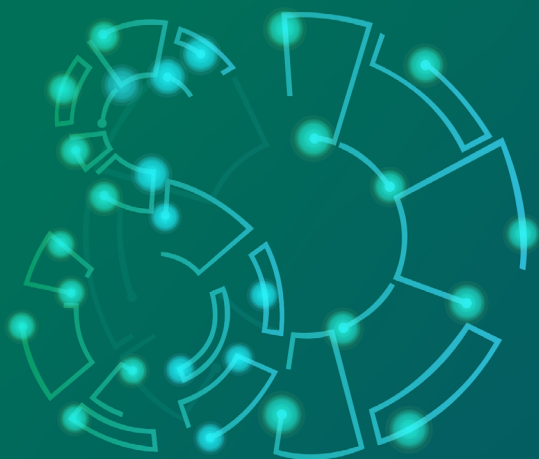




PROGRAMA
EDUCACIONAL
EM **SAÚDE
DIGITAL**
DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS

EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO
DE RECURSOS HUMANOS
EM **SAÚDE DIGITAL**

Semiologia clínica 1

Organizadores

Ana Laura de Sene Amâncio Zara
Fábio Nogueira de Lucena
Rejane Faria Ribeiro-Rotta
Renata Dutra Braga
Rita Goreti Amaral
Sheila Mara Pedrosa
Silvana de Lima Vieira dos Santos
Taciana Novo Kudo

Cegraf UFG





Universidade Federal de Goiás

Reitor

Edward Madureira Brasil

Vice-Reitora

Sandramara Matias Chaves

Diretora do Cegraf UFG

Maria Lucia Kons

Conselho Editorial da Coleção Programa Educacional em Saúde Digital

Ana Laura de Sene Amâncio Zara (IPTSP / Universidade Federal de Goiás)

Fábio Nogueira de Lucena (INF / Universidade Federal de Goiás)

Gabriella Nunes Neves (CGISD / DATASUS / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde)

Jacson Venancio de Barros (DATASUS / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde)

Juliana Pereira de Souza Zinader (CGISD / DATASUS / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde)

Maria Cristina Ferreira de Abreu (CGISD / DATASUS / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde)

Rejane Faria Ribeiro-Rotta (FO / Universidade Federal de Goiás)

Renata Dutra Braga (INF / Universidade Federal de Goiás)

Rita Goreti Amaral (FF / Universidade Federal de Goiás)

Sheila Mara Pedrosa (UnEVANGÉLICA)

Silvana de Lima Vieira dos Santos (FEN / Universidade Federal de Goiás)

Taciana Novo Kudo (INF / Universidade Federal de Goiás)

Thais Lucena de Oliveira (CGISD / DATASUS / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde)

Equipe de Produção

Amanda Souza Vitor - graduanda (UFG)

Ester Adaianne Oliveira Ferreira - graduanda (UFG)

Gabriela Martins de Souza - graduanda (UFG)

Iêza Dara Costa Portela - graduada (UFG)

Iuri Vaz Miranda - graduando (UFG)

Jéssica Borges de Carvalho - técnica-administrativa (UFG)

Luciana Dantas Soares Alves - analista de TI

Luma Wanderley de Oliveira - doutoranda (UFG)

Patrícia Galúcio Coqueiro Galvão - técnica-administrativa (UFG)

Virgínia de Fernandes Souza - graduanda (UFG)

Sumaya Jorge Rabelo - graduanda (UFG)

Suse Barbosa Castilho - mestranda (UFG)

Warllson Jesus dos Santos - graduando (UNICEPLAC)

Weverton Ferreira Rodrigues - graduando (UFG)

Comissão de Governança da Informação em Saúde (CGIS)

Silvana de Lima Vieira dos Santos

**Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (CIGETS) e
Laboratório de Pesquisa em Empreendedorismo e Inovação (LAPEI)**

Cândido Vieira Borges Júnior

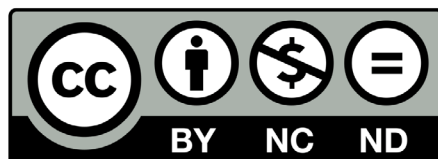
Laboratório de Inovação e Estratégia em Governo (LineGov)

Antônio Isidro da Silva Filho

**Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Departamento de Informática do
Sistema Único de Saúde (DATASUS)**

Jacson Venancio de Barros

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons –
Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença
4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte



Semiologia clínica 1

Ana Laura de Sene Amâncio Zara

Fábio Nogueira de Lucena

Rejane Faria Ribeiro-Rotta

Renata Dutra Braga

Rita Goreti Amaral

Sheila Mara Pedrosa

Silvana de Lima Vieira dos Santos

Taciana Novo Kudo

(Organizadores)

Cegraf UFG

2021

© Cegraf UFG, 2021

© Ana Laura de Sene Amâncio Zara; Fábio Nogueira de Lucena;

Rejane Faria Ribeiro-Rotta; Renata Dutra Braga; Rita Goreti Amaral;

Sheila Mara Pedrosa; Silvana de Lima Vieira dos Santos; Taciana Novo Kudo, 2021

© Universidade Federal de Goiás, 2021

© Ministério da Saúde, 2021

Revisão editorial

Ana Laura Sene Amâncio Zara

Revisão técnica

Ana Claudia Sayeg Freire Murahovski (Ministério da Saúde)

Ana Paula de Andrade Pannuti (Ministério da Saúde)

Andréia Cristina de Souza Santos (Ministério da Saúde)

Gabriella Nunes Neves (Ministério da Saúde)

Josélio Emar de Araújo Queiroz (Ministério da Saúde)

Juliana Pereira de Souza Zinader (Ministério da Saúde)

Mara Lucia dos Santos Costa (Ministério da Saúde)

Marcia Elizabeth Marinho da Silva (Ministério da Saúde)

Maria Cristina Ferreira de Abreu (Ministério da Saúde)

Patricia dos Santos Irigaray Rodrigues (Ministério da Saúde)

Robson Willian de Melo Matos (Ministério da Saúde)

Thais Lucena de Oliveira (Ministério da Saúde)

Capa

Iuri Vaz Miranda - graduando (UFG)

Editoração Eletrônica

Luma Wanderley de Oliveira - doutoranda (UFG)

Virgínia de Fernandes Souza - graduanda (UFG)

<https://doi.org/10.5216/SEM.ebook.978-85-495-0403-6/2021>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

S471 Semiologia clínica 1 [E-book] / organizadores, Ana Laura de Sene Amâncio Zara ... [et al.]. - Goiânia : Cegraf UFG, 2021.
51 p. : il.

Inclui referências.

ISBN (E-book): 978-85-495-0403-6

1. Semiologia (Medicina). 2. Diagnóstico - Doenças. 3. Exames. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). 5. Tecnologia - Uso - Saúde digital. I. Zara, Ana Laura de Sene Amâncio.

CDU: 616-07:004

Bibliotecária responsável: Adriana Pereira de Aguiar / CRB1: 3172

Semiologia clínica 1

Instituição responsável

Universidade Federal de Goiás (UFG)

Comissão de Governança da Informação em Saúde da UFG (CGIS-UFG)

Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (CIGETS)

Laboratório de Pesquisa em Empreendedorismo e Inovação da Universidade Federal de Goiás (LAPEI-UFG)

Instituição financiadora

Ministério da Saúde (MS)

Secretaria Executiva (SE)

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Apoio

Ministério da Saúde (MS):

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Demais parceiros

Laboratório de Inovação e Estratégia em Governo (LineGov)



Abreviaturas e Siglas

AMPA	Aplicativo para Monitoramento da Pressão Arterial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGIS	Comissão de Governança da Informação em Saúde
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIAP2	Classificação Internacional de Assistência Primária - 2ª Edição
CID-11	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIGETS	Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
e-SUS APS	Sistema e-SUS Atenção Primária à Saúde
IgM	<i>Imunoglobulina M</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
IGC	Índice de Gordura Corporal
LAPEI	Laboratório de Pesquisa em Empreendedorismo e Inovação
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MMII	Membros Inferiores
MRPA	Medidor Residencial de Pressão Arterial
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association - Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem
NE	Não Especificada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde



UFG
UNA-SUS
UnB

Universidade Federal de Goiás
Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
Universidade de Brasília



Lista de Figuras e Vídeos

Figura 1 - Saúde multidimensional	14
Figura 2 - Etapas do método clínico	18
Figura 3 - Exemplo de instrumento utilizado para orientar a anamnese	20
Figura 4 - Técnicas propedêuticas	21
Figura 5 - Sequência das técnicas para realização do exame físico geral	22
Figura 6 - Processo da coleta de dados até a tomada de decisão	24
Figura 7 - Tipos de exames complementares	25
Figura 8 - Giro da Lei Geral de Proteção dos Dados Pessoais (LGPD)	28
Figura 9 - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do sistema e-SUS APS	29
Figura 10 - Funções do prontuário	30
Figura 11 - Vantagens em registrar informação em saúde de qualidade	31
Figura 12 - Ficha de investigação utilizada no caso de síndrome gripal suspeito para covid-19	32
Figura 13 - Interface do e-SUS APS com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)	34
Figura 14 - Infográfico sobre o Método SOAP	35
Figura 15 - Apresentação de produtos para a coleta e realização do exame físico e monitoramento de sinais vitais domiciliares	36
Figura 16 - Exame físico do paciente Ricardo	37
Figura 17 - Orientações para o registro do atendimento dos cidadãos com síndrome gripal no Prontuário Eletrônico do Cidadão do e-SUS APS	40
Vídeo 1 - e-SUS APS: atender (Método SOAP)	33



Sumário

Apresentação	11
Unidade 1: Princípios e Bases da Semiologia Geral	12
1.1 Introdução aos Princípios e Bases da Semiologia Geral	13
1.2 Saúde e Doença	13
Unidade 2: Constructos da Semiologia	16
2.1 Introdução ao Método Clínico	17
2.2 Exame Clínico	19
2.2.1 Anamnese	19
2.2.2 Exame Físico	21
2.2.2.1 Exame Físico Geral e por Sistemas	22
2.3 Exames Complementares	24
2.4 Plano de Cuidados ou Planejamento da Assistência	25
Unidade 3: Registro da Informação em Saúde	27
3.1 Contribuições do Registro da Informação em Saúde	29
3.2 Qualidade do Registro de Dados em Saúde	31
3.3 Tecnologias Digitais no Apoio ao Método Clínico	33
3.3.1 Produtos para a Saúde	35
3.3.2 Situação-problema	36
3.4 Jogo Sérió	41
Unidade 4: Encerramento do Microcurso	42
Referências	44
Saiba mais...	47



Apresentação

Prezado(a) Participante,

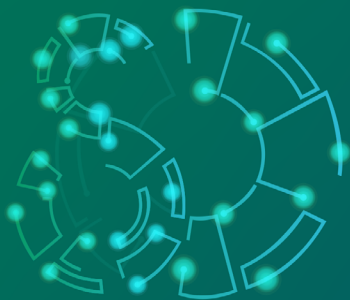
Seja bem-vindo(a) ao **Microcurso Semiologia Clínica I!**

A implementação da Saúde Digital no Brasil inclui um conjunto de ações de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). E para que essas ações sejam implementadas e tenham a efetividade esperada na melhoria da qualidade da atenção à saúde, os profissionais e gestores de saúde devem estar capacitados e sensibilizados para utilizá-las adequadamente. Esses profissionais devem possuir conhecimentos que permitam a realização de registros adequados, contribuindo, dessa forma, para a qualidade da informação.

