

Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP)

Luciano Loyola - Médico de Família do Núcleo de Saúde da família 4

Vamos partir de alguns pontos:

- O que é um registro em saúde?

Todo registro é uma “tradução” daquilo que uma pessoa transmite e a forma que o registrador compreende como relevante.

- Como registrar uma informação?

São infinitas as maneiras de transcrever uma informação. Pode ser como ela foi dita, ou você pode “traduzir”, utilizando palavras do seu vocabulário, ou até mesmo contar uma história com ordem cronológica dos fatos, ou até mesmo documentar expressões, sons, gestos, imagens...

- Por que me preocupar com o registro?

O registro nos narra um evento entre a pessoa, o profissional e o fato. É através dele que conhecemos sua história, suas angústias, seu trabalho, doenças, medicamentos, peso, altura, gosto, moradia, relações, feridas, amparos, comportamentos... até o seu próximo encontro.

- Qual a melhor maneira de registrar uma informação?

Não existe a melhor, certa ou errada, mas sim aquela que serve melhor a cada contexto, ambiente, e claro, que seja melhor aceita para a realidade do profissional, da pessoa e da equipe.

Por que usar o ReSOAP?

- Os modelos “tradicionais” de registros, com textos corridos, tal como uma história contada, nos diz mais da forma como o profissional entende da história do que da própria informação em si.
- Além disso, esse modelo faz referência a anamnese hospitalar, na qual, geralmente, há uma “Queixa principal”, duração, história da moléstia atual, história patológica progressiva, hipóteses diagnósticas e conduta.
- Esse modelo talvez caiba na lógica hospitalar, mas no modelo da Atenção Primária à Saúde (APS), onde a pessoa apresenta diversas “queixas”, que chamaremos de demandas, muitas delas podem não se correlacionar com uma doença, podendo ser um sentimento, um desejo ou algo social, por exemplo.
- Além disso, necessitamos englobar também estratégias de prevenção, promoção de saúde, e tal modelo dificulta a organização da informação e muitas vezes suprime (ou oprime) demais demandas da pessoa e do serviço.
- Sem contar que geralmente são textos longos, com diversas palavras, termos técnicos que podem não ser totalmente relevantes e que dificultam o acesso rápido e fácil à informação;

Tá bom, mas o que é o ReSOAP, então?

- É um método de registro de prontuário em saúde amplamente difundido pelo mundo, hoje com foco principal na APS, inclusive sendo incorporado a sistemas informatizados (como no eSUS);
- Pela característica da multiprofissionalidade da APS, pode ser utilizado por todos os profissionais;
- “...é mais do que anotar ou organizar as informações com excelência, sendo uma ferramenta de trabalho que proporciona o raciocínio clínico apurado e cuidado qualificado e continuado pela equipe.”
- O SOAP é um sistema racional de registro por duas razões: **1.** porque é a tradução escrita resumida, objetiva e despida de detalhes supérfluos, de um episódio de consulta; **2.** porque as suas componentes «S», «O», «A» e «P» se podem correlacionar com os passos da consulta.

Sendo assim, o ReSOAP busca:

1- Garantir a escuta qualificada (evitando que o profissional olhe mais para a tela/prontuário do que para os olhos da pessoa);

2- Otimizar o tempo;

3- Eliminar vícios de linguagem, termos técnicos e textos longos;

4- Dinamizar e democratizar o acesso à informação, garantindo maior organização e agilidade nos atendimentos;

O Registro SOAP é um acrônimo para **S**ubjetivo, **O**bjetivo, **A**valiação e **P**lano. Apesar desses 3 componentes serem os mais “famosos” deste modelo, a parte mais importante do SOAP é a Lista de Problemas (LP).

