

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

TATIANA BARBIERI BOMBARDA

**REGISTRO EM PRONTUÁRIO: COMPREENSÃO DO PROCESSO DE
ENSINO APRENDIZAGEM NO ÂMBITO DA TERAPIA
OCUPACIONAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES**

SÃO CARLOS

2019

TATIANA BARBIERI BOMBARDA

**REGISTRO EM PRONTUÁRIO: COMPREENSÃO DO PROCESSO DE
ENSINO APRENDIZAGEM NO ÂMBITO DA TERAPIA
OCUPACIONAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional no Centro de Ciências Biológicas e de Saúde da Universidade Federal de São Carlos, na Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional, na Linha de Pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária, como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

SÃO CARLOS

2019

Barbieri Bombarda, Tatiana

Registro em prontuário: compreensão do processo de ensino aprendizagem no âmbito da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares / Tatiana Barbieri Bombarda. -- 2019.

169 f. : 30 cm.

Tese (doutorado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

Banca examinadora: Thelma Simões Matsukura, Rosibeth del Carmen Muñoz Palm, Stella Maris Nicolau, Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo

Bibliografia

1. Registro em prontuário. 2. Ensino. 3. Terapia Ocupacional. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325

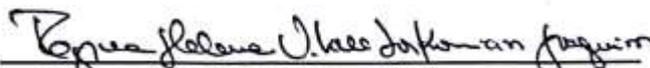


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

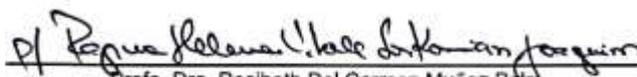
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Tatiana Barbieri Bombarda, realizada em 12/08/2019:



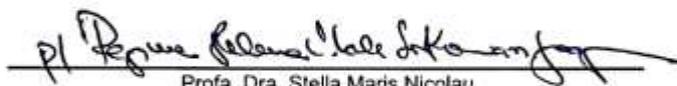
Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim
UFSCar



Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar



Profa. Dra. Rosibeth Del Carmen Muñoz Palma
UFPR

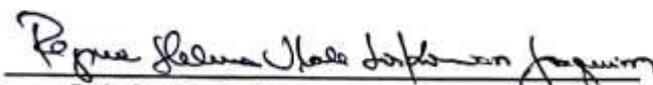


Profa. Dra. Stella Maris Nicolau
UNIFESP



Profa. Dra. Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo
UFIM

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.



Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim

*Aos meus pais por me amarem e me apoiarem incondicionalmente,
Aos meus irmãos por me alegrarem e me ofertarem suporte independente de minhas escolhas,
Aos meus filhos por me fortalecerem e me inspirarem a seguir em frente!*

AGRADECIMENTOS

De acordo com o dicionário da língua portuguesa a palavra agradecer significa a demonstração ou expressão de gratidão.

Revisitando em minha memória estes quatro anos de doutoramento fico feliz com a oportunidade de não apenas expressar, mas também registrar minha gratidão a tantas pessoas que de algum modo me incentivaram neste processo.

À Deus por me conceder saúde, proteção e por me presentear com mais esta oportunidade (sim faço parte da primeira turma de doutores em Terapia Ocupacional do país!!);

Aos meus pais, Luiz e Iara, por sempre caminharem com amabilidade ao meu lado e pelo esforço imensurável de viabilizarem condições para eu atingir minhas metas;

Aos meus irmãos, Juliana e Luiz, pelas trocas, risos e suporte no dia a dia;

Aos meus filhos, Hugo, Caio e Vitor, pela parceria, pelo entendimento do tempo dedicado a esta pesquisa, pelo respeito às minhas escolhas, mas acima de tudo pelo amor e encorajamento a seguir em frente;

Aos meus colegas do LAD pelos fins de tarde no laboratório permeado por estudos com café, pôr do sol, lamúrias, abraços e bons conselhos;

Às queridas Giovana, Marina, Amanda e Débora e ao querido Daniel pelas partilhas envoltas por afeto, desespero, abraços, sorrisos, incentivos, acolhidas e vinho!!;

À minha orientadora Regina (a quem admiro) por tantas trocas vivenciadas, pelos aprendizados que me propicia e pelo cuidado diário que faz toda diferença neste caminhar;

Às ilustres e queridas professoras Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo, Rosibeth del Carmen Munõz Palm, Stella Maris Nicolau e Thelma Simões Matsukura pelo aceite ao convite em compor a banca e por generosamente potencializarem este trabalho através de apontamentos realizados de modo produtivo e cuidadoso;

Às coordenações de cursos de Terapia Ocupacional, aos docentes da área hospitalar e aos alunos que se disponibilizaram a participar desta pesquisa tornando-a possível;

A todos vocês GRATIDÃO!

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.

Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.”

Paulo Freire

REGISTRO EM PRONTUÁRIO: COMPREENSÃO DO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES

Resumo: O prontuário, designado como uma construção coletiva derivada de múltiplos registros especializados, transpõe os procedimentos assistenciais realizados e visa a melhoria da qualidade de atenção ao usuário. Na Terapia Ocupacional, o registro em prontuário visa refletir o raciocínio profissional e possibilitar cronologicamente a visualização do curso da intervenção terapêutica ao longo do processo assistencial. Apesar da suma importância, o registro em prontuário apresenta-se como um tema pouco explorado principalmente no campo científico da Terapia Ocupacional Brasileira. Com o objetivo de identificar e compreender o processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário no contexto hospitalar presentes nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional do Brasil, este estudo de abordagem quanti-qualitativa foi delineado em duas etapas: a) pesquisa documental – que consistiu no levantamento e análise de ementas referentes a disciplinas teóricas e de estágio profissionalizante de contextos hospitalares ofertadas pelos cursos de graduação em Terapia Ocupacional do Brasil, b) pesquisa de campo – referente à aplicação de um questionário *online* com docentes responsáveis por disciplinas de terapia ocupacional em contextos hospitalares e alunos em prática de estágio profissionalizante no hospital. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva e discurso do sujeito coletivo. Como resultados, verificou-se que as ementas analisadas não explicitam conteúdos que amparam a prática da documentação, todavia, alunos e docentes sinalizam em geral, realizar registros de avaliação, intervenção e alta em conformidade com os itens preconizados em legislação. Como aspectos frágeis dos registros, identificou-se o diagnóstico terapêutico ocupacional e o prognóstico. Constatou-se que o processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário ocorre majoritariamente atrelado às atividades de estágio profissionalizante, o que pode ser problemático quando observado informações de que nem todos os alunos realizam prática de estágio no campo hospitalar e que há alunos que possuem acesso apenas para a leitura do prontuário. Como principais estratégias de ensino aprendizagem empregadas na graduação visualizou-se as discussões de casos clínicos e práticas supervisionadas, sendo as principais dificuldades elencadas neste processo a dificuldade de acesso ao prontuário atrelada à dinâmica do serviço e à falta de padronização em terminologias da profissão. Considera-se que a baixa frequência da inserção da informação sobre prognóstico no registro em prontuário atrela-se a especificidades do campo hospitalar e

que a escassa inserção do diagnóstico terapêutico ocupacional vincula-se a ausência de discussão nacional acerca desta elaboração. Referente as estratégias de ensino adotadas, acredita-se que estas visam instigar o desenvolvimento do raciocínio profissional e da capacidade crítica reflexiva em relação a intervenção, fator que pode vir a auxiliar na qualificação da escrita do prontuário, visto melhor percepção do papel do terapeuta ocupacional e sua *práxis* no hospital. Conclui-se que há fragilidades no processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário, fator que demanda investimentos na qualificação da formação para a prática documental, o que favorecerá melhor reconhecimento da profissão.

Palavras – chave: terapia ocupacional, ensino, registros, hospitais.

MEDICAL RECORDS: COMPREHENSION OF THE TEACHING-LEARNING PROCESS IN THE FRAMEWORK OF OCCUPATIONAL THERAPY IN HOSPITAL CONTEXTS

Abstract: The medical record, designated as a collective construction derived from multiple specialized registries, shows the assistance procedures performed and aim at improving the quality of attention to the user. In Occupational Therapy, the medical records aim to reflect the professional reasoning and chronologically enable the visualization of the course of the therapeutic intervention and the occupational performance of the patient throughout the care process. Despite the great importance, the record in medical records presents as an unexplored topic in the scientific field of the Brazilian Occupational Therapy. With the objective of identifying and understanding the teaching-learning process of the medical records in the hospital context existing in the undergraduate courses in Occupational Therapy in Brazil, this quantitative-qualitative study was delineated in two stages: a) documentary research - that consisted in the survey and analysis of documents referring to theoretical disciplines and of professional training of hospital contexts offered by undergraduate courses in Occupational Therapy in Brazil, b) field research - application of an online questionnaire with teachers responsible for occupational therapy disciplines in hospital contexts and students in the practice of a vocational training in the hospital. The data obtained were analyzed by descriptive statistics and discourse of the collective subject. As results, it was verified that the analyzed documents do not gift contents that sustain the practice of documentation, however, students and teachers generally signal, to carry out assessment, intervention and discharge records in accordance with the items recommended in legislation. As fragile aspects of the records, the occupational therapeutic diagnosis and the prognosis were identified. It was verified that the process of teaching-learning of the record in the medical record occurs mostly linked to the activities of professional training, which can be problematic when observed the information that not all students practice internship in the hospital field and that there are students who have access only for medical records. The main teaching-learning strategies employed in undergraduate courses were the discussions of clinical cases and supervised practices, with the main difficulties encountered in this process being the difficulty of access to the medical records, coupled with the dynamics of the service and the lack of standardization in the terminology of the profession. It is believed that the low frequency of insertion of information on prognosis in the medical record correlates with the specificities of the hospital field and that the scarce

insertion of the occupational therapeutic diagnosis is linked to the absence of national discussion about this elaboration. Regarding the teaching strategies adopted, it is believed that these are aimed at instigating the development of professional reasoning and reflective critical capacity in relation to intervention, a factor that may contribute to the qualification of the medical record, given the better perception of the role of the occupational therapist and his praxis in the hospital. It is concluded that in general there are weaknesses in the teaching-learning process of the record in medical records, a factor that demands investments in the qualification of training for the documentary practice, which will favor better recognition of the profession.

Key words: occupational therapy, teaching, records, hospitals.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Indicações dos tipos de registros abordados no processo de ensino aprendizagem da Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares.	97
Gráfico 2	Estratégias de maior e menor eficácia apontadas por docentes em relação ao processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário.	102
Gráfico 3	Estratégias de maior e menor eficácia apontadas por alunos em relação ao processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário.	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resultados acerca da análise de consistência interna - docentes.	62
Tabela 2	Resultados acerca da análise de consistência interna - alunos.	62
Tabela 3	Caracterização geral dos cursos participantes da pesquisa.	66
Tabela 4	Detalhamento da apresentação de temas que compõem o ensino aprendizado do registro em prontuário.	69
Tabela 5	Caracterização dos docentes participantes.	70
Tabela 6	Caracterização dos alunos participantes.	71
Tabela 7	Aspectos vinculados ao processo de ensino aprendizagem em Terapia Ocupacional em contextos hospitalares.	72
Tabela 8	Nível de concordância manifestada por docentes (medidas likert).	89
Tabela 9	Nível de concordância manifestado por alunos (medidas likert).	90
Tabela 10	Estatísticas das escalas e escores de Likert.	91
Tabela 11	Frequências ordenadas em ordem decrescente das orientações feitas pelos docentes em relação ao registro de avaliação, intervenção e alta.	92
Tabela 12	Frequências ordenadas em ordem decrescente da indicação dos alunos em relação ao conteúdo dos registros de avaliação, intervenção e alta.	94
Tabela 13	Informações sobre o formato de registro utilizado por docentes e alunos no processo de ensino aprendizagem.	97
Tabela 14	Percepção dos docentes acerca dos fatores que dificultam/facilitam o processo de ensino aprendizagem/realização do registro em prontuário.	99
Tabela 15	Percepção dos alunos acerca dos fatores que dificultam/facilitam o processo de ensino aprendizagem/realização do registro em prontuário.	100

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	20
1.1. Breve contextualização histórica do registro em prontuário	20
1.2. Registro em prontuário na contemporaneidade	23
1.3. Importância do registro em prontuário	26
1.4. Registros em prontuário e a Terapia Ocupacional	28
1.5. Panorama da produção de conhecimento sobre documentação clínica em Terapia Ocupacional	36
1.6. Terapia Ocupacional em contextos hospitalares: considerações sobre o ensino	45
1.6.1. Registro em prontuário e o processo de ensino aprendizagem	48
2. OBJETIVO	51
3. MÉTODO	53
4. RESULTADOS	65
4.1. Pesquisa documental	65
4.2. Pesquisa de campo	69
5. DISCUSSÃO	106
6. CONCLUSÃO	126
7. REFERÊNCIAS	129
8. APÊNDICE	142
9. ANEXO	166

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Muitos me perguntam o que despertou meu interesse em realizar pesquisas sobre o registro em prontuário e a cada resposta vou ganhando maior clareza desta caminhada.

No intuito de tentar sintetizar um pouco deste percurso, peço licença para me apresentar e contar um pouquinho da minha trajetória profissional, visto que é através dela que o foco investigativo desta pesquisa emerge.

Sou terapeuta ocupacional formada pela Universidade do Sagrado Coração de Bauru – USC há 13 anos. Na graduação não tive vivências em que docentes deram ênfase para a questão do registro. Como acredito ocorrer na maior parte dos cursos, o contato com o tema registro em prontuário apareceu na prática, em específico nos estágios obrigatórios. A imagem que eu tinha configurada deste procedimento era da anotação em prontuário como algo obrigatório, contudo, associado a um procedimento burocrático, distante da explanação de sua real importância.

Em especial no ambulatório da universidade, na minha percepção, os registros eram reproduzidos pelos alunos a cada semestre e denotavam uma prática muito mais vinculada ao ensino (o preceptor compreender o que estávamos fazendo) do que para qualquer outra coisa.....mas nenhuma dessas observações me traziam inquietações.

Tais inquietações iniciaram-se com meu primeiro emprego, uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que abrigava pessoas com deficiência intelectual (muitos tinham comprometimentos motores associados). O abrigo e/ou desabrigo ocorria via sistema judiciário, o qual com frequência solicitava por meio de ofício informações sobre cada um dos internos. Este mecanismo de funcionamento foi o grande *start* para meu olhar mais aprofundado aos registros.

Me deparei profissionalmente com uma linguagem nova, jurídica, com estruturação e terminologias muito específicas. Junto, me vi diante da responsabilidade de emitir pareceres e relatórios em prazos curtos, cujos conteúdos influenciavam diretamente em tomadas de decisões judiciais.....que responsabilidade!! Eis o momento em que meu olhar sobre os registros começa a se desenvolver na perspectiva jurídica, ética e legal.

É também nesta primeira vivência laboral que começo a visualizar a importância do registro em prontuário no âmbito assistencial, a partir da constatação das anotações existentes (quando existentes) serem frágeis e escassas. Institucionalmente não havia obrigatoriedade da realização de anotações diárias do trabalho desempenhado; apenas alguns poucos membros da equipe os realizavam, contudo, muito mais como “lembrete pessoal”.

Mesmo que ainda de modo imaturo, inicio nas reuniões de equipe discussões acerca da configuração documental, da importância de ampliar a comunicação e interação da equipe sobre as ações desenvolvidas por meio de um prontuário multiprofissional, me amparando naquele momento como principal argumento, na rotatividade de funcionários ali existentes e nas interferências da não existência de registros para a continuidade assistencial. Todavia, não consegui impulsionar uma sistematização desta prática.

Neste mesmo primeiro ano de trabalho consigo um segundo emprego, onde fiquei poucos meses até ingressar na área hospitalar onde venho construindo minha trajetória profissional desde então. Apesar da curta atuação em uma escola especial privada, a questão do registro novamente me chama a atenção.

Nesta experiência trabalhista me deparei com a organização de prontuários cujas anotações apresentavam características de modelos biomédicos, desprovidos de informações escolares, fator que novamente me desperta inquietações. Tais anotações sinalizavam as dificuldades dos alunos com relação à aspectos motores, cognitivos e sensoriais, não considerando o ambiente escolar e os processos de ensino aprendizagem.

As informações acerca da assistência terapêutico ocupacional pautavam-se em aspectos biomecânicos, sem associações diretas com a evolução do aprendizado, bem como sem sinalizações das intervenções voltadas a posicionamentos, adaptações e orientações realizadas em sala de aula, apresentando para tanto, registros exclusivamente de caráter clínico. Deste modo, me senti intrigada diante da pluralidade de ações que eram realizadas naquele contexto e não validadas ou reconhecidas em virtude da estruturação documental delineada.

Já no âmbito hospitalar, o procedimento do registro em prontuário tornou-se um exercício de familiarização com a linguagem deste cenário e com a dificuldade de acesso ao prontuário físico, visto preenchimento por diversos profissionais. Ao longo dos anos, também nesta área de atuação, vivenciei a experiência da prática do registro eletrônico, o convite para compor a Comissão de Revisão de Prontuários de um dos hospitais em que atuava e a experiência de passar por um processo de certificação institucional, o qual demandou treinamento dos funcionários e elaboração de protocolos pela equipe.

O processo de acreditação hospitalar deu luz à importância documental apresentando o registro em prontuário como um instrumento imprescindível para a segurança do paciente, para o profissional e para a instituição, me incitando diversos questionamentos, em especial acerca do meu desempenho documental e das evidências da efetividade do trabalho exercido pelo meu setor. Quantas angústias e anseios vivenciados a partir da percepção da ausência de bagagem ofertada na formação profissional sobre esta temática, que deveria envolver modelos de

registros, de controle de materiais, de protocolos, de indicadores de produtividade e de eficácia que naquele momento nos fizeram falta.

No ano de 2011, começo a me organizar para prestar o processo seletivo do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da UFSCar, que naquele momento não possuía professores da área hospitalar. Todavia, fico sabendo que a professora Marina Palhares estava orientando uma aluna na temática registros em prontuário, fator que concretiza/impulsiona o delineamento do foco investigativo de meu projeto de pesquisa.

