mudanças no estado geral de saúde nos últimos 12 meses. Também se deve investigar sobre doenças e cirurgias passadas. Levantar a lista de medicações em uso e as utilizadas recentemente, sempre com as doses. Perguntar sobre exames realizados, sobre hábitos como uso de álcool, tabagismo, atividade física.

Questionar sobre a história familiar para doenças que tenham relevância familiar ao caso ou para fins de prevenção.

No contexto, incluir aspectos culturais e religiosos que possam afetar o cuidado; composição da família, rede social e de apoio. Emprego, tempo, local e condições de trabalho. No caso de visita domiciliar, incluir descrição da casa e do ambiente.

Como o médico de família conhece as pessoas ao longo do tempo, essas informações podem fazer parte de um processo de conhecimento que se dá ao longo da continuidade estabelecida. As informações que devem constar do **S** são aquelas positivas ou negativas relacionadas às queixas. Assim, quem lê sabe que foi realizado diagnóstico diferencial.

Ao se referir à pessoa que consulta, evite usar o termo paciente<sup>1</sup>, o ideal é usar o nome próprio da pessoa.

No caso de reconsulta ou consultas de revisão, deve-se registrar a resposta aos tratamentos realizados e às intervenções feitas.

Sempre que possível, mais apropriado descrever com as palavras da pessoa. As principais exceções são quando há um termo inapropriado ou a pessoa aponta um órgão, exigindo uma descrição técnica da localização. As informações do **S** podem ser coletadas da pessoa, do seu acompanhante, de familiares ou mesmo de terceiros (quando a pessoa não está presente). Desta forma, no **S** não há necessidade de utilizar sempre verbos que indiquem a

---

<sup>1</sup> Tem-se substituído o vocábulo "paciente" por "pessoa" ou pelo nome próprio. A definição de "paciente" retira os aspectos volitivos, a autonomia da pessoa e determina um comportamento passivo; transforma a pessoa em um indivíduo e se contrapõe à própria definição de pessoa. O uso do termo "pessoa" vai ao encontro do segundo componente do método clínico centrado na pessoa e reforça a necessidade de uma participação efetiva da pessoa-que-busca-ajuda no cuidado à sua saúde.

situação do ponto de vista da pessoa como *descreve, queixa, indica, refere, relata, declara*, uma vez que está implícito que foi ela quem fez, exceto quando foi acompanhante ou terceiro.

Um dado que em geral suscita dúvidas é quanto aos antecedentes familiares ou pessoais. O foco é a pessoa então sempre que possível e for relevante, o dado deve ir para a lista de problemas. Por exemplo, se em alguma consulta há o relato no subjetivo que o pai da pessoa faleceu de infarto aos 49 anos, na avaliação pode-se registrar “fator de risco para doença cardiovascular” (K22 na CIAP) e este mesmo dado ser incorporado na lista de problema principal.

Com antecedentes pessoais pode haver processo semelhante sendo que este dado pode ser incorporado a lista de problema secundário ou resolvido. O conceito de antecedente pessoal no registro da APS é diferente do registro hospitalar. Neste caso, antecedente pessoal é em geral um problema que pode estar ativo mas não é o que está gerando a internação. Por exemplo, se um paciente interna para um procedimento por nódulo na tireoide e é tabagista, tabagismo fica registrado como antecedente pessoal. No registro ambulatorial, ambos os problemas são relevantes e entram na lista de problemas principais, em geral, cronologicamente sem uma hierarquia. .

Outro ponto de atenção é quanto necessidade de se registrar “queixas que nega”. Sem dúvida que este é um dado relevante mas deve, assim como o exame físico, ser focado para evitar excesso de dados irrelevantes. Por exemplo se um homem relata vômito e febre, é importante questionar sobre “dor de cabeça” e se esta estiver ausente, neste caso, o registro “nega dor de cabeça” é relevante para o raciocínio clínico, porém “nega disúria” mesmo que questionado pode não ser relevante para registro. Informação em excesso pode ser um obstáculo para a excelência do cuidado e para que o registro seja efetivo a toda equipe.

