

Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro

Marcelo Marcos Piva Demarzo,
Cristina Alves de Oliveira e
Daniel Almeida Gonçalves

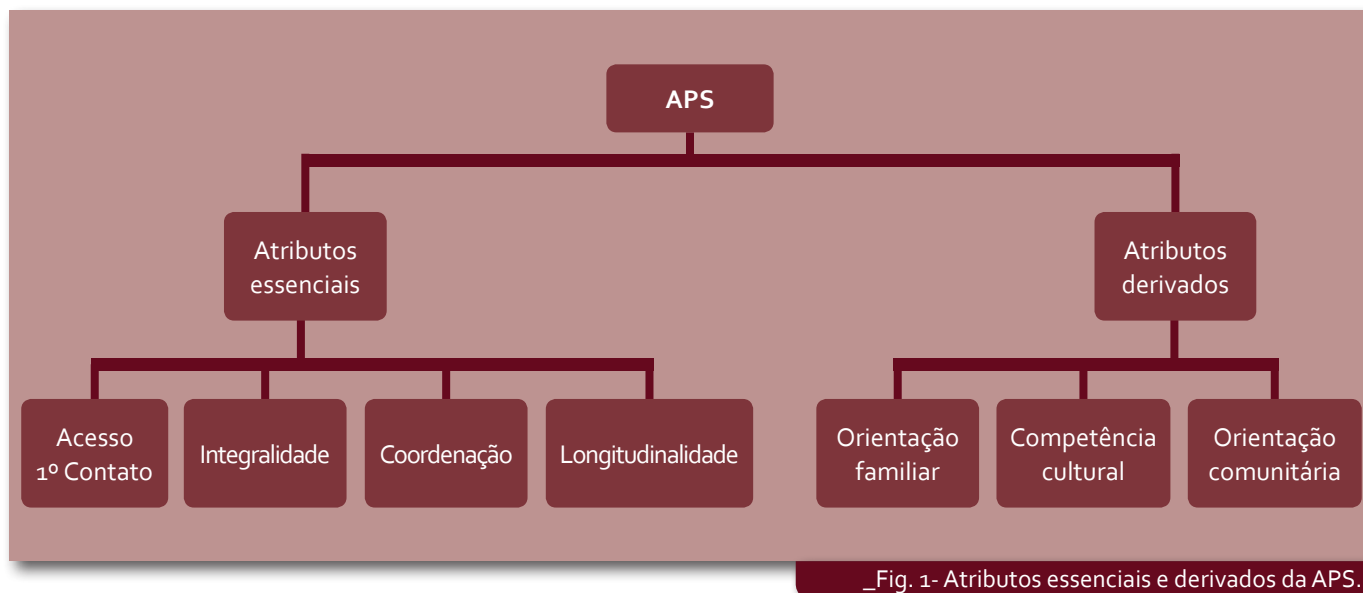
Sumário

Introdução	2
Aspectos conceituais	2
Aspectos práticos	3
Considerações finais.....	10
Referências	11
Bibliografia consultada	11

Introdução

A organização e o registro da prática clínica na Atenção Primária à Saúde

A organização e o registro da prática clínica na Atenção Primária à Saúde (APS) têm especificidades oriundas dos atributos essenciais derivados do modelo de Atenção à Saúde (Figura 1), que difere dos formatos tradicionalmente empregados na atenção subespecializada e hospitalar. O Médico de Família e Comunidade (MFC) e 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.



Além desses atributos, a Medicina de Família é regida por quatro princípios fundamentais:

1. O Médico de Família e Comunidade é um profissional qualificado;
2. A prática da Medicina de Família é influenciada pela comunidade;
3. O Médico de Família e Comunidade é um recurso de uma população definida;
4. A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do Médico de Família e Comunidade.

A Medicina de Família e Comunidade não é a soma dos conhecimentos das demais especialidades, pois tem um corpo de conhecimentos próprios e se utiliza dos existentes em outras áreas de acordo com a realidade e a necessidade da prática.



Destaque

Todos os princípios são igualmente importantes para a prática clínica, além de compostos por ações. Nenhuma dessas ações é exclusiva dos Médicos de Família, entretanto, quando usadas em conjunto, representam uma visão distinta, um sistema de valor e uma abordagem dos problemas, que é diferente da identificável em outras disciplinas ou especialidades. Há um foco no indivíduo e na família, mas também um foco voltado para a comunidade. Esses dois focos devem existir de forma integral, contextualizada e resolutive.