Lista de Problemas (LP):

Problema é tudo aquilo que requer ou pode requerer uma ação da equipe e que motivará um plano de intervenção. É importante salientar que nem sempre a pessoa precisa concordar, porém, devemos pensar bem no que considerar como “Problema”, pois não devemos impor julgamentos morais. Devemos evitar na LP suposições, termos vagos e interrogar doenças. Pode ser usada na capa do prontuário, como resumo do prontuário ou como cabeçalho da consulta. Pode-se criar também uma Lista de Medicamentos (LM);

Subjetivo(S):

Tudo aquilo que a pessoa traz na sua maneira de se expressar, com suas palavras. Tudo relevante dito pelo paciente e tudo o que for respondido. Respeitando a escuta qualificada, optamos sempre por deixar a pessoa trazer suas demandas e, após isso, realizarmos perguntas que desejamos.

Objetivo(O):

Tudo aquilo que pode ser observado pelo profissional, de preferência sempre “linkando” com cada “S” listado. Aqui colocamos o exame físico, sinais vitais, exames de imagem, laboratoriais, comportamento, aspecto da casa (em VD), relação com companheiro durante a consulta. Sempre listando aquilo que é relevante para o caso, para a LP e para os “S” listados. Dados não listados são entendidos como não avaliados, não há necessidade de escrever: “exame dos pés não realizados”, por exemplo, apenas se não foi possível por dificuldade técnica, ex: Espacular não realizado pois paciente menstruada.

Avaliação(A):

Corresponde à LP do dia. É o resultado do que foi dito no “S” e do que foi observado no “O”. Pode ser um diagnóstico, se houver certeza, pode ser um sintoma, ou conjunto deles. Evita-se interrogar condições ex. Ao invés de colocar “Gastrite?”, opta-se por “dispepsia”. Ao invés de “Diabetes?”, opta-se por “Polidipsia, poliúria e perda de peso”, evitando assim que se propague diagnósticos incertos.

Plano(P):

Toda decisão tomada em conjunto com a pessoa. Para cada “A”, deve ter seu “P” correspondente, sempre com o aval da pessoa avaliada. Exames solicitados, referência a demais serviços, planos em equipe, educação em saúde, planos futuros.

Devido à longitudinalidade e ainda mais quando há muitas demandas em uma só consulta, é possível o profissional decidir com o paciente os passos iniciais desta consulta e programar os próximos. Ex. “Abordar na próxima consulta a mudança de estilo de vida” ou “Realizar Citopatológico após exames laboratoriais”. Ainda mais se no mesmo serviço há mais de um profissional, para que fique registrado os passos seguintes.

Aqui cabe ressaltar que devemos procurar evitar o uso de termos que centralize o cuidado no profissional, como “oriento”, “decido”, “prescrevo”, “opto”, mas sim, “diximos”, “optamos”.. Para medicamentos, pode-se simplesmente escrever diretamente “Losartana 50 mg de manhã”, por exemplo.

O SOAP existe para facilitar, organizar, dinamizar e padronizar os registros. É importante destacar que esses são pontos norteadores e que cada equipe ou profissional deve se sentir a vontade para utilizar segundo suas necessidades e realidade.

Por fim, há uma linha tênue entre “facilitar” e “simplificar”. O SOAP não é simplesmente a economia de palavras e supressão de escrita aleatória e muitas vezes é utilizada de maneira “preguiçosa”, o que por fim, subverte sua real funcionalidade. Evite isso.

Na APS: “É preciso estar atento e forte!” Defenda o SUS! Força à ESF!

Referrências:

Gusso; Lopes; **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2º ed.2019, Capítulo 49; Queiroz, M.J., **SOAP Revisado**; rev. Port. Clínica Geral; 2009

LP principal deve obedecer a certos critérios, que devem ser discutidos localmente. Em geral, os aspectos mais importantes são:⁸

- Doenças relevantes.
- Doenças ligadas a remissões ou recorrências (p. ex., úlcera péptica).
- Doenças ligadas a complicações (p. ex., neoplasias).
- Intervenções cirúrgicas maiores.
- Doenças que a pessoa possa tender a ocultar (p. ex., infecções sexualmente transmissíveis).
- 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.

