

REGISTROS CLÍNICOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA: REFLEXÕES FRENTE À ABORDAGEM BIOPSIKOSOCIAL

Medical records and Primary Care: reflections on the biopsychosocial approach

Thiago Dias Sarti¹; Maria Inez Padula Anderson²; Renata Helena Marto³

RESUMO

Partindo do pressuposto de que o conteúdo do prontuário pode refletir diretamente a qualidade e as características da atenção oferecida - podendo ser utilizados como instrumento de avaliação desta - buscou-se, neste estudo, avaliar a percepção de profissionais de saúde de um serviço de atenção primária, quanto à importância, adequação e disponibilidade de dados nos prontuários dos pacientes, além de verificar suas concepções quanto às informações que julgam necessário estarem contidas no prontuário para um adequado acompanhamento dos mesmos. A percepção geral captada através deste estudo deflagra que, apesar de os profissionais valorizarem aspectos de ordem social e psicológica, há preponderância de achados biológicos nos registros de saúde, mesmo em um serviço em Atenção Primária. Sugere-se, assim, a necessidade de um novo olhar sobre o processo de registros de informações em saúde que considere o paradigma biopsicosocial. Desta forma, os registros poderiam refletir abordagens e práticas mais abrangentes e integrais de cuidado, em especial no nível primário de atenção, onde estas questões têm especial relevância. São feitas algumas reflexões que podem colaborar para a definição de estratégias e ações que tenham estes objetivos.

PALAVRAS-CHAVE: Registros Médicos. Atenção Primária à Saúde. Assistência Integral à Saúde

ABSTRACT

Because the content of medical files may directly affect the quality of care, this study investigated the perceptions of primary health care professionals concerning the importance, adequation, availability and prioritization of data to be included in medical records so that patient care may be optimized. Even though many professionals take into account social and psychological aspects in their practice, biological findings are predominant in medical records, a finding that takes place even in primary care. There should be a different focus on the processes used to record patients' information in the health system. Health professionals should take into account the biopsychosocial paradigm. Thus, medical records could reflect more comprehensive and complete approaches and practices, especially in relation to primary care, where these matters are of the essence. Some reflections have been made in order to help and boost the creation of strategies and policies toward this purpose.

KEY WORDS: Medical Records. Primary Health Care. Comprehensive Health Care

¹ Médico de Família e Comunidade. Endereço: Rua Crisólito, 20. São Geraldo, Cariacica - Espírito Santo. CEP 29146-720. Tel.: (27) 81394803 / (27) 32264093. E-mail: thiagosarti@yahoo.com.br

² Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Doutora em Saúde Coletiva - IMS/UERJ. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Endereço: Rua das Valsas n. 500 Jacarepaguá - Rio de Janeiro - CEP 22743390 - Tel.: (21) 33274395 / (21) 99560648. E-mail: inezpadula@terra.com.br

³ Aluna do 6º período de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas - UERJ. Endereço: Rua São Francisco Xavier, 466/407 - Maracanã - Rio de Janeiro - RJ. Tel.: (21) 25656364, (21)88343069 - E-mail: re_mar2001@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Já há algum tempo, discute-se a inadequação da formação acadêmica de recursos humanos em saúde frente aos novos contornos sócio-epidemiológicos apresentados pela sociedade (PEREIRA; ALMEIDA, 2004). Tal formação, ainda fortemente centrada no interior dos hospitais, caracteriza-se pela fragmentação do cuidado, pelo amparo exclusivo em conhecimentos biológicos, com notável desconsideração para os aspectos sociais e subjetivos envolvidos na dinâmica de saúde e de vida das pessoas, levando à impessoalidade e a um distanciamento do contexto de produção social de saúde e enfermidade. Naturalmente, tais características são reproduzidas nas ações individuais e coletivas em saúde.