Em 2012 ingresso no mestrado e em fevereiro de 2014 defendo minha dissertação com incentivos da banca para dar continuidade no doutorado. Lembro-me bem de minha resposta sob o olhar apreensivo de meus filhos. Sinalizei de coração aberto sobre meu desejo em realizar o doutoramento, mas não de modo sequencial. Realizar o mestrado foi um desejo pessoal, mas foi um processo árduo, de privações familiares e muito cansaço para dar conta da atuação no hospital (inclusive intensificando os plantões de fim de semana para repor a carga horária que estava em disciplinas) concomitante a coleta e análise de dados da pesquisa. Manifestei meu desejo de estar com tempo mais livre por um período, em especial para estar com meus filhos e então em um futuro ainda impreciso, pensar no doutorado.

Entretanto, eis que o destino me mobiliza para caminhos não programados. Meses depois de me tornar mestre, me deparo com a abertura de concurso na UFSCar para docência em regime de trabalho parcial em diversas áreas, inclusive para a de contextos hospitalares. De modo desprezencioso, me inscrevi, desejando conhecer como funcionava este processo seletivo para mais no futuro me aventurar no ensino. Acontece que para minha surpresa, fui passando de fases com boas notas, me classificando na primeira colocação. Me senti surpresa e desnorteada! Aquela história de desejar mais tempo e um pouco de calma, volta a ficar para trás! Assumo o cargo em julho de 2014 e mantenho minha atuação no hospital de forma concomitante por um ano.

Neste ingresso à UFSCar, meu plano de trabalho apontava a necessidade do doutoramento e assim em agosto de 2015 ingresso novamente como aluna do PPGTO, com incentivo da querida professora Regina para manutenção do tema dos registros como foco investigativo. Confesso que resisti e desejei investir em outra temática, mas compreendi a necessidade deste investimento, visto ausência de dados nacionais acerca da qualidade documental na Terapia Ocupacional.

Sendo assim, como desdobramento dos apontamentos obtidos no mestrado, trago para o doutorado a seguinte pergunta de pesquisa: Como se dá na graduação o processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário?deste modo, sigo realizando investimentos na

temática com o desejo de contribuir para a qualificação deste procedimento e em consequência potencializar a valorização da profissão.

1- INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A palavra prontuário origina-se do latim *promptuarium* e corresponde ao local de armazenamento de informações úteis, dos dados pertinentes de uma pessoa (FERRREIRA, 2010).

Conceitualmente neste estudo, o emprego do termo “registro em prontuário” destina-se ao procedimento profissional de anotar informações provenientes do processo de avaliação, intervenção, intercorrências, resultados, alta, encaminhamentos efetivados, de modo cronológico e sistematizado. Adotou-se o conceito apresentado por Matthews e Jabri (2004), correspondente à documentação de terapia ocupacional como toda informação registrada sobre o paciente no percurso do recebimento da guia de encaminhamento ao serviço até seu processo de alta.

É sabido que no âmbito da saúde, o prontuário é designado como uma construção coletiva derivada de múltiplos registros especializados que transparecem os procedimentos assistenciais realizados, buscando a melhoria da qualidade de atenção ao usuário (MESQUITA; DESLANDES, 2010).

Todavia, estudos com a temática dos registros em prontuário são mais facilmente encontrados nas áreas médicas e de enfermagem (ALVES; SZPILMAN; POTON, 2015; CARNEIRO *et al.*, 2016), fator que pode ser justificado pelo fato do desenvolvimento histórico do prontuário se dar em paralelo ao desenvolvimento da medicina (SHORTLIFFE; BARNET, 1990).

1.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO REGISTRO EM PRONTUÁRIO.

Para compreender o processo evolutivo do registro em prontuário, se faz necessário olhar para trajetória da especialidade médica (CARVALHO, 1973).

Segundo Deboscker (1997), a historicidade dos registros envolvendo processos de adoecimento remonta à Idade Antiga. Nesta vertente, Carvalho (1960) expressa que os registros de saúde existem desde a Idade da Pedra, podendo-se apontar gravuras de dedos amputados em murais 4.500 anos a.C.

Peças de argila datadas desde 3.000 a.C, com traçados de escrita assíria, evidenciam descrições de casos clínicos, terapêuticos e de prognósticos e são considerados documentos referentes às atividades médicas na Mesopotâmia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

Não obstante, o papiro de Edwin Smith, um dos documentos mais antigos (3.000 a.C), atribuído ao médico egípcio Imhotep, possui a descrição de 48 casos cirúrgicos, sendo considerado por alguns a pré-história da clínica (CARVALHO, 1973).

A figura de Hipócrates também deve ser lembrada neste processo, visto que no séc. V a.C o mesmo estimulou os médicos a realizarem registros escritos com o propósito de se refletir sobre o curso da doença e indicar suas possíveis causas (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003). Embasado em tais anotações, Hipócrates conseguiu identificar sinais e sintomas, enfatizando a importância de um registro cuidadoso. O estímulo às anotações cuidadosas pautava-se na percepção destas serem fonte de informações que auxiliavam na reflexão e estudo acerca do percurso da doença, possibilitando indicação de possíveis causas, realização de análises e comparações empíricas em busca da melhor proposição de tratamento (TONELLO; NUNES; PANARO, 2013).

Segundo Cruz (2015), na Idade média, o Hospital São Bartolomeu localizado em Londres, foi a primeira instituição a realizar anotações referentes ao tratamento prestado. Já em 1580, na Itália, o religioso Camilo de Lellis foi responsável por promover melhorias na prática assistencial dos pacientes hospitalizados efetivando melhor organização nas prescrições médicas e relatórios de enfermagem.

De acordo com Marin, Massad e Azevedo Neto (2003), até o início do século XIX, as anotações realizadas pelos médicos eram efetivadas a partir de suas observações, ou seja, os registros eram embasados no que estes profissionais ouviam, sentiam e viam, e estas informações eram sistematizadas cronologicamente, fator conhecido como prontuário orientado pelo tempo (*time-oriented medical record*).

Em 1880, a maioria dos médicos efetivavam seus registros no modelo cronológico (*time-oriented medical record*), sendo comum nos hospitais um prontuário por médico (COSTA, 2001). Essa sistematização gerava duplicidade dos documentos, considerando que cada médico realizava suas anotações referentes a um único paciente em prontuários distintos, sendo estas informações diferentes, mas complementares (TONELLO; NUNES; PANARO, 2013), fator que dificultava a localização de informação específica sobre um determinado paciente.

Cabe salientar que em 1877, no Hospital Geral de Massachussets - EUA, inicia-se o arquivamento de dados clínicos, sendo em 1897 organizado nesta mesma instituição, o primeiro Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME (MEZZOMO, 1991).

Em 1907, dá-se início por meio da Clínica Mayo em Minnesota - EUA, o prontuário médico centrado no paciente (*patiente – centered medical record*), em que a sistematização de

registro proposta volta-se à anotações individualizadas por pacientes e não mais por médicos, fator que promove melhorias na localização de informações (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

Em 1910, outro marco que merece destaque é o relatório de educação médica proposto por Flexner, o qual apresenta recomendações voltadas a reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas, fator que culmina no fechamento de um drástico quantitativo de cursos na época. Afirma-se que a proposta de Flexner pautava-se na excelência da preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica para a época, mas induzindo os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, a partir da ênfase no modelo biomédico centrado na doença e no hospital (PAGLIOSA; ROS, 2008).

O relatório de Flexner apresentava entre as recomendações um rigoroso controle de admissão; a estruturação curricular de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas, bem como a descrição sobre a função e o conteúdo do registro em prontuário, com incentivo a manutenção do registro individualizado por paciente (PAGLIOSA; ROS, 2008; COSTA, 2001).

No período entre 1913 à 1918, ocorreu o estabelecimento dos “padrões mínimos da assistência hospitalar” instituído pelo Colégio Americano de Cirurgiões, como requisitos voltados aos hospitais que desejavam aprovação. Destaca-se que o prontuário foi instituído como o quarto dos cinco padrões mínimos elaborados, devendo o prontuário ser organizado de modo acessível, atualizado e contendo todas as observações clínicas, exames e diagnósticos (ASANUMA, 1963).

Em 1920, na Clínica Mayo, houve a tentativa de padronização do conteúdo dos prontuários por meio da definição de um conjunto mínimo de informações a constar nos registros, fator que impulsionou uma estruturação mais sistematizada caracterizada como próxima a dos tempos atuais (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

Em síntese, referente a este percurso histórico, Novaes (2003) afirma que inicialmente os registros médicos caracterizavam-se por relatos de casos, sem padrão definido, pautados nas anotações de casos excepcionais que não deveriam ser esquecidos; sendo a partir do final do séc. XVIII que o relato sistematizado das informações passa a ser visto como atividade inerente à prática médica “enquanto parte das transformações do conhecimento e das práticas médicas que caracterizaram o advento da medicina moderna e o “nascimento da clínica”” (NOVAES, 2003, p.39).

Ainda segundo Novaes (2003):

“A necessidade do registro de todos os encontros entre médicos e pacientes decorre de uma mudança profunda na compreensão da natureza da doença, pensada agora como um processo, e só passível de ser diagnosticada através da observação sistemática, minuciosa e constante dos sintomas e sinais (inicialmente apenas "externos" e desde então progressivamente cada vez mais "internos") relatados e apresentados pelos pacientes. Condição essa que só pode ser completamente atendida mantendo-se os pacientes sob vigilância constante, como passa a ser possível nos também novos hospitais, que têm agora por objetivo fazer viver e não mais ajudar a morrer. Estabelece-se a partir daí uma forte associação entre o registro médico e a atenção hospitalar, que perdura até hoje” (NOVAES, 2003, p.39).

Diante do exposto, percebe-se que o desenvolvimento histórico do prontuário está imbricado ao desenvolvimento da medicina (SHORTLIFFE; BARNET, 1990) e à evolução da instituição hospitalar.

1.2. REGISTRO EM PRONTUÁRIO NA CONTEMPORANEIDADE.

Com os avanços tecnológicos, gradativamente ocorreram transformações na assistência hospitalar, ampliando-se a complexidade dos atendimentos. Em desdobramento, surgem estruturas de gerenciamento de informações consideradas vitais para a gestão do cuidado, sendo o prontuário compreendido como um elemento imprescindível a qualquer instituição hospitalar (POSSARI, 2007).

A nomenclatura “prontuário médico” passa a ser discutida e denominada como “prontuário do paciente”, visto reconhecimento progressivo dos direitos dos usuários nos serviços de saúde (NOVAES, 2003).

A não adequação do termo prontuário médico, vincula-se também ao entendimento de que a assistência hospitalar é efetivada por múltiplas áreas (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003), ou seja, é inadequado o termo prontuário médico, visto que neste documento há registros sobre a atenção prestada ao paciente de muitos outros profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros (POSSARI, 2007).

Percebe-se que esta discussão de nomenclaturas perpassa por uma modificação internacional da visão da assistência em saúde, compreendendo o paciente como provedor de todas as informações que constam no prontuário e como principal beneficiário destas (STUMPF, 1996).

Conforme inciso II do artigo 3º da Portaria GM 1.820 de 13/08/2009, do Ministério da Saúde, o usuário do serviço de saúde tem o direito a “ter informações sobre seu estado de saúde de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível” (BRASIL, 2009). Sendo assim, as

informações registradas em prontuário são de pertencimento do usuário, sendo os profissionais e as instituições responsáveis pela guarda e confidencialidade dos dados (MOTTA, 2003).

O prontuário é um “documento onde devem estar registrados todos os episódios de atendimento ao paciente no serviço de qualquer natureza e tipo de profissional” (SCHOUT; NOVAES, 2007, p.937). Atualmente, pode se destacar que apesar de haver diferentes definições literárias sobre prontuário, estas em comum envolvem “a centralidade do indivíduo assistido, a unicidade do prontuário e a participação de todos os diferentes profissionais envolvidos com a assistência” (PANZERI, 2013. p.27).

A exigência da qualidade dos registros em prontuário é impulsionada por diferentes aspectos da gestão hospitalar. Em específico, destaca-se aqui as considerações da Política Nacional de Humanização (PNH), da comissão de prontuário e dos processos de Acreditação Hospitalar.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada no ano de 2003, objetiva uma transformação no modelo de atenção e gestão do trabalho em saúde por meio de ações transversais ampliadas para toda a rede SUS, em busca da superação das formas de trabalho e dos modos de funcionamentos institucionais há tempos impostos e reproduzidos (BRASIL, 2004a).

Na PNH é expresso sobre o trabalho transdisciplinar como potente meio de modificação das práticas centradas nas doenças e nos procedimentos que não abordam o ser humano em sua integralidade. É afirmado que a fragmentação das práticas gera alienação e desmotivação profissional, visto a percepção restrita do processo terapêutico, fator que dificulta o dimensionamento do resultado global do estado de saúde do paciente pelo profissional. A partir desta compreensão, o prontuário transdisciplinar é apresentado como um recurso que fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais (BRASIL, 2004b).

Apontado como uma ferramenta que favorece a troca de conhecimentos e a produção de vínculos, o prontuário transdisciplinar contribui para o fomento da grupalidade e do protagonismo. Sua organização segue uma sequência já bastante utilizada, envolvendo dados como a definição dos problemas e das demandas do usuário, os objetivos terapêuticos e as ações negociadas com o usuário; a divisão das responsabilidades entre a equipe, a avaliação das ações e delineamento das novas condutas, devendo as anotações ser estruturadas de modo objetivo e resumidamente (BRASIL, 2004b).

A PNH refere que o prontuário transdisciplinar tem como objetivos:

- “- padronizar a maneira de fazer o registro e organizá-lo a partir de problemas e necessidades relevantes do usuário, identificado por equipe multiprofissional, de modo objetivo nos três campos de ação: biológico, psicológico e sociocultural;
- melhorar a comunicação e a integração entre os vários profissionais que assistem aos usuários, estimulando a transdisciplinaridade para conseguir melhores resultados terapêuticos, aumento da satisfação de pacientes e familiares, assim como da equipe de saúde;
- valorizar o prontuário do paciente perante os profissionais de saúde;
- estimular a constituição de equipes de referência que perpassem os profissionais de saúde, as equipes e os usuários, de forma que amplie o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e que favoreça a troca de informações e a elaboração do Projeto Terapêutico;
- facilitar a realização de relatórios, resumos de alta, processamento de dados, análise e auditoria pelas Comissões de Prontuário, Óbito e Ética” (BRASIL, 2004b, p.7).

As Comissões de Prontuário respaldam-se na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1638/2002, a qual além de definir prontuário médico torna obrigatória a criação da comissão de revisão de prontuários nas instituições de saúde; e na Resolução do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) nº 22/2005 que dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Salienta-se que a Resolução nº 22 do CONARQ considera o prontuário como um documento que requer manutenção permanente, sendo um recurso institucional provedor de dados necessários como provas e como elementos para avaliações. Em seu art.1º, há a recomendação da criação e implantação da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos às instituições de saúde, por ato normativo interno da direção da instituição. Considerando que as unidades de saúde já constavam, em sua maioria, com Comissões de Revisão de Prontuários, para validar a sua atuação, houve o estabelecimento das atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, com base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira, sendo autorizado o exercício destas pela Comissão de Revisão de Prontuários (SANTOS; FREIXO, 2011).

A composição da Comissão de Revisão de Prontuários deve ser multidisciplinar, sendo a indicação dos membros feita pela direção da instituição. Deve envolver profissionais de saúde de diferentes especialidades, além dos responsáveis pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e do Serviço de Registros e Informações em Saúde (SRIS). A natureza desta comissão é consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente e recomenda-se que faça parte do regimento institucional. Sua finalidade consiste em analisar, acompanhar e avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes (SANTOS; FREIXO, 2011).

Para tanto, a Comissão de Revisão de Prontuários tem o propósito “de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado” (DEMARCHI *et al.*, 2012, p.52).

Ainda no âmbito da qualidade assistencial na esfera da saúde, destaca-se que dentre as estratégias apontadas e incentivadas pelo Ministério da Saúde está a Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002).

Segundo Manzo, Brito e Corrêa (2012), o programa de acreditação hospitalar consiste não apenas em um procedimento de avaliação acerca do desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos, mas também à educação continuada dos profissionais visto estímulo à aquisição de uma cultura de qualidade para implementação da gestão de excelência.

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999, com caráter não governamental e sem fins lucrativos, tem por objetivo implementar normas técnicas e um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos brasileiros (OGUISSO; SCHMIDT, 2013).

Sua avaliação é estruturada por seções e fundamentadas em tópicos de análise, em que se destaca aqui, a verificação da construção de manuais e de protocolos acerca dos procedimentos e aspectos vinculados à estruturação e qualidade do registro em prontuário (BRASIL, 2002). Sendo assim, as anotações em prontuário são vistas no processo de acreditação como uma das variáveis da qualidade assistencial e segurança do paciente.

1.3. IMPORTÂNCIA DO REGISTRO EM PRONTUÁRIO.

Para Possari (2007), os registros em prontuário apresentam múltiplas finalidades, as quais são voltadas aos pacientes, ao hospital, à equipe de saúde, ao ensino e a pesquisa.

No âmbito da assistência os registros em prontuário se configuram como importante fonte de informação clínica e instrumento de comunicação. Os registros possibilitam a compreensão do histórico de saúde do paciente, sua trajetória de tratamento, favorecendo o raciocínio profissional, tomadas de decisões e identificação dos resultados obtidos. Além disso, apresentam-se como um potente meio de comunicação profissional, fator que favorece a integração de ações e em consequência a qualidade assistencial (TONELLO; NUNES; PANARO, 2013; MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003; POSSARI, 2007).

Na esfera administrativa, os registros em prontuário são considerados fonte comprobatória da assistência prestada. As anotações possibilitam a estratificação de dados para o gerenciamento de custos, de faturamento, para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e emissão de relatórios gerenciais, demonstrando o padrão de atendimento prestado no hospital (STUMPF; FREITAS, 1997; MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003; POSSARI, 2007). Registros de qualidade possibilitam a diminuição da repetição desnecessária de exames e favorecem maior rotatividade de pacientes, reduzindo a média de permanência, o que em consequência gera maior lucro ao hospital (POSSARI, 2007).

Juridicamente, as ações assistenciais são legitimadas pelos registros em prontuário, os quais se constituem como instrumento ético-legal de suma importância para o profissional, para o paciente e para o hospital. Trata-se de uma prova idônea voltada à defesa legal, que pode vir também a auxiliar os profissionais no caso de processos disciplinares (COFFITO, 2012).

