

Durante o planejamento de 2024, que ocorreu em fevereiro deste ano, surgiu a ideia de adotarmos no CAPS o sistema de registro em prontuário SOAP - acrônimo para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano - originalmente criado nos EUA, incorporado pela Medicina de Família e Comunidade e aplicado à atenção primária de forma mais ampla nas UBS's.

Com essa medida, almejávamos obter uma certa homogeneidade em relação aos registros das UBS's que matriciamos, bem como transformar três aspectos do cotidiano do CAPS:

Primeiro: otimizar o registro dos atendimentos.

Nós funcionamos sob um regime de alta demanda, como é habitual no SUS, e associado a uma escuta de alta complexidade. A tarefa de traduzir as diversas nuances da atenção ao sofrimento mental deve ser realizada sempre de forma rápida, à tinta - pois não temos prontuário eletrônico - e sem muito tempo disponível para elaboração do texto final. Isso tinha algumas consequências, tais como registros incompletos, grafias ilegíveis e, mais frequentemente, agregados de informação sem um critério seletivo claro e que não representavam adequadamente o raciocínio clínico subjacente ao atendimento. Além disso, havia uma heterogeneidade no formato do texto que variava entre trabalhadores, mas também entre diferentes registros do mesmo trabalhador. Dessa maneira, era difícil localizar informações específicas dentro da estrutura de cada registro, pois ela variava. Queríamos uma diretriz mais clara que estabelecesse quais informações do atendimento deveriam constar em prontuário, por qual motivo e de que maneira elas se relacionam entre si. Imaginávamos que isso contribuiria para que os registros fossem feitos de maneira mais frequente, assim como facilitaria a busca de informações no prontuário.

Segundo: garantir e destacar a escuta das palavras do usuário.

Era comum nas reuniões de equipe utilizarmos termos psiquiátricos e jargões do campo da saúde mental para descrever as situações singulares de cada usuário cujo caso estivesse sendo discutido. Isso resultava em análises muitas vezes genéricas e que não consideravam adequadamente as queixas e desejos do próprio usuário, assim como acabava por secundarizar o conteúdo delirante expresso na maioria das crises - conteúdo este vital para a formação de vínculo entre usuário e equipe, assim como para o planejamento consensual das ações terapêuticas. Ao formalizarmos um campo que privilegia o registro das palavras e expressões do próprio usuário, como detalharemos à frente, tornamos incontornável a escuta e, conseqüentemente, a inclusão destas no raciocínio clínico.

Terceiro: estruturar o raciocínio clínico.

Finalmente, a partir dos registros e das reuniões previamente mencionadas, notávamos que não havia uma coesão muito clara entre as informações colhidas nos atendimentos, a análise destas e o conjunto de ações planejados a partir da análise. Muitas vezes, era difícil encontrar um sentido que atasse as duas pontas do atendimento: a escuta e as condutas. Percebemos que o SOAP consiste em uma estrutura que dá direção, sentido para a escuta. Ele dirige a escuta até o planejamento das condutas. Em relação íntima com os dois aspectos anteriores, apostamos que a estrutura do registro teria um efeito retroativo de estruturar o

raciocínio clínico no interior do atendimento em si, aprimorando o alcance e a eficácia do nosso trabalho.

Ao nos debruçarmos sobre os textos que estabelecem o método SOAP para a atenção primária, no entanto, percebemos que algumas modificações seriam necessárias. A maior delas consistiu na substituição do campo O de OBJETIVO para OBSERVAÇÕES. Compreendemos que nossas principais ferramentas para leitura de um atendimento - além das palavras do usuário e de seus familiares, já constantes no campo SUBJETIVO - são o exame psíquico e o exame das relações entre os participantes presentes. Nenhuma delas produz dados objetivos, muito pelo contrário, dizem respeito ao olhar do ponto de vista do trabalhador presente no atendimento. Dessa maneira, se o campo SUBJETIVO é reservado para a descrição de acontecimentos relevantes conforme as palavras do usuário e seus familiares, o campo das OBSERVAÇÕES é simétrico a este, porém com as palavras do trabalhador.