Com isso em mente, abordaremos algumas ações e ferramentas que consideramos fundamentais para a boa prática clínica do médico especialista em MFC com enfoque na atuação na ESF: os aspectos gerais de uma consulta clínica, o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), o prontuário familiar, as visitas domiciliares, o trabalho em equipe e a organização da rotina.

Aspectos conceituais

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. Dentre 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 cada momento, da situação de saúde de cada pessoa do território adscrito. Inclui a abordagem clínica individual e a consulta em si, seja na Unidade de Saúde ou no domicílio da pessoa;
- **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.

Como já dissemos, essas diversas atividades e ações relacionadas à prática clínica são condizentes com as características próprias do modelo de cuidado da APS e da ESF, envolvendo métodos e registros específicos para a sua organização.

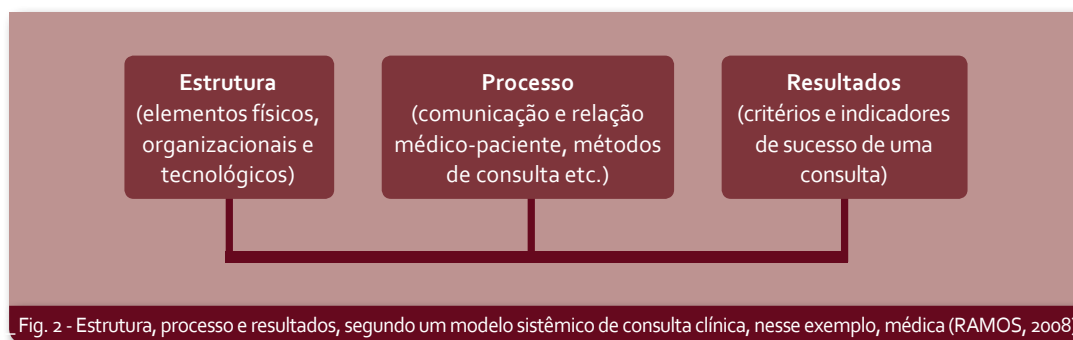
De maneira geral, envolvem (STANGE et al., 2010) uma capacidade organizacional que leva em consideração: o manejo das condições agudas e crônicas de saúde; a coordenação do cuidado dentro da equipe e, quando necessário, com os outros equipamentos da rede de saúde, e também com os recursos próprios da comunidade e do território; a organização do registro clínico; e a avaliação e a melhora da qualidade da atenção. Mais especificamente, envolveriam o acesso e a comunicação “serviço-pessoa” e/ou “profissional-pessoa” (face a face ou a distância, por meio de contatos telefônicos ou vistas domiciliares, por exemplo), além da provisão e da coordenação de serviços e ações intra e extra-territorial de saúde, que atendessem às necessidades de saúde das pessoas, das famílias e do território.

Aspectos práticos

Gestão do Processo Clínico Individual e Familiar

Consulta clínica – aspectos gerais

A consulta clínica pode ser considerada como um sistema, envolvendo estrutura, processo e resultados (RAMOS, 2008). Veja:



A **estrutura** de uma consulta clínica diz respeito: aos elementos arquitetônicos e de mobiliário da unidade; à disposição de cadeiras, mesas e outros dispositivos como o computador dentro do consultório; à organização da sala de espera e do acolhimento; ao modo de chamar os pacientes; aos tempos previstos; às regras de agendamento e marcação de consultas e de renovação de receituários, entre outros (RAMOS, 2008). 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. Dentro desse aspecto da consulta clínica, o Ministério da Saúde brasileiro disponibiliza um manual que propõe diretrizes para a estrutura adequada mínima de uma Unidade de Saúde da Família.

Os **processos** envolvidos numa consulta clínica dizem respeito: à comunicação profissional-pessoa; às estratégias de condução da consulta (estruturada versus desorganizada, linear e não linear, grau de diretividade); ao método clínico; aos processos de envolvimento e vínculo; à participação e negociação com a pessoa que está sendo cuidada; aos modelos de registros clínicos, entre outros (RAMOS, 2008).

Os indicadores de **resultado** envolvidos numa consulta clínica dizem respeito, no ponto de vista da pessoa que está sendo cuidada:

- à satisfação quanto à atenção prestada;
- à compreensão das explicações e do plano acordado;
- à tranquilização e ao alívio do sofrimento;
- à melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida;
- à adaptação ou superação das incapacidades (RAMOS, 2008).