Ressalta-se ainda, a importância dos registros para a gestão pública, visto fornecimento de dados panorâmicos (número de cirurgias, transplantes, frequência de patologia por faixa etária, causas de óbitos, quantitativos epidêmicos) que subsidiam a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008; MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

Para a área de educação o prontuário auxilia na formação profissional, visto que possibilita o conhecimento de inúmeros casos clínicos com indicação de suas variáveis antecedentes, concomitantes e consequentes da enfermidade, sendo comumente usado como estudos de casos nas atividades didáticas (STUMPF; FREITAS, 1997; POSSARI, 2007).

Já para as pesquisas, o prontuário é fonte geradora de conhecimentos, visto que permite a estratificação de dados estatísticos de incidências, prevalências, morbidade e mortalidade; bem como torna possível à comparação de condutas terapêuticas e de níveis de eficiência (POSSARI, 2007). Deste modo, os registros em prontuário viabilizam o desenvolvimento de estudos clínicos, epidemiológicos e de avaliação de qualidade (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

1.4. REGISTROS EM PRONTUÁRIO E A TERAPIA OCUPACIONAL.

O registro em prontuário na área de Terapia Ocupacional é obrigatório sempre que houver assistência prestada (COFFITO, 2012; AOTA, 2008). As informações registradas devem refletir o raciocínio profissional e permitir cronologicamente a visualização do curso da intervenção terapêutica e do desempenho ocupacional do paciente ao longo do processo assistencial (AOTA, 1995).

A documentação deve ser bem organizada, objetiva e precisa. Deve ser estruturada em anotações concisas e breves, visto limitação de tempo tanto para o profissional que efetiva o registro como para o que o lê (MATTHEWS; JABRI, 2004).

Segundo McGuire (1997), registros de qualidade em Terapia Ocupacional devem envolver priorizações de funções e significados de atividades, relatórios de progressos nas áreas de desempenho, explicitação de problemas clínicos e função, assim como informações acerca de mudanças constatadas como as de ganhos funcionais, diminuição de inabilidades, fatores associados à lentidão de progresso, entre outros.

Verifica-se que no Brasil, a Resolução nº 415/2012 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) é o principal documento que direciona orientações para o registro em prontuário de Terapia Ocupacional. Essa resolução oferta direcionamento sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário; do tempo de guarda de cinco anos a constar da última anotação; do dever de manter o prontuário em local que garanta o sigilo e privacidade; e fornece diretrizes que configuram o conteúdo mínimo a constar nesta documentação (COFFITO, 2012).

Conforme elencado no disposto do artigo 1º, §1º desta resolução, o registro terapêutico ocupacional deve minimamente ser composto por oito itens, a saber:

1. Identificação do cliente/paciente/usuário: nome completo, naturalidade, estado civil, gênero, crença/religião, etnia, orientação sexual/nome usual (opcional), local e data de nascimento, profissão, endereço comercial e residencial;
2. História clínica: queixa principal, hábitos de vida, história atual e pregressa da doença; antecedentes pessoais e familiares, tratamentos realizados;
3. Exame Clínico/Educacional/Social: descrição do estado de saúde, da qualidade de vida e da participação social, e do perfil ocupacional de acordo com a semiologia terapêutica ocupacional;

4. Exames complementares: descrição dos exames complementares realizados previamente e daqueles solicitados pelo próprio terapeuta ocupacional;
5. Diagnóstico e Prognóstico terapêutico ocupacional: descrição do diagnóstico terapêutico ocupacional considerando a condição de saúde, qualidade de vida e participação social do cliente/paciente/usuário estabelecendo o provável prognóstico terapêutico ocupacional que compreende a estimativa de evolução do caso;
6. Plano terapêutico ocupacional: descrição dos procedimentos terapêuticos ocupacionais propostos, relatando os recursos, os métodos e técnicas a serem utilizados e o(s) objetivo(s) terapêutico(s) a ser(em) alcançado(s), bem como o quantitativo provável de atendimento;
7. Evolução da condição de saúde, qualidade de vida e participação social do cliente/paciente/usuário: descrição da evolução da condição de saúde, qualidade de vida e participação social do cliente/paciente/usuário, do tratamento realizado em cada atendimento e das eventuais intercorrências;
8. Identificação do profissional que prestou a assistência: assinatura do terapeuta ocupacional que prestou a assistência terapêutica ocupacional com o seu carimbo identificando seu nome completo e o seu número de registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) e a data de realização de todos os procedimentos. Em caso de assistência terapêutica ocupacional prestada em regime de estágio obrigatório ou não obrigatório, o registro em prontuário deve constar a identificação e assinatura do Responsável/ Técnico/ Supervisor/ Preceptor que responderá pelo serviço prestado, bem como do estagiário.

É importante destacar que além da resolução nº 415/2012 do COFFITO, a resolução nº 418/2012 do COFFITO (alterada dois anos depois pela resolução nº445/2014) que fixa e estabelece os parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais, expressa no item III do artigo 3º, que é responsabilidade do profissional o provimento de registro sistemático em prontuário acerca da evolução do cliente e da sua conduta terapêutica. Soma-se a essa regulamentação, o capítulo III, artigo 13 do Código de Ética da Terapia Ocupacional que expressa o dever profissional em garantir que o prontuário do cliente permaneça fora do alcance de estranhos.

Amparados por tais diretrizes, os Departamentos de Fiscalização (DEFIs) dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) verificam entre suas atividades fiscalizatórias os registros em prontuário realizados pela categoria profissional. Nesta lógica, o estudo de Bombarda *et al.*, (2018) buscou indicadores acerca de não

conformidades dos registros no prontuário de Terapia Ocupacional, por meio do encaminhamento de ofício via e-mail ao CREFITO das 16 regionais, solicitando dados das autuações decorrentes do processo de fiscalização sobre problemas com registros em prontuário realizados por terapeutas ocupacionais no período de janeiro de 2013 a julho de 2017.

Metade dos CREFITO efetivou devolutiva e os resultados do estudo revelaram que a ausência de prontuário e de registro diário são infrações presentes na rotina de fiscalização. Como exemplos, pode-se citar a divulgação do CREFITO-3 referente a 70 autuações no período de 2013 a 2017 por descumprimento da Resolução COFFITO 415, a afirmação do CREFITO-5 de 192 notificações por ausência de prontuário em 2016 e 124 notificações no primeiro semestre de 2017 (com ressalva de que tais estatísticas não são computadas por categoria profissional) e apontamentos do CREFITO-4 sobre a média de 145 autuações anuais aos profissionais, sendo sinalizado que a ausência de registro em prontuário tanto por fisioterapeutas quanto por terapeutas ocupacionais, representa 82% das autuações totais lavradas (BOMBARDA *et al.*, 2018).

No cenário internacional, como diretrizes voltadas ao registro em prontuário, pode-se apontar o documento “*Guidelines for Documentation of Occupational Therapy*”, o qual expressa sobre a obrigatoriedade do registro, sempre que houver prestação de serviço realizada pelo terapeuta ocupacional. Nestas diretrizes são descritos componentes necessários a constar nas anotações, bem como é proferido sobre a finalidade da documentação (AOTA, 2008).

É apresentado que a documentação tem por finalidade refletir o raciocínio profissional, servir como ferramenta de comunicação, sistematizar informações cronológicas do estado do paciente e possibilitar parametrização dos resultados obtidos a partir da assistência ofertada (AOTA, 2008).

As orientações relacionadas ao conteúdo da documentação ocorrem de acordo com o caráter da ação efetivada, ou seja, são ofertadas orientações sobre o conteúdo de informações referentes a registros de avaliação, intervenção e alta (AOTA, 2008).

É expresso, por exemplo, que os registros referentes à avaliação devem envolver a descrição do perfil ocupacional do paciente, a análise do desempenho ocupacional associada à apresentação dos fatores que auxiliam e dificultam o desempenho nas áreas de ocupação, o delineamento das áreas específicas de ocupação e de desempenho ocupacional que se constituem como alvo de intervenção, bem como os resultados esperados (AOTA, 2008).

É sugerido como conteúdo mínimo dos registros de avaliação (AOTA, 2008):

- Informações pessoais: nome, data de nascimento, sexo, estado de saúde, diagnóstico médico/educacional/do desenvolvimento, entre outros;
- Informações de referência: data, origem e motivo do encaminhamento, fonte de financiamento, previsão de tempo do seguimento terapêutico ocupacional;
- Perfil ocupacional: razão pelo qual o paciente procurou o serviço, áreas de ocupação bem-sucedidas e deficitárias, fatores de contextos e do ambiente que facilitam e dificultam as ocupações, histórico médico/educacional/de trabalho, histórico ocupacional (padrões de vida, interesses, valores), prioridades do paciente e resultados esperados;
- Avaliações utilizadas e resultados: tipos de avaliações usadas e resultados (por exemplo, entrevistas, observações, avaliações padronizadas ou não padronizadas),
- Análise do desempenho ocupacional: descrição sobre as habilidades de desempenho, padrões de desempenho, contextos e ambientes, características das atividades e aspectos que facilitam e inibem o desempenho,
- Síntese e recomendações: resumo dos dados obtidos, apontamentos acerca do seguimento em Terapia Ocupacional e indicação de outros serviços.

Já concernente aos registros de intervenção, estes são subclassificados em (AOTA, 2008):

- Plano de intervenção: deve conter informações de identificação do paciente, metas de intervenção mensuráveis e objetivos de curto prazo, sinalização das abordagens, indicação da frequência e quantitativo dos atendimentos, critérios para a descontinuidade do tratamento e alta, medidas de resultado, nome do profissional responsável pelo plano e data de elaboração/revisão do mesmo,
- Contatos realizados pelo serviço de Terapia Ocupacional: consiste no registro dos contatos ocorridos entre profissional e paciente, em que se deve documentar os tipos de intervenções realizadas e as respostas do paciente. Deve incluir informações sobre contatos telefônicos, atendimentos e reuniões efetivadas,
- Relatórios de progresso: refere-se a um resumo do processo de intervenção e documentação dos progressos do paciente em relação às metas estabelecidas. Sugere-se como informações dados de identificação do paciente (nome, data de

nascimento, sexo, diagnóstico), identificação da frequência e duração dos atendimentos, técnicas e estratégias utilizadas; modificações ambientais realizadas; equipamentos adaptativos ou órteses confeccionadas; resposta do paciente aos serviços de terapia ocupacional; programas ou treinamento fornecido ao paciente ou cuidadores. Deve-se sinalizar o progresso alcançado pelo paciente em relação às metas estabelecidas e ao desempenho nas áreas de ocupações.

- Relatório de transferência: documento que deve ser elaborado quando o paciente é encaminhado a outro serviço. Sugere-se que constem as informações dos dados pessoais do paciente, informações sobre o desempenho atual nas ocupações, identificação da instituição que está prestando o serviço e para qual o paciente está sendo encaminhado, recomendações e justificativas para o seguimento em terapia ocupacional.

Em relação aos registros de alta é sugerido que seja redigido um resumo acerca das mudanças no desempenho ocupacional, sendo indicada a data inicial e final do acompanhamento terapêutico, número de atendimentos, frequência, resumo das intervenções realizadas e dos progressos mediante objetivos delineados; que seja apontado dados sobre o engajamento do paciente nas ocupações e acerca da eficácia da assistência em terapia ocupacional. Em complemento, sugere-se que seja descrita recomendações em relação às necessidades futuras do paciente e encaminhamentos a outros profissionais se aplicável (AOTA, 2008).

Ainda concernente às diretrizes no âmbito internacional também foi identificado o documento: *“Practice Guideline: client records”* elaborado pelo *College of Occupational Therapists of Ontario*. Como princípios gerais aponta-se a responsabilidade profissional em realizar registros em conformidade com as diretrizes, respeitando-se aspectos como a confidencialidade das informações, a legibilidade e compreensão das anotações e a sistematização dos dados (COTO, 1999).

Como conteúdo dos registros é preconizado que seja inserido informações envolvendo dados pessoais do paciente (nome, data de nascimento e endereço do paciente), motivo do encaminhamento, data do atendimento, horário e duração de cada encontro. Os registros de avaliação devem explicitar os procedimentos avaliativos utilizados e os resultados constatados. A seguir deve-se apresentar o plano terapêutico com os objetivos a serem alcançados. É

destacado que mediante o uso de protocolos, os mesmos devem ser mencionados nos registros. Também é referido sobre a necessidade de incorporação de notas de progresso, registros acerca de cancelamento de sessões e nota explicativa caso o tratamento seja interrompido (COTO, 1999).

O mesmo documento também direciona informações acerca da confidencialidade e acesso aos dados, bem como sobre a guarda e descarte dos registros em prontuário. É relatado que os registros devem ser conservados durante pelo menos dez anos a constar do último atendimento e que seu descarte deve ser feito de modo a destruir as informações impossibilitando o acesso por outros. Cópias dos registros clínicos podem ser fornecidas ao paciente ou ao seu representante legal, às pessoas que tenham consentimento por escrito e assinado para obter cópias do prontuário ou por ordem judicial (COTO, 1999).

Outro documento canadense a ser destacado é o “*Practice Standards for Managing Client Information*” do *College of Occupational Therapists of British Columbia*, que foi desenvolvido por um comitê composto por terapeutas ocupacionais atuantes em diferentes contextos de prática e fundamentado em revisão da versão anterior concomitante à análise de documentos canadenses da profissão, em regulamentações da área da saúde e em legislações municipais e federais do país (COTBC, 2014).

Trata-se de um guia prático que vislumbra esclarecer a responsabilidade do terapeuta ocupacional em relação ao gerenciamento das informações provenientes do processo terapêutico realizado com um paciente. É apontado sobre a necessidade do registro ser efetivado em conformidade com a legislação vigente e destacado acerca de sua importância considerando ser este um documento legal e fonte de evidências (COTBC, 2014).

Os registros de terapia ocupacional têm por finalidade descrever o processo terapêutico tornando explícito o pensamento crítico, o raciocínio e a tomada de decisões do terapeuta ocupacional. O paciente tem o direito em acessar as informações, as quais devem estar atualizadas, legíveis, precisas e completas. Registros de qualidade facilitam a comunicação com paciente, cuidador familiares e outros profissionais de saúde e podem ser usados no avanço de evidências, para o desenvolvimento de pesquisas e para a base da educação profissional (COTBC, 2014).

Nesta vertente, motivada pela vivência de auditoria em um serviço de reabilitação de idosos, Simpson (1998) publicou um artigo chamado “*How Good is your Documentation?*”, cujo enfoque volta-se a explanação de orientações relacionadas à documentação. É relatado

sobre os dados necessários na documentação, como por exemplo, identificação em todos os formulários utilizados, constando local/setor, título, número da versão e data de configuração; bem como, entre outros, é destacado a necessidade do registro de todas as informações pertinentes a assistência, visto que mesmo mediante o melhor atendimento prestado este só será reconhecido perante a documentação efetivada.

Embora haja diretrizes nacionais e internacionais que norteiam a prática do registro em prontuário, não há na área de Terapia Ocupacional um método padrão voltado à sistematização das anotações; todavia alguns modelos de registros são apontados na literatura tais como: o Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP), o Subjective Objective Assessment Plan (SOAP), o Registro Sequencial de Atendimento ao Paciente em Terapia Ocupacional (RSAPTO), a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) e a narrativa livre (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2008; RADOMSKI, 2005; OMS, 2004; TIMBY, 2007).

O Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP), criado pelo médico Lawrence L. Weed, é um método que consiste na sistematização de informações (físicas, sociais e demográficas) em uma base de dados que propicia a formulação de uma lista de problemas para atuação de modo interdisciplinar. Basicamente o RMOP é constituído por três secções: dados base, notas clínicas progressivas e lista de problemas (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2008; GRANJA; OUTEIRINHO, 2018).

De acordo com Granja e Outeirinho (2018), a secção dados base do RMOP envolve informações como nome, escolaridade, profissão, histórico de adoecimento e de tratamento, suporte social e familiar, hábitos saudáveis e nocivos, interesses e nível de funcionalidade. Já a secção de notas clínicas progressivas refere-se aos registros de cada atendimento, sendo preconizada uma estruturação das informações pautada em quatro itens designado pelo acrônimo SOAP.

O acrônimo SOAP significa Plano de Avaliação Subjetivo-Objetiva. Deste modo, o S corresponde ao subjetivo, ou seja, às informações referentes ao motivo do atendimento, caracterização dos principais sintomas, queixas, sentimentos e expectativas, bem como da percepção do paciente acerca de seus problemas e da autoavaliação dos recursos que dispõe para resolvê-los. A letra O corresponde a objetivo e envolve o registro de informações factuais, relativas à pessoa, como os dados do exame objetivo dirigido à natureza da consulta. Neste item

deve-se incluir dados de escalas, questionários e quando relevante, informações de quem acompanha o paciente à consulta. A letra A compreende a avaliação e descrição dos problemas, enquanto que a letra P refere-se ao plano de intervenção em que deve-se registrar os procedimentos e intervenções a ser adotado para cada problema em ordem de importância (GRANJA; OUTEIRINHO, 2018).

A última secção, lista de problemas é considerada o componente mais importante do RMOP, sendo o local onde se apresenta um resumo dos problemas detectados. É sugerido por Weed que cada problema da lista seja numerado por ordem de importância e seja depois ligado às notas clínicas progressivas (GRANJA; OUTEIRINHO, 2018).

Destaca-se que a partir do RMOP, foi criado por Llorens o Registro Sequencial de Atendimento ao Paciente em Terapia Ocupacional (RSAPTO); modelo exclusivo da Terapia Ocupacional e fundamentado no modelo de desenvolvimento e de desempenho ocupacional. Consiste em um sistema que combina a estrutura teórica do programa de intervenção terapêutico ocupacional com o método científico do RMOP, apresentando como delineamento uma base de dados, informações a respeito do processo de avaliação, identificação de problemas, plano terapêutico, anotações de progresso e resumo de alta (MATTHEWS; JABRI, 2004).

Contudo, o modelo mais popular é o da narrativa livre, o qual consiste no ato de redigir cronologicamente informações acerca das intervenções realizadas e sobre o cliente. Por ser uma narrativa, não existe formato pré-estruturado, podendo existir variáveis de acordo com o profissional que o faz (TIMBY, 2007). Embora haja apontamentos que a narrativa livre constitui-se como o modelo de registro mais utilizado na terapia ocupacional (PANZERI, 2013; BOMBARDA, 2014), é importante destacar que há publicações que apontam que tensões relativas ao registro em prontuário estão atreladas à dificuldade dos profissionais relatarem com concisão suas ações no modelo narrativo (PIERRI, 2001; KIELHOFNER *et al.*, 2004).