Um dos reflexos desta inadequação da formação e das práticas em saúde pode ser evidenciado nos registros de informações em saúde. Os prontuários constituem importante fonte de informação referente ao acompanhamento da saúde dos pacientes. Refletem, de alguma maneira, o que foi aprendido e valorizado acerca do que é importante e deve ser registrado em termos de entrevista clínica, exame físico, diagnóstico e terapêutica. Assim, não é difícil aventar a possibilidade de eles também refletirem a visão cartesiana incorporada pelo paradigma anátomo-clínico, e que tem sido apontado como um dos responsáveis pela crise dos sistemas de saúde, especialmente pela pouca capacidade de valorizar aspectos relevantes no processo de adoecimento das pessoas e que dizem respeito a fatores de ordem cultural, social e psicológica (MENDES, 1996; DEVEZA, 1983; RODRIGUES, 1979). Tal paradigma, impregnado na conformação dos modelos de assistência e nas práticas de todos os profissionais do setor saúde brasileiro, dirige o olhar para a doença (tida como entidade) e não para a pessoa. Neste processo, deixa, frequentemente, de registrar aspectos com vista à promoção da saúde, à compreensão da pessoa acerca do seu adoecimento, das possibilidades, facilidades e dificuldades para sua adesão à terapêutica e, especialmente, deixa de incorporar de forma integrada, integradora e terapêutica, aspectos e fatores psicossociais envolvidos e atinentes a estas questões.

A atenção primária à saúde é o nível do sistema que tem por características básicas: (a) constituir o primeiro contato e ser a porta de entrada das pessoas e famílias aos serviços de saúde; (b) promover atendimento longitudinal e integral; (c) realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito individual e coletivo; (d) coordenar o cuidado à saúde das pessoas, famílias e comunidades (STARFIELD, 2002). Na atenção primária,

o perfil de morbidade, as demandas e as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas diferem dos outros níveis de atenção. Muitos procuram os serviços de saúde ainda sem apresentar uma disfunção orgânica definida, ainda que com graves problemas de saúde (CAMPOS, 2005). Há uma alta prevalência de transtornos mentais e afetivos e as condições socioeconômicas, culturais e espirituais estão necessariamente incluídas neste contexto e tem relevância ímpar, seja na realização do diagnóstico, seja na orientação e adesão ao tratamento. Por exemplo, alguns estudos com idosos demonstram a relação de fatores psicossociais, como ansiedade, depressão, isolamento social, problemas familiares e insatisfação com o trabalho, com o desenvolvimento e prognóstico de doenças cardiovasculares (STUART-SHOR *et al.*, 2003), possivelmente, tendo a mesma importância que os fatores biológicos nesta gênese (HALLMAN *et al.*, 2001). Ou seja, a abordagem dos problemas de saúde na atenção primária, para ser efetiva e eficiente, deve necessariamente envolver tais aspectos, o que requer práticas diferenciadas de saúde, inclusive na forma de registro das informações.

Entretanto, Starfield (2002) chama a atenção sobre a carência de estudos a respeito da adequação dos registros médicos aos princípios da atenção primária em saúde. Segundo a autora, os prontuários são excessivamente fragmentados, sem continuidade nas evoluções e pobres de informações fora do âmbito biológico. No Brasil, alguns achados sugerem que dados que englobem aspectos sociais e psicológicos, fundamentais no acompanhamento dos pacientes neste nível de atenção, praticamente não estão registrados nos prontuários dos pacientes acompanhados em serviços de atenção primária (GEIMAN, 2001), embora mesmo informações de cunho biológico sejam passíveis de serem ignoradas no ato de registrar os dados das consultas (PINHO, 1997). Segundo Silva e Tavares Neto (2007), fato similar ocorre nos hospitais públicos universitários do país, onde os prontuários são de baixa qualidade e carecem de informações pertinentes ao cuidado em saúde, o que levou os autores a interrogarem a qualidade dos prontuários na atenção primária e secundária.

Por outro lado, as tentativas já realizadas no intuito de resolver a fragmentação e baixa ordenação dos registros em saúde - por exemplo, o prontuário médico orientado aos problemas - parecem não dar conta da complexidade dos fatores envolvidos no processo saúde-doença (NEGREIROS; TAVARES NETO 2005; STARFIELD, 2002), da mesma forma como parece distante a informatização dos prontuários do paciente nas instituições do sistema público de saúde brasileiro (SILVA; TAVARES NETO, 2007).

Este estudo parte do pressuposto de que o conteúdo do prontuário pode refletir diretamente a qualidade e as características da atenção oferecida (PAYNE, 1979) - podendo ser utilizados como instrumento de avaliação da mesma (LYONS; PAYNE, 1974). Nesta perspectiva, buscou-se apreender a percepção de profissionais de saúde, neste caso de médicos, de um serviço de atenção primária, quanto à importância, adequação e disponibilidade dos registros do prontuário no acompanhamento do paciente, além de verificar suas concepções quanto às informações que julgam necessário estarem contidas no prontuário para um adequado acompanhamento do paciente.