Modelos de ReSOAP:

#Caso Novo na unidade#

Antônio, 53 anos, casado há 20 anos, 3 filhos, natural de Jaboticabal, carpinteiro, mora com esposa e filho mais novo, evangélico e fã de futebol (torce para o Botafogo-RP)

S1: Quer fazer acompanhamento na unidade, se mudou há 3 meses para área.

S2: Dor em dente há cerca de 1 mês, contínua, sem melhora com analgésicos, sem traumas, nunca foi ao dentista.

S3: Rouquidão há 1 semana, iniciou após Botafogo ser campeão, sem dor na garganta, sem tosse, sem fatores de melhora. Já teve quadro parecido também após jogo de futebol.

Ant. Pessoal:

Cirurgia de vesícula em 2009

Não usa medicamentos de uso contínuo

Ant. Familiar:

Mãe com diabetes

Pai faleceu de infarto aos 55 anos: era tabagista e sedentário

Tem apenas um irmão: hígido e obeso

Hábitos:

1 dose de cerveja (lata) diária, cerca de 10 nos jogos do Botafogo

Não faz atividade física

Nunca fumou ou usou demais substâncias.

Não ingere mais que 1 L de água diária

Come muito ultraprocessado

Vacinação:

Não sabe se tomou todas

O:

Bom estado geral, desidratado 1+/4

PA: 130x70 Peso: 102 kg Estatura: 1,77m

Ritmo card. Regular, 2T, normofonéticas e sem sopros

Murmúrio Vesicular sem ruídos

Abdomem globoso, sem massas, fígado não palpável e indolor

O2: primeiro molar superior à direita com sinal de cárie

O3: oroscopia sem alterações

A: Sedentarismo

A2: Cárie dentária

A3: Rouquidão

A4: Baixa ingestão hídrica

A5: Erro alimentar

A6: Etilismo

P1,5: Mudança de estilo de vida, atividade física leve 2x na semana, diminuir ultraprocessados, exames de lipidograma, creatinina e de rastreamentos (Sangue oculto e sorologias). Reabordar vacinação no retorno.

P2: Agendar com dentista

P3,4: Melhorar ingestão hídrica, pelo menos 3l/dia e discutir caso em reunião de família com fonoaudióloga

P6: Redução de danos de álcool e aplicar AUDIT no retorno

#Consulta Saúde#

LP:

1. Hipertensão arterial controlada (início 2009)
2. Diabetes tipo 2 (início 2003)
3. Desemprego (início 2021)
4. Sedentarismo
5. Mora em ocupação, em área de favela

LM:

1. Hidroclorotiazida 25 mg 1x ao dia (Início 2009)
2. Metformina 500 mg XR após almoço (Início 2003)

S1: Checar exames de rotina

S2: Dor em braço direito há 5 dias, após bater sem querer em uma mesa, de leve intensidade. Não está tomando remédio. Acha que não precisa.

S3: Tristeza, vontade de ficar sozinho e medo após morte de seu cachorro, há 2 semanas, que amava como um filho. Não teve tais sentimentos previamente ao evento. Sem outros sentimentos e não apresentou ideação suicida. Entende como um processo natural.

O1: Exames (13/03/2022): Creatinina 1,0; Hb Glicada: 7,0; Hemograma normal, Urina Normal (Em tabela de exames em anexo)

O2: Sem edema, rubor, calor e dor à palpação ou crepitação na região. Região de face lateral de antebraço direito.

O3: Face de tristeza, olhos inchados e fundos. Suspiros eventuais na consulta.

O: PA: 120x80 mmHg, Glicemia capilar: 135.

A1: Exames de rotina normais

A2: Trauma leve em antebraço direito

A3: Luto pelo animal de estimação

P1: Manter medicamentos e realizar mudança no estilo de vida – atividade física 3x/semana

P2: Gelo local e observar

P3: Discutimos processo de luto e retornar se necessário.