Vale mencionar ainda a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) – lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001. A CIF representa um instrumento elaborado para descrever e classificar a funcionalidade e a incapacidade, concebida em substituição à Classificação das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Baseada na abordagem psicossocial, a CIF se aplica de forma universal, sendo recomendada que sua utilização se dê em conjunto com a CID-10. Seu objetivo pragmático é fornecer uma linguagem

padronizada e um modelo para a descrição da saúde e de seus estados relacionais, fator que a configura como um instrumento facilitador da prática do registro (OMS, 2004).

1.5. PANORAMA DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA EM TERAPIA OCUPACIONAL.

Nas buscas realizadas na literatura, verificou-se que estudos sobre os registros em prontuário e acerca da documentação em Terapia Ocupacional constituem-se ainda como um tema pouco explorado no campo científico da Terapia Ocupacional Brasileira.

No âmbito nacional, apenas três artigos foram identificados, os quais foram produzidos nos últimos seis anos, como desdobramentos de pesquisas de mestrado desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – PPGTO/UFSCar.

O artigo “A documentação clínica em Terapia Ocupacional: revisão de literatura” apresenta uma revisão do tipo *overview*, cujos resultados consistiram em 12 artigos, todos internacionais, com núcleos temáticos de discussão pautados em métodos de registro, percepção e atitudes dos profissionais, qualidade documental e comunicação e linguagem (PANZERI; PALHARES, 2013).

Já a produção “O registro de práticas interventivas da Terapia Ocupacional na educação inclusiva” teve por objetivo caracterizar os terapeutas ocupacionais do estado de São Paulo atuantes na educação inclusiva e identificar dados sobre os registros de suas práticas interventivas. Como instrumento foi utilizado um questionário estruturado *online*, sendo os dados obtidos analisados por meio de estatística descritiva. Os participantes foram 55 terapeutas ocupacionais atuantes no processo de educação inclusiva e cadastrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO-3). Os resultados demonstraram a narrativa livre como o modelo de registro mais utilizado e fragmentações das informações relacionadas ao processo de guarda das anotações. Tais dados evidenciaram fragilidade na sistematização dos registros, sendo apontado pelas autoras a necessidade e temporalidade do início de produções científicas nacionais centradas nesta temática (BOMBARDA; PALHARES, 2015).

Apresentando dados provenientes de análise documental, o artigo “O registro da intervenção no prontuário pelo terapeuta ocupacional em um ambulatório infante-juvenil”, traz dados sobre o conteúdo das informações registradas em prontuário, efetivados por terapeutas ocupacionais em um ambulatório na área da infância e adolescência localizado no interior do

estado de São Paulo. Para a coleta de dados foi utilizado um *checklist*, sendo realizada a análise documental de 15 prontuários, abrangendo 269 registros de evoluções. Ao final do estudo, foram apontadas fragilidades na documentação analisada como a ausência de informações preconizadas pelas diretrizes nacionais (PELLISSARI; PALHARES, 2015).

No âmbito internacional, o artigo “*A Data Base for Occupational Therapy: Documentation Through Research*”, publicado na década de 80, já abordava de modo reflexivo a importância da documentação, sinalizando a relação direta entre a fragilidade das informações registradas com a desvalorização do trabalho terapêutico ocupacional, com o ressarcimento inadequado dos serviços prestados e em especial, com a produção de evidências sobre o trabalho da terapia ocupacional. A autora já manifestava sobre a necessidade do aprendizado profissional em fornecer evidências na documentação, perpassando esta discussão pela falta de instrumentos de avaliação padronizados, pelo processo de formação profissional e por recomendações de ações a ser adotada pela *American Occupational Therapy Association* (AOTA) (GILLETE, 1982).

Verificou-se no cenário internacional que investimentos em produções voltadas a documentação do processo de Terapia Ocupacional ocorrem há décadas, sendo as discussões dirigidas a diferentes aspectos. Deste modo, para melhor explanação dos conteúdos, a apresentação de tais estudos será feita por categorias temáticas, denominadas como: proposição e avaliação de modelos de registros, comunicação de evidências, qualidade documental e satisfação profissional.

- Proposição e avaliação de modelos de registros

Muitos dos estudos internacionais encontrados apresentaram modelos elaborados com o propósito de facilitar a prática documental. O estudo “*Goal Attainment Scaling as a Method of Clinical Service Evaluation*”, publicado por Ottenbacher e Cusik (1990), por exemplo, apresenta uma proposta acerca do uso de uma escala de metas como método de documentar resultados da terapia ocupacional. O objetivo do estudo foi descrever o escalonamento de objetivos como método de avaliação que comprova a eficácia da assistência em Terapia Ocupacional. É referido que um dos principais componentes do escalonamento de metas consiste no estabelecimento do nível desejado ou esperado de um desempenho do cliente, sendo o processo de estabelecimento de metas realizado em oito etapas inter-relacionadas: 1) identificação de um objetivo terapêutico, 2) priorização de áreas problemáticas e sintetização destas em níveis observáveis e reportáveis, 3) especificação de comportamentos/aspectos que

indicarão melhorias em cada área selecionada no item 2, 4) escolha metodológica da coleta de dados, 5) indicação do nível de desempenho esperado, 6) identificação de cinco níveis de desempenho (entre os mais favoráveis e menos favoráveis na performance), para os quais são atribuídos um valor numérico, com 0 indicando o nível esperado de desempenho, -1 resultado menor do que esperado, -2 resultado mais desfavorável, +1 resultado maior que o esperado, +2 resultado mais favorável do que provável. 7) verificação se há sobreposição de níveis; 8) verificação do status atual do cliente e determinação de avaliações futuras para documentar o progresso. Os autores acreditam que a técnica de escalonamento consiste em uma oportunidade dos terapeutas ocupacionais denotarem a avaliação de desempenho de seus clientes, documentando mudanças ocorridas e evidenciando seus resultados.

O estudo “*Documentation of paediatric assessments using the occupational therapy guidelines for client-centred practice*”, consiste em um relato referente a um formato de documentação implementado em uma instituição infantil; embasado nas Diretrizes de Terapia Ocupacional Centrada no cliente, pautado metodologicamente no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional. O formato de documentação proposto foi estruturado em cinco partes: introdução, avaliação, interpretação, metas e recomendações, sendo descrito no instrumento os aspectos de composição de cada item. Como resultado desta implementação foi sinalizado que o formato proposto permitiu a produção de relatórios que explicitaram as especificidades da Terapia Ocupacional, sendo os mesmos abrangentes e em muitos casos, promotores de agilização de encaminhamentos (WATSON, 1992).

Já Kyle e Wright (1996), apresentaram no estudo “*Reflecting the Model of Human Occupation in occupational therapy documentation*” informações sobre o desenvolvimento de um formulário de avaliação embasado no Modelo de Ocupação Humana para a área de psiquiatria. O instrumento, constituído por duas partes, sendo a primeira uma lista de identificação de itens comumente avaliados (*checklist*) e a segunda, uma sessão descritiva destinada a inserção de dados da história clínica do paciente, objetivos e plano de tratamento; mostrou-se como um instrumento efetivo para a prática dos registros, visto diminuir o tempo gasto com a documentação; propiciar entendimento ao leitor do papel e escopo da terapia ocupacional e por permitir o uso de um quadro comum de referência, o qual segundo as autoras, aumenta a confiabilidade do formulário para uso em comparação ao longo do tempo.

Bart *et al.*, (2011), relataram sobre o desenvolvimento e validação de um formulário nomeado *Documentation of Occupational Therapy Session during Intervention (D.O.T.S.I.)*, fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

da Organização Mundial de Saúde (OMS) e no documento Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo da AOTA. O desenvolvimento do estudo se deu no contexto pediátrico, considerando-se as áreas clínica e educacional. Os autores verificaram que o D.O.T.S.I. apresentou-se como um instrumento válido e confiável para documentar as intervenções de terapia ocupacional, visto a obtenção de aceitáveis propriedades psicométricas. As informações obtidas através do preenchimento do formulário disponibilizam dados sobre as atividades realizadas na sessão (nome da atividade e tempo de execução) seguida por informações em oito categorias: contexto físico do tratamento, contexto social do tratamento, tipos de intervenção, fatores do cliente, habilidades de desempenho, padrões de desempenho, áreas de ocupações e estratégias de intervenção, havendo também um espaço próprio para descrição das respostas da criança durante cada atividade. Os autores afirmam que o uso deste instrumento pode estimular o desenvolvimento do raciocínio profissional do terapeuta ocupacional e apontam que outros estudos podem ser realizados para validar seu uso com outras populações.

- Comunicação de evidências

A comunicação de evidências na documentação também foi ponto de discussão em diversos estudos internacionais. Davis *et al.*, (2008) por exemplo, desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar as opiniões, percepções e atitudes dos terapeutas ocupacionais registrados nas associações de terapia ocupacional do estado de Iowa, Nebraska, Kansas e Missouri e de outros profissionais envolvidos no contexto clínico, acerca do uso da Prática Baseada em Evidência (PBE) e sobre a comunicação da evidência na documentação. Metodologicamente foi realizada aplicação de um questionário estruturado por meio eletrônico com 126 terapeutas ocupacionais da região centro-oeste dos Estados Unidos, o qual envolvia questões voltadas aos dados demográficos, documentação, PBE e incorporação da evidência na documentação.

Concomitantemente, uma pesquisa Delphi¹ foi realizada com outros 11 profissionais (7 gestores, 1 supervisor e 3 contribuintes de diferentes agências financiadoras) levando os participantes a definir com suas próprias palavras PBE e a responder 5 questões semiestruturadas sobre o tema. Como resultado foi apontado que aspectos como limitação de tempo, requisitos de cotas de pacientes e falta de compreensão de pesquisas publicadas

¹ De acordo com Wright e Giovinazzo (1995), Delphi é uma técnica que busca estabelecer um consenso de opiniões em um grupo formado por especialistas sobre alguns eventos.

constituem-se como barreiras ao uso da PBE, bem como interferem na prática de citar a evidência na documentação da intervenção. Os participantes consideraram importante a comunicação da evidência nos registros referentes a intervenção quando relacionados a situações de financiamento pelo serviço prestado e/ou quando determinados pelos departamentos/instituições. Não obstante, foi apontado enquanto necessárias iniciativas organizacionais voltadas para apoiar a comunicação de evidências nos registros dos pacientes visto a não existência de modelos ou diretrizes para sua execução (DAVIS *et al.*, 2008).

Mais recentemente, o estudo *“Practice-based evidence: evaluating the quality of occupational therapy patient records as evidence for practice”*, desenvolvido por Buchanan, Jelsma e Siegfried (2016), analisou 240 registros realizados por 49 terapeutas ocupacionais atuantes em instituições de saúde de uma região da África do Sul. A auditoria nos registros foi realizada por meio do uso de um checklist formulado pelos pesquisadores e fundamentado a partir de uma revisão sistemática. O instrumento avaliativo foi composto por nove itens: Avaliação de base no nível de imparidade; avaliação inicial na atividade e nível de participação; objetivos da intervenção; base de evidências para qualquer intervenção realizada; registro de intervenção em imparidade, atividade ou nível de participação; monitoramento de alterações na condição do cliente entre dois ou mais contatos no nível de redução no valor recuperável; monitoramento de alterações na condição do cliente entre dois ou mais contatos na atividade e /ou nível de participação; reavaliação ao nível de imparidade; reavaliação na atividade e / ou nível de participação.

A pontuação estabelecida para cada item consistiu em 0 para não evidente no registro e 1 para evidente no registro, havendo também a possibilidade de se atribuir “não se aplica”. Como resultados, os autores apresentaram análises estatísticas que denotaram que os registros dos terapeutas ocupacionais continham informações sobre a intervenção (96%), acerca das mudanças ocorridas em imparidade (82%) e níveis de atividade e participação (64%), contudo limitados apontamentos sobre avaliação da linha de base (nível de imparidade: 20%; nível de atividade e participação: 10,4%) e reavaliação (nível de imparidade: 7%; nível de atividade e participação: 0,0%). É afirmado que inconsistências nas informações sobre a avaliação da linha de base e em informações referentes à reavaliação implicam em dificuldades para determinar a eficácia da assistência em terapia ocupacional. A baixa pontuação obtida na auditoria indica que os registros não contêm informações suficientes para produzir evidências robustas, sendo sinalizado pelos autores a necessidade de ser concebidas maneiras gerenciáveis de documentar a prática da terapia ocupacional (BUCHANAN; JELSMA; SIEGFRIED, 2016).

O estudo desenvolvido por McEvoy *et al.*, (2016), denominado “*How Comprehensively Is Evidence-Based Practice Represented in Australian Health Professional Accreditation Documents? A Systematic Audit*” também envolveu a análise de registros em prontuário. Foi realizada uma auditoria de registros produzidos em 11 áreas da saúde (medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, podologia, optometria, osteopatia e quiropraxia). Embasado em um modelo que explicita 5 etapas de treinamento em prática baseada em evidências (perguntar, acessar, avaliar, aplicar e reavaliar), dois examinadores identificaram, de forma independente, a ocorrência do termo evidência relacionada à “prática baseada em evidências” e as ocorrências de termos relacionados às 5 etapas preconizadas, nos documentos produzidos em serviços de saúde acreditados da Austrália. Como resultados, verificou-se que a ocorrência do termo evidência no que se refere especificamente à “prática baseada em evidências” variou nos documentos acreditados analisados de 0 (farmácia, odontologia e terapia ocupacional) à 8 (fisioterapia). Em relação às informações atreladas as 5 etapas preconizadas, constatou-se que no geral, todas as 5 etapas foram incluídas nos documentos de fisioterapia e psicologia; 4 etapas mostraram-se presentes nos documentos de medicina e optometria; 3 etapas em farmácia; 2 etapas em documentos para quiropraxia, osteopatia e podologia; e 1 etapa para a enfermagem. Não houve inclusão de termos relacionados a nenhuma das 5 etapas nos documentos de odontologia e terapia ocupacional.

- Qualidade documental

No estudo “*Documenting Progress in Home Care*” realizado por McGUIRE (1997), são realizados esclarecimentos sobre os princípios da documentação de modo que a aplicação destes possam vir a fornecer nos atendimentos domiciliares dados claros de sua eficiência e do potencial de reembolso. A apresentação dos princípios refletem padrões de excelência de documentação em Terapia Ocupacional em todos os níveis assistenciais e se resumem na necessidade de haver um enfoque de dados acerca da funcionalidade, como a explicitação dos níveis prévios, atuais e a evolução da função em relação aos objetivos do tratamento; das causas que restringem a função; informação sobre progressos, acerca de possíveis motivos de lentidão ou retrocesso nos progressos, e das expectativas do tratamento; assim como se faz necessário explicitar nível de segurança e competência para desempenho funcional; e de enfoque na descrição dos tipos de serviços especializados oferecidos.

Na Suécia, uma pesquisa qualitativa com 11 terapeutas ocupacionais atuantes na área de geriatria foi realizada com o propósito de se investigar os significados ligados ao conceito de documentação adequada, segundo o ponto de vista dos participantes. A coleta de dados consistiu na solicitação via carta para que cada terapeuta ocupacional escolhesse dois registros (1 satisfatório e 1 não satisfatório) efetivados com menos de seis meses, a ser posteriormente analisados pelo pesquisador. Após esta análise, foram realizadas entrevistas semiestruturada com os participantes com a finalidade de entender o por quê da consideração do registro indicado como satisfatório, como correto e a solicitação da descrição do que considera uma documentação adequada (PIERRE; SOON, 1999).

Como resultados, as autoras verificaram cinco contradições percebidas pelos profissionais dentro do processo de realização de documentação adequada: 1) contradições entre linguagem cotidiana e linguagem profissional; 2) entre documentação altamente estruturada e aquela que comunica uma visão global do cliente; 3) entre as exigências jurídicas e éticas e as condições do ambiente de trabalho; 4) entre as diferentes expectativas dos diversos destinatários dos registros e 5) entre raciocínio clínico de terapia ocupacional e raciocínio clínico médico. Tais dados, apesar de captados com uma amostra reduzida, são apontados pelas autoras como preocupações dos terapeutas ocupacionais em relação à documentação, sendo enfatizada a importância do esclarecimento da linguagem técnica profissional (PIERRE; SONN, 1999).

Em uma segunda publicação referente ao mesmo estudo, Pierri (2001) discorre acerca de práticas da terapia ocupacional no contexto da documentação valorizada pelos profissionais em sua rotina de trabalho, mas não inseridas nos registros. Na análise de 22 prontuários, fundamentado no código de ética e em outros documentos jurídicos suecos, associada às entrevistas com 11 profissionais participantes; verificou-se que, mesmo quando a documentação era realizada em conformidade com o processo de terapia ocupacional exigido, os profissionais poderiam apresentar-se insatisfeitos com seus registros, razão determinada por aspectos além do ético e legal.

O foco no desempenho ocupacional, estabelecimento de contato com o paciente, situações não consideradas como atendimento propriamente dito, supervisão das atividades de vida diária de modo não formal, obtenção de informações úteis ao processo terapêutico e oferta de apoio emocional foram identificadas como práticas valorizadas, mas não registradas. Como principal motivo para a não documentação destes domínios foi mencionado questões relacionadas à linguagem técnica, visto que esta ocasiona grande dificuldade nos terapeutas

ocupacionais ao nomeá-las. Neste sentido, a conclusão do estudo indica como desafio da profissão, o ato de estabelecer uma “linguagem da ocupação” (PIERRI, 2001).

Outro estudo encontrado foi desenvolvido por Hedberg-Kristensson e Iarwsson (2003) com o objetivo geral de realizar um levantamento relacionado à qualidade da documentação da terapia ocupacional, em especial acerca de prescrições de tecnologia assistiva e, cujo fim específico consistiu na comparação da qualidade documental entre dois serviços de saúde de diferentes municípios suecos com rotinas distintas de registros (manual e informatizado).