Muitos prontuários utilizam apenas Resumo Clínico com Lista de Problema, lista de medicações e outros dados relevantes e SOAP sem uma “primeira consulta”. Este conceito tem inúmeras perspectivas:

- Primeira consulta da pessoa no sistema de saúde (se todos os dados estiverem integrados a primeira consulta pode ser apenas quando a pessoa nasce)
- Primeira consulta na unidade
- Primeira consulta com o profissional

Infelizmente o conceito mais usado é o da primeira consulta com o profissional, tornando o cuidado centrado no médico que, desta forma, teria o “direito” de refazer todas as perguntas e exames já realizados, além de exigir da gestão ficar mais tempo com esta pessoa. O conceito de primeira consulta no sistema de saúde não é factível na maioria dos países e esbarra em questões de confidencialidade. Desta forma, o conceito que deveria ser usado e contratualizado com a pessoa, é o da primeira consulta na unidade, ou seja, caso haja troca de profissional ou encaminhamento interno, o registro deveria ser suficiente para que este novo profissional conseguisse dar continuidade aos episódios de cuidado já iniciados. De qualquer forma, além da lista de problema e SOAP pode ser incorporada uma “ficha clínica” extensa quando há de fato uma primeira consulta na unidade. Nos serviços em que se usa apenas resumo clínico

com lista de problemas e SOAP, estas informações da “primeira consulta” são registradas no SOAP e/ou diretamente no resumo clínico.

Da mesma forma que o conceito de primeira consulta precisa ser revisto, na APS o conceito de “retorno” pode não fazer sentido, já que todas as consultas subsequentes são “retornos”. Muitas vezes se utiliza no Brasil o termo por uma questão meramente comercial, ou seja, se a consulta seguinte a uma consulta paga for dentro de um mês ela é uma “cortesia”. Mas não há sentido científico pois dependendo do plano é necessário rever a pessoa mais de uma vez, sendo a próxima em dois ou três meses. No registro da APS raramente também se utilizar o termo “evolução” que é oriundo da enfermagem hospitalar. Neste caso, os termos mais usados são consulta ou encontro (*encounter*). Na APS se diz que a consulta nunca termina, ou seja, um SOAP gera outro SOAP e assim por diante.

## O = OBJETIVO

Nesta seção, são escritas todas as informações objetivas. A parte do **O** do SOAP trata do *exame* da pessoa, na qual é relacionada a descrição da pessoa que está à nossa frente, suas emoções percebidas, os procedimentos do exame clínico realizado (sempre de acordo com as queixas) e os resultados de exames ou procedimentos.

A natureza da informação é simples, pois é tudo aquilo constatado, desde dados concretos até impressões. Existem, todavia, algumas formalidades que dizem respeito à ordem na qual o dado é colocado na seção Objetivo e como os dados são obtidos.

Os componentes gerais e a ordem aceita do O são:

- Impressões do médico sobre aparência ou estado geral da pessoa, procurando evitar siglas;
- Sinais vitais – constituídos por temperatura, pressão arterial, batimento cardíaco, frequência respiratória, de acordo com a situação e o cenário;
- Exame físico – estado mental, cardiológico, respiratório e abdominal. Em geral, se preconiza realizar sempre aferição da pressão arterial e ausculta cardíaca, e o restante do exame deve ser focado no problema que motivou a consulta; e
- Resultados do laboratório e testes diagnósticos complementares apresentados.

Nesse item, são registradas as informações mensuráveis e observáveis. Os exames anotados nessa parte do SOAP devem ter sua data de realização registrada.

Além dos aspectos básicos de exame clínico e do exame direcionado pela queixa ou pelos problemas apresentados, observa-se e registra-se:

- Habilidades de comunicação (aspectos relativos à comunicação da pessoa, p. ex., se está apropriada para a idade, se está normal ou alterada);
- Afeto (aspectos relativos ao afeto da pessoa, p. ex., se está adequada, se está normal ou alterado);
- Cognição (aspectos relativos à capacidade cognitiva da pessoa);
- Barreiras (informações sobre barreiras na comunicação ou no aprendizado, p. ex., visão, audição, dificuldade para falar, dificuldades

para entender, barreiras de idioma e outras situações que podem dificultar a comunicação. Nesse caso, é importante assinalar qual o melhor modo de comunicação: desenhos, escrita, demonstração, etc.);

- Necessidades de educação (necessidades de educação também podem ser ressaltadas).

O **Objetivo** é a única parte do SOAP que pode deixar de ser preenchida em uma consulta. Isso ocorre quando o motivo do encontro com a pessoa não envolve a necessidade explícita de realizar exame clínico.

## A = AVALIAÇÃO

Após realizar o S e O, que representa o exame, o próximo passo é o processo de tomada de decisão clínica. Esse processo inclui determinar o diagnóstico e o prognóstico. Isso acontece desenvolvendo a lista de problemas da pessoa atendida.