Este Microcurso faz parte do Programa Educacional em Saúde Digital da Universidade Federal de Goiás (UFG) e faz intersecção com quatro conceitos importantes para a qualificação profissional, que são: Saúde, Informática, Gestão e Saúde Digital. Sendo assim, a sua oferta foi motivada pela necessidade de socializar os principais conceitos e fundamentos da semiologia clínica, a serem utilizados por profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a atenção à saúde, de maneira a favorecer a utilização de linguagem padronizada, fidedigna e adequada.

Desejamos um excelente estudo!!!





EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO
DE RECURSOS HUMANOS
EM **SAÚDE DIGITAL**

Semiologia clínica 1

Unidade 1 **Princípios e Bases da Semiologia Geral**

Sheila Mara Pedrosa
Silvana de Lima Vieira dos Santos
Cynthia Assis de Barros Nunes



Unidade 1: Princípios e Bases da Semiologia Geral

1.1 Introdução aos Princípios e Bases da Semiologia Geral

A atenção à saúde dos indivíduos envolve diferentes etapas e exige dos profissionais conhecimentos, habilidades e atitudes. É necessária a obtenção do máximo de informações pertinentes e relevantes na avaliação do paciente, ou seja, na abordagem clínica.

Nessa perspectiva, a Semiologia, que corresponde ao estudo dos sinais e sintomas e de como as doenças se manifestam nas pessoas, torna-se importante para a compreensão de todo o percurso da assistência à saúde, ou seja, desde o registro dos dados até a análise das informações que subsidiam tomadas de decisões. Esses aspectos são relevantes, sobretudo, no âmbito da implantação da Saúde Digital no Brasil, uma vez que os dados gerados em diferentes cenários devem estar disponíveis e possam ser consultados em qualquer local da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para que a assistência seja a mais completa e qualificada possível.

O prontuário do cidadão, embora esteja sob a guarda da instituição de saúde, é um documento do cidadão e é onde ficam registrados os dados de sua identificação, dados semiológicos (de saúde e doença), dados do seu acompanhamento, incluindo prescrições, intervenções, bem como quaisquer outras informações relevantes para o tratamento dele. Esse prontuário deve ser preenchido com clareza, rigor e com riqueza de detalhes para permitir que todos os profissionais de saúde que atenderem o indivíduo tenham informações e subsídios para estabelecer condutas assertivas. Trata-se de documento sigiloso, cujas condutas éticas a serem respeitadas no seu uso são regidas pelos órgãos que regulam o exercício de profissões de saúde no Brasil (Conselhos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, etc), bem como por outras normativas como a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, a Lei 13.787, o Código de Defesa do Consumidor.¹

Destaca-se que o cidadão ou o seu representante legal tem direito à cópia de seu prontuário. Isso está previsto em um dos enunciados interpretativos (informações técnicas destinadas a subsidiar os juízes na tomada de decisões em processos da área de saúde) aprovados na II Jornada de Direito da Saúde, promovida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).²

Para a compreensão dos princípios e bases da semiologia geral e como esses são utilizados e estão incorporados no dia a dia do profissional de saúde, torna-se necessária a apropriação de algumas definições, e vamos iniciar pela saúde e doença.

1.2 Saúde e Doença

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p. 1) ³, incorporando elementos além da dimensão biológica, como os aspectos psicológicos, sociais e relações do indivíduo.⁴

Já a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, foi um marco histórico para a Saúde Pública brasileira, pois estabeleceu as diretrizes para a criação do SUS, a saúde foi discutida como um direito com interferência dos condicionantes e determinantes sociais:



Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (p. 10).⁵

A saúde não é um conceito abstrato, definindo-se no contexto histórico da sociedade e em um dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser reivindicada e conquistada pela população (p. 4).⁵

No decorrer dos anos, diferentes definições surgiram, buscando alternativas às concepções puramente biológicas e reducionistas^{6,7}, uma vez que se tornou evidente a conjuntura social, econômica, política e cultural relacionada à saúde. Dessa forma, saúde não significa o mesmo para cada pessoa. Depende do local, das condições sociais, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas.⁸

A saúde é um conceito multidimensional. Dessa maneira, deve ser vista em perspectiva mais ampla e cada pessoa a define em relação a seus próprios valores, personalidade e estilo de vida.⁹



Fonte: autoria própria.

Assim como definir saúde, da mesma maneira, definir doença não é missão fácil. A palavra doença deriva do latim *dolentia* (dor) e representa, desta maneira, sofrimento, como conceito básico.¹⁰ No entanto, ao longo dos anos, a doença recebeu significados diferentes, desde castigo divino à desobediência humana, à descoberta de microrganismos com o desenvolvimento do microscópio.⁸



Trata-se, portanto, de tema complexo, considerando que há doenças que geram sinais e sintomas e há aquelas que não geram e são chamadas de doenças silenciosas. Há, ainda, situações em que surgem sintomas, mesmo quando não há doença.¹⁰

Assim, a doença deixa de ser restrita ao corpo físico da pessoa, podendo se apresentar física, psicológica, espiritual, social e culturalmente.¹¹ Nesse sentido, a vivência do processo saúde-doença por cada pessoa, de cada sociedade, depende de valores, crenças, práticas, representações sociais, experiências coletivas e individuais, bem como significados a ela atribuídos, denotando o caráter sociocultural envolvido nesse processo, assim como os fatores psicobiológicos.¹¹



Para refletir sobre crenças e práticas de saúde...

As crenças e práticas de saúde das pessoas podem afetar positiva ou negativamente o nível de saúde de cada um. Compreendê-los pode auxiliar no planejamento e prestação de cuidados centrados na pessoa.⁹

No entanto, também é preciso refletir sobre crenças e práticas de saúde da comunidade e território, considerando o olhar ampliado e o contexto de atuação.

É importante que lembremos do desafio de tratar a saúde do indivíduo e não a doença e, para isso, é necessária uma nova forma de interpretar a realidade.⁷ Questionar o modelo das ciências da saúde e ampliar o conceito de saúde e doença, utilizando práticas de educação que incluam participação ativa das pessoas, devem ser intervenções utilizadas pelos profissionais da saúde.⁹

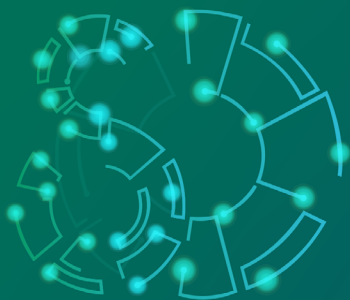
Já a promoção da saúde eficiente deve envolver estratégias e formas de produzir saúde, tanto de indivíduo quanto da comunidade, com articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e formação de RAS, visando a articulação com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social enfocando a equidade, a educação em saúde, a qualidade de vida e redução de vulnerabilidades.¹² Sempre atentos às Redes de Atenção e Humanização (ambiência, acolhimento, cogestão), temas de grande relevância para a concretização da promoção da saúde e identificação dos fatores que interferem no processo saúde-doença.



Para lembrar...

O processo saúde-doença deve ser avaliado de maneira holística, observando os valores, crenças, práticas, representações sociais, experiências coletivas e individuais da pessoa, bem como os significados a ele atribuídos.





EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO
DE RECURSOS HUMANOS
EM **SAÚDE DIGITAL**

Semiologia clínica 1

Unidade 2

Constructos da Semiologia

Sheila Mara Pedrosa

Silvana de Lima Vieira dos Santos

Cynthia Assis de Barros Nunes



Unidade 2: Constructos da Semiologia

Dando continuidade aos estudos, nesta Unidade, trataremos de conteúdos fundamentais para a compreensão da aplicação da Semiologia no cotidiano de profissionais de saúde que atuam no SUS. Durante as leituras, reflita sobre o papel de cada profissional na produção e registro das informações referentes ao processo de atenção à saúde das pessoas. Lembre-se que essas informações, na perspectiva da Saúde Digital, contribuem para articulação e qualidade da assistência prestada.