Metodologicamente, para coleta de dados foi elaborado um protocolo fundamentado em legislação local, recomendações oficiais de órgãos de saúde e da profissão e em experiências práticas em terapia ocupacional e no processo de prescrição de tecnologia assistiva. No total, 182 registros foram analisados considerando-se para avaliação itens relacionados a dados administrativos, níveis de avaliação, níveis de status (padrão funcional), níveis de análise (problemas identificados), níveis de objetivos, níveis de medidas durante o acompanhamento e níveis de resultados. Na análise verificou-se que nenhum dos dois grupos demonstrou elevado nível de qualidade na documentação, referindo ausência de registros em diferentes itens avaliados, bem como constatações de informações inconsistentes. Com relação à prescrição de tecnologia assistiva, tais registros também se apresentaram deficitários sendo explicitada a importância documental no processo de reabilitação. Enquanto apontamentos, o estudo afirma a necessidade do desenvolvimento de qualidade na documentação terapêutica ocupacional e investimento na formação dos profissionais com relação à registros eficientes (HEDBERG-KRITENSSON; IARWSSON, 2003).

No contexto sul-africano, Rischmuller e Fanzsen (2012), inicialmente explanam em seu artigo legislações voltadas aos registros realizados por terapeutas ocupacionais no âmbito da educação (o que envolve informações sobre conteúdo, finalidade e armazenamento da documentação). Pautado nas diretrizes apresentadas, a proposta do estudo consistiu no desenvolvimento de um *checklist* para auditar registros clínicos de terapia ocupacional no campo da educação, e na avaliação da qualidade de registros produzidos por terapeutas ocupacionais atuantes em escolas. O *checklist* foi estruturado por oito seções: informações pessoais, informações sócio econômicas, história clínica, dados de avaliação, dados do plano de tratamento, dados dos atendimentos, informações vinculadas a alta, e dados gerais (legibilidade, confidencialidade, uso de linguagem coloquial, gírias e abreviaturas; clareza das informações anotadas; facilidade de localização dos registros, instalações de armazenamento, métodos de descarte).

Foram avaliados 76 registros produzidos por terapeutas ocupacionais atuantes em quatro escolas, os quais foram selecionados por amostragem aleatória. A análise dos dados foi feita por estatística descritiva, sendo indicado nos resultados que nenhuma das seções analisadas obteve 100% dos itens estabelecidos/preconizados. Com exceção das informações pessoais, menos de 50% das informações das outras seções foram incluídas nos registros. Os autores expressam que registros incompletos influenciam na qualidade da intervenção prestada pelo terapeuta ocupacional, sendo destacada a dificuldade do profissional em fornecer informações sobre progressos obtidos, pontos fortes e frágeis de desempenho do aluno, informações estas, importantes e requeridas para a continuidade assistencial no ano escolar seguinte (RISCHMULLER; FANZSEN, 2012).

- Satisfação profissional

Outro eixo de discussão encontrado no âmbito internacional atrelado ao tema documental refere-se à satisfação profissional. Com enfoque na investigação de razões pelas quais terapeutas ocupacionais americanos abandonaram a profissão, o estudo *“Reasons for Attrition From Occupational Therapy”* apresenta entre seus resultados, a burocracia excessiva existente e a insatisfação na prática profissional com o preenchimento dos documentos burocráticos como motivos que influenciam o terapeuta ocupacional a deixar de exercer a profissão (BAILEY, 1990).

No estudo de Fearing (1991), denominado *“Managing paperwork: problem solving for job satisfaction”*, a autora traz apontamentos sobre a documentação clínica como uma barreira mencionada por terapeutas ocupacionais para a satisfação no trabalho. Neste sentido, é manifestada a necessidade de se entender a configuração deste problema compreendendo, por exemplo, o que abrange a sinalização de burocracia excessiva, e aspectos como clareza dos profissionais acerca da finalidade dos registros, tempo disponível para os mesmos, valorização desta tarefa, entre outros. Cabe destacar, que a autora refere em sua discussão que os terapeutas ocupacionais devem assumir a responsabilidade pelo uso de métodos de resolução de problemas para lidarem com as dificuldades decorrentes da prática da documentação e desenvolverem uma atitude mais positiva em busca da satisfação com a realização dos registros.

Vale salientar que os dois estudos, acima citados, são do início da década de 90. Sendo assim, julga-se importante apontar que tais indicadores sobre a satisfação profissional relacionada com a documentação, podem atualmente constituírem-se de modo diferente mediante fatores como: o avanço tecnológico que impulsionou a possibilidade dos registros

eletrônicos e o sancionamento e/ou revisão de diretrizes da categoria profissional voltadas a este procedimento. Tais fatores denotam a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas para melhor compreensão da relação entre satisfação profissional e documentação no contexto atual.

1.6. TERAPIA OCUPACIONAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES: CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENSINO.

No âmbito da Terapia Ocupacional, desde os primórdios da profissão, o hospital se constituiu como campo de prática. Historicamente, a profissão emergiu a partir de programas laborterápicos e recreativos nas unidades psiquiátricas, assim como de programas de reabilitação impulsionados pelo período pós-guerra mediante demandas de restauração funcional (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004). Ao longo do tempo, com a modificação nos perfis epidemiológicos, bem como com as transformações vinculadas à estruturação organizacional do hospital, da incorporação da assistência multiprofissional e de recursos tecnológicos, o terapeuta ocupacional necessitou adequar suas práticas às demandas da modernidade (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Atualmente, segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a atuação do terapeuta ocupacional no hospital volta-se “à proteção, promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e Cuidados Paliativos, do indivíduo e da coletividade, pautado na concepção de integralidade e humanização da atenção à saúde” (COFFITO, 2013, p.116).

Mediante tais transformações, nos últimos anos, a Terapia Ocupacional em contextos hospitalares vivenciou conquistas expressivas como o reconhecimento dos contextos hospitalares como uma das especialidades da profissão (Resolução COFFITO nº 371/2009), a definição das áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares (Resolução COFFITO nº 429/2013); a regulamentação acerca do registro de títulos de especialidade profissional em Terapia Ocupacional (Resolução COFFITO nº 378/2010) e o estabelecimento dos Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais (Resolução COFFITO nº 418/2012) (DE CARLO; KUDO, 2018).

Além disso, houve em agosto de 2012 a criação da Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos - ATOHOSP e o início, em 2013, das videoconferências do *Special Interest Group* (SIG) “Terapia Ocupacional em

Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos” por meio da Rede Universitária de Telemedicina (Rede RUTE), a qual tem como proposta a oferta de um espaço de trocas de experiências entre as instituições hospitalares e de ensino, visando o fomento do conhecimento científico da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares (DE CARLO; KUDO, 2018).

De Carlo *et al.*, (2018), expressam que as videoconferências em telemedicina são estratégias que auxiliam na redução de disparidades regionais no cuidado de saúde e na potencialização da educação para a saúde. As autoras também afirmam que esta ferramenta vem permitindo o desenvolvimento de melhores práticas e aproximação de atores sociais envolvidos no ensino, assistência e pesquisa em Terapia Ocupacional.

No contexto da pesquisa, em um estudo voltado a caracterização da produção científica das práticas hospitalares em Terapia Ocupacional, no período de 1990 a 2007, Galheigo e Antunes (2008) apontaram sensível aumento de artigos na área, sinalizando como desafio para os profissionais envolvidos na assistência e no ensino, a necessidade de ampliação do volume de pesquisas e publicações em periódicos indexados como caminho para potencializar a prática da terapia ocupacional nos contextos hospitalares.

No âmbito internacional, produções evidenciando a importância e eficácia do terapeuta ocupacional na assistência hospitalar já são encontradas nos últimos anos com resultados satisfatórios. Como exemplo, aponta-se o estudo realizado por Rogers *et al.*, (2016) em um serviço de saúde americano, em que foi feita análise da associação entre os gastos hospitalares por serviços específicos e taxas de reinternação ocorridas no prazo de trinta dias para quadros clínicos de insuficiência cardíaca, pneumonia e infarto agudo do miocárdio. Entre as 19 categorias analisadas, a Terapia Ocupacional foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa entre despesa adicional com taxas de reinternações menores para as três condições clínicas avaliadas, ou seja, os pacientes que foram assistidos pela Terapia Ocupacional foram àqueles que apresentaram menores índices de reinternação. Os autores explanam acerca das especificidades da atuação da Terapia Ocupacional neste campo como variáveis que possam vir a justificar os dados encontrados e direcionam apontamentos aos gestores do hospital acerca da efetividade deste serviço e dos reduzidos investimentos feitos nesta especialidade.

Outro estudo que merece destaque é o de Álvarez *et al.*, (2012), que objetivou comparar a eficácia do tratamento não farmacológico padrão com o tratamento não farmacológico padrão

acrescido de ações da terapia ocupacional no controle de *delirium* com pacientes idosos, internados em unidades de terapia intensiva. O estudo revelou que o grupo que recebeu assistência acrescida da Terapia Ocupacional apresentou menor índice de *delirium*, menor tempo de internação e níveis mais altos de independência motora na alta.

No contexto do ensino, destaca-se que a formação em Terapia Ocupacional é regida pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a qual em seu artigo 3º traz a preconização de uma formação generalista, humanista, crítico e reflexiva, ética e de apropriação dos fundamentos históricos, metodológicos e filosóficos da profissão e de seus diferentes modelos de intervenção para atuação com rigor científico e intelectual (BRASIL, 2002).

Nas DCN há a descrição das habilidades e competências gerais e específicas para formação do terapeuta ocupacional, sendo sinalizado em seu artigo 5º inciso XXX acerca da realização do estágio em diferentes equipamentos sociais e de saúde, entre eles o hospital (BRASIL, 2002).

De acordo com a resolução 429/2013 do COFFITO, que disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, o exercício do terapeuta ocupacional especialista em contextos hospitalares é condicionado minimamente ao conhecimento e domínio das áreas e disciplinas sobre processo de saúde e doença e epidemiologia; sistemas de saúde; políticas sociais de saúde, educação, trabalho e promoção social; fundamentos históricos e teóricos metodológicos da Terapia Ocupacional; atuação em equipe inter, multi e transdisciplinar; ética, bioética, cuidados paliativos e tanatologia; próteses, órteses, dispositivos de tecnologia assistiva e comunicação e acessibilidade; humanização hospitalar; procedimentos e intervenções terapêutico ocupacionais; ocupação, atividades e recursos terapêuticos; desenvolvimento ontogenético e psicossocial; ergonomia; farmacologia aplicada; suporte básico de vida; instrumentos de mensuração e avaliação relacionados ao paciente, familiares e cuidadores; princípios do tratamento quimioterápico, radioterápico, de abordagens cirúrgicas e de controle da dor; gerenciamento de serviços e gestão em saúde; medidas de controle de infecção hospitalar e biossegurança (COFFITO, 2013).

No entanto, é importante destacar que em um estudo desenvolvido por Dahdah, Frizzo e Fangel (2014) com o objetivo de caracterizar o ensino nos cursos de graduação brasileiros em relação à Terapia Ocupacional em contextos hospitalares foi verificada reduzida oferta de disciplinas específicas e práticas dentro do hospital.

Considerando uma amostra de 33 universidades, observou-se por meio da análise de documentos públicos (projetos pedagógicos, ementários ou matriz curricular) que apenas 14

curso (42%) ofereciam disciplinas referentes aos contextos hospitalares e somente 12 (36%) ofertavam atividades práticas no hospital. Apesar das limitações do estudo, os autores dentre alguns apontamentos expressam sobre a necessidade de se refletir sobre o quanto as Diretrizes Curriculares Nacionais contemplam a evolução da profissão, considerando o reconhecimento das especialidades da Terapia Ocupacional (DAHDAH; FRIZZO; FANGEL, 2014).

Para Galheigo e Angeli (2008, p.138), o ensino em Terapia Ocupacional voltado aos cuidados de pessoas hospitalizadas ainda enfrenta o desafio de “desconstruir a centralidade do ‘hospital das especialidades’ no imaginário do estudante e recolocar a atenção da Terapia Ocupacional no hospital contemporâneo, a partir do lugar da produção do cuidado em saúde.”

Nesta mesma vertente, Frizzo e Corrêa (2018) expressam que o terapeuta ocupacional deve compreender o hospital como uma unidade de cuidado, inserido em uma perspectiva mais ampla que inclui a comunidade e o ambiente no qual a pessoa está inserida, desenvolvendo um cuidado na perspectiva da clínica ampliada.

Todavia, os mesmos autores reforçam que a prática sob a perspectiva ampliada e a desconstrução do modelo institucional biomédico, “não isenta o domínio de habilidades e competências técnicas relacionadas às demandas particulares de clínicas complexas e específicas” (FRIZZO; CORRÊA, 2018, p.135).

1.6.1. REGISTRO EM PRONTUÁRIO E O PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM.

É sabido que diferentes referenciais teóricos têm sido empregados na prática da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares; todavia, almeja-se que independente do arcabouço teórico adotado, o terapeuta ocupacional apresente habilidades e competências mínimas que permitam a configuração dos domínios recomendados para a prática no âmbito hospitalar (FRIZZO; CORRÊA, 2018).

Em específico, acerca das habilidades, será pautado aqui um enfoque para a realização do procedimento do registro em prontuário.

Deste modo, julga-se relevante expressar que a *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT), organização internacional voltada à promoção e desenvolvimento da Terapia Ocupacional, recomenda dentre os padrões mínimos para educação de terapeutas ocupacionais, no eixo acerca do processo de Terapia Ocupacional, a necessidade do desenvolvimento da habilidade em executar registros com dados de avaliação, intervenção e de resultados, com aplicabilidade de conhecimentos sobre documentação e conscientização de legislação, relacionada à necessidade de confidencialidade dos dados (WFOT, 2016).

Além disso, há as diretrizes nacionais e internacionais que abordam a obrigatoriedade dos registros em prontuário conforme apresentado no item 1.4. Nesta vertente, cabe adicionar aqui o documento “*Standards for the supervision of students*” elaborado pelo *College of Occupational Therapists of Ontario*, voltado à apresentação de normas para os terapeutas ocupacionais que participam ativamente do processo de ensino através da supervisão de campo (COTO, 2011).

O objetivo deste documento é garantir que os terapeutas ocupacionais de Ontário estejam cientes dos parâmetros e padrões de práticas estabelecidos no currículo, bem como das expectativas para a supervisão com os estudantes. Destaca-se que são apresentados 10 padrões, sendo o 6º referente a manutenção dos registros (COTO, 2011).

É expresso que os terapeutas ocupacionais devem assegurar que os registros e documentos vinculados aos cuidados prestados pelos alunos estejam em conformidade com as normas vigentes, assim como é apontado acerca da necessidade do profissional revisar a documentação feita pelo aluno, a fim de garantir que esta reflita uma análise clínica precisa, ética, os progressos do paciente, as recomendações e resultados obtidos (COTO, 2011).

Delineamentos voltados ao processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário, como este elaborado pelo *College of Occupational Therapists of Ontario*, configuram-se como uma iniciativa importante, em especial ao considerarmos a sinalização de terapeutas ocupacionais brasileiros acerca do curso de graduação como principal fonte de embasamento para a prática documental (PANZERI, 2013; BOMBARDA, 2014).

Para Fearing (1993), documentar o processo de Terapia Ocupacional é uma responsabilidade profissional, contudo seu aprendizado é geralmente uma experiência desorganizada e, muitas vezes, insatisfatória para os terapeutas ocupacionais.

Buschanan; Jelsma e Siegfried (2016), afirmam frente aos índices de inconformidades nos registros em prontuário realizados por terapeutas ocupacionais, sobre a necessidade de se fortalecer a educação acerca da documentação nos cursos de graduação e pós-graduação. Os autores expressam que os estudantes de graduação precisam aprender a efetivar registros em conformidade com as diretrizes e com aspectos éticos, tendo oportunidades suficientes ao longo do processo de formação para o desenvolvimento da competência básica de redigir registros de qualidade.

Diante do exposto, considerando as evidências da prática de registros inconsistentes conforme descrição dos estudos citados no item 1.5., bem como apontamentos da necessidade de maiores investimentos no processo de educação acerca de conteúdos sobre documentação (PANZERI; PALHARES, 2013; BOMBARDA; PALHARES, 2015), formulou-se para esta

pesquisa a seguinte questão norteadora: Como se dá na graduação o processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário na área de contextos hospitalares?

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

- Identificar e compreender os processos de ensino aprendizagem do registro em prontuário no contexto hospitalar presentes nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional do Brasil.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar as estratégias empregadas pelos docentes dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares no processo de ensino aprendizagem sobre os registros em prontuário;

- Identificar as estratégias reconhecidas pelos alunos em prática de estágio profissionalizante em contextos hospitalares acerca do processo de ensino aprendizagem sobre os registros em prontuário;

- Verificar dificuldades e facilitadores do processo de ensino aprendizagem sobre registro em prontuário.

3. MÉTODO

3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantiquantitativa, exploratória e descritiva.

Para responder aos objetivos propostos, a pesquisa foi estruturada e desenvolvida em 2 estudos interligados, conforme apresentação a seguir.

3.1 ESTUDO 1 - PESQUISA DOCUMENTAL

O primeiro estudo configura-se como uma pesquisa documental, com abordagem quantitativa, descritiva.

A pesquisa documental é aquela elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico (GIL, 2002); ou seja, envolve a análise de documentos contemporâneos ou retrospectivos, cientificamente autênticos, com a finalidade de descrever ou comparar fatos sociais (PÁDUA, 1997).

Deste modo, com o intuito de avaliar o conteúdo ministrado em relação a prática de registro em prontuário nas disciplinas teóricas e de estágio profissionalizante de contextos hospitalares foi realizado um levantamento e análise de ementas referentes a essas disciplinas ofertadas nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional do Brasil.

3.1.1. PROCEDIMENTOS

3.1.1.1 Levantamento dos cursos ativos de graduação em Terapia Ocupacional no Brasil

Inicialmente foi realizada consulta no Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior por meio do sistema e-MEC (<http://emec.mec.gov.br/>). A consulta foi realizada em janeiro de 2017 e entre os filtros de busca disponíveis na plataforma, foram selecionados os itens “Instituição de Ensino Superior”, “tipo de credenciamento: presencial” e “Situação Ativa”, sendo obtida uma amostra de 65 cursos.

A partir deste levantamento buscou-se identificar informações acerca do correio eletrônico (e-mail) e contato telefônico dos respectivos departamentos/coordenação de curso nos sites das Universidades, sendo os dados organizados em planilha do Excel. Nesta etapa houve um refinamento dos dados devido a constatação de inatividade de alguns dos cursos sinalizados na plataforma e-mec como ativos sendo, portanto, a amostra identificada referente a 40 cursos nacionais de Terapia Ocupacional ativos.