A **Avaliação** é o lugar para colocar, no registro do encontro, a lista de problemas do dia, novos ou episódios já iniciados. Deve incorporar a percepção do cumprimento do plano pela pessoa e pela equipe de saúde.

A **Avaliação** é o lugar em que começa a utilização do que foi aprendido durante a graduação em Medicina, pensando e refletindo livremente sobre todos os tipos de problemas de saúde e de estados patológicos relacionados à queixa da pessoa que está consultando. A chave é lembrar-se de responder a esta questão: “*O que eu penso sobre isso?*” para cada item listado em **A**.

Em geral, o **A**, a exemplo da LP principal (da capa do prontuário), levanta muitas dúvidas sobre seu preenchimento, sendo frequente a dúvida sobre *quais os problemas que devem ser incluídos no “A”*. A elaboração do **A** do SOAP segue as regras da LP principal.

Uma polêmica quanto ao registro dos problemas do dia é se pode ou não interrogar. Na lista de problemas isso não deve ocorrer e no **A** também não, embora em alguns serviços isso ocorra. O ideal é usar também o mais alto grau de especificidade do momento e colocar no **P** a investigação que se deseja relembrar. Por exemplo:

A – Dispepsia

P – Endoscopia Digestiva Alta para investigar Refluxo Gastro Esofágico

Desta forma evita-se o risco de um diagnóstico e tratamento indevidos.

## P = PLANO

No **P**, são explicitadas as decisões tomadas: alterações de manejo terapêutico, exames solicitados, encaminhamentos realizados, orientações e recomendações à pessoa, aspectos a serem vistos ou revistos na próxima consulta.

Para cada problema identificado na consulta, torna-se necessário elaborar conjuntamente com a pessoa um plano de manejo. Os aspectos que devem ser registrados nesse item podem ser organizados por problemas (por exemplo, S1-S2 / O / A1 – A2/ P1 – P2) ou por uma forma geral, por lista única, por ordem de prioridade ou não.

Diferentemente da história clínica hospitalar (HDA), em que os planos mostram diversas impressões diagnósticas seguidas por exames a solicitar-se e tratamentos a prescrever-se; no SOAP, essa seção propõe um planejamento sistematizado de abordagem para cada problema. Para isso, pode-se empregar uma estrutura que ajuda a evitar omissões e a transparecer a lógica das ações do prestador de cuidado. Seus componentes são os planos diagnóstico (inclui exames complementares e referenciamento), terapêutico, de acompanhamento e de educação.

### Plano diagnóstico

Programa os meios diagnósticos considerados necessários para esclarecer a origem do problema. Essa parte do plano engloba tanto informações a serem recolhidas em nova consulta, exames de laboratório, de imagem ou complementares. Aqui também devem ser anotadas as solicitações de consultoria ou encaminhamentos (referências).

### Plano terapêutico

Registra as indicações terapêuticas realizadas para buscar resolver o problema. Inclui tanto indicações farmacológicas como dietéticas, de estilo de vida, de terapias complementares entre outras orientações relevantes ao caso.

### Plano de acompanhamento

Seleciona indicadores que devem ser coletados regularmente ou solicitados de forma seriada para controlar a evolução de cada problema. Incorpora desde aspectos próprios do cuidado (peso, exames auxiliares) até aspectos do aut manejo e do autocuidado da pessoa (medida da glicemia capilar, diário de sintomas). Nos casos agudos, utiliza-se intensidade da dor, distribuição da dor, frequência da febre, intensidade da febre, número de evacuações, disposição, etc. O importante é esses parâmetros serem válidos para mostrar a evolução e a análise do problema. Esses indicadores de seguimento, idealmente, devem ser confiáveis, de custo suportável, estabelecendo-se de forma antecipada a frequência com a qual serão avaliados e o nível de alerta para tomada de decisões. Podem-se usar folhas de fluxo quando forem relevantes no registro papel ou desenvolver alertas ou *check-list* em registro eletrônico.

### Plano educativo

Contempla breve descrição que a pessoa deve receber sobre sua enfermidade, seu manejo e seu prognóstico.

### Plano de estudo

Pode-se ainda desenvolver o hábito de anotar quais temas ou aspectos são necessários estudar na busca de melhorar o desempenho no caso específico atendido.