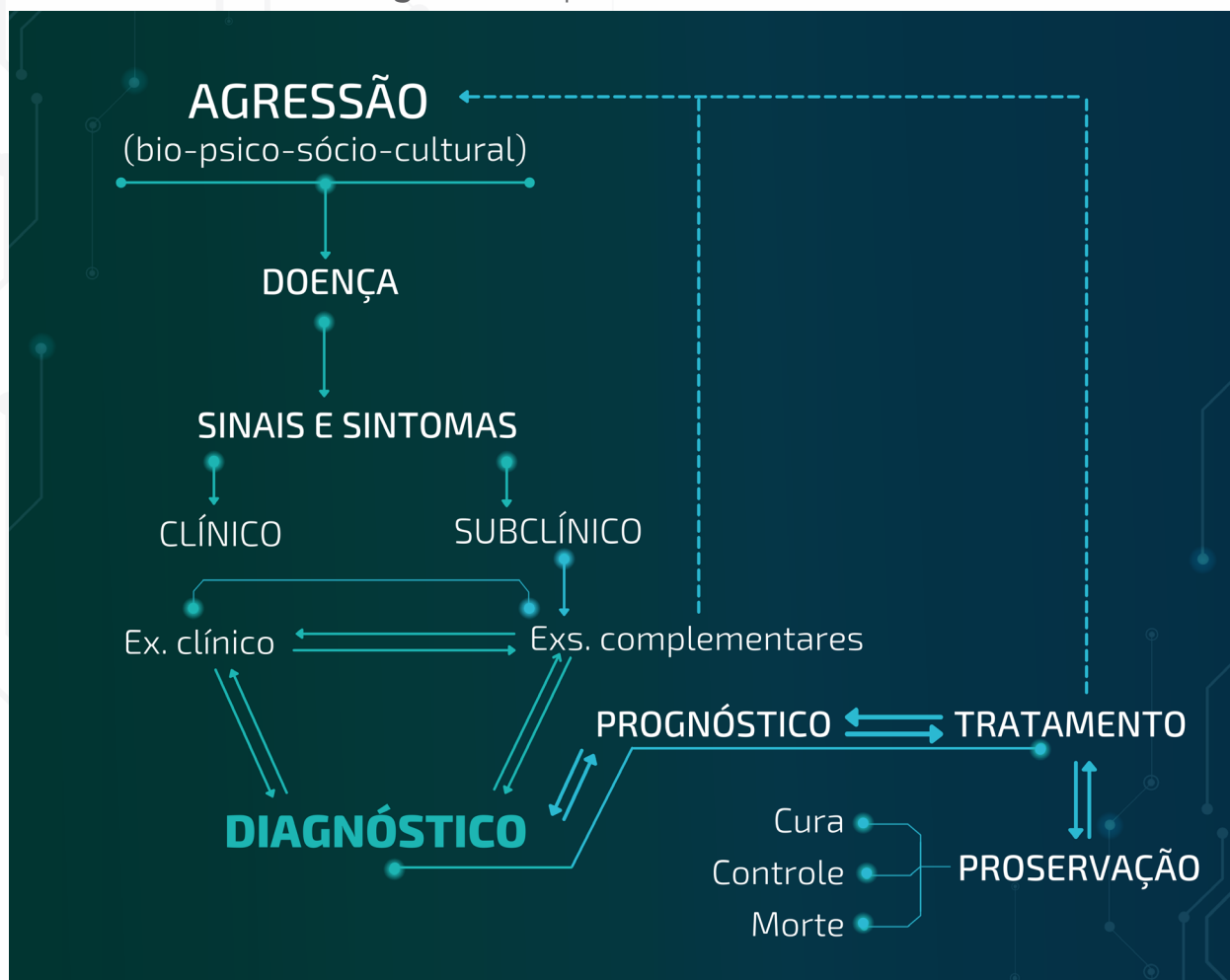
2.1 Introdução ao Método Clínico

Em nosso dia a dia, o contato com pessoas, coisas e fenômenos, nos faz produzir diferentes pensamentos, que são naturais e espontâneos, chamados de senso comum. No entanto, no campo da ciência, para aprofundar na realidade, utilizamos o método científico, que é sistemático, metódico, segue determinados princípios que permitem abordar a essência dos fenômenos, detectar falsas premissas, verificar relações de causa e efeito, produzindo, portanto, um tipo específico de conhecimento sistemático e fundamentado.¹³

O **método clínico** é um método científico aplicado ao trabalho com pacientes. É um sistema de regras para ordenar os procedimentos que o profissional da área da saúde utiliza para obter sintomas e sinais clínicos (Figura 2). Com isso, faz diagnósticos, que consiste em conhecer, nomear e catalogar com precisão uma doença, aperfeiçoar a prática clínica e aprimorar o ensino e a formação profissional.¹⁴



Figura 2 - Etapas do método clínico



Fonte: autoria própria.

O **método clínico** permite a visão humana das necessidades e problemas das pessoas, o que confere a esse método posição inigualável na prática profissional, pois permite dar importância a aspectos fundamentais e não mensuráveis.¹⁰

É uma ferramenta utilizada pelos profissionais de saúde sendo aplicada de maneira a estabelecer o nexo entre diagnóstico e terapêutica, bem como aspectos epidemiológicos dos processos de saúde-doença, fazendo com que a pessoa assistida seja valorizada como ser biopsicossocial.¹⁵



Refleta sobre...

Na sua prática profissional, você realiza ou identifica o uso do método clínico por outros profissionais?

Para compreendermos melhor o método clínico, nesta Unidade, estudaremos como o profissional de saúde deve realizar a **anamnese**, o **exame físico** e como deve elaborar um **raciocínio clínico** que conduza ao **diagnóstico** e à **definição da terapêutica** mais adequada às necessidades de cada pessoa que busca a assistência à saúde.



2.2 Exame Clínico

Uma das etapas do método clínico é a busca por informações e coleta de dados. O exame clínico, realizado pelo profissional de saúde, engloba a anamnese e exame físico, por meio dos quais se obtém informações que subsidiarão a formulação de hipóteses diagnósticas e a tomada de decisão.¹⁶

2.2.1 Anamnese

A **anamnese** (*aná* = trazer de novo e *mnesis* = memória) consiste em uma entrevista que ocorre no exercício das profissões da saúde, por meio de interação social profissional-paciente (e/ou acompanhante), no contexto de uma situação que envolve um ou mais problemas de saúde.¹⁷ A anamnese inclui os seguintes elementos^{16,18}:

- Identificação
- Queixa principal
- História da doença atual/histórico de saúde
- Interrogatório sintomatológico
- Antecedentes de doenças pessoais e familiares
- Hábitos de vida
- Condições socioeconômicas e culturais.

Alguns instrumentos/roteiros facilitam e direcionam a coleta de dados por meio da anamnese.



Figura 3 - Exemplo de instrumento utilizado para orientar a anamnese

1. DADOS DO PACIENTE

Pront: _____ Clínica/Leito: _____
Admissão: __/__/____ Data: __/__/____
Nome: _____
Sexo: __ Idade: __ Estado Civil: _____
Cor da Pele: _____ Ocupação: _____
Escolaridade: _____
Tabagista: Sim () Não ()
Etilista: Sim () Não ()
Medicação contínua? _____
Primeira Internação: Sim () Não ()
Se não. Quanto tempo e qual foi o motivo da última internação? _____
Motivo da internação atual: _____

2. RELAÇÕES PESSOAIS

Falta de apoio familiar? Sim () Não ()
Situação de conflito? Sim () Não ()
Negligência/Abandono? Sim () Não ()

3. INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

Ingesta hídrica: Adequada () Inadequada ()
Nutrição: Adequada () Inadequada ()
Dificuldade alimentação oral: Sim () Não ()
Se sim, qual? _____
Adaptação a alimentação prescrita pelo nutricionista: Sim () Não ()
Se não, porquê? _____

4. ELIMINAÇÕES

Vômito: Sim () Não ()
Se sim, há quantos dias? _____
Incontinência urinária: Sim () Não ()
() Apenas a noite () Apenas de dia
() Dia e noite
Incontinência fecal: Sim () Não ()
Se sim, a quanto tempo? _____
Constipação: Sim () Não ()
Se sim, tempo de duração: _____

5. CONDIÇÕES GERAIS

Orientação: () Orientado () Confuso
Mucosas: () Normocoradas () Hipocoradas ()
Hiperacoradas
Unhas: () limpas e cortadas () sujas e grandes
Hematomas: Sim () Não ()
Se sim, onde? _____
Edema: Sim () Não ()
Se sim, onde e grau? _____
Fratura: Sim () Não ()
Se sim, onde? _____
É capaz de:
Alimentar-se: () sozinho () com auxílio parcial
() auxílio total
Vestir-se: () sozinho () com auxílio parcial ()
auxílio total
Se mover da cama e cadeira: () sozinho () com
auxílio parcial () auxílio total
Tomar banho: () sozinho () com auxílio parcial
() auxílio total
Usar o vaso sanitário: () sozinho () com auxílio
parcial () auxílio total

6. SINAIS VITAIS

Pressão arterial: ____x____ mmHg
Temperatura: _____ °C
Frequência Respiratória: _____ rpm
Pulso: _____ bpm

7. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso: _____ kg Altura: _____ m
IMC: _____ kg/m² RCQ (razão cintura quadril): _

8. GLICEMIA: _____ mg/dl

9. HUMOR:



Assinatura do profissional: _____ N° Conselho: _____

Fonte: autoria própria.

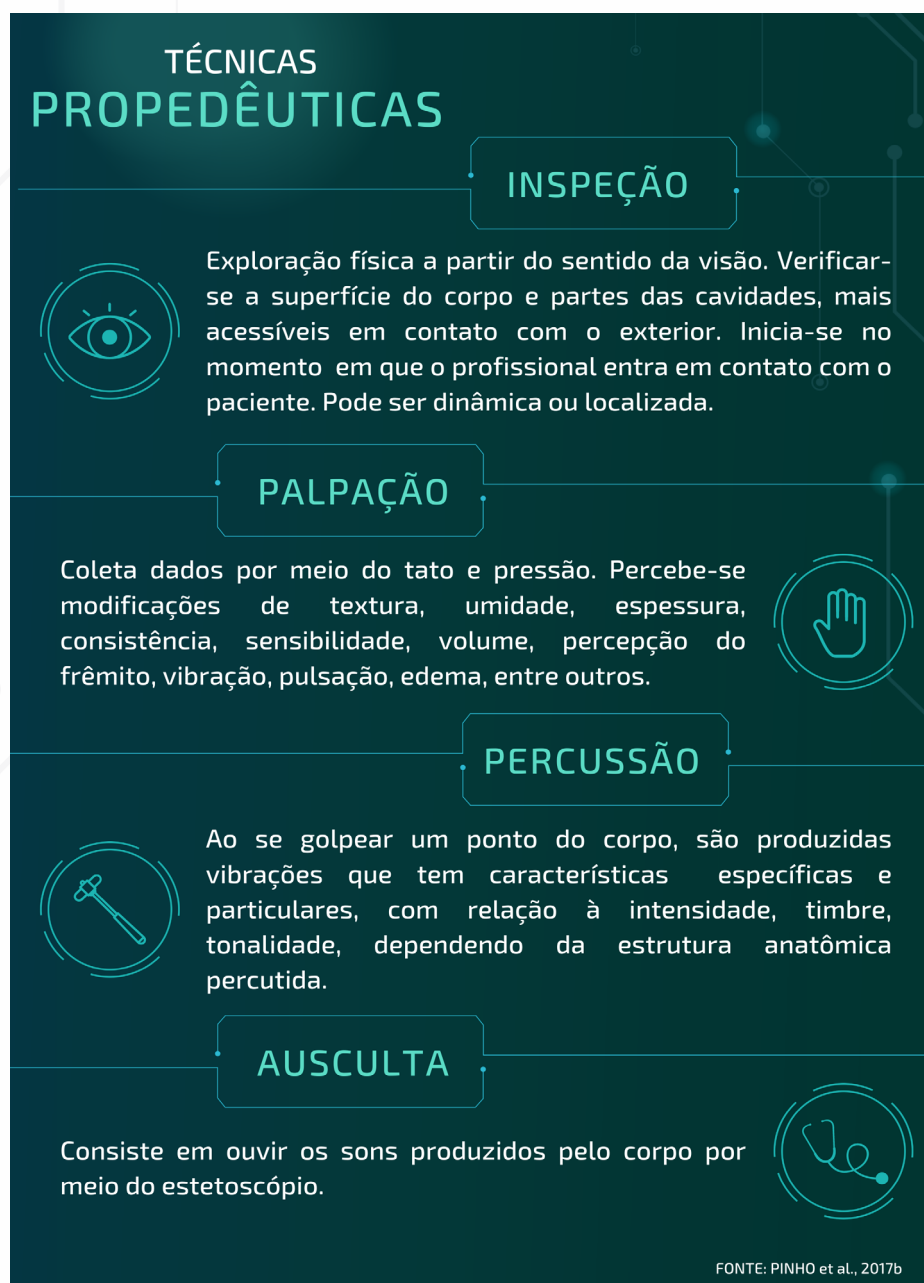


2.2.2 Exame Físico

O **exame físico** constitui o uso de instrumentos e técnicas para verificação das condições de saúde da pessoa, tanto físicas como psicológicas, em busca de informações significativas que subsidiem a tomada de decisão e a assistência a ser oferecida pelo profissional de saúde da assistência.¹⁹