3.1.1.2. Elaboração de instrumentos

Como forma de viabilizar a captação de ementas de disciplinas teóricas e de estágio profissionalizante de terapia ocupacional em contextos hospitalares foram criadas pela pesquisadora uma carta padrão e um questionário.

A carta padrão configurou-se como instrumento de convite à pesquisa destinada aos coordenadores dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional ativos no Brasil. Seu conteúdo dotou-se das seguintes informações:

- a) breve apresentação da pesquisa em que se explicitavam os objetivos do estudo e o contato da pesquisadora para o esclarecimento de quaisquer dúvidas;
- b) solicitação de preenchimento de um questionário constituído por três questões,
- c) solicitação de encaminhamento das ementas no caso do curso ofertar disciplina e/ou estágio de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares.

O questionário referido foi desenvolvido pela própria pesquisadora, contendo as seguintes perguntas:

“O curso oferece disciplina teórica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares?” - em caso afirmativo explicitar quem é o professor responsável e e-mail para contato;

“O curso oferta estágio profissionalizante em Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares?” - em caso afirmativo explicitar quem é o professor responsável e e-mail para contato; e

“No caso da oferta de estágio profissionalizante, todos ou parte dos alunos cursam o estágio de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares?”

3.1.2. COLETA DE DADOS

A coleta de dados voltada a fase de contato com as coordenações de curso ocorreu no período de março a junho de 2017, sendo encaminhada por e-mail aos coordenadores de curso a carta padrão de convite à pesquisa, cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e questionário.

Somente para os cursos que realizaram devolutivas sinalizando a oferta de disciplinas teóricas e/ou de estágio profissionalizante, contudo, sem o envio de suas respectivas ementas, foram realizadas buscas nos sites institucionais no intuito de localizá-las.

Foram adotados como critérios de exclusão as ementas referentes às atividades teórico práticas e àquelas que não apresentaram como enfoque primário o ensino prático da atuação da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares.

3.1.3. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilha no Excel e as ementas obtidas foram impressas e organizadas em pastas distintas classificadas em teóricas e de estágio profissionalizante.

Foram efetivadas leituras das ementas na íntegra e realizada análise por estatística descritiva, a qual consiste em um resumo das principais características de um conjunto de dados, por meio de tabelas, gráficos e índices numéricos (GUIMARÃES, 2008).

3.2 ESTUDO 2 - PESQUISA DE CAMPO

Para o aprofundamento dos resultados obtidos no estudo 1, através dos atores envolvidos no processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário na área de Terapia Ocupacional em contextos hospitalares, foi realizada uma pesquisa exploratória, de abordagem mista.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas exploratórias são realizadas, em especial, com temas poucos explorados, cujo objetivo deve consistir na aquisição de visão geral de determinado fato, propiciando proximidade com o foco investigado.

Já o emprego de métodos mistos consiste no procedimento de coleta, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa, com o pressuposto de que a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas (CRESWELL, 2007).

3.2.1. PARTICIPANTES

Foram considerados participantes elegíveis para esta pesquisa os docentes responsáveis por disciplinas teóricas e de estágio profissionalizante em contextos hospitalares dos cursos de Terapia Ocupacional ativos do Brasil, bem como os alunos em prática de estágio profissionalizante em Terapia Ocupacional nos contextos hospitalares.

Foram excluídos docentes responsáveis por disciplinas teórico práticas e os que apontaram não estar mais como responsáveis pelas disciplinas teóricas e/ou de estágio profissionalizante. Também foram excluídos os alunos que manifestaram estar em estágio

profissionalizante referente a outra especialidade, mas fazendo uso do hospital enquanto equipamento de atuação.

3.2.2. INSTRUMENTOS

Como instrumentos foram desenvolvidos pela pesquisadora dois questionários, sendo um voltado aos docentes e outro aos alunos em prática de estágio profissionalizante.

A estruturação de ambos os questionários consistiu em 4 partes, as quais no geral, visaram a caracterização dos participantes e compreensão acerca do processo de ensino aprendizagem do procedimento do registro em prontuário (APÊNDICE A e B).

Em específico, a parte I do instrumento envolveu questões abertas e fechadas voltadas a identificação de dados do perfil dos participantes. A parte II, composta exclusivamente por questões abertas, voltou-se a compreensão acerca da finalidade dos registros e seu processo de ensino aprendizagem na graduação. A parte III e IV pautaram-se na identificação de conhecimentos dos participantes acerca de aspectos da documentação e nas estratégias de ensino aprendizagem empregadas/reconhecidas no processo de formação. Todavia, a parte III configurou-se na apresentação de afirmações para sinalização dos participantes quanto ao seu nível de concordância, enquanto que a parte IV estruturou-se em questões de múltiplas escolhas.

O delineamento de ambos os instrumentos foi fundamentado nas diretrizes nacionais e internacionais da profissão acerca do registro em prontuário, em levantamento bibliográfico sobre o tema e em experiências profissionais da pesquisadora.

3.2.2.1 Submissão dos instrumentos a juízes

Após elaboração dos questionários, estes foram encaminhados para a avaliação de seis juízes.

Os critérios de seleção, para convite aos juízes, envolveram a escolha de terapeutas ocupacionais experientes de diferentes regiões do país, atuantes em hospitais ou na docência no contexto hospitalar, com enfoque na área de infância e na área adulto/idoso.

O convite aos juízes ocorreu por meio de e-mails, sendo a partir da sinalização de aceite encaminhado-lhes os dois instrumentos desenvolvidos pela pesquisadora e orientações referentes à análise de índices como: clareza das questões, coerência com os objetivos da pesquisa, linguagem, conteúdo e formato do instrumento.

Dos seis juízes convidados, cinco manifestaram aceite. Destes, quatro realizaram sugestões de adequações, as quais perpassaram por reformulações de escrita da pergunta para melhor entendimento do participante, inclusão de questões e de novas opções nas alternativas.

Considerando as sugestões, os instrumentos foram ajustados pela pesquisadora e discutidos com um estatístico para avaliação da estruturação do questionário frente ao alcance da análise pretendida. Posteriormente, os instrumentos foram sistematizados em plataforma virtual (*Google Docs*) para viabilização da coleta de dados de modo *online*.

3.2.2.2 Pré-teste dos instrumentos

Para assegurar a funcionalidade e precisão dos instrumentos, após sistematização em plataforma virtual, efetivaram-se testes pilotos com os questionários.

Segundo Gil (2002), é necessário o procedimento do pré-teste dos instrumentos utilizados em pesquisa de campo, sejam estes formulários, questionários, entrevistas ou escalas de observação. A preconização do pré-teste dos instrumentos volta-se ao desenvolvimento dos procedimentos de aplicação, à avaliação do vocabulário empregado, assim como visa assegurar que as questões elaboradas mensuram o que se pretende medir.

Os pré-testes foram realizados pela pesquisadora, orientadora e por alunos voluntários do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, não sendo constatadas necessidades de ajustes vinculados a conteúdos, configurações das questões e funcionalidade.

3.2.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

É importante mencionar que este estudo foi desenvolvido considerando-se as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sendo aprovado de acordo com parecer nº 1.894.915 (ANEXO A).

Destaca-se que no momento da coleta de dados, ao acessar o *link* do questionário, os participantes deparavam-se inicialmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado como pré-requisito para preenchimento do instrumento e participação na pesquisa. É importante salientar, que o TCLE envolveu informações acerca dos objetivos do trabalho, características das perguntas, não ressarcimento pela participação, possibilidade de interromper o questionário sem implicações de prejuízos pessoais, garantia de sigilo nominal,

bem como sinalizava contato telefônico e eletrônico da pesquisadora para àqueles que desejassem maiores esclarecimentos.

3.2.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados com os docentes ocorreu no período de 08 de fevereiro à 30 de abril de 2018.

O contato com os participantes da categoria docente ocorreu por e-mail a partir das indicações das coordenações de curso realizada no estudo 1 (pesquisa documental).

A mensagem convite explicitava os objetivos do estudo, indicava o número do parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa e apresentava o *link* de acesso ao questionário *online*.

A coleta com os participantes da categoria alunos foi efetivada no período de 05 de abril à 30 de maio de 2018. Como procedimento de convite aos participantes foi realizado envio de e-mail as coordenações dos cursos de Terapia Ocupacional ativos no Brasil solicitando o repasse da mensagem convite ao grupo de alunos que estivessem, no momento, realizando prática de estágio profissionalizante em Terapia Ocupacional nos contextos hospitalares.

A mensagem convite foi similiar a dos docentes, envolvendo informações acerca dos objetivos do estudo, indicação do número do parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa e *link* de acesso ao questionário *online*.

Frente a baixa participação de alunos, optou-se em complemento, pela divulgação da pesquisa em grupos específicos de Terapia Ocupacional em contextos hospitalares nas redes sociais com o intuito de ampliar a amostra de estudantes. Nesta divulgação em mídia foi utilizada a mesma mensagem convite disparada por e-mail.

3.2.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo para as informações provenientes das questões abertas e técnica de estatística descritiva para os dados referentes a questões fechadas.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2010), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) refere-se a uma técnica voltada à pesquisa empírica que fundamenta-se na teoria de representação social.

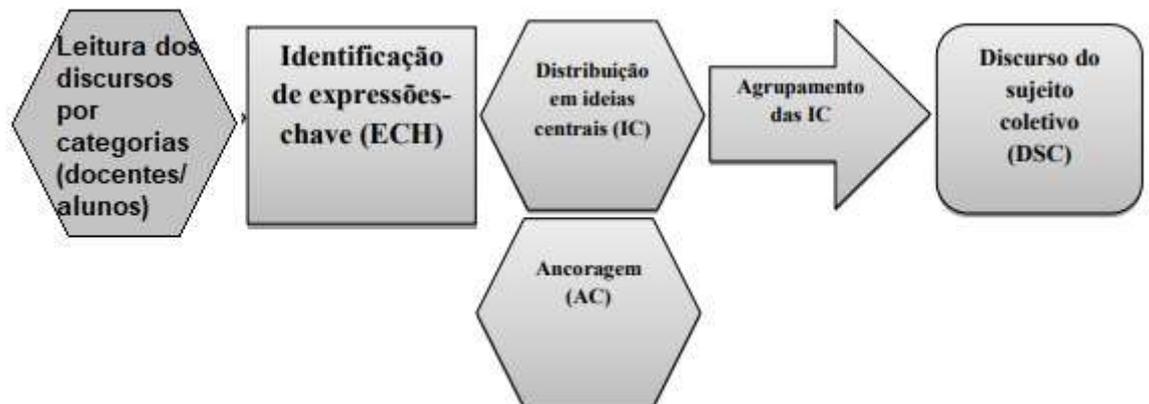
O método do DSC consiste na tabulação e organização de dados qualitativos em um discurso-síntese desenvolvido a partir de uma série de procedimentos sistemáticos e padronizados sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais, gerando no fim do processo, depoimentos coletivos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

O depoimento coletivo consiste em um discurso síntese redigido em primeira pessoa do singular e composto por expressões chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

As expressões chave (ECH) representam trechos que revelam a essência do conteúdo do depoimento. A ancoragem (AC) consiste na expressão de uma dada teoria ou ideologia declarada pelo autor do discurso, utilizada como uma afirmação qualquer. Já a ideia central (IC) se refere a expressão linguística que descreve de modo sintético o sentido da ECH, devendo-se fazer o agrupamento das ideias centrais semelhantes em uma única ideia central que também pode ser denominada por categoria (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Deste modo, as respostas provenientes das questões abertas foram lidas uma a uma e trabalhadas por categorias (de docentes e de alunos). A partir das leituras das repostas de cada categoria foram identificadas as expressões chaves e então sua ideia central ou ancoragem, que quando agrupadas, deram origem aos discursos do sujeito coletivo.

Figura 1. Etapas para a construção do DSC



Fonte: Figura adaptada do livro Lefèvre e Lefèvre (2010).

Os dados provenientes das questões fechadas foram trabalhados por análises estatísticas, tanto para a amostra de docentes como para a de alunos. Estas questões fechadas têm como

respostas indicadores compostos por categorias em que os participantes responderam “não” ou “sim”, sendo atribuídos os valores de “0” e “1” respectivamente.

Cabe ressaltar que nesta pesquisa os itens provenientes das questões fechadas representaram indicadores do perfil dos participantes e acerca do processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário no âmbito da graduação em Terapia Ocupacional nos contextos hospitalares. Sendo assim, os itens foram avaliados por estatísticas descritivas de frequências, absoluta (n) e relativa (%).

Já os indicadores compostos por categorias que estabeleceram uma relação de ordem, em que a resposta configurava-se em “discordância total”, “discordância parcial”, “indiferença”, “concordância parcial” e “concordância total”, foram atribuídos valores de 1 a 5 respectivamente. Estas questões, com respostas ordinais, corresponderam aos itens Likert (LIKERT, 1932) do questionário e a soma das respostas de todos os itens Likert correspondeu à escala Likert.

Os itens Likert avaliaram o nível de concordância das respostas com as afirmações apresentadas, sendo delineada a partir da estruturação do instrumento a análise de quanto maior o nível de concordância obtido, melhor a avaliação do processo de ensino aprendizagem. Para tanto, uma maior escala neste estudo é fator indicativo de conformidade do processo de ensino aprendizagem.

A escala de Likert (soma dos itens Likert) pode ser padronizada entre 0 e 100 e assim nomeada score, o qual quanto mais próximo de 100 indica maior conformidade do processo de ensino aprendizagem em relação aos aspectos preconizados.

Em específico, para avaliação da confiabilidade da escala Likert foi realizada análise de consistência interna, pela qual foi possível identificar itens inconsistentes com a escala pelo coeficiente alfa de Crombach (PEREIRA, 1999). O coeficiente alfa de Crombach pode ser interpretado como um coeficiente de correlação ao quadrado entre os itens e a escala, pois varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1 melhor a confiabilidade.

Deste modo, o alpha obtido para a escala de docentes foi igual à 0,633 (indicativo de moderada confiabilidade) e o alpha obtido para a escala dos alunos foi concernente à 0,731 (indicativo de confiabilidade alta). A retirada dos três primeiros itens do instrumento indicava aumento do valor do coeficiente alpha, tanto para os docentes como para os alunos, porém somente o item 2 apresentou maior impacto na confiabilidade da escala de Likert,

principalmente para os docentes, em que o alpha aumentou de 0,633 para 0,735 sugerindo alta confiabilidade da escala com a exclusão apenas do item 2 (para alunos alpha aumentou de 0,731 para 0,771).

Tabela 1: Resultados acerca da análise de consistência interna - docentes.

Item	Correlação	Alpha se o item
		for excluído
Todas as intervenções devem ser registradas. (intervenções= atendimento direto, orientações, contato com equipe, contato telefônico para encaminhamento, etc).	0,587	0,636
O ato da documentação em prontuário é um procedimento normativo que não interfere no nível de satisfação profissional.	0,400	0,735
A graduação deve contemplar o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	0,452	0,657
A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	0,832	0,464
Os alunos, ao fim do curso de graduação, demonstram apropriação sobre as informações que devem compor os registros em prontuário hospitalar.	0,801	0,504
Na graduação são apresentadas as diretrizes de terapia ocupacional referentes ao registro em prontuário.	0,723	0,558
Os registros realizados pelos alunos estagiários permitem à equipe hospitalar compreender as ações que estão sendo desenvolvidas e seus objetivos.	0,566	0,621
Os métodos empregados para o ensino do registro em prontuário ocorrem na graduação tanto nas disciplinas teóricas como nas disciplinas práticas.	0,617	0,577
Alpha de Cronbach = 0,633 com a exclusão do item 2 o Alpha de Cronbach = 0,735		

Tabela 2: Resultados acerca da análise de consistência interna - alunos.

Item	Correlação	Alpha se o item
		for excluído
Todas as intervenções devem ser registradas.	0,290	0,743
O ato da documentação é um procedimento normativo que não interfere no nível de satisfação profissional.	0,306	0,771
A graduação deve contemplar o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	0,486	0,740
A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	0,637	0,684
Possuo apropriação acerca das informações que devem compor o registro em prontuário hospitalar.	0,615	0,673
Na graduação são apresentadas as diretrizes da terapia ocupacional referentes ao registro em prontuário.	0,420	0,712

Os registros que você realiza no prontuário permitem à equipe hospitalar compreender as ações que estão sendo desenvolvidas pela TO e seus objetivos.	0,481	0,706
Os métodos empregados para o ensino do registro em prontuário ocorrem na graduação tanto nas disciplinas teóricas como nas disciplinas práticas.	0,540	0,715
O preceptor/professor lê o registro que faço, valida o mesmo e assina o prontuário.	0,712	0,706
O preceptor dá devolutivas sobre os registros feitos, orientando no que é possível melhorar e no que é necessário adequar.	0,699	0,707
Estou satisfeito com os registros que realizo na minha prática como aluno no contexto hospitalar.	0,656	0,683
Estou satisfeito com a orientação e o respaldo que me são dados no que concerne aos registros que tenho realizado.	0,582	0,702

Alpha de Cronbach = 0,731 com a exclusão do item 2 o Alpha de Cronbach = 0,771

Diante do exposto, a análise dos dados provenientes pela escala de Likert foi realizada com a exclusão do item 2.

Para a investigação da ocorrência de associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-Quadrado, realizado através do *software* IBM SPSS Statistics versão 22. Para afirmar a ocorrência de associações considera-se que as relações entre as variáveis apresentem o valor designado por “p” menor que 0,05 ($p < 0,05$).

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos serão descritos separadamente por estudos, sendo o primeiro referente à apresentação de dados oriundos da pesquisa documental (item 4.1) e, o segundo, concernente a pesquisa de campo (item 4.2).

Em específico, na apresentação do estudo de campo (item 4.2), a descrição das informações dos dados coletados com docentes e alunos será apresentada de modo concomitante, para melhor visualização das semelhanças e/ou diferenças presentes nas respostas dos atores envolvidos no processo de ensino aprendizagem.

4.1. ESTUDO 1 - PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental teve como principal proposta avaliar o conteúdo ministrado em relação à prática de registro em prontuário nas disciplinas teóricas e de estágio profissionalizante de contextos hospitalares, ofertadas nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional do Brasil.

Dos 40 cursos contatados, 24 (60%) ofertaram devolutivas efetivando participação na pesquisa.