E do **ponto de vista do profissional**:

- à adesão ao tratamento e ao plano proposto;
- ao controle de variáveis e fatores de risco;
- à diminuição do número de episódios das condições clínicas agudas;
- à redução das exacerbações, agudizações ou descompensações das condições crônicas;
- à evitação de desfechos clínicos indesejados;
- ao tempo vivido sem incapacidades, entre outros (RAMOS, 2008).



Destaque

É importante termos consciência, como profissionais de saúde, que apenas podemos ter relativo controle sobre a **estrutura** e o **processo** dentro do sistema de uma consulta clínica, pois os **resultados** não podem ser totalmente garantidos. Assim, os dois primeiros deveriam ser exemplares (RAMOS, 2008).

Ainda no que diz respeito à estrutura, ao processo e aos resultados, podemos afirmar que os princípios 1 e 4 descritos no começo do texto (profissional qualificado e relação profissional-pessoa) exercem papel fundamental na consulta clínica. A atuação do Médico de Família e Comunidade deve ser focada no indivíduo, e não na doença. Deve buscar entender a experiência do paciente sobre a doença e como esta impacta sua vida, realizando uma abordagem compreensiva no manejo da enfermidade e de sua família. Por exemplo, um paciente chega à UBS com queixa de dor no pé que não o deixa trabalhar. Por ser hipertenso, sua PA é aferida e está muito descontrolada. Sua PA alterada nos chama maior atenção pelos riscos potenciais, mas a real preocupação do paciente é a dor no pé. Atender esse paciente envolve cuidar dos dois problemas, mas com uma ênfase maior, no momento, na dor no pé, por mais que a hipertensão nos pareça mais grave. Aumentamos o vínculo com o paciente, pois ele percebe que foi ouvido, e as chances de que ele nos ouça quando formos falar da hipertensão é maior.

É importante realçar que, durante a consulta clínica na Atenção Primária, problemas e queixas apresentados não são pré-selecionados, como num consultório de especialista, e são frequentemente encontrados num estágio indiferenciado no que diz respeito à história natural das doenças. Os Médicos de Família e Comunidade devem, portanto, ser habilitados para lidar com a ambiguidade e a incerteza desses sintomas.

Outro aspecto importante a ser levado em consideração é o **contexto** no qual está inserido o sistema da consulta clínica (RAMOS, 2008). No **microcontexto**, deve-se ter consciência da influência do perfil social e cultural do profissional e da pessoa que está sendo cuidada; e no **macrocontexto**, a influência da estrutura, organização e regras do sistema e subsistemas de saúde vigentes (no nosso caso, o SUS).

Um aspecto determinante para o processo de cuidado e que advém das consultas é a forma como os encontros com as pessoas são registrados. A consulta clínica cujo registro é baseado em problemas tem se mostrado mais adequada na Atenção Primária e será abordada a seguir.

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, além de 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 eventualmente também dados para investigação científica ou prova para diligências legais (RAMOS, 2008).

Os registros clínicos sofreram uma evolução notável desde a década de 1960. Nesta seção nos aprofundaremos numa forma de registro que consideramos bastante efetiva para a prática clínica em APS, o “Registro Clínico Orientado por Problemas” (RCOP), uma adaptação do “Registro Médico Orientado por Problemas” (originalmente criado

para o ambiente hospitalar), e seu componente denominado “SOAP” (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano), divulgados em 1968-69 a partir dos trabalhos de Lawrence Weed (RAMOS, 2008).

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) (RAMOS, 2008). Podemos ainda acrescentar um quarto componente, as **Fichas de acompanhamento**, que resumem os dados complementares mais relevantes e sua evolução (CANTALE, 2003). Se bem utilizado, é um método eficiente para a recuperação rápida das informações clínicas de uma pessoa, garantindo continuidade articulada de cuidados em equipe dentro da APS. É importante termos consciência de, ao utilizá-lo, registrarmos 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.

O que é um “problema” clínico?

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

- 1.a definição do próprio Weed [1966, apud CANTALE, 2003]: “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.a de Rakel [1995, apud CANTALE, 2003], 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 das 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” são constituídos por outras condições, tais como sintomas, queixas ou incapacidades (WONCA, 2009). Assim, são várias as situações que podem ser enquadradas como “problemas clínicos” no RCOP. No Quadro 1 estão listadas categorias de potenciais problemas que poderiam compor uma “lista de problemas” dentro de um RCOP (CANTALE, 2003).