Acredita-se que este trabalho possa contribuir para a revisão desta questão no âmbito das instituições de ensino e demais serviços de saúde, visando ampliar o debate sobre a adequação dos registros em saúde e das práticas envolvidas neste processo, e como reflexão para o desenvolvimento de novas formas de instrumentos e registros clínicos que possam atender de forma mais adequada às necessidades dos pacientes na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo, de corte transversal e cunho qualitativo, foi desenvolvido no Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Constou da formulação de um questionário semi-estruturado, aplicado a uma amostra intencional (TANAKA; MELO, 2001) de profissionais de saúde do Ambulatório de Medicina Integral - AMI. O questionário, contendo oito questões, abordou aspectos sobre os registros atuais das consultas ambulatoriais de adultos realizadas no AMI e suas implicações na prática e na rotina do atendimento. Propôs avaliar a percepção dos entrevistados quanto à importância, adequação e disponibilidade dos registros existentes nos prontuários de pacientes adultos em acompanhamento ambulatorial. Buscou, também, verificar suas concepções quanto às informações que julgam ser necessário estarem contidas no prontuário para este acompanhamento. O questionário foi respondido individualmente, sem a intermediação de um entrevistador. Para armazenagem e a análise estatística dos dados estruturados, foi utilizado o programa EPIINFO 2004. A análise qualitativa deu-se a partir da classificação das respostas às questões abertas através de aspectos sobre os quais se desejou analisar o conteúdo (MINAYO, 2006).

O AMI é uma unidade docente-assistencial de Atenção Primária e Secundária que contribui para formação

em medicina ambulatorial, familiar e comunitária tanto para graduandos e internos de medicina da UERJ quanto para residentes e preceptores em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Está inserido no prédio do Ambulatório Central que, por sua vez, faz parte do Complexo de Saúde da UERJ, que ainda é composto por um Hospital Universitário, o Pedro Ernesto (HUPE), uma Policlínica - a Piquet Carneiro, uma Unidade Peri-Natal e um Centro de Tratamento de Câncer. Todas estas unidades, exceto a Policlínica, têm suas estruturas físicas constituídas em prédios independentes, situados num quarteirão de um bairro urbano (Vila Isabel) da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

A clientela do AMI, em especial daqueles atendidos nos ambulatórios dos residentes de medicina de família e comunidade, é constituída, principalmente, por pessoas que moram nas adjacências do Ambulatório, seja por lista de usuários, busca ativa ou cadastro domiciliar. Há, também, pacientes que já estão em acompanhamento ou buscam atendimento de clínica ambulatorial nos serviços de saúde da UERJ, independentemente do seu local de moradia. Cabe lembrar que o sistema de saúde do Rio de Janeiro apresenta importantes problemas de ordem gerencial e financeira, sendo insuficiente e inadequado com relação ao atendimento em cuidados primários, fato que torna o AMI uma fonte de cuidado em saúde fundamental para parte da população.

A porta de entrada dos pacientes no serviço é constituída por um setor de acolhimento realizado pelos próprios residentes de medicina de família e comunidade e o acompanhamento longitudinal é garantido a todos os pacientes, especialmente e mais facilmente aos provenientes da região onde o ambulatório está localizado. A referência e contra-referência a outros níveis de atenção se fazem preferencialmente para os serviços do próprio HUPE, acionando-se a rede municipal e estadual de saúde quando necessário. O prontuário é o mesmo utilizado por todos os outros serviços do ambulatório e do hospital. Ressalte-se, entretanto, que o foco de interesse e objeto deste estudo restringiu-se ao registro clínico referente ao acompanhamento dos pacientes do AMI.

A escolha de uma unidade docente-assistencial (e não uma unidade exclusivamente assistencial) para desenvolver o estudo deveu-se, especialmente, ao entendimento do papel da academia na formação de recursos humanos e na constituição de modelos de aprendizado que serão transformados em prática no sistema de saúde. Ressalte-se que os professores deste Departamento têm longa experiência com o ensino em medicina ambulatorial, além de

atuarem pautados em concepção ampliada do processo saúde-adoecimento.