Houve instituições que sinalizaram ofertar mais de uma disciplina teórica e de estágio profissionalizante em contextos hospitalares, fator que gerou inicialmente uma amostra composta por 32 ementas. Contudo, mediante os critérios de exclusão do estudo a amostra final consistiu em 28 ementas, sendo 12 referentes à estágio profissionalizante e 16 às disciplinas teóricas.

Dos 24 cursos respondentes, 45,9% foram representados por instituições federais seguidas por 41,6% de instituições privadas. Metade da amostra (54,2%) consistiu em cursos localizados na região sudeste.

Tabela 3- Caracterização geral dos cursos participantes da pesquisa.

Curso de Graduação em TO	N (24)		%
Caráter Institucional	Federal	11	45,9
	Estadual	3	12,5
	Privada	10	41,6
Localização Institucional	Norte	2	8,3
	Nordeste	1	4,2
	Centro-Oeste	1	4,2
	Sudeste	13	54,2
	Sul	7	29,1
Oferta disciplina de TO Hospitalar	Sim	13	54,2
	Não	11	45,8
Oferta estágio de TO Hospitalar	Sim	17	70,8
	Não	7	29,2
Quantitativo de alunos que cursam o estágio	Parte dos alunos	9	53
	Todos os alunos	8	47
Carga horária da disciplina teórica*	30 à 50 hs	7	43,7
	51 à 75hs	6	37,5
	Não informado	3	18,8
Carga horária de estágio**	240 à 300hs	3	25
	301 à 400hs	4	33,3
	401 à 420hs	1	8,4
	Não informado	4	33,3

*Das 13 instituições que afirmaram ofertar disciplina teórica, houve por alguns cursos menção e envio de mais de uma ementa, por isso o nº de ementas obtidas corresponde a 16.

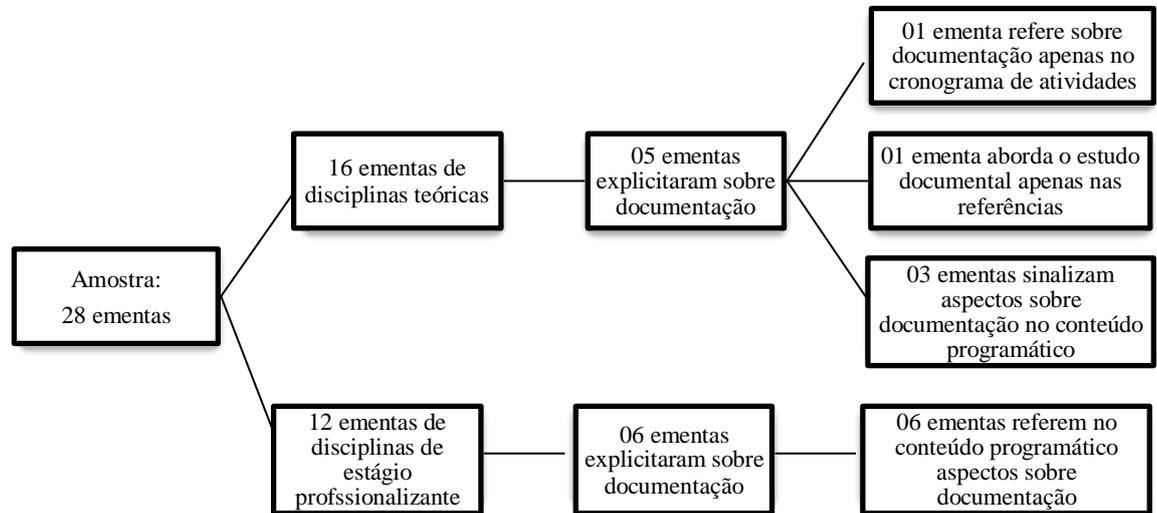
**Apesar da afirmação de 17 instituições sobre oferta de estágio, foram obtidas apenas 12 ementas.

Observou-se que apenas metade dos cursos indicou ofertar disciplinas teóricas de contextos hospitalares (54,2%), as quais apresentaram variação entre a carga horária mínima em 30 horas e máxima em 75 horas, o que consiste em média uma oferta de aproximadamente 46 horas/semestral e mediana correspondente a 45 horas.

Já concernente a carga horária de estágio profissionalizante, verificou-se 240 horas como mínimo e 420 horas como máximo ofertado, o que envolve uma média de 332 horas/semestral e mediana correspondente a 367 horas.

Em específico, sobre conteúdos vinculados à documentação, constatou-se que reduzido número de ementas (n=11) abordaram aspectos referentes a esta temática, conforme explicitado no fluxograma 1.

Fluxograma 1. – Síntese da análise das ementas em relação ao tema documentação.



Os conteúdos encontrados sobre documentação passaram por protocolos padronizados, emissão de relatórios e registro em prontuário, conforme detalhado no quadro 1.

Quadro 1 – Detalhamento do conteúdo sobre documentação nas ementas de disciplinas teóricas e de estágio profissionalizante.

N (5)	Disciplinas Teóricas
ET1	Não apresentou no conteúdo programático, bem como nas referências bibliográficas, conteúdo vinculado a documentação. Contudo, no cronograma de atividades anexado à ementa, constatou-se uma aula específica sobre “Protocolos de atendimento em TO, postura ética e profissional, gestão, indicadores de produtividade e registro em prontuário”.
ET2	Foi encontrado apenas nas referências bibliográficas indicação da Resolução 415 do COFFITO, a qual dispõe sobre o registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional.
ET3	Apresentou como um dos tópicos de ensino “protocolos de tratamento em Terapia Ocupacional”. Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.
ET4	Explicitou no conteúdo programático “procedimentos de anamnese, planejamento, intervenção, atividades terapêuticas e elaboração de relatórios”. Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.
ET5	Apresentou como um dos objetivos de ensino aprendizagem “avaliar e monitorar as necessidades do paciente em contextos hospitalares por meio de anamnese, roteiros avaliativos e protocolos padronizados”. Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.
N (6)	Disciplinas de Estágio Profissionalizante
EP6	O programa de ensino explicitou em um de seus itens “elaborar relatórios e documentação de quadros clínicos”, “Realizar registros de dados e relatórios”. Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.
EP7	Apresentou no tópico referente as atividades a ser desenvolvida pelo aluno “elaboração de relatórios”. Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.

EP8	<p>Apresentou como tópico de ensino “Registros de procedimentos” e “Documentação Clínica”. Sinalizou como procedimento didático a “Orientação para elaboração da documentação do processo de Terapia Ocupacional”.</p> <p>Descrito como atividade do estagiário “o registro relativo à intervenção terapêutico ocupacional individual ou grupal”, “o registro de procedimentos realizados pelo serviço de TO do hospital” e “a elaboração de relatórios”.</p> <p>Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.</p>
EP9	<p>Apresentou como um dos objetivos da disciplina “possibilitar o exercício autônomo para elaboração de registros em prontuário e emissão de relatórios”, “capacitar o aluno a realizar registros em prontuário de modo claro, ético e completo, estimulando a percepção da importância documental”.</p> <p>Descrito como parte das atividades a ser desenvolvida pelo aluno “elaboração de relatórios e registro em prontuário”.</p> <p>Apresentado nas referências bibliográficas textos específicos sobre documentação clínica e indicação da resolução 415 do COFFITO, a qual dispõe sobre o registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional.</p>
EP10	<p>Explicitou como uma das habilidades a ser desenvolvida pelo aluno: “emitir laudos, pareceres, atestado e relatórios”.</p> <p>Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.</p>
EP11	<p>Apresentou como uma das atividades a ser desenvolvida pelo aluno: “Elaborar relatórios evolutivos e de reavaliação com linguagem técnica, clara e objetiva”, “manter registros dos atendimentos em dia”.</p> <p>Não identificado nas referências bibliográficas textos específicos sobre o tema.</p>

ET = ementa de disciplina teórica EP= ementa de disciplina de estágio profissionalizante

Das 16 ementas referentes às disciplinas teóricas de contexto hospitalar, 5 explicitaram conteúdo sobre documentação. Destaca-se que 3 abordaram como tópico de ensino a apresentação de protocolos e 2 ementas mencionaram sobre o registro em prontuário, sendo 1 menção em cronograma de aula junto com outras temáticas e 1 menção apenas nas referências.

Já concernente às disciplinas de estágio (n=12), 6 ementas apresentaram conteúdos sobre documentação, sendo mencionados por 4 delas o registro em prontuário como atribuição do aluno. Ainda 4 das 6 ementas também explicitaram sobre a emissão de relatórios, contudo não foi possível, pela leitura, discriminar se referem a relatórios de ensino aprendizagem a serem entregues ao docente supervisor ou se correspondem a relatórios voltados aos pacientes (componente que integra a documentação hospitalar).

Entendendo que a elaboração de registros está, também, diretamente vinculada à fundamentação do raciocínio clínico profissional, a efetivação do diagnóstico terapêutico ocupacional e ao conhecimento acerca de legislações que regem o ato da documentação, julgou-se importante a análise acerca destes conteúdos nas ementas, sendo os achados apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Detalhamento da apresentação de temas que compõem o ensino aprendido do registro em prontuário.

TEMA	N (16)*	N (12)**	DESCRIÇÃO
Raciocínio clínico profissional	5	3	03 disciplinas de estágio explicitaram sobre o raciocínio clínico dentro do tópico objetivos da ementa: “Discutir o raciocínio clínico no processo terapêutico”, “propiciar ao aluno desenvolvimento de seu raciocínio clínico” “capacitar o aluno a utilizar o raciocínio clínico nas diferentes etapas do processo terapêutico”. Em relação a disciplinas teóricas, 03 ementas apresentaram este conteúdo no eixo de habilidades e competências: “desenvolvimento do raciocínio clínico” e 02 ementas apresentaram como objetivo de ensino: “instrumentalizar o estudante para desenvolver o raciocínio clínico”, “estimular o raciocínio clínico”.
Diagnóstico ocupacional	0	1	Não foi encontrada explicitações deste tema nas ementas referentes a disciplinas teóricas. Nos documentos referentes as disciplinas práticas, apenas 01 ementa descreveu como objetivo “capacitar o aluno desde a elaboração do diagnóstico físico ocupacional até a eleição e execução de procedimentos terapêuticos pertinentes a cada situação”.
Legislações COFFITO	3	2	Em relação as disciplinas práticas, apenas 01 ementa mencionou em específico a resolução 415 nas referências e 01 ementa sinalizou como tópico de seu conteúdo programático “Legislação Sistema COFFITO/CREFITO” e “Procedimentos da ABRATO”; contudo sem indicações de legislações nas referências. Nas disciplinas teóricas 03 ementas abordaram o tema, contudo de modo distinto, a saber: a)apresentou como um dos objetivos o ensino acerca das legislações e normas para atuação da TO no contexto hospitalar, sem indicações nas referências, b) Sem explicitações na ementa, contudo nas referências apontava inúmeras indicações de resoluções e portarias da profissão, c) não citou na ementa nem nas referências este conteúdo, porém no cronograma de atividades constava uma aula sobre legislações vigentes.

* referente a disciplinas teóricas

** referente a estágio profissional

4.2. ESTUDO 2 - PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo buscou compreender os processos de ensino aprendizagem do registro em prontuário no contexto hospitalar, presentes nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional do Brasil, sob a ótica dos docentes e alunos.

Para tanto, a seguir serão apresentados os resultados que perpassam pela caracterização dos participantes e pelas informações do processo de ensino aprendizagem acerca da documentação analisadas pelo discurso do sujeito coletivo e por estatísticas descritivas.

4.2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A partir das 24 devolutivas realizadas pelas coordenações dos cursos de graduação de Terapia Ocupacional participantes no estudo 1, foram identificados 35 docentes responsáveis por disciplinas teóricas e/ou disciplinas de estágio profissionalizantes na área hospitalar.

Contudo, no envio do convite de participação à pesquisa, houve 03 devolutivas de participantes que manifestaram não estar mais envolvidos com a docência ou com disciplinas da área de contextos hospitalares, sendo a amostra potencial vislumbrada para esta etapa da pesquisa correspondente a 32 docentes.

Houve devolutiva de 15 docentes, sendo a caracterização dos participantes exclusivamente feminina, com média de idade de 45 anos (sendo a menor idade 29 e a maior 61) e tempo médio de formação de 22 anos (variável de 7 a 41 anos). A média do tempo de experiência na docência consistiu em 11 anos (variando entre 10 meses e 40 anos) e a média do tempo de experiência na área hospitalar (considerando docência e prática profissional) foi equivalente a 10 anos (sendo mínimo 3 meses e máximo de 38 anos).

Tabela 5: Caracterização dos docentes participantes.

Características	N (15)	%	
Faixa etária	25 - 30 anos	1	6,7
	30 - 40 anos	6	40
	41 - 50 anos	3	20
	51 - 60 anos	4	26,6
	Acima de 60 anos	1	6,7
Tempo de formação	5 - 10 anos	2	13,3
	11 - 20 anos	6	40
	21 - 30 anos	2	13,3
	31 - 40 anos	4	26,6
	Acima de 40 anos	1	6,7
Tempo na docência	Menos de um ano	2	13,3
	1 - 5 anos	2	13,3
	6 - 10 anos	6	40
	11 - 15 anos	1	6,7
	16 - 30 anos	2	13,3
	Acima de 30 anos	2	13,3
Tempo de atuação na área hospitalar	Menos de 1 ano	1	6,7
	1 - 5 anos	4	26,6
	6 - 10 anos	4	26,6
	11 - 15 anos	4	26,6

	16 - 30 anos	1	6,7
	Acima de 30 anos	1	6,7
Instituição de ensino	Estadual	1	6,7
	Federal	9	60
	Privada	5	33,3

Em relação à caracterização dos alunos participantes, a amostra final envolveu 33 estagiários de Terapia Ocupacional em contextos hospitalares. O perfil apresentado pelos alunos participantes foi de predominância feminina (94%), média de idade de 28 anos (dp=10), sendo o mais novo com 21 anos e o mais velho com 54 anos. A maioria dos alunos sinalizou vinculação com instituições federais (63,6%).

Tabela 6. Caracterização dos alunos participantes.

Características		N (33)	%
Sexo	Feminino	31	94
	Masculino	2	6
Faixa etária	20 - 25 anos	21	63,6
	26 - 30 anos	5	15,2
	31 - 40 anos	3	9,1
	Acima de 40 anos	4	12,1
Instituição de Ensino	Federal	21	63,6
	Estadual	9	27,3
	Privada	3	9,1

4.2.1.1. Informações prévias do processo de ensino aprendizagem acerca da documentação em Terapia Ocupacional em contextos hospitalares.

Foi verificado que 69,7% (n=23) dos alunos participantes relataram ter tido disciplina teórica de contextos hospitalares e, destes, 26,1% (n=6) afirmaram que na disciplina não foram ofertados conteúdos sobre a prática de registro em prontuário.

Salienta-se que 78,8% da amostra (n=26) já haviam efetivado estágios prévios em outras áreas, e que, no estágio atual de contextos hospitalares, 21,2% (n=7) indicaram ter acesso ao prontuário apenas para leitura.

Tabela 7. Aspectos vinculados ao processo de ensino aprendizagem em Terapia Ocupacional em contextos hospitalares.

Características		N (33)	%
Oferta de disciplina teórica de contextos hospitalares	Sim	23	69,7
	Não	10	30,3
Oferta de conteúdos sobre registro em prontuário na disciplina teórica de contexto hospitalar	Sim	17	73,9
	Não	6	26,1
Estágio atual de contexto hospitalar se configura como seu primeiro estágio profissional	Sim	7	21,2
	Não	26	78,8
Possui professor supervisor de estágio	Sim	33	100
	Não	0	0
Possui preceptor de estágio	Sim	26	78,8
	Não	7	21,2
Cenários de atuação do estágio hospitalar *	Enfermarias	25	75,8
	UTIs	2	6,1
	Urgência e emergência	2	6,1
	Ambulatório	8	24,3
	Atenção domiciliar	1	3
Acesso ao prontuário do paciente	Sem acesso	0	0
	Acesso apenas para leitura	7	21,2
	Acesso para leitura e registro dos atendimentos	26	78,8
Tipo de prontuário existente no hospital	Em papel	8	24,2
	Eletrônico	13	39,4
	Misto	12	36,4

*Participantes mencionaram mais de um cenário de prática

Observou-se escassa inserção dos alunos na prática em contextos de alta complexidade no âmbito hospitalar, como em unidades de terapia intensiva e de emergência e urgência.

4.2.2. RESULTADOS QUALITATIVOS

Neste subtópico serão apresentados os resultados provenientes das questões abertas, que visaram compreender a ótica dos participantes acerca da finalidade, conteúdo e processo de ensino aprendizagem da documentação. Cabe lembrar que as respostas foram analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo.

Inicialmente, os docentes foram questionados se consideraram importante ensinar sobre o registro em prontuário. Em sua totalidade, todos os docentes afirmaram que sim, sendo as justificativas desta importância pautadas em 4 ideias centrais:

- Importância do ensino do registro associado à concepção deste ser um dos aspectos que compõem as competências e habilidades da profissão.

DSC docentes - *“O registro em prontuário é uma das competências e habilidades necessárias para a atuação profissional do terapeuta ocupacional em contextos hospitalares, por isso, ensinar a forma de registrar é essencial. O ensino do registro em prontuário estimula o pensamento crítico e reflexivo sobre o raciocínio clínico relativo à ação exercida e desenvolve as habilidades do estudante de comunicar e registrar o atendimento realizado. Dessa forma, é necessário o conhecimento e treinamento destas habilidades, desde as disciplinas de graduação.”*

- Importância do ensino do registro associado à percepção de múltiplas finalidades da documentação.

DSC docentes - *“O registro possibilita levantamentos necessários para o serviço, na busca de indicadores de qualidade da assistência e faturamento dos procedimentos. Possibilita o desenvolvimento das pesquisas científicas da área e favorece a resguarda legal de eventuais processos de auditoria interna e externa. Por isso, toda prática e intervenção deve ser documentada e bem redigida, é um registro da intervenção feita, e sem o registro é como se não tivesse sido feita.”*

- Importância do ensino do registro associado ao reconhecimento deste ser um instrumento assistencial.

DSC docentes - *“Considero importante o ensino do registro, pois o prontuário é um instrumento importante para acompanharmos a evolução do que está sendo trabalhado na terapia ocupacional, é uma ferramenta que mantém preservado o histórico da moléstia atual e conduta destinada ao paciente. É por meio de um registro preciso de seus procedimentos e ações que o terapeuta ocupacional possibilita o seguimento correto da assistência ao paciente.”*

- Importância do ensino do registro atrelado a ótica do prontuário como um recurso de divulgação do trabalho e de comunicação com a equipe.