Para obter dados por meio do exame físico, os profissionais de saúde utilizam as habilidades ou técnicas propedêuticas: inspeção, palpação, percussão e ausculta.²⁰

Figura 4 - Técnicas propedêuticas



Fonte: adaptado de Pinho e Porto (2017).²⁰

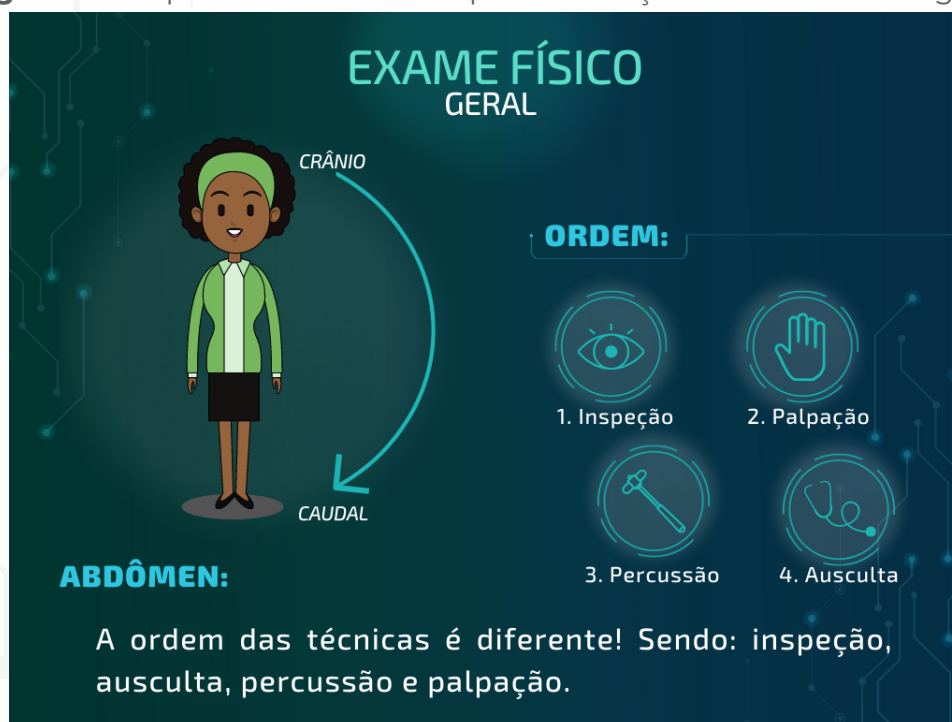


2.2.2.1 Exame Físico Geral e por Sistemas

O **exame físico** pode ser dividido em duas etapas: a primeira constitui o exame físico geral (Figura 5) e é realizado pelo profissional de saúde, e a segunda, o exame físico de sistemas e aparelhos específicos, com metodologia própria.²¹

Exame físico geral: corresponde à obtenção de dados gerais da pessoa, aborda a avaliação do nível de consciência e estado de orientação, os sinais vitais, inclui observações da pele, postura, marcha, entre outros aspectos.

Figura 5 - Sequência das técnicas para realização do exame físico geral



Fonte: autoria própria.

Exame físico por sistemas: corresponde à obtenção de dados mais específicos; está diretamente relacionado à necessidade ou ao problema de saúde relatado pela pessoa e ao sistema corporal envolvido. Por exemplo, se uma pessoa buscar a Unidade de Saúde por estar tossindo há três ou mais semanas, uma avaliação direcionada será realizada, principalmente, ao sistema respiratório, incluindo as estruturas que o compõem, como o tórax, pulmões, etc. por meio de ausculta dos sons pulmonares, inspeção, palpação e percussão.

A elaboração de um **diagnóstico** é um processo complexo que exige conhecimentos, habilidades e habilitações específicas, difícil de ser dividido em partes e perpassa pelo raciocínio clínico e pelo olhar holístico acerca das condições de saúde-doença do cidadão. O diagnóstico (do grego: *dia* = através de, e *gnosis* = conhecimento, discernir pelo conhecimento) é o fundamento para a atuação dos profissionais da saúde.²² Por outro lado, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*²³, o diagnóstico é o julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade, de problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais.

Existem diferentes tipos de diagnóstico, tais como o diagnóstico anatômico, funcional, clínico e etiológico²⁴ e também diferentes taxonomias diagnósticas; todas são utilizadas para propor hipóteses diagnósticas ou definir o diagnóstico. A mais conhecida é a Classificação



Internacional de Doenças (CID) que está em sua 11ª Revisão²⁵, muito utilizada pelos profissionais da saúde. Como exemplos de diagnóstico da CID, podemos citar: Diabetes Tipo 1, na versão do CID-11 o código é 5A10.

Outro exemplo de taxonomia é a da NANDA utilizada pela Enfermagem²³, dentre outras. Como exemplos de diagnóstico de enfermagem, podemos citar: manutenção ineficaz da saúde, padrão respiratório ineficaz e volume de líquidos excessivo.

A Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) também é uma taxonomia e trata-se de uma classificação que permite elencar questões relacionadas às pessoas e não somente a doenças. Está em sua 2ª edição e é uma ferramenta que permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo a sistematização SOAP, de Lawrence Weed (**S**ubjetivo, **O**bjetivo, **A**valiação e **P**lano)²⁶, é uma proposta de taxonomia para a Atenção Básica.²⁷

Apresenta como vantagem a possibilidade de poder ser utilizada por todos os profissionais de saúde. Na Atenção Primária brasileira, tal taxonomia já está contida no Sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS AP), especificamente no Sistema do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Exemplos de diagnóstico da Classificação Internacional de Assistência Primária 2ª Edição (CIAP2): T89 - Diabetes tipo I, no qual T refere-se ao capítulo que aborda os sistemas Endócrino, Metabólico e Nutricional.



Sugerimos que você acesse os links para entender melhor: [CID11](#) e [CIAP2](#).

A **terapêutica** ou **tratamento** envolve todas as medidas usadas com a finalidade de beneficiar o(a) paciente.²⁸

Você já ouviu falar das expressões tratamento cirúrgico, tratamento sintomático, tratamento clínico, tratamento paliativo, radioterapia, quimioterapia, fisioterapia, terapêutica ocupacional ou praxiterapia?²⁸

Quanto ao prognóstico, consiste em tentar prever o que ocorrerá no futuro do(a) paciente, em relação ao agravo/enfermidade que o(a) acometeu.²⁸





Sobre o prognóstico²⁸:

- A elaboração dele depende do conhecimento sobre a **história natural da doença**, que é o curso natural da doença caso não haja intervenção, e da possibilidade de modificá-la.
- **Quanto à manutenção da vida**: pode ser considerado bom, mau, incerto.
- **É reservado**: quando as possibilidades ainda não estão bem estabelecidas/definidas, considerando risco de desfecho fatal.
- **Quanto à validade**: classificado em capacidade normal, incapacidade parcial ou total.
- **Em função do tempo**: prognóstico imediato e tardio.

Os processos do pensamento, apoiados nas habilidades para o pensamento crítico, que compõem o raciocínio clínico, subsidiam a tomada de decisão clínica (diagnóstica ou terapêutica) (Figura 6).

Figura 6 - Processo da coleta de dados até a tomada de decisão



Fonte: autoria própria.

2.3 Exames Complementares

O método clínico, que consiste na principal base da prática clínica dos profissionais da área da saúde⁴, tem sofrido uma crise na atualidade, de maneira que o maior desafio dos profissionais tem sido conciliar o método clínico com os avanços tecnológicos.¹⁰

“A prática clínica moderna se alicerça em um tripé formado pelo exame clínico, testes laboratoriais e métodos diagnósticos por imagem” (p. 10)¹⁰.

É inegável que os exames complementares incrementem as possibilidades de identificar lesões, alterações e disfunções provocadas pelas doenças, no entanto, também se faz necessária competência para saber selecionar os exames, equilibrando custo e benefício, de maneira a não submeter o indivíduo a exames desnecessários, muitas vezes, onerosos e que podem submetê-los a riscos.⁴ Cabe destacar que a avaliação clínica é soberana e que algumas doenças têm



diagnóstico exclusivamente clínico.

Portanto, é importante a capacidade de relacionar dados clínicos com laudos de exames obrigatórios e/ou complementares, a fim de se realizar o diagnóstico com a maior acurácia possível.⁴ Para isso, a solicitação e interpretação dos exames complementares requerem abordagem clínica criteriosa, fundamentada no método clínico.¹⁰

i

De acordo com Xavier e Barros (2016)²⁹, os exames laboratoriais são indicados para diagnóstico, monitorização, prognóstico, rastreamento, definição de condições basais para futuras comparações, tranquilização do paciente, solicitação do paciente.

A sequência para solicitação de exames é:

- 1) do menor para o de maior **custo**;
- 2) do menor para o de maior **risco**;
- 3) da menor para a maior **complexidade**.

Os exames complementares são divididos em exames de imagem e exames laboratoriais como representado a seguir (Figura 7).

Figura 7 - Tipos de exames complementares



Fonte: autoria própria.

● 2.4 Plano de Cuidados ou Planejamento da Assistência

As intervenções e condutas devem ajudar o paciente a se mover do atual nível de saúde ao nível planejado pelo profissional, considerando os resultados esperados.⁹



De acordo com o Ministério da Saúde,

Os planos de cuidados precisam ser dinâmicos, assim como a vida das pessoas e seu contexto. E, para que permaneçam adequados e em direção ao alcance dos objetivos, precisam ser monitorados e feitos reajustes às intervenções, se for o caso. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou por correio eletrônico. O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família estão sendo satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte (p. 50).³⁰

Embora o texto acima se direcione ao cuidado de pessoas com doenças crônicas, se aplica a outras diferentes situações, vivenciadas pelos profissionais de saúde na prática clínica.

É possível concluir que o plano de cuidados deve ser **centrado no paciente, individualizado** e levar em consideração ainda, a capacidade de **autocuidado**, bem como estabelecer **intervenções planejadas** conjuntamente com a equipe e com o paciente.