RESULTADOS

O questionário foi respondido por 23 pessoas que desenvolvem atividade no Ambulatório de Medicina Integral (AMI), do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Foram entrevistados oito preceptores do ambulatório (de um total de 11); um residente de terceiro ano de medicina de família e comunidade da UERJ (de um total de 2 residentes de 3º ano); todos os residentes de 2º ano - seis- (exceto o autor) e todos os oito residentes de primeiro ano.

Em relação à primeira questão, que dizia respeito à opinião de cada um quanto à forma de registro das informações referentes aos pacientes atendidos no AMI, dezoito entrevistados (78%) consideram pouco adequada a forma como são registradas essas informações, sendo que três (13%) consideram inadequada e apenas um entrevistado (4,5%) disse ser adequada. Uma pessoa (4,5%) não entendeu a pergunta.

Algumas justificativas para tal quadro estão representadas nas palavras de alguns dos entrevistados: “Devido à rotatividade de médicos que acompanham o paciente e sem padronização das consultas, dos resultados de exames, as informações ficam “embaralhadas” e incompletas no prontuário e na “nossa cabeça”” (E. 22). Outro questiona a atitude de alguns profissionais ao dizer que “nem tudo é registrado pelo médico ou a justificativa de sua conduta” (E. 13). Por outro lado, alguns sentem falta de informações fora do âmbito biológico: “Em sua maioria são registrados apenas queixas biológicas” (E. 2) ou “Quase nunca são registrados os dados familiares, psicológicos. Geralmente focam nas doenças e medicações mesmo” (E. 21). Sugere-se, assim, a necessidade de uma reestruturação dos prontuários, bem como um novo olhar sobre eles, conferindo importância a outras informações que não as clássicas queixas principais, exame físico e conduta adotada. Um dos entrevistados inclusive sugere mudanças nos instrumentos de coleta das informações: “Há necessidade de um novo formulário para consultas de primeira vez para registro de condições ambientais, socioeconômicas / familiares” (E. 3).

Ao serem questionados quanto ao grau de dificuldade que eles encontram para ter acesso às informações disponíveis no prontuário, a maioria absoluta informa ter algum grau de dificuldade, sendo que dezesseis entrevistados (70%) relataram ter dificuldade e quatro (18%), muita dificuldade. Um entrevistado (4,5%) diz ter pouca dificuldade e um (4,5%) refere não ter nenhuma dificuldade.

Esta dificuldade fica mais evidente no relato de um dos entrevistados, quando diz que os dados “não estão, em sua maioria, estruturados em ordem cronológica ou por exames. Não há seqüência nas anotações dos serviços (como se cada serviço tivesse uma parte dentro do prontuário)” (E. 12), ou quando outro diz que os “prontuários [são] desorganizados em relação [à] cronologia das datas e mistura entre exames, pareceres e evoluções” (E. 2).

Na terceira questão, pediu-se para os entrevistados indicarem, dentre uma listagem disponível, quais informações eles consideravam relevantes para um bom acompanhamento médico. Os resultados estão dispostos no quadro 1.

Quadro 1 - Informações consideradas relevantes para o acompanhamento médico, segundo avaliação de profissionais que atuam em ambulatório docente-assistencial de atenção primária à saúde.

	Frequência	Porcentagem (valores aproximados)
Dados de identificação do paciente	26	96%
História das queixas atuais	26	96%
Dados referentes à história de morbidades progressas	26	96%
Uso de medicações	26	96%
Exame físico	26	96%
Resultado de exames complementares	26	96%
Resposta de outras especialidades a pareceres	26	96%
Estrutura e dinâmica (funcionamento) familiar	25	91%
Presença de fatores de risco como tabagismo, etilismo e sedentarismo.	24	87%
Conduta adotada a cada consulta (medicamentosa e não medicamentosa)	24	87%
Adesão ao tratamento indicado	24	87%
Levantamento da história das doenças familiares	23	83%
Dados relacionados aos hábitos alimentares;	23	83%
Dados referentes à rede social (trabalho, lazer, participação em grupos, etc);	23	83%
Laudos de exames radiológicos	22	83%
Dados relacionados à atividade sexual	22	78%
Condições de moradia	22	78%
História ginecológica	22	78%
Dados relacionados à situação financeira individual e familiar	21	74%
Genograma/familiograma/heredograma	20	74%
Dados referentes às condições de nascimento	15	56%

A maioria dos entrevistados considerou que as informações listadas eram relevantes, chamando atenção para a importância dada às informações referentes à rede social e estrutura familiar. O genograma familiar (ferramenta utilizada na prática do médico de família para avaliar a estrutura e dinâmica familiar) foi indicado por um menor número de entrevistados como uma informação relevante. Possivelmente, isto se deveu ao fato de muitos profissionais

alocados no AMI não terem tido contato com tal instrumento em suas respectivas formações.