QUADRO I
Exemplo de “lista de problemas” por categorias no RCOP (adaptado de CANTALE, 2003)

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 enzima de conversão da angiotensina (ECA)
Intervenção cirúrgica	apendicectomia
Síndrome	síndrome de Menière, síndrome do túnel do carpo
Efeitos de traumatismos	hematoma, fratura
Fator de risco	risco ocupacional, polipose familiar, 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. (CANTALE, 2003).

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 (CANTALE, 2003). Alguns exemplos:

c. Notas de evolução “SOAP”

Notas de evolução clínica claras e bem organizadas fazem parte da elaboração uma boa história clínica, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema de saúde. A estrutura das notas de evolução no RCOP é formada por quatro partes, conhecidas resumidamente como “SOAP” – que corresponde a um acrônimo (originalmente em inglês) para “Subjetivo”, “Objetivo”, “Avaliação” e “Plano” (CANTALE, 2003) –, detalhadas a seguir.

QUADRO 2 SOAP	
“Subjetivo” (S)	Nessa parte se anotam as informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada (CANTALE, 2003). Se tivermos como referencial o “método clínico centrado na pessoa” (MCCP), é nessa seção que exploramos a “experiência da doença” ou a “experiência do problema” vivida pela própria pessoa, componente fundamental do MCCP (STEWART, 2010).
“Objetivo” (O)	Nessa parte se anotam os dados positivos (e negativos que se configurarem importantes) do exame físico e dos exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis (CANTALE, 2003).
“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 (CANTALE, 2003). Nessa 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, 2003): 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; 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.

O Quadro 3 traz um exemplo de nota de evolução SOAP (CANTALE, 2003).

QUADRO 3 Exemplo de nota de evolução SOAP numa consulta médica, adaptado de CANTALE, 2003.	
S – Subjetivo	Motivo da Consulta – Pessoa vem para controle 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 da pele – Maceração interdigital nos 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: conversado 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.

d. 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 primeira ou última parte dos prontuários, permitindo a visualização rápida da evolução dos dados, sem a necessidade de se revisar todo o prontuário (CANTALE, 2003).

A abordagem familiar também deve ser de domínio do Médico de Família e Comunidade. Por hora focaremos no registro e no arquivamento das informações no prontuário familiar.

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 et al., 2008; ATHAYDE; GIL, 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

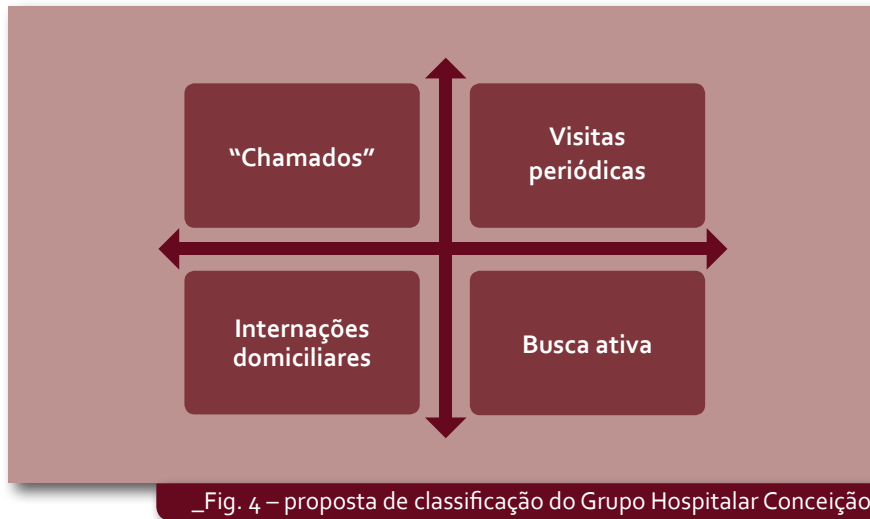
O primeiro item no prontuário familiar é o formulário de registro da família, contendo dados demográficos e socioeconômicos obtidos no cadastramento inicial da família. Na ESF, em geral, se utiliza a Ficha A (SIAB) como formulário de registro das famílias. Esse formulário deve ter localização fácil no 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 (RAKEL, 1995).

Algum tipo 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, nascimento de um filho ou neto, mudança de domicílio, casamentos, divórcios etc. (RAKEL, 1995). No prontuário familiar também está contido o genograma familiar, de construção facultativa.