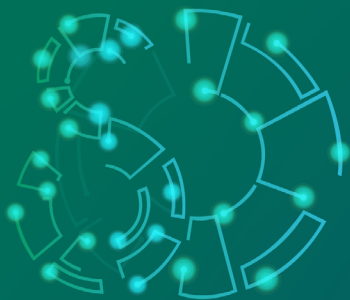
O planejamento da assistência, elaborado a partir do diagnóstico, deve estabelecer prioridades, resultados esperados, bem como propor intervenções adequadas.



Para refletir...

A definição de prioridades deve envolver também a equipe de saúde.⁹ A gestão de caso necessita de um plano conjunto de cuidado, elaborado de maneira multi e interdisciplinar, entre os membros da equipe, que devem estar comprometidos em solucionar problemas das pessoas e das famílias.³¹





EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO
DE RECURSOS HUMANOS
EM **SAÚDE DIGITAL**

Semiologia clínica 1

Unidade 3

Registro da Informação em Saúde

Sheila Mara Pedrosa

Silvana de Lima Vieira dos Santos

Cynthia Assis de Barros Nunes



Unidade 3: Registro da Informação em Saúde

Para tratarmos de Registro da Informação em Saúde, devemos conhecer minimamente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)³², que

“dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural”.³²

Em seu Parágrafo Único, estabelece: “As normas gerais contidas nessa Lei são de interesse nacional e devem ser observadas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.”³² Ela preconiza requisitos para o tratamento dos dados pessoais, das hipóteses para o tratamento de dados pessoais sensíveis, do tratamento de dados pessoais de crianças e de adolescentes, das hipóteses do término do tratamento de dados pessoais, dos direitos do titular dos dados, do tratamento de dados pessoais pelo poder público, da responsabilidade, da transferência internacional de dados e outros.³²

As novas iniciativas, como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) tem sido trabalhada com ações voltadas para a adequação à LGPD (Figura 8).

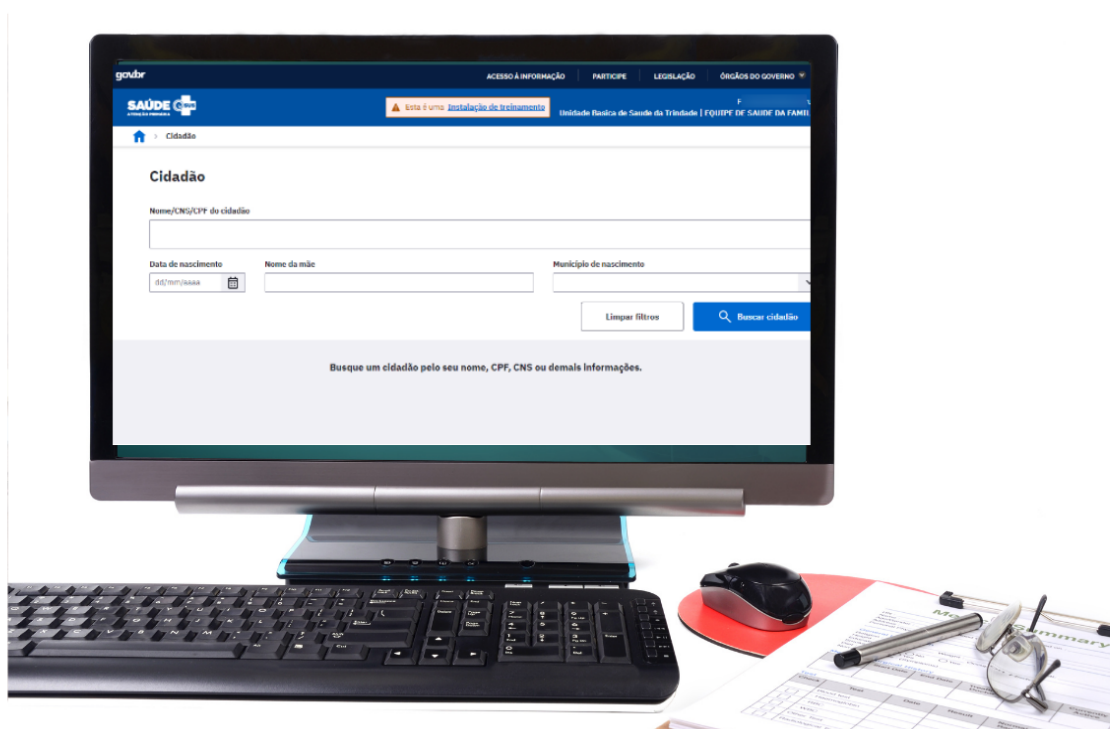
Figura 8 - Giro da Lei Geral de Proteção dos Dados Pessoais (LGPD)



Fonte: [SERPRO \(2020\)](#).

Associado à avaliação clínica e aos exames complementares da pessoa assistida no setor saúde está o **registro dos dados no prontuário do cidadão**, sendo uma etapa fundamental do atendimento e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade do cuidado prestado. O registro possibilita a continuidade do cuidado, poupa tempo e reduz o risco de erros. Dando suporte à Atenção Primária do SUS está o PEC do sistema e-SUS APS (Figura 9). No SUS, todos os dados registrados compõem bancos de dados que auxiliam na análise das condições de saúde da população e na tomada de decisão.³³

Figura 9 - Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS APS



Fonte: autoria própria.

Observa-se que, no Brasil, há uma heterogeneidade de sistemas, evidenciando a necessidade de implementar uma efetiva comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, o que repercutirá em redução da duplicidade de documentos, exames, prescrições, eventos adversos por interações medicamentosas, dentre tantos outros malefícios.³³

3.1 Contribuições do Registro da Informação em Saúde

O prontuário é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais, prestados ao cidadão pelos serviços de saúde públicos ou privados.³⁴

Seus objetivos são:



- Facilitar assistência ao paciente;
- Promover meios de comunicação entre os profissionais de saúde;
- Assegurar a continuidade do atendimento; e
- Suporte para a área administrativa do hospital, nos aspectos financeiros e legais.

De acordo com a Resolução nº 1.638/2002³⁵ do Conselho Federal de Medicina, o modelo de prontuário do paciente deve apresentar, obrigatoriamente, os seguintes itens:

(a) identificação do paciente; (b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado; e, (c) evolução diária do paciente e identificação dos profissionais, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico (p.1).³⁵

Para as categorias profissionais da saúde que prestam a assistência a pessoa, os Conselhos de Classe têm apresentado estruturas semelhantes no que se refere ao prontuário do cidadão.³⁵⁻⁴⁰

O registro das atividades é uma necessidade administrativa, ética e assistencial, pois permite a análise dos dados, a avaliação dos resultados, o acompanhamento da assistência, além de ser uma necessidade legal ⁴¹ (Figura 10). (Acesse a versão interativa [aqui](#)).

Figura 10 - Contribuições, vantagens e finalidades do registro da informação em saúde



Fonte: adaptado de Draganov e Reichert (2007)⁴¹

Já em relação às vantagens em registrar a informação em saúde de qualidade, podemos apresentar os seguintes cenários (Figura 11).

Figura 11 - Vantagens em registrar informação em saúde de qualidade



Alinhar os processos de atenção ao paciente

3.2 Qualidade do Registro de Dados em Saúde

A garantia de uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde.⁴²

Para que se tenha a qualidade do registro dos dados, faz-se necessário que sejam completos com horário, data do procedimento, localização, dados observados e comportamentos do paciente durante a coleta. Destaca-se ainda que **não deve ser deixada margem para interpretações ou dúvidas e que somente terão valor legal se forem datados, assinados, legíveis e não apresentarem rasuras.**

Quando se refere aos dados coletados para o registro nos sistemas de saúde do SUS, além da completude, devem ser periodicamente revisados, pois a qualidade dos dados é parte essencial na conformação dos sistemas de informação em saúde.⁴³

São diversos os sistemas utilizados para registro de dados de saúde no SUS. São exemplos os registros para a notificação, investigação e monitoramento de doenças como [dengue](#), [doença do vírus Zika](#), [febre chikungunya](#), [mayaro](#), [HIV](#), [síndromes gripais](#), [covid-19](#) (Figura 12), etc. Para a inserção dos dados, são utilizadas fichas de notificações de agravos notificáveis, formulários



que sistematizam o atendimento às pessoas com suspeita dessas doenças e que são um meio pelo qual é feita a coleta dos dados clínicos e epidemiológicos. Posteriormente, esses dados são inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).⁴⁴ Assim acontece em grande parte do País.

Figura 12 - Ficha de investigação utilizada no caso de síndrome gripal suspeito de covid-19

 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Nº		
e-SUS Notifica – MODELO 25/08/2020				
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (834.2)				
Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.				
Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.				
Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.				
Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.				
UF de notificação:		Município de Notificação:		
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não	Estrangeiro: (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não	Profissional de saúde (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não	
	Profissional de segurança (Marcar X) ☐ Sim ☐ Não		CBO:	
	CPF:			
	CNS:			
	Nome Completo:			
	Nome Completo da Mãe:			
	Data de nascimento:		País de origem:	
	Sexo: (Marcar X) ☐ Masculino ☐ Feminino	Raça/COR: (Marcar X) ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena - Etnia:		
	Passaporte:		CEP:	
	Estado de residência:		Município de Residência:	
Logradouro:		Número:	Bairro:	
Complemento:				
Telefone Celular:		Telefone de contato:		
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Data da Notificação:		Data do início dos sintomas:	
	Sintomas: (Marcar X) ☐ Assintomático ☐ Febre ☐ Dor de Garganta ☐ Dispneia ☐ Tosse ☐ Coriza ☐ Dor de Cabeça ☐ Distúrbios gustatórios ☐ Distúrbios olfativos ☐ Outros			
	Condições: (Marcar X) ☐ Doenças respiratórias crônicas descompensadas ☐ Diabetes ☐ Obesidade ☐ Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) ☐ Imunossupressão ☐ Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica ☐ Gestante ☐ Doenças cardíacas crônicas ☐ Puérpera (até 45 dias do parto)			
	Estado do Teste: (Marcar X) ☐ Solicitado ☐ Coletado ☐ Concluído ☐ Exame Não Solicitado	Data da Coleta do Teste:	Tipo de Teste: (Marcar X) ☐ RT – PCR ☐ Teste rápido – anticorpo ☐ Teste rápido – antígeno ☐ Enzimaimunoensal – ELISA ☐ Eletroquimioluminescência – ECLIA ☐ Quimioluminescência – CLIA	
	Resultado do teste: (Marcar X) ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ Inconclusivo ou Indeterminado			
	Classificação final: (Marcar X) ☐ Descartado ☐ Confirmado Clínico Imagem ☐ Confirmado Clínico-Epidemiológico ☐ Confirmado Por Critério Clínico ☐ Confirmado Laboratorial ☐ Síndrome Gripal Não Especificada			
	Evolução do caso: (Marcar X) ☐ Cancelado ☐ Internado ☐ Ignorado ☐ Óbito ☐ Em tratamento domiciliar ☐ Cura ☐ Internado em UTI			
	Data de encerramento:			
	Informações complementares e observações			

SUS Notifica – MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE COVID-19

25/08/2020

Fonte: [Brasil, 2020](#).