Ainda em relação a esta lista, verifica-se a importância conferida à abordagem integrada dos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais: “[as] opções assinaladas são importantes para que se tenha uma abordagem integral e com qualidade ao cliente”, [já que interferem diretamente nas condutas adotadas, pois] “os dados escolhidos são essenciais para o atendimento global do paciente e melhor orientação do médico em relação às condutas a serem tomadas” (E. 2). Entretanto, observa-se que não se espera que estes dados sejam obtidos todos em um mesmo momento: “os dados podem ser colhidos em diferentes consultas” (E. 23).

Quanto à disponibilidade das informações relevantes, indicadas pelos entrevistados, a maioria relata dificuldade: dezessete (73%) disseram ser pouco disponíveis. Quatro, entretanto, (18%) declararam estar em boa parte, disponíveis. Um entrevistado (4,5%) concluiu que as informações não estão disponíveis e nenhum entrevistado disse estarem completamente disponíveis. Uma pessoa (4,5%) não respondeu a questão.

O paradoxo entre o que se pensa e o que se faz em relação ao registro das informações pôde ser captado na resposta de um entrevistado, quando este diz que “a maioria destas informações não são registradas, apesar de serem valorizadas pelos profissionais” (E. 3).

Prosseguindo a entrevista, a seguinte afirmativa foi apresentada: “Um prontuário adequado, contendo as informações que julgo necessárias, registradas de forma clara e facilmente acessível, influi diretamente no acompanhamento e tratamento do paciente”. Foi solicitado que cada entrevistado avaliasse a sua concordância (total, parcial) ou discordância (total) em relação à mesma. Os resultados foram: dezessete pessoas (73%) concordaram totalmente; quatro (18%) concordaram parcialmente e uma (4%) discordou totalmente.

Todos os entrevistados (100%) responderam positivamente ao serem perguntados se acreditavam que as características dos registros clínicos interferiam no acompanhamento e resultado do tratamento do paciente.

A maioria dos entrevistados entende que a adequação do registro das informações (65%), a facilidade de acesso às informações necessárias (74%) e a disponibilidade de dados que englobe a complexidade do processo saúde-doença (87%) interferem nas práticas em saúde.

Quanto ao grau de importância que cada um atribui ao adequado registro das informações oriundas das consultas, considerando as necessidades dos profissionais de saúde

e dos próprios pacientes, dezenove (82,5%) responderam ser muito importante e três (13%) ser importante. Nenhum entrevistado disse não ter importância. Um não entendeu a pergunta (4,5%).

DISCUSSÃO

Inicialmente, colocam-se algumas limitações deste estudo no que se refere à generalização dos achados e à extensão das conclusões aqui assinaladas a outros contextos. O Ambulatório de Medicina Integral é vinculado a um hospital universitário e presta seus serviços em uma unidade física que se situa ao lado do mesmo, estando seus registros clínicos submetidos ao preenchimento de dados provenientes de atendimentos em diversos serviços especializados e por diferentes profissionais de saúde, médicos e não médicos. Entretanto, acredita-se que os resultados sejam representativos da prática no nível ambulatorial, embora a extrapolação dos achados deste estudo a outros contextos de atenção primária como, por exemplo, a Estratégia Saúde da Família, deva ser feita com cautela. Desta forma, podem servir de reflexão para o debate das mudanças que se fazem necessárias na formação de recursos humanos e na prática profissional. Por outro lado, a restrição do estudo à categoria médica impõe novos empreendimentos científicos que incluam outras categorias profissionais inseridas no contexto da atenção primária no país.