Podemos então seguir para a lógica que propomos para a incorporação do método SOAP dentro do CAPS e, logo, dentro do campo da saúde mental. A partir daqui, não faremos uma distinção muito clara entre o método original e o modificado por nós, pois eles se confundem. Deixarei esse exame mais minucioso para outro contexto.

Partiremos, então, da simetria entre S e O descrita no parágrafo anterior para constatar um primeiro aspecto importante do método: há uma temporalidade própria ao atendimento que se reflete na proximidade entre S+O, de um lado, e A+P do outro - voltaremos a isso mais à frente. É possível dizer que o atendimento é dividido em três tempos sincrônicos, mas que ainda assim guardam uma relação diacrônica entre si: a coleta de informações (S+O), o diagnóstico dos problemas relevantes (A) e o planejamento das medidas de enfrentamento a estes problemas (P). A diacronia é clara, porém dizemos que eles também acontecem sincronicamente não apenas porque acontecem ao mesmo tempo, mas também pois o adentramento em cada um dos três tempos facilita a elaboração dos outros dois e fortalece a amarração entre todos. A esta amarração damos o nome de raciocínio clínico. Vamos a cada um destes tempos.

A coleta de informações diz respeito aos motivos da consulta e ao detalhamento destes. O motivo da consulta geralmente é enunciado na forma de queixa pelo usuário e/ou os acompanhantes eventualmente presentes (p. ex. "eu estou ouvindo vozes", ou ainda "meu filho fica trancado no quarto falando sozinho o dia inteiro") e deve necessariamente ser pormenorizado pelo trabalhador com o acréscimo de perguntas que achar pertinente (p. ex. "quando isto começou?", ou "o que dizem as vozes?", ou ainda "como você se sente e o que pensa/faz ao ver seu filho nesta situação?"). No campo SUBJETIVO, o trabalhador deve registrar somente palavras e expressões que o usuário e acompanhantes utilizaram durante o atendimento para descrever o motivo da consulta e ao responderem as perguntas endereçadas a eles pelo trabalhador (p. ex. "há duas semanas", ou "elas dizem que eu não sirvo pra nada", ou "sinto preocupação, mas não sei o que fazer além de orar pelo meu filho"). No campo OBSERVAÇÃO, o trabalhador deve incluir tudo que ele pôde ver e interpretar da situação e que julgue complementar ao que foi descrito no campo anterior, ou seja, que acrescente camadas

de sentido às palavras do usuário e acompanhantes, reforçando ou negando o sentido prévio (p. ex. "apresenta sinais de alteração da senso-percepção", ou "refere estar ouvindo vozes durante a consulta, mas age de um modo teatral que parece fingimento", ou ainda "mãe parece preocupada, mas o pai mal participa da conversa e não esboça reação ao relato do filho"). Num atendimento, muitas coisas são ouvidas e vistas. Quais informações são importantes e devem constar no registro? Resposta: somente aquelas que contribuírem para o diagnóstico dos problemas relevantes - ou seja, para a AVALIAÇÃO.

A melhor definição que encontramos da AVALIAÇÃO é de que se trata da LISTA DE PROBLEMAS do atendimento. Poderíamos ainda descrever como o diagnóstico das situações que perturbam o bem-estar do usuário e/ou da sua rede de suporte **e que sugerem uma intervenção**. Talvez não seja exagero dizer que a avaliação é o coração do atendimento, pois é a partir do momento em que nomeamos um problema que duas coisas acontecem: primeiro, é quando nomeamos um problema que podemos começar a encaminhar sua solução (P); segundo, quando nomeamos o problema, retroativamente conseguimos definir quais informações (S+O) me ajudam a entender melhor a origem dele. Dessa forma, os itens listados em A me ajudam tanto a selecionar as informações que devem constar em S e O, como a pensar nas condutas de P. Vale dizer aqui que a avaliação é do trabalhador, mas como ele necessariamente se valerá das palavras do usuário e acompanhantes complementadas por suas próprias observações, trata-se de um produto genuíno do encontro entre os participantes presentes no atendimento.