Para além da estrutura dos sistemas de notificações, o SUS oferece gratuitamente o PEC para registro dos dados de saúde do cidadão (Vídeo 1).





Fonte: [TelessaúdeRS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul](#).



Para refletir...

Os dados coletados compõem o **prontuário do paciente** e **alimentam sistemas de informação em saúde**. Não se esqueça, todas as informações coletadas devem ser registradas, compondo o histórico de saúde, subsidiando o acompanhamento profissional e tomada de decisões futuras, além do acompanhamento pelo próprio paciente.

3.3 Tecnologias Digitais no Apoio ao Método Clínico

As tecnologias digitais para o apoio ao método clínico são ferramentas utilizadas tanto para a captura quanto para o armazenamento da informação. Com essas tecnologias, há a possibilidade do monitoramento adequado, a partir do acompanhamento da evolução das condições de saúde das pessoas, na perspectiva da longitudinalidade, constituindo ferramentas importantes.³³ No entanto, na prática clínica destaca-se o PEC.

Ao nos referirmos a estrutura do PEC, essa não se diferencia no que se refere aos itens que devem estar contidos no prontuário de papel, porém, para o uso de sistemas informatizados, existem as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”.⁴⁵

- Integridade da informação e qualidade do serviço;
- Cópia de segurança;
- Bancos de dados;



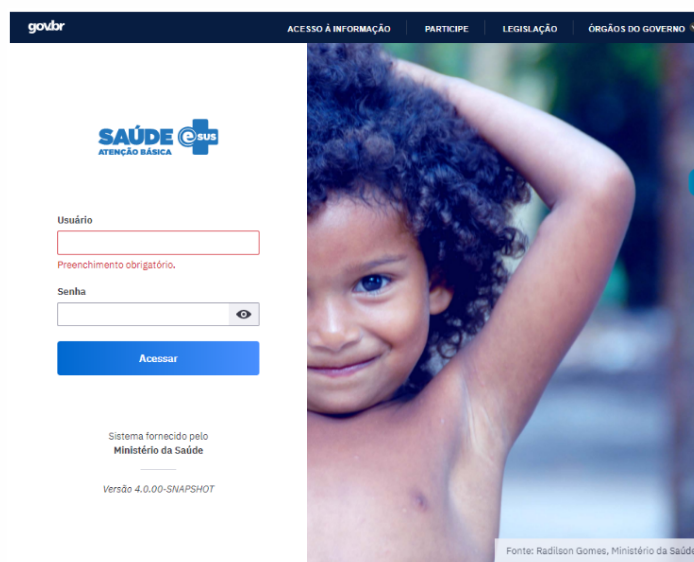
- Privacidade e confidencialidade;
- Autenticação;
- Auditoria;
- Transmissão de dados; e
- Digitalização de prontuários.

Para mais detalhes, acesse [aqui](#)⁴⁵.

A Lei 13.787, de 27 de dezembro de 2018⁴⁶, dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário do paciente.

Existem vários métodos que podem ser usados para sistematizar a assistência e, dentre eles, o SUS tem utilizado e disponibilizado o e-SUS APS com PEC. O PEC é um sistema de extrema relevância para a assistência à saúde e, de agora em diante, para desenvolvermos o tema, utilizaremos o e-PEC do Sistema e-SUS APS²⁷, o qual visa apoiar o processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde, um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde, e que já deve ser utilizado por alguns de vocês na rotina de trabalho (Figura 13).

Figura 13 - Interface do e-SUS APS com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)



Fonte: [Manual e-SUS APS](#).

O método SOAP²⁷ (Figura 14) é utilizado para a estruturação do registro dos dados clínicos no PEC, método de avaliação orientado a problemas, que traz uma lógica de organização prática e padronizada de registro, resumidamente como a seguir.



Figura 14 - Infográfico sobre o Método SOAP



Além do PEC, que é um tipo de sistema de informação, temos outras ferramentas que são utilizadas no contexto das TIC. Algumas nos ajudam a coletar os dados de forma rápida e prática. Veremos algumas a seguir.

3.3.1 Produtos para a Saúde

Além dos sistemas de informação, existem as tecnologias digitais que capturam os dados de saúde e nos permitem o monitoramento da evolução dos mesmos, com a finalidade de detectar, identificar e registrar as observações realizadas no exame.

A seguir apresentaremos produtos a serem utilizados para realização do exame físico e monitoramento domiciliar dos sinais vitais (Figura 15).



Figura 15 - Apresentação de produtos para a coleta e realização do exame físico e monitoramento de sinais vitais domiciliares



Vestíveis - smartwatch

Relógio que captura os sinais vitais: frequência cardíaca e oxigenação.

Monitoramento contínuo sem grande precisão, mas útil em situações de emergência.

Fonte: Google Imagens

Fonte: autoria própria.

● 3.3.2 Situação-problema

Para elucidar um pouco mais esse assunto, vamos estudá-lo a partir de um caso clínico. Este caso foi retirado do curso “Dengue: casos clínicos para atualização do manejo”, disponível na UNA-SUS, que você pode acessar [aqui](#).

Observe o raciocínio clínico que nesse caso foi baseado no manual “Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança”⁴⁷, e os termos técnicos utilizados. Se você não é profissional da saúde, não se preocupe caso não entenda algum termo ou conduta. A apresentação deste caso é para exemplificar a conduta dos profissionais da saúde. Tente fazer a associação com o Método SOAP.²⁷

Caso do Paciente Ricardo

Ricardo, 26 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) com relato de três dias de **febre alta, mialgia, cefaleia, astenia e náuseas**. O paciente não apresenta **comorbidades**. Em seu município, o número de casos de infecção por dengue aumenta na época chuvosa e, naquele ano, não havia sido diferente. Além disso, o município registrava a circulação simultânea de outros dois vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti*, o chikungunya e o Zika vírus. Apesar de achar que estava mesmo com dengue, Ricardo procurou atendimento por ter ficado preocupado com aparecimento, naquele mesmo dia, de manchas avermelhadas na pele, pruriginosas. Ele tinha muito medo de estar apresentando a temida dengue hemorrágica ou de estar infectado por esses outros novos vírus.



Exame Físico do Paciente Ricardo

Estado geral: corado, hidratado, anictérico (que não apresenta coloração amarela da pele e/ou olhos), acianótico (que não apresenta coloração azulada na pele, nos lábios e ou nas unhas causada por uma escassez de oxigênio no sangue). Alerta, orientado.

Pele: eritema máculo-papular (vermelhidão cutânea).

Temperatura axilar: 38°C.

Cavidade oral: sem alterações.

Rigidez da nuca: ausente (descartando meningite).

Ausculata respiratória: padrão de normalidade.

Ausculata cardíaca: sem sopros, ruídos normais.

Frequência cardíaca: 105 batimentos por minuto.

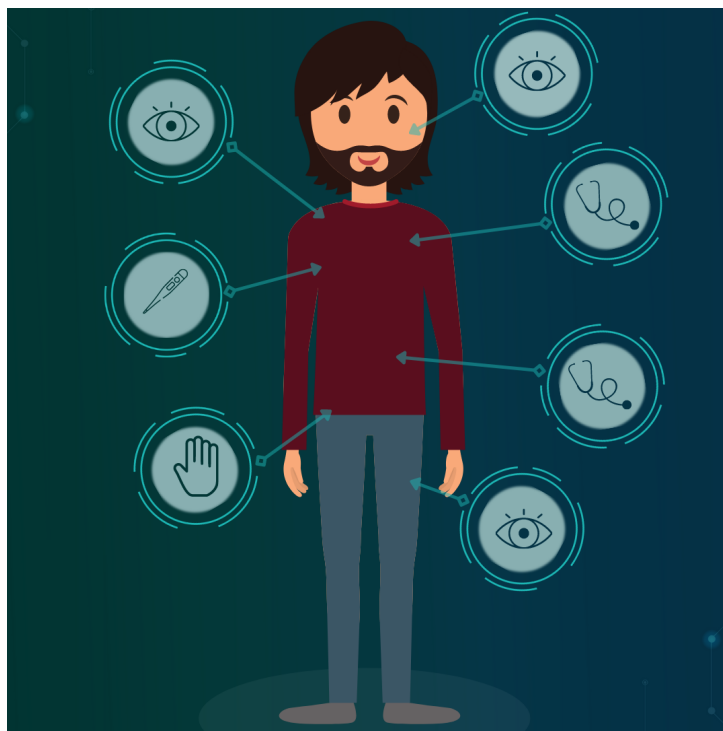
Pressão arterial: 120 x 80 mmHg (sentado e em posição ortostática - em pé).

Abdômen: indolor, movimentos peristálticos presentes, sem visceromegalias.

Peso: 70 kg.

Membros: ausência de inflamações nas articulações; ausência de edema em membros inferiores (MMII) (Figura 16).

Figura 16 - Exame físico do paciente Ricardo



Fonte: autoria própria.



Ficha de Investigação

Em relação à conduta imediata mais adequada observe as informações fornecidas e o raciocínio clínico mediante as mesmas:

1) Mediante a queixa de Ricardo, inicia-se com:

Coletar história epidemiológica (houve contatos com pessoas com determinada doença ou se há doentes na comunidade ou em sua residência) e vacinal para realização do diagnóstico diferencial com outros agravos infecciosos.



2) Ricardo nega contato com ratos ou com água de enchente, nega picada de carrapatos, nega viagens para áreas de circulação de malária e refere vacinação prévia para sarampo, rubéola e febre amarela. Como o paciente apresentava critérios clínicos para suspeição de **dengue** e também para **chikungunya** e **Zika**, o manejo integrado destes três agravos passa a ser considerado (CIAP2: A77 Dengue e outras doenças virais NE - não especificadas).

Considerando a dengue, chikungunya e Zika como as principais hipóteses diagnósticas, deve-se optar pelo manejo integrado destas infecções. Desta forma, o próximo passo no exame físico é a realização da prova do laço, etapa importante na classificação clínica de pacientes com dengue.



3) Em relação à realização da prova do laço nesse paciente, observe os parâmetros corretos da pressão e tempo de insuflação do manguito:

Insuflar o manguito a 100 mmHg e permanecer insuflado por 5 minutos.