Os profissionais da atenção primária em saúde deparam-se, em suas práticas cotidianas, com uma extensa diversidade de problemas de saúde (STARFIELD, 2002). O acompanhamento e controle de parâmetros fisiológicos não são suficientes para melhorar os níveis de saúde das pessoas, em especial, tratando-se do primeiro nível de atenção à saúde. Conhecer o cotidiano dos indivíduos, apreendendo a forma de negociar e engendrar suas relações em família e em sociedade, torna-se fundamental quando os profissionais de saúde têm como objetivo contribuir para uma melhor qualidade de vida no contexto onde essas pessoas experimentam seu viver. Isto é diferente do agir perante pacientes contidos em seus leitos e entregues “ao poder” de seus médicos e do próprio sistema. Estudos demonstram que o conhecimento dos múltiplos aspectos de vida dos pacientes por parte de seus médicos, além da confiança que o paciente deposita neste profissional de saúde, está fortemente relacionado a resultados favoráveis no acompanhamento clínico destes, como aderência à terapêutica, satisfação quanto aos cuidados prestados e melhorias nos níveis de saúde (SAFRAN *et al.*, 1998).

Entretanto - como se viu no relato de um dos entrevistados - apesar de os profissionais valorizarem aspectos de ordem social e psicológica, praticamente não se encontram tais informações registradas em seus prontuários. A percepção geral captada através da aplicação do questionário denota a preponderância dos achados biológicos nos registros clínicos, mesmo em um serviço no âmbito da APS, o que permitiria questionar a adequação das práticas levadas a termo.

Vários estudos, realizados em outros contextos, apontam a inadequação das práticas de saúde, principalmente médicas, no âmbito da atenção primária, reproduzindo o modelo biomédico (ALVARENGA, 2004; RONZANI, 2004; CAPOZZOLO, 2003). Acreditamos que tal fato não deveria estar acontecendo no AMI. Entretanto, apesar de os profissionais entrevistados afirmarem valorizar aspectos de ordem social e psicológica, resta saber se estes profissionais realmente valorizam a abordagem integral do processo saúde doença e apenas não registram suas ações adequadamente. Nesse caso, cabe questionar o porquê desta valorização não se traduzir em habilidade no momento dos registros clínicos.

É sabido que entre o ato de relatar a experiência própria (o paciente) e o ato de registrar as informações (pelo médico), há um complexo processo de interpretação feito pelo médico. Este processo não se dá através de um mecanismo direto. Como afirma Vygostky (L'ABBATE, 2002), “o verbal, ou seja, o caminho do pensamento para a palavra é um caminho indireto, internamente mediado”. Embora Vygostky esteja se referindo ao ato de expor suas idéias por meio da fala (linguagem falada), uma analogia pode ser feita (no campo da linguagem escrita) com o ato de escrever. O processo pelo qual o médico apreende a narrativa do paciente quanto ao seu processo de adoecimento é determinado por fatores intrínsecos do profissional, dentre eles a racionalidade médica, e por fatores inerentes à sua relação com seu paciente. Desvendar o discurso político e técnico da medicina (FOUCAULT, 2004), propiciando um melhor entendimento dessa racionalidade, não é por si suficiente quando destituído da análise da racionalidade social hegemônica, bem como da consideração de aspectos individuais do profissional no processo de registrar as situações de vida dos pacientes.

A pouca produção acadêmica neste sentido, materializada na baixa disponibilidade de estudos que abordem o escopo deste trabalho, permite valorizar os achados deste estudo, indicando a necessidade de se aprofundar o entendimento desta questão e avaliar a adequação dos registros clínicos quanto aos princípios da APS, bem como as práticas aí exercidas.

Vários fatores podem estar envolvidos na gênese deste panorama de inadequações dos registros clínicos frente à abordagem biopsicossocial, muito embora este trabalho não tenha visado à análise sistemática destes. Podem-se aventar algumas possibilidades e, neste sentido, destaca-se, em especial, uma delas: o não aprendido (porque não valorizado em virtude de uma certa racionalidade) dos aspectos subjetivos e de cunho psicossocial na abordagem do processo saúde-adoecimento durante os cursos de graduação em medicina, ainda impregnados pelo paradigma cartesiano e voltados para a atuação focal na disfunção orgânica. Um dos reflexos deste processo parece estar contido nos registros em prontuário do cuidado à saúde das pessoas por parte dos profissionais de saúde, principalmente médicos, que são o escopo deste trabalho.

CONCLUSÃO

A inadequação dos registros clínicos às necessidades colocadas à APS reflete uma imbricada rede de incongruências, envolvendo racionalidade médica, a conformação da sociedade ocidental em seus diversos âmbitos, aspectos de gerenciamento, formação de recursos humanos e comprometimento pessoal com práticas mais adequadas e comprometidas com a melhoria da qualidade de vida da sociedade.