Cabe ressaltar que existe uma mudança de foco ao se comparar **S** e **O** com **A** e **P**. É importante perceber essa mudança, pois vai ajudar a pensar cada uma delas diferentemente. Isso, no entanto, não significa que estejam desconectadas, mas que o foco de **S** e **O** é coleta de dados, e o foco de **A** e **P** é interpretação e ação. A conexão existe, pois, ao entrevistar (**S**), à medida que se coletam informações, pensa-se em possíveis causas (**A**) e realizam-se perguntas específicas para ajudar no diagnóstico diferencial.

**S** e **O** podem ser realizados por qualquer profissional treinado, embora sejam importantes e requeiram habilidade e técnica. Mas não são a pedra fundamental da habilidade médica. Pode-se dizer que **S** e **O** são os caminhos para uma finalização representada por **A** e **P**.

Portanto, **A** e **P** são o acabamento do trabalho e qualificam o médico como um prestador de cuidado habilidoso ou não.

Ao desenvolver o “**A** e **P**”, deve-se perguntar: “*o que pensamos que está acontecendo (A) e o que desejamos fazer com isso (P)*”. Ou seja: é interpretar os dados coletados e decidir o rumo da ação a ser tomada para resolver a situação.

É impotente reservar tempo suficiente para o **A** e **P** pois as quatro etapas envolvem uma conversa, ou seja, a ideia que o **S** e **O** são informações que o profissional recebe passivamente, e o **A** e **P** o paciente recebe passivamente é falsa. Verbalizar os problemas lidados no dia ajuda o paciente a organizar a consulta e se preparar para compreender o plano.

## ERROS MAIS FREQUENTEMENTE COMETIDOS AO ELABORAR O SOAP

Existem alguns aspectos incorretos ou não recomendados na elaboração do SOAP que devem ser ressaltados:

- Colocar na LP diagnósticos não confirmados ou suspeitos seguidos de interrogação. Exemplo: HAS? Apendicite? Gastrite? Depressão?
- Colocar medicações e resultados de exames na LP
- Utilizar hífen no texto, pois pode confundir com sinal de menos.
- Rasurar o texto.
- Não datar o atendimento quando se usa registro em papel.
- Não assinar o SOAP quando se usa registro em papel.

## GOVERNANÇA CLÍNICA E A AUDITORIA DO PRONTUÁRIO

O prontuário, registro de informações do paciente, deve ser elaborado para prestar serviços às pessoas, às equipes multiprofissionais, ao sistema de saúde e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que a pessoa foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação<sup>10</sup>.

Os mais recentes conceitos de governança, aplicados a atenção à saúde, a governança clínica, estabelecem sete dimensões: 1. Auditoria clínica, 2. Gerenciamento de risco, 3. Efetividade e eficiência clínica, 4. Comunicação assistencial, 5. Responsabilidade e transparência, 6. Gestão

de pessoas, 7. Pesquisa operacional. A realização de um prontuário adequado, realizado de maneira clara, concisa e lógica é condição *sine qua non* para todas essas dimensões.

A auditoria clínica é realizada através da análise crítica dos resultados e da avaliação sistemática da qualidade do cuidado. O ciclo de auditoria clínica começa com a identificação de um problema, definição de critérios e indicadores de qualidade, coleta das informações e comparação com o desempenho observado, em comparação com os critérios de qualidade definidos, e execução da mudança para melhoria contínua.

Irregularidades no preenchimento do prontuário podem resultar em ineficiência e em complicações, principalmente para a pessoa. Além disso, as falhas dos prontuários têm sido obstáculos para mais pesquisas, à assistência médica e à medicina preventiva.

Uma auditoria do prontuário, como parte integrante da auditoria clínica visando garantir uma boa governança, passa sobretudo pela sistematização do ReSOAP.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University; 1992.
2. Weed LL. Medical records, medical education and patient care. Cleveland: Case Western Reserve University Press; 1969.
3. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med. 1968;278:593-600, 652-7.
4. Suárez-Bustamante M. Historia clínica orientada al problema: fundamentos. RAMPA. 2006;1(2):146-55.
5. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002
6. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família) ; Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.
7. Castro RCL. Registros Clínicos na Medicina de Família e Comunidade e na Atenção Primária à Saúde: o Registro Médico Orientado a Problemas. PROMEF. 2011;6(4):9-36
8. Rakel RE. Textbook of family practice. 5th ed. New York: W.B. Saunders; 1995.
9. Crombie DL. Diagnostic Process. J. Coll. Gen. Practit. 1963; 6: 579-89

10. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático. Brasília: CRMDF; 2006.