Visitas domiciliares

A visita domiciliar é uma ferramenta essencial do Médico de Família. Ao entrar na casa das pessoas, é possível obter uma visão clara da dinâmica familiar e de como o paciente lida com seu processo saúde-doença. Observamos o ambiente em busca de fatores que podem ajudar ou agravar a saúde, pontos que são ignorados por outros atores do sistema de saúde. Reforça o vínculo e a efetividade das nossas ações.

Uma proposta de classificação (do Grupo Hospitalar Conceição, citada por Oliveira e Berger, 1996) dividiu a assistência domiciliar em:



Os **“chamados”** são os atendimentos de pacientes que, por doença aguda ou por agudização de problemas crônicos ou por outro tipo de limitação, têm dificuldade de se locomover. No cotidiano da UBS, esse tipo de chamado é bastante comum e é importante que a equipe se organize para atendê-lo, sem atrapalhar as demais atividades já programadas. É fundamental criar espaços na agenda para atendimento dessa demanda (após atividade em grupo, ou mesmo no período programático de VD), independente do profissional da equipe que preste a assistência.

Cada equipe vai lidar com esses “chamados” dentro dos limites da sua capacidade. É necessário ouvir a demanda, fazer uma avaliação criteriosa e dar o melhor direcionamento, seja a realização da visita domiciliar ou encaminhamento. Esse direcionamento deve se adequar também à realidade local, dos recursos presentes no território para a resolução do caso, como serviços de transporte público, serviços de emergência, plano de saúde suplementar etc.

As **visitas periódicas** são direcionadas, em geral, a pessoas com problemas crônicos, devendo ser planejadas na equipe com antecedência e manter uma periodicidade variável. Por serem problemas, muitas vezes, de difícil controle, e a falta de adesão ao tratamento ser comum, essa ferramenta se torna muito útil no cuidado desses pacientes. Só é necessário ter cuidado para não restringir esse tipo de visita aos pacientes acamados, mesmo que eles sejam a maioria. Nas visitas periódicas, podem e devem ser incluídos quaisquer casos de família de risco (inclusive social), pacientes com deficiências, idosos solitários e famílias com acesso restrito ao serviço de saúde. A determinação de quais pacientes receberão essas visitas e sobre qual profissional é o mais indicado para realizá-las deve acontecer na reunião de equipe.

As **internações domiciliares** são realizadas em comum acordo entre o paciente, a família e a equipe de saúde, desde que haja condições físicas e psicológicas para tanto. Um exemplo comum ocorre no caso de neoplasias avançadas. Nesses casos, e desde que realizada com a frequência adequada, a visita domiciliar propicia apoio e confiança. Além do manejo da dor, faz o necessário para melhorar a qualidade de vida do paciente e da sua família. As internações domiciliares podem ser ainda um recurso para descompensações de problemas crônicos com menos gravidade, ou mesmo para afecções agudas. É decisão do Médico de Família realizar alguma internação domiciliar, apesar de não existir nenhuma referência legal sobre o assunto.

As visitas domiciliares periódicas podem ser classificadas segundo a Cruz Vermelha Espanhola, classificação que tem sido adotada em alguns municípios, e pode ajudar as equipes a organizar a periodicidade, bem como o plano de cuidados da família.

As visitas domiciliares de **busca ativa** dizem respeito à mobilização de esforços para encontrar os pacientes de difícil adesão, faltosos, pacientes que estão com exames de rastreamento atrasados ou alterados e aos serviços de vigilância como os dos recém-nascidos e puérperas.

Esse processo é dinâmico: um tipo de visita pode se transformar em outro ao longo do tempo.

Gestão da Prática Clínica

Considerando que o Médico de Família e Comunidade é um recurso de uma população definida e deve ter sua prática influenciada pela comunidade (princípios 2 e 3), deve ter também habilidade de organizar seu trabalho para lidar com as demandas populacionais.

O Médico de Família vê sua população habitual como uma “população de risco” e organiza sua prática para assegurar que a saúde dos pacientes seja mantida, quer eles venham ou não visitá-lo no consultório, através de ações comunitárias. O Médico de Família pode planejar e avaliar suas ações conhecendo o perfil epidemiológico da área adscrita, por meio de informações extraídas do consolidado do SIAB, de outros sistemas de informação, ou

mesmo levantando o perfil de uso dos serviços da UBS, estudando as principais causas de demanda espontânea e avaliando quantas consultas/ano cada usuário tem feito e o perfil de cobertura de exames preventivos. Com essas informações em mãos, pode-se organizar uma agenda que atenda às necessidades da comunidade, estruturar grupos educativos direcionados para as pessoas em maior risco, além de planejar as ações comunitárias.