A **prova do laço** foi negativa. Leia mais sobre esse teste [aqui](#).

4) De acordo com o manual de manejo da dengue⁴⁷, como esse paciente seria classificado do ponto de vista clínico?



Classificar o paciente como do Grupo A.



5) Ricardo reclama de dores articulares e musculares e mal estar. O médico então tenta minimizar essa situação.

O medicamento dipirona foi prescrito pelo médico.



6) Além da prescrição de medicamento com efeito antitérmico e analgésico, qual orientação deve ser dada em relação ao volume de líquido a ser ingerido?

Orientar ingestão de cerca de 4 litros de líquido por dia, sendo $\frac{1}{3}$ do volume na forma de soro de reidratação oral.



Ricardo imaginava que não seria fácil ingerir o volume de líquido recomendado, mas compreende a importância da hidratação para uma evolução clínica favorável de uma possível infecção por dengue e se compromete a aderir ao tratamento proposto.

Além das orientações sobre hidratação, o paciente é orientado a continuar utilizando dipirona como antitérmico, recebe o cartão da dengue e tem seu caso notificado como dengue em ficha específica.

7) Quais orientações devem ser dadas ao paciente em relação ao seu acompanhamento clínico?

Explicar quais são os sinais de alarme e orientar: retorno no quinto dia de doença, no dia de melhora da febre ou em qualquer momento se apresentar sinais de alarme.



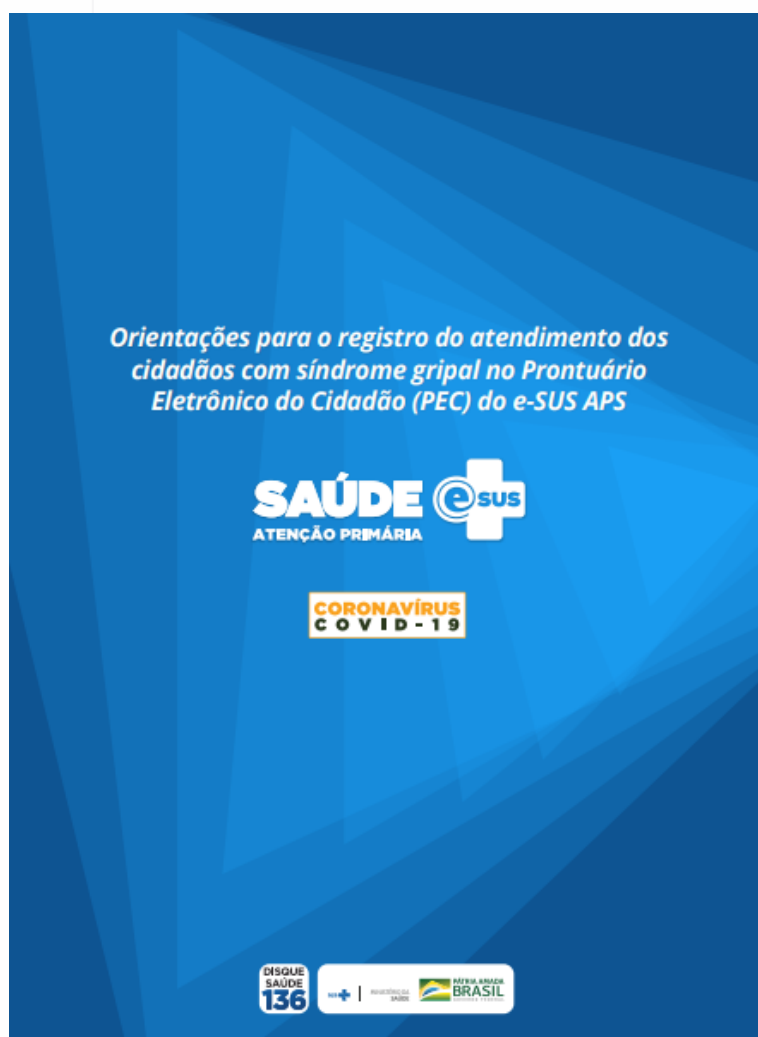
Ricardo retorna no quinto dia após o início dos sintomas, com melhora da febre e relatando estar se sentindo melhor. Os sinais vitais estão dentro da normalidade e a prova do laço permanece negativa.

O resultado do exame de imunoglobulina M (IgM) para dengue foi positivo, indicando infecção aguda por esse vírus.

Veja um exemplo de fluxograma que norteia o raciocínio clínico e manejo do paciente com suspeita de dengue clicando [aqui](#).

Agora, para conhecer mais sobre o e-SUS AB com PEC, leia o manual com orientações para registro do atendimento de pessoas com síndrome gripal (Figura 17).

Figura 17 - Orientações para o registro do atendimento dos cidadãos com síndrome gripal no Prontuário Eletrônico do Cidadão do e-SUS APS



Fonte: [Ministério da Saúde \(2020\)](#).



3.4 Jogo S rio

Vamos praticar?

A seguir, responda ao [jogo s rio](#), relacionando os dados do caso de Ricardo com a estrutura SOAP.



S

Subjetivo
- relato do
paciente.

--	--	--	--

O

Objetivo -
observação do
profissional
de saúde.

--	--	--	--

A

Avaliação de
saúde - queixas,
achados e
raciocínio
clínico.

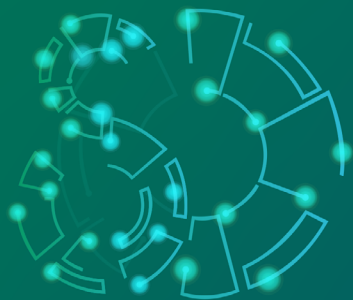
--	--	--	--

P

Plano
- conduta
registrada.

--	--	--	--





EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO
DE RECURSOS HUMANOS
EM **SAÚDE DIGITAL**

Semiologia clínica 1

Unidade 4

Encerramento do microcurso

Sheila Mara Pedrosa

Silvana de Lima Vieira dos Santos

Cynthia Assis de Barros Nunes



Unidade 4: Encerramento do Microcurso

Encerramos o Microcurso **Semiologia Clínica I** no qual pudemos conhecer aspectos importantes do exame clínico, métodos utilizados para o diagnóstico de doenças e o uso de tecnologias digitais no apoio ao método clínico.

O desafio de mudar a forma como as informações são compartilhadas no SUS faz parte da evolução dos sistemas de saúde no mundo. É necessário que o Brasil incorpore no SUS tal evolução, não se esquecendo das diversas realidades de suas Regiões de Saúde e da importância de que esses dados sejam de qualidade, fidedignos e que garantam a segurança e a confidencialidade das informações. A RNDS é a plataforma nacional de interoperabilidade de dados em saúde e é um projeto estruturante para a transformação digital da saúde no Brasil. Ao longo de sua evolução a RNDS será a infovia da saúde, que favorecerá a utilização ética dos dados, resultando em benefícios para a população.

Esperamos que você tenha construído um alicerce de conceitos e tenha aproveitado ao máximo até aqui as informações oferecidas, pois, serão importantes para discussão nos próximos microcursos.

Até lá!



Referências

1. BRASIL. **Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018. Acesso em 14 jan. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm.
2. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **CNJ Serviço: Todo paciente tem direito à cópia do prontuário médico**. 2016. Acesso em 12 jan. 2021. Disponível em: <https://cnj.jusbrasil.com.br/noticias/256185117/cnj-servico-todo-paciente-tem-direito-a-copia-do-prontuario-medico>
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents (including amendments adopted up to 31 May 2019)**. Geneva: World Health Organization; 2020, p. 1. Acesso em 18 jan. 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6
4. FRAIZ, I. C.; BRAGA FILHO, C. E.; PORTO, C. C. Princípios e bases para a prática médica. In.: PORTO, C.C.; PORTO A. L. **Semiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 2-11.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Acesso em: 18 jan. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
6. SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2019, v. 29, n. 1, e290102. DOI: 10.1590/s0103-73312019290102.
7. SILVA, E. S.; LINS, G. A.; DE CASTRO, E. M. N. V. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista Sustinere**. 2016, v. 4, n. 2, p. 171-186. DOI: 10.12957/sustinere.2016.25976.
8. SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2007, v. 17, n. 1, p. 29-41. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>.
9. POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem**. Trad. SALLES, A. D. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
10. PORTO, C. C.; ZICKER, F. Princípios e bases para a prática médica. In: PORTO, C. S.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 3-22.
11. MELO, L. P.; CABRAL, E. R. M.; SANTOS JÚNIOR, J. A. O processo saúde-doença: uma reflexão à luz da antropologia da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. 2009, v. 3, n. 4, p. 1202-1208. DOI: 10.5205/reuol.581-3802-1-RV.0304200953
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em 3 fev. 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
13. DUPUY, F. I.; RIVERA, L. R. El método clínico. **Revista Finlay**. 1990, v. 44, n. 4, p. 3-23. Acesso em 20 jan. 2021. Disponível em: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/495/164>.



14. ALFONSO, J. A.; HERNANDEZ, C. L.; RODRIGUEZ, J. M. El método clínico frente a las nuevas tecnologías. **Revista Médica Electrónica**. 2014, v. 36, n. 4, p. 499-511. Acesso em 18 jan. 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400012&lng=es.
15. PEREZ, L. C. A.; ALBA, H. L. G.; DE LA PAZ, J. R. P.; SABORIT, Y. S. La enseñanza del método clínico ¿exclusivo solo en Medicina?. **EDUMECENTRO**. 2020, v. 12, n. 4, p. 242-247. Acesso em: 20 jan. 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000400242&lng=es.
16. PINHO, F. M. O.; BRANCO, R. F. G. R.; PORTO, C. C. Laboratório de habilidades clínicas. PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
17. PINHO, F. M. O.; BRANCO, F. R. G. R.; CRUZ, D. V. N.; PORTO, A. L.; PORTO, C. C. Método clínico. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 72-90.
18. ANDRIS, D. A. História de saúde. In: ANDRIS, D. A. **Semiologia: bases para a prática assistencial**. Trad. CONSENDEY, C. H. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-18.
19. OHL, R. I. B. *et al.* Exame físico geral. In: BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 115-128.
20. PINHO, F. M. O.; BRANCO, F. R. G. R.; PORTO, A. L.; PORTO, C. C. Técnicas básicas do exame físico. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.127-152.
21. PINHO, F. M. O.; BRANCO, R. F. G. R.; COSTA, P. S. S.; SILVEIRA, E. A.; FALCO, M. O. SILVA, D. J. *et al.* Exame físico geral. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 410-510.
22. KUBIAK, C. A. P.; PORTO, C. C. Diagnóstico e prognóstico. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Semiologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p.12-16.
23. HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 - NANDA International**. Trad. GARCEZ, R. M.; Rev. BARROS, A. L. B. L. *et al.* 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
24. PORTO, C. C.; SOUZA, P. J. L. G. Sinais vitais. In: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 963-972.
25. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)**. Brasília: OPAS, 2018. Acesso em 2 fev. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulga-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875.
26. WEED, L. L. Medical records that guide and teach. **New England Journal Medical**. 1968, v. 278, n. 11, p. 593-600. DOI: 10.1056/NEJM196803142781105.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **e-SUS AB. Manual Prontuário Eletrônico do Cidadão 3.2. Capítulo introdutório: base conceitual do sistema. Evolução SOAP**. Acesso em 18 jan. 2021. Disponível em: http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/introdutorio#_44sinio.