Por fim, como dito acima, o PLANO é uma consequência direta dos itens listados em A. Até propusemos uma diretriz prática que representasse essa conexão: numerar os itens em A e indicar a qual número os itens em P correspondem. Por exemplo:

A: 1. Sofrimento decorrente da produção alucinatória que o acusa de "não servir pra nada", agravado por isolamento social;

2. Rede de suporte frágil, mãe não sabe como agir e parece sobrecarregada, pai parece não auxiliar no cuidado do filho.

P: P1. Explorar melhor, nos próximos atendimentos, o que significaria "não servir pra nada" no contexto da vida do usuário;

P1. Convido-o a participar do grupo Ouvidores de Vozes, para que as alucinações possam ser um fator de trocas sociais, ao invés de isolamento;

P1. Agendo atendimento médico, para que possam discutir se há pertinência de introduzir uma droga para amenizar a produção alucinatória;

P2. Convido familiares para o Grupo de Família, para que possam se informar melhor sobre a condição do filho e troquem experiências com outras pessoas em situação semelhante à deles;

P2. Agendo atendimento individual com o pai, para entender como situá-lo melhor dentro da rede de suporte do usuário.

Notem que, ao contrário da avaliação, o plano é resultado de combinados coletivos. Não adianta nada o trabalhador propor um atendimento em grupo, como no exemplo, se o

usuário disser que não se sente à vontade pra falar das alucinações para outras pessoas. O plano é uma espécie de contrato que sela a co-responsabilização dos participantes na procura de resolução às queixas expostas previamente.

Aproveitamos então para retomar a ideia de que há uma proximidade entre S+O, assim como entre A+P. Como dito anteriormente, S+O representam o que foi escutado e visto ao longo do atendimento. Diz respeito ao tempo dos eventos, em que trabalhador, usuário e acompanhantes estiveram juntos, o que disseram, fizeram ou, no caso do trabalhador, pensaram. É o registro de um tempo mais cronológico do que psicológico. A+P, por sua vez, é o registro de um tempo mais psicológico do que cronológico. Diz respeito ao tempo da reflexão e suas conclusões. Primeiramente, da parte do trabalhador, que sintetiza na lista de problemas sua avaliação diagnóstica sobre o atendimento; em seguida, na reflexão coletiva entre os participantes, que concluem se comprometendo no planejamento de condutas pertinentes aos problemas expostos.

S+O precipitam A, que por sua vez ajuda retroativamente a organizar S+O. P é fundamentado por A, que por sua vez tem seu fundamento em S+O. A+P garantem um encaminhamento para S+O, ou seja, uma elaboração das informações coletadas. Ao atrelarmos P com A através da numeração, garantimos também uma efeito de causa e consequência entre os problemas diagnosticados e as condutas planejadas. Foi isso que quisemos dizer com "o adentramento em cada um dos três tempos facilita a elaboração dos outros dois e fortalece a amarração entre todos".

Dessa maneira, tentamos demonstrar como o método de registro SOAP poderia contribuir para a estruturação de um raciocínio clínico no interior dos atendimentos. Ainda estamos numa fase inicial de implementação desta lógica, discutindo em reuniões de equipe os conceitos expostos e as experiências iniciais de cada trabalhador. Em breve, esperamos poder contribuir com análises mais específicas dos resultados obtidos.

Observação: no campo AVALIAÇÃO também são incluídos diagnósticos específicos a cada classe trabalhadora e que normalmente devem constar no prontuário, como o diagnóstico de acordo com a CID-10, no caso dos psiquiatras.

Filipe Cavalcanti Palermo
Anderson da Silva Dalcin
CAPS III Adulto Brasilândia