O Médico de Família é o responsável sanitário da área de abrangência junto ao Conselho Regional de Medicina, sendo, portanto, fundamental o conhecimento do território e dos potenciais riscos a que essa população está submetida. Por exemplo, em uma área endêmica de parasitoses intestinais, é importante estar preparado para lidar com o problema, levando em conta ações não só para o indivíduo, mas também para a comunidade.

Partindo das informações de sua área e equipe, o Médico de Família deve criar uma agenda que contemple as principais necessidades de sua área, respeitando a entrada dos usuários no sistema. Em muitos municípios, a agenda do médico é previamente determinada, geralmente por grupos prioritários (HAS, DM, Crianças e Gestantes), além de contemplar pouco tempo para demanda espontânea. Dessa forma, restringe-se muito o acesso da população, infringindo alguns princípios básicos da APS (primeiro contato e integralidade do cuidado). O médico, juntamente com a equipe, deve ter autonomia de pensar a melhor forma de trabalho para que sejam dadas repostas às necessidades da comunidade.

Além disso, o Médico de Família e a equipe de saúde se veem como parte da rede de prestadores do serviço público à saúde e devem ter habilidade para planejar e implementar políticas públicas que vão melhorar a saúde dos pacientes e das comunidades. Dessa forma, podem conhecer, criar e aplicar instrumentos para a avaliação da eficácia do cuidado prestado à clientela. Igualmente, devem usar a referência para outros especialistas e os recursos da comunidade e dos sistemas de saúde criteriosamente. Cada exame solicitado deve ter uma indicação, pois os recursos na Atenção Primária são escassos, e os encaminhamentos e exames solicitados sem necessidade adiam uma atenção ao usuário que realmente precisa, além do fato de que exames e/ou encaminhamentos desnecessários podem gerar dano para as pessoas. Exames solicitados apenas por “ser de rotina” são exemplo comum da não prática da prevenção quaternária e da falta de responsabilidade com os recursos públicos, considerando as necessidades individuais e coletivas.

Para que seja possível indicar corretamente exames e tratamentos, é importante que o Médico de Família reserve um tempo para a atualização médica, levando em conta as melhores evidências médicas disponíveis. Essa atualização pode ocorrer a distância, por meio de leitura de artigos científicos ou até mesmo da criação de reuniões clínicas entre os técnicos na UBS.

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. Nesta Unidade 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. Pela complexidade do assunto, é fundamental que o especializando busque também se aproximar das outras diversas ferramentas que auxiliam na prática clínica cotidiana, que serão abordadas em todo curso, ou que estão detalhadas nas leituras complementares. 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**, v. 6, 2, p. 13-22, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2003.

CANTALE, C. R. **História Clínica Orientada a Problemas**. S.l. : University of Southern California, 2003, p. 7.

OLIVEIRA, F. B.; BERGER, C. B. Visitas domiciliares em APS: equidade e qualificação dos serviços. **Mom & Perfect Saúde**, v. 9, n. 2, p. 69-74, 1996.

PEREIRA et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas Unidades Básicas De Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Suplemento 1, p. S123-S133, 2008.

RAKEL, R. E. **Tratado de Medicina de Família**. S.l.: Editora Guanabara Koogan, 1995.

RAMOS, V. A **Consulta em 7 Passos**. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda., 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. 102 p. São Paulo, 2009. Tese (Doutorado em Patologia) – Universidade de São Paulo, USP.

STANGE, K. C. et al. Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home. **J Gen Intern Med.**, v. 25, n. 6, p. 601-612, 2010.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)**. S.l.: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2009, p. 200.

Bibliografia consultada

AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Rev Port Clin Geral**, v. 23, p. 327-30, 2007.

MCWHINNEY, I. R. **A textbook of Family medicine**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1997.

REBELO, L. Genograma familiar. O bisturi do Médico de Família. **Rev Port Clin Geral**, v. 23, p. 309-317, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2004.

TARGA, L. V. Atenção Domiciliar à Saúde. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**, Ciclo 2, Módulo 4, p. 71-106. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2006.