28. PORTO, C. C.; BRANCO, R. F. G. R.; PINHO, F. M. O.; BASTOS, G. C. F. C.; PIAZZA, H. E.; ROSA, H. Iniciação ao exame clínico. *In*: PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.31-50.
29. XAVIER, R. M.; BARROS, E. O médico e o laboratório. *In*: XAVIER, R. M.; DORA, J. M.; BARROS, E. (Org.). **Laboratório na prática clínica: consulta rápida**. 3. ed. Porto Alegre: Art-med, 2016. p. 3.
30. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. p. 50.
31. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Acesso em 18 jan. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.
32. BRASIL. **Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018. Acesso em 14 jul. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm.
33. BRAGA, R. D. **Registro eletrônico em saúde: proposta de um modelo de informação para uso na atenção primária com vistas à interoperabilidade** [Dissertação de Mestrado]. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, 2014. 125 f.
34. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1.331/89**. Diário Oficial da União de 25 set. 1989, p. 17.145. Acesso em 19 jan. 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1989/1331_1989.pdf
35. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde**. Acesso em 19 jan. 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf.
36. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 564/2017, de 6 de novembro de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Acesso em 20 jun. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf
37. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução Nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia**. Acesso em 20 jul. 2021. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>
38. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Resolução CFFa Nº 490, de 18 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a aprovação da reformulação do Código de Ética da Fonoaudiologia e dá outras providências**. Acesso em 20 jul. 2021. Disponível em: <https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2016/03/Codigo-de-Etica-2016.pdf>
39. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN Nº 599, de 25 de fevereiro de 2018. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências**. Acesso em 21 jul. 2021. Disponível em: http://www.crn3.org.br/uploads/repositorio/2018_10_23/01.pdf.



40. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP Nº 010/05. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Acesso em 21 jul. 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/07/resolucao2005_10.pdf.
41. DRAGANOV, P. B.; REICHERT, M. C. F. Avaliação do padrão dos registros de Enfermagem em um hospital privado na cidade de São Paulo. **Revista de Enfermagem UFPE On Line.** 2007, v. 1, n. 1, p. 36-45.
42. LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** 2009, v. 25, n. 10, p. 2095-2109. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001000002.
43. NEVES, T. C. C.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. B. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate.** 2014, v. 38, n. 103, p. 756-770. Acesso em 19 jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/756-770/pt>.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde: volume único.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 740 pp.
45. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.** Acesso em 20 jan. 2021. Disponível em: <https://www.legale.com.br/uploads/005eb26bf-755cde706baecc7d41bf974.pdf>.
46. BRASIL. **Lei Nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.** Acesso em 20 jan. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm.
47. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 pp. Acesso em 20 jan. 2021. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>

Saiba mais...

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2).** Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 2 fev. 2021. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/sistemas/esus/guia_CIAP2.pdf.
- CALADO, V.N.; LAMY, M. Teleconsulta médica: os limites éticos e o risco de negligência informacional. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário.** 2020, v. 9, n. 3, p. 89-122. DOI: 10.17566/ciads.v9i3.713.
- CARVALHO, E. C.; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. S.; MORAIS, S. C. R. V. Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2017, v. 70, n. 3, p. 662-668. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0509.



COFEN. **Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.** Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 30 jan. 2021.

CURADO, A. C. C. **Fundamentos semiológicos de enfermagem.** Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2017. 176 p. Acesso em 30 jan. 2021. Disponível em: http://www.santaisabel.com.br/upl/pagina_adicional/Download_-_FNDAMENTOS_SEMIOLOGICOS_DE_ENFERMAGEM-11-09-2019_21-34-29.pdf.

DIAZ, M. A. M.; SUAREZ, M.M. Clinical method and professional ethics. **Revista de Ciências Médicas**, 2011, v. 15, n. 2, p. 196-203. Acesso em 20 jan. 2021. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000200018&lng=en&nrm=iso.

GONÇALVES, J. P. P.; BATISTA, L. R.; CARVALHO, L. M. et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde Debate**. 2013, v. 37, n.96, p.43-50.

PEIXOTO, J. M.; SANTOS, S. M. E.; FARIA, R. M. D.. Processos de desenvolvimento do raciocínio clínico em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2018, v. 42, n. 1, p. 75-83. Acesso em 2 fev. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000100075&lng=en&nrm=iso.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis**. 2020, v. 30, n. 2, e300232. DOI: 10.1590/s0103-73312020300232.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. 118, p. 594-605. DOI: 10.1590/0103-1104201811804.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11**. Acesso em 2 fev. 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/en>.



Minibiografias

Organizadores

Ana Laura de Sene Amâncio Zara é graduada em Farmácia e em Análises Clínicas (UFMT), especialista em Avaliação de Tecnologias em Saúde (UFRGS) e em Docência do Ensino Superior (UCDB). Possui mestrado e doutorado em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública (UFG) e pós-doutorado pelo Programa de Pós-graduação de Odontologia da Faculdade de Odontologia (UFG). Atualmente, é professora do Departamento de Saúde Coletiva da UFG. Ensina, pesquisa e orienta nas áreas de Epidemiologia, Saúde Coletiva, Metodologia e Editoração Científicas, Economia da Saúde, Bioestatística, Informática em Saúde e Revisões Sistemáticas.

E-mail: analaufg@gmail.com

Fábio Nogueira de Lucena é graduado em Ciência da Computação (UFG), mestre e doutor em Ciência da Computação (UNICAMP), especialista em Informática em Saúde (UNIFESP), Project Management Professional (PMI) e Certified Software Development Professional (IEEE), além de possuir outras certificações da indústria de software. É professor titular do curso de Engenharia de Software do Instituto de Informática da UFG.

Github: <https://github.com/kyriosdata>

E-mail: kyriosdata@ufg.br

Rejane Faria Ribeiro-Rotta é graduada em Odontologia (UFG), especialista em Radiologia Bucomaxilofacial e Estomatologia, mestre e doutora em Odontologia (Diagnóstico Bucal) (USP-Bauru), com experiência em colaborações internacionais em pesquisa e intercâmbios, e na gestão institucional do ensino superior. Professora titular da Faculdade de Odontologia da UFG. Fundadora do Centro Goiano de Doenças da Boca da Faculdade de Odontologia da UFG (CGDB-FO-UFG) e da Comissão de Governança da Informação em Saúde da UFG. Principais temáticas de pesquisa: Diagnóstico de lesões da região bucomaxilofacial / Câncer de boca; Dores crônicas orofaciais; Diagnóstico por imagem da região bucomaxilofacial; Prática baseada em evidência, Informação e Informática em saúde.

E-mail: rejaneufr@ufg.br

Renata Dutra Braga é professora adjunta do Instituto de Informática da Universidade Federal de Goiás (UFG). É mestre e doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFG, pós-graduada em Informática em Saúde (UNIFESP) e em Qualidade e Gestão de Software (PUC-GO) e é graduada em Sistemas de Informação (UniEvangélica). É atualmente vice-coordenadora da Comissão de Governança da Informação em Saúde (CGIS-UFG). Ensina, pesquisa, orienta e desenvolve projetos de extensão na área de saúde digital, com interesse, principalmente em modelagem de processos de negócios, engenharia de requisitos, modelos de informação, terminologias clínicas e padrões para a troca da informação em saúde.

E-mail: renatadbraga@ufg.br

Rita Goreti Amaral é professora titular da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás (UFG), com atuação na graduação e pós-graduação. Graduada em Farmácia e Bioquímica e especialista em Citologia Clínica (UFG). Mestre em Biologia Celular e Molecular (USP) e Doutora em tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP). Coordenadora do Laboratório de Monitoramento Externa da Qualidade da Faculdade de Farmácia (UFG). Desenvolve projetos de pesquisa e extensão na área de Citologia Clínica e Saúde Pública, atuando nos seguintes temas: controle da qualidade em citopatologia do colo do útero, prevenção, detecção precoce de doenças, aperfeiçoamento de métodos diagnósticos, desenvolvimento e validação de práticas de cuidado do paciente nas doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, informática em saúde e assistência farmacêutica.

E-mail: rita@ufg.br

Sheila Mara Pedrosa é graduada e mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem (UFG), especialista em Saúde Coletiva e Regulação em Saúde no SUS (IEP/HSL) e doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina (UFG). Atualmente é professora adjunta do Centro Universitário de Anápolis e desenvolve pesquisa e extensão no âmbito das violências e vulnerabilidade social. É membro da Comissão de Governança da Informação em Saúde (CGIS-UFG) e participa de projetos voltados à saúde digital.

E-mail: sheilaenf@gmail.com

Silvana de Lima Vieira dos Santos - é enfermeira, mestre e doutora em Ciências da Saúde (UFG), Especialista em Enfermagem em Infectologia (USP) e em Informática em Saúde (UNIFESP). É professora associada da Faculdade de Enfermagem (UFG). Vice líder do Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (NEPIH), vinculado ao CNPq. Experiência na área de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, epidemiologia e informática em saúde. Coordenadora da Comissão de Governança da Informação em Saúde (CGIS-UFG).

E-mail: silvanalvsantos@ufg.br

Taciana Novo Kudo é professora adjunta do Instituto de Informática da Universidade Federal de Goiás (UFG). É mestre e doutora em Ciência da Computação pelo Departamento de Computação (UFSCar) e graduada em Ciência da Computação (UNIMAR). Possui experiência profissional na área de Engenharia de Software, especificamente em Engenharia de Requisitos e Gerência de Projetos, em institutos de pesquisa e empresas de São Paulo e Goiás. Como pesquisadora, atua em projetos voltados para Engenharia de Software, Engenharia de Requisitos e Informática aplicada à Educação e à Saúde.

E-mail: taciana@ufg.br





PROGRAMA
EDUCACIONAL
EM **SAÚDE
DIGITAL**
DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



SOBRE O E-BOOK

Tipografia: Montserrat

Publicação: Cegraf UFG

Câmpus Samambaia, Goiânia -
Goiás. Brasil. CEP 74690-900

Fone: (62) 3521-1358

<https://cegraf.ufg.br>