Algumas estratégias já engendradas contribuem para a modificação desta realidade, como a proposta de integralidade das ações em saúde, a instituição das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2002, a Estratégia Saúde da Família, entre outras.

Por outro lado, de forma paradoxal, a inclusão de preceitos da Medicina de Família e Comunidade (especialidade médica centrada no paradigma biopsicossocial e dirigida à APS), bem como de professores com formação específica nesta área nos cursos de graduação em medicina, além da ampliação da carga horária em medicina ambulatorial e em atenção primária à saúde são estratégias que ainda carecem de visibilidade e decisão política para serem adotadas em nosso país.

Em relação à atenção primária à saúde e os registros médicos propriamente ditos, alguns desafios devem ser identificados e enfrentados na busca de sua adequação. Dentre eles, alguns são colocados aqui na forma de perguntas, que visam incrementar o debate e a busca de soluções: (a) o quê e como registrar o relato e a anamnese do paciente/pessoa, considerando a abordagem biopsicossocial? (b) como descrever objetivamente informações de ordem psicossocial e outras de caráter mais subjetivo sem delongar os registros

clínicos, de forma a não criar mais empecilhos para consultas posteriores? (c) que tipo de instrumento de registro pode propiciar e facilitar a coleta e a anotação sistematizada destes aspectos? (d) há implicações éticas acerca do que deve e do que se pode registrar, em especial em relação aos aspectos psicossociais? (e) como avaliar o impacto desta temática no nível da assistência, ensino e pesquisa?

Sugere-se que tais aspectos sejam considerados na formação de recursos humanos, constituindo áreas de capacitação em comunicação e informação em saúde, na perspectiva do paradigma biopsicossocial. Por outro lado, também são relevantes na formulação de novos instrumentos eventualmente propostos com a finalidade de adequar os registros em saúde, em especial no nível da atenção primária.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, L. M. C. A. **A prática médica no Programa de Saúde da Família e sua contribuição para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde.** Limites e possibilidades. 2004. 106f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- CAMPOS, C. E. A. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p.181-190, jul./dez. 2005.
- CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão:** trabalho médico e programa de saúde da família. 2003. 299f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.
- DEVEZA, M. **Saúde para todos:** médico para o ano 2000? 1983. 169f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1983.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** São Paulo: Forense Universitária, 2004.
- GEIMAN, C. P. **Repensando e reformulando a folha de evolução ambulatorial:** uma proposta de revalorização da memória institucional dos pacientes do Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2001. Monografia (Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade) - Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- HALLMAN, T. *et al.* Psychosocial risk factors for coronary heart disease, their importance compared with other risk factors and gender differences in sensitivity. **Journal of Cardiovascular Risk**, v.8, n.1, p.39-49, fev. 2001.
- L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. cap. 8, p.267-292.
- LYONS, T. F.; PAYNE, B. C. The relationship of physicians' medical recording performance to their medical care performance. **Medical Care**, v. 12, p. 856-865, ago. 1974.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M. A. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
- NEGREIROS, M. M.; TAVARES NETO, J. Proposta de prontuário para as equipes de saúde da família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p.123-142, jul./dez. 2005.
- PAYNE, B. C. The medical record as a basis for assessing physician competence. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 91, n. 4, p. 623-629, Oct. 1979.
- PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.16, p.69-79, set./fev. 2005.
- PINHO, V. P. **Avaliação dos registros de consultas médicas em uma unidade básica de saúde.** 1997. 143f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- RODRIGUES, R. D. **A crise da medicina:** prática e saber - alguns aspectos. 1979. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1979.
- RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e crenças do médico de família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, p.190-197, set./dez. 2004.

SAFRAN, D. G. *et al.* Linking primary care performance to outcomes of care. **Journal of Family Practice**, New York, v. 47, n. 3, p.213-220, Sept. 1998.

SILVA, F. G.; TAVARES-NETO, J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p.113-126, maio/ago. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura ; Ministério da Saúde, 2002.

STUART-SHOR, E. M. *et al.* Are psychosocial factors associated with the pathogenesis and consequences of cardiovascular disease in the elderly? **Journal of Cardiovascular Nursing**, Frederick, v. 18, n. 3, p.169-183, July/Aug. 2003.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

Submissão: dezembro de 2007

Aprovação: agosto de 2008