DSC docentes – *“Precisamos deixar claro o objeto da TO para que os outros profissionais possam se apropriar do que estamos fazendo com o paciente. Quanto melhor os registros forem realizados, melhor a intervenção da Terapia Ocupacional será vista pela equipe inter e multidisciplinar. Sendo assim, no hospital-escola, o prontuário torna-se essencial para a divulgação da profissão, haja vista a grande quantidade de estudantes de graduação e pós-graduação de várias áreas da saúde. Informar os demais profissionais do que está sendo trabalhado, como o paciente reage, preocupações, suspeitas e alertas sobre alguma condição percebida pelo terapeuta ocupacional, possibilita uma comunicação mais efetiva entre os membros da equipe, pois esta passa a compreender melhor as intervenções do terapeuta ocupacional.”*

Docentes e alunos foram questionados em relação à finalidade dos registros em prontuário, evidenciando em comum, entendimento relacionados a 3 ideias centrais:

- Finalidade de explicitar informações básicas do processo assistencial.

DSC docentes - *“É por meio de um registro preciso de seus procedimentos e ações que o terapeuta ocupacional possibilita o seguimento correto da assistência ao paciente. Deste modo, é necessário registrar a evolução do tratamento do paciente, os objetivos das ações realizadas durante o atendimento, dados clínicos, histórico ocupacional, impressões e procedimentos da área de Terapia Ocupacional, visando o acompanhamento da evolução do paciente. O ato de manter documentado o atendimento oferta subsídios para a compreensão da evolução do tratamento e auxilia o próprio terapeuta no percurso de sua atuação.”*

DSC alunos - *“Penso que a finalidade do registro é deixar documentado tudo sobre o atendimento, todos os procedimentos realizados, conduta traçada no plano terapêutico para conhecimento de ganhos ou não com as intervenções. É importante discorrer sobre o estado geral do paciente (físico, cognitivo, emocional, mental), notificar informações relevantes da história clínica, observações complementares, avaliações, objetivos, tipo de abordagem, projeto terapêutico, as atividades realizadas pelo paciente, uma análise de como ele procedeu e do que foi alcançado. O registro de tais informações possibilita evidenciar o processo de internação e respaldar a intervenção.”*

- Finalidade de comunicação entre os profissionais.

DSC docentes - *“Acredito que o registro tem por finalidade possibilitar a circulação de informações entre os membros da equipe multiprofissional. Ele permite à equipe o acesso às informações, possibilitando uma comunicação formal entre os profissionais, discussão de casos e nivelamento de entendimento do quadro clínico. Por isso, o registro feito de forma adequada permite uma melhor comunicação entre a equipe multi dentro dos contextos hospitalares, assim como divulga o trabalho da TO, possibilitando melhor visibilidade da profissão perante às equipes de trabalho.”*

DSC alunos - *“O registro tem por finalidade disponibilizar informações para os outros profissionais acerca das condições clínicas do paciente no momento da abordagem e sobre o que foi realizado, ou seja, auxilia na compreensão de outros profissionais sobre minha conduta com o paciente. O prontuário funciona como um centralizador de informações acerca do percurso do paciente na instituição, apresenta evolução de cada especialidade sobre a condição clínica atual do paciente. Dessa maneira, os registros de todas as áreas vão compor o quadro e direcionar a atenção e o gerenciamento do cuidado, favorecendo comunicação entre profissionais; interlocução com a equipe.”*

- Registro como um instrumento legal.

DSC docentes - *“O registro em prontuário é uma exigência legal e um resguardo do terapeuta. Consiste em um instrumento que resguarda legalmente de eventuais processos de auditoria, além de proteger os pacientes e profissionais.”*

DSC alunos - *“O prontuário é um documento legal que consta de toda a história do paciente durante a permanência no hospital. É um documento que dá ao paciente o direito de ler quando solicitado, para acompanhar as terapias, que assegura ao paciente todos os procedimentos que estão sendo realizados.”*

Ainda sobre a questão voltada a finalidade do registro, os docentes em complemento, manifestaram a finalidade da pesquisa, enquanto que os alunos apresentaram as ideias de recurso para levantamento de informações prévias à avaliação e para fins administrativos, de ensino e pesquisa:

- Registro como ferramenta para o desenvolvimento de pesquisas.

DSC docentes - *“O registro em prontuário visa demonstrar a eficácia do tratamento e aprendizado sobre as intervenções, técnicas e metodologias de trabalho da terapia ocupacional. Ele permite estudos retrospectivos sobre a intervenção e os benefícios ou*

problemas na condição de saúde do paciente, sendo um instrumento de avaliação da qualidade de atuação do profissional que prestou o serviço. Deste modo, ele fornece dados para pesquisas científicas nesta área.”

- Registro como recurso para levantamento de informações prévias à avaliação.

DSC alunos - *“O registro em prontuário me permite conhecer o caso, identificar como se encontra o quadro do diagnóstico dos pacientes, os tipos de recursos ou tratamentos que estão sendo abordados. Me possibilita entender questões que a pessoa internada está passando, conhecer o paciente em questão e estudar sobre suas demandas.”*

- Registro como instrumento para a administração, ensino e pesquisa.

DSC alunos - *“Suas finalidades principais são de pesquisa, ensino, auditoria e contabilidade.”*

Quando questionados acerca de quais informações devem constar obrigatoriamente nos registros em prontuário, visualizou-se em comum, entre as respostas dos docentes e alunos 5 ideias centrais (informações gerais do estado do paciente, dados de caracterização do paciente, informações ocupacionais, dados sobre a estruturação e desenvolvimento do atendimento, dados de identificação).

- Informações gerais do estado do paciente.

DSC docentes - *“É preciso registrar um resumo da história atual e pregressa do paciente, da dor, restrições, condição clínica, avaliação, conduta médica e da equipe multi, exames complementares e do relatório das intervenções cirúrgicas, se houver. Deve-se anotar a situação geral do paciente, diagnóstico principal e outros diagnósticos, assim como a descrição do estado de saúde na ocasião da alta e o motivo desta, ou se for o caso, a causa do óbito. Na atenção na enfermagem pediátrica é preciso lembrar da descrição da criança e acompanhantes; suas condições de saúde, afetivas e de circulação.”*

DSC alunos - *“Deve-se registrar informações sobre as condições do paciente, como eu o encontro, queixas gerais, informações clínicas, as implicações da patologia e da hospitalização. Anotar dados sobre o humor e níveis de dor (física, emocional, entre outras), causa da consulta, medicamentos, motivo da internação/doença e a evolução do estado geral*

do paciente. Também, é importante o registro do perfil de compreensão do paciente acerca do quadro clínico e hospitalização, e dados sobre seu suporte social.”

- Dados de caracterização do paciente.

DSC docentes - “É necessário registrar os dados principais do paciente, como nome, nº do registro, data de nascimento ou idade aproximada, sexo, estado civil e realizar a identificação de atendimento pela Terapia Ocupacional.”

DSC alunos - “Registro dos dados dos pacientes (nome completo, leito, idade, estado civil, diagnóstico, telefone de contato, familiar responsável, endereço), de seu estado cognitivo e sobre sua estruturação familiar.”

- Informações ocupacionais.

DSC docentes - “Considero essencial o registro do histórico ocupacional, social e educacional. Cabe lembrar de investigar o histórico laboral de modo detalhado e não se limitar a registrar, por exemplo, “aposentado”. Registrar, ainda, informações da relação familiar, lazer, atividades significativas e da avaliação de desempenho ocupacional.”

DSC alunos - “É preciso o registro das informações pertinentes a vida ocupacional do paciente, ou seja, a identificação quanto ao tipo de ocupação e/ou lazer que o paciente exercia antes do diagnóstico ou trauma. Dados do perfil ocupacional e das percepções do profissional sobre o desempenho do paciente na realização das atividades, queixas de AVD/AIVD e nível de (in)dependência do paciente.”

- Dados sobre a estruturação e desenvolvimento do atendimento.

DSC docentes - “Considero obrigatório em cada registro constar as principais queixas, o motivo de encaminhamento ao TO (no caso de interconsulta), dados das avaliações e medidas de admissão e de alta, o diagnóstico terapêutico-ocupacional, os objetivos das intervenções (gerais e específicos), o plano terapêutico organizado em intervenções funcionais; restauradoras, compensatórias, adaptativas, e educativas, além das T.A. É preciso, ainda, registrar a descrição da intervenção terapêutica ocupacional, descrevendo os métodos, as atividades realizadas, comportamento do paciente durante a execução da atividade, habilidades e dificuldades encontradas durante o tratamento e próximas condutas. Realizar o registro do desempenho do paciente ao longo das intervenções, a evolução do caso, possíveis

intercorrências, dados de reavaliações periódicas e acerca de encaminhamento à rede com apresentação clínica do caso e a solicitação de continuidade de cuidado.”

DSC alunos - *“É necessário registrar informações sobre a anamnese, avaliação clínica do paciente, demandas, diagnóstico terapêutico ocupacional, projeto terapêutico, identificação dos objetivos, conduta da intervenção e como o paciente respondeu a esta. Informar qual o tipo de atendimento individual no caso, tipo de intervenção e a intervenção em si.”*

- Dados de identificação.

DSC docentes - *“Data e hora do atendimento, identificação do profissional, nº do CREFITO e assinatura.”*

DSC alunos - *“Data de atendimento.”*

Mesmo sendo a pergunta direcionada a configuração das informações obrigatórias a constar no prontuário, os docentes acabaram complementarmente manifestando informações acerca de dificuldades práticas no registro de informações, conteúdo este que julgamos pertinente sistematizar como uma ideia central.

- Dificuldades práticas no registro de informações.

DSC docentes - *“A prática possui limitações em relação ao registro. Os estudantes aprendem a realizar o registro de acordo com os moldes do serviço. Há problemas em relação ao volume de dados possíveis de serem registrados no prontuário. Ademais, as atividades de prática acontecem por um período de 4hs semanais, em um semestre, com estudantes do 2º e 3º anos. Então, nesse caso, os estudantes de práticas e/ou a terapeuta ocupacional registram informações breves e até esporádicas sobre o atendimento e a evolução.”*

Foi questionado aos docentes da área hospitalar como eles ensinam aos alunos sobre o registro em prontuário. As respostas dos docentes sobre a oferta de ensino evidenciaram 5 ideias centrais:

- Ensino teórico.

DSC docentes - *“Ensino brevemente durante as disciplinas em sala de aula. Há aula teórica sobre o registro em prontuário nas primeiras semanas do semestre. Uma aula é dedicada ao funcionamento da rotina hospitalar, na qual os registros em prontuário fazem parte da*

temática ensinada. Mas, outras disciplinas também abordam a escrita/registro em prontuário durante as discussões nas aulas e de casos clínicos.”

- Ensino prático.

DSC docentes - “O ensino ocorre com mais aprofundamento durante o estágio de prática profissional. Antes da primeira prática com o paciente são abordados o que é um registro em prontuário e quais informações são necessárias a constar nele. Trabalho exatamente como registrar os itens. É extremamente importante que o aluno saiba registrar em prontuário suas ações, avaliações e plano terapêutico, desta forma, tendo o raciocínio clínico definido e conceituado perante a equipe e paciente e familiares. Após cada prática com paciente são discutidos com os alunos os registros; no estágio todos os registros passam por supervisão. Discutimos a importância do registro para a própria ação frente ao paciente, assim como para equipe e, além disto, a necessidade da organização de um indicador de produtividade que pode ser baseado nos registros em prontuário; com isto, elabora-se outras ações de gestão no contexto hospitalar.”

- Oferta de orientações e recomendações para o desenvolvimento dos registros.

DSC docentes - “Discurso sobre o que é o prontuário do paciente, sua função, tipos e evolução. Oriento os alunos em como realizar o registro do prontuário, esclareço que o prontuário é o principal documento do paciente, exijo busca por parte dos estudantes. Recomendo que a linguagem seja clara, concisa, sem códigos pessoais, sem excesso de siglas e sem abreviaturas desconhecidas. Enfatizo a necessidade de utilização correta dos termos técnicos, legibilidade e correção na redação. Deixo bem clara a necessidade do TO saber sobre as enfermidades dos pacientes para balizar o atendimento de Terapia Ocupacional, o que implica em entender as possíveis contra-indicações de certos procedimentos que podem vir a ser iatrogênicos para o paciente. Também a importância da análise da atividade a ser proposta para o paciente. Não basta que seja uma atividade significativa. É preciso que se leve também em conta as possibilidades e restrições do paciente e do contexto, o tempo de internação e a segurança do paciente.”

- Apresentação de exemplos e de casos clínicos, observação do profissional e treino da escrita como estratégias de ensino.

DSC docentes - “Durante todo o semestre há treino de escrita em prontuário, com casos clínicos variados. Apresento exemplos, inicialmente dos registros médicos, explicando a

importância de cada item da propedêutica médica, bem como os registros dos demais profissionais e discuto o que significa para entender o paciente e sua problemática. A partir daí, discuto o que o TO deve atender e suas possíveis ações. Pergunto sempre no que o atendimento que está sendo registrado se diferenciou do anterior ou de outros. Treinamos em cima de casos clínicos, uma escrita clara para demonstrar o que pode ser realizado dentro do campo da TO, sendo os alunos estimulados a fazerem evoluções dos seus atendimentos, tendo maior liberdade para tal. Outra estratégia usada é a observação do que o Terapeuta Ocupacional faz.”

- Manifestação de limitações no ensino do registro associada à aspectos institucionais e à dificuldades dos alunos.

DSC docentes - “Particularmente, no caso da instituição onde os alunos realizam as práticas curriculares, o acesso ao registro em prontuário é bastante limitado. No prontuário único do paciente só é possível realizar registro com informações muito básicas e curtas. Os alunos querem um modelo e repetem em todas as sessões o mesmo. Há muita dificuldade ainda de perceber as diferenças na forma de registro da enfermaria, do ambulatório, de um atendimento em grupo. Percebo que eles têm grande dificuldade em identificar o que é relevante para o registro, dificuldade em destacar o aspecto principal trabalhado naquele atendimento.”

Em relação à temporalidade da oferta de conteúdos na temática do registro em prontuário, ou seja, sobre o momento que se inicia a prática de ensino sobre registros em prontuário na graduação, foram verificadas as seguintes ideias centrais:

- Início do ensino nas atividades práticas.

DSC docentes - “Na metade do curso, quando se inicia as visitas técnicas e práticas anteriormente ao momento do estágio. De início se dá como observação e depois ocorre a prática nos estágios supervisionados; de forma sistemática nas disciplinas de estágio curricular profissional supervisionado.”

DSC alunos - “Nos estágios, somente nos estágios. O ensino ocorre a partir do início dos estágios obrigatórios, início de estágios supervisionados.”

- Ao longo do curso.

DSC docentes - “Em todas as disciplinas específicas de Terapia Ocupacional sempre há algo sobre a avaliação e registros. O registro é realizado durante as disciplinas, mais quando

ensinamos avaliações, pois ensinamos interpretar os resultados dos diferentes protocolos de avaliação e de medida.”

DSC alunos - *“O ensino se dá desde a disciplina de metodologia e na sequência em matérias mais específicas como TO em contexto hospitalar. A partir do segundo ano já temos contato com os prontuários dos pacientes, é onde se iniciam as práticas (não são os estágios profissionalizantes do 4º e 5º anos) e algumas são hospitalares, possibilitando o atendimento e exercício dos registros.”*

- Pontualmente em momentos específicos do curso.

DSC docentes - *“Essa prática inicia-se quando trabalhamos métodos de intervenção. Ocorre a depender dos estudantes que se matriculam na disciplina de Terapia Ocupacional Aplicada à Clínica Médica, na disciplina de contexto hospitalar e quando ministro a disciplina de Terapia Ocupacional na saúde da criança. Não sei responder se algum outro professor ensina sobre o registro em prontuário.”*

DSC alunos - *“Esta prática é comentada durante algumas disciplinas e orientada pelos supervisores e preceptores nos campos em que é permitida evolução da TO. Quando ocorre a necessidade de fazer o registro, somos instruídos sobre, mas só tivemos uma aula sobre o assunto durante toda a graduação, onde foi citada a escrita do prontuário generalizando todos os campos da Terapia Ocupacional.”*

- Não é ofertado ensino desta temática.

DSC alunos - *“Em minha universidade não há ensino sobre registros em prontuário. Não há oferta específica de ensino sobre registros, ao menos não me recordo de ter estudado sobre tal temática na academia de forma aprofundada. Vi apenas a ficha de avaliação que se encontra nos locais de prática, entretanto, o ensino deveria iniciar antes do início dos estágios curriculares obrigatórios.”*

Os participantes foram solicitados a descrever detalhadamente como se dá na graduação o processo de ensino aprendizagem sobre o ato de documentar as intervenções na área hospitalar. Observou-se nas respostas enquanto ideia comum entre docentes e alunos o ensino aprendido atrelado à prática. Os docentes também indicaram como ideia central que o processo de ensino aprendizagem se dá a partir de componentes das disciplinas, e expressaram recursos empregados no ensino do registro. Os alunos, por sua vez, apresentaram, complementarmente, a ideia do aprendizado como um processo, da oferta pontual de

informações e do entendimento de que não é ofertado ensino sobre o registro em prontuário, conforme detalhado nos discursos abaixo:

- Ensino aprendizagem se dá atrelado à prática.

DSC docentes - *“Os alunos leem o prontuário do paciente e conversamos sobre as informações mais relevantes e se eles conseguiram compreender a situação dos pacientes. Depois lemos as evoluções da Terapia Ocupacional e fazemos o mesmo percurso. O registro em si acontece após a supervisão/discussão dos casos, nos estágios de prática. Os alunos realizam relatórios de sua prática que são avaliados, corrigidos e orientados pelos professores responsáveis. Todas as evoluções são corrigidas. A partir dessa prática é possível orientar a prática de escrita do aluno de forma mais sistemática aumentando a autonomia do aluno no decorrer do estágio. Inicialmente, os alunos fazem em uma folha rascunho, e depois passam a ser capazes de registrar diretamente no prontuário. Com relação aos atendimentos descrevemos de que forma estamos intervindo para alcançar os objetivos propostos e na alta descrevemos as orientações e os objetivos alcançados.”*

DSC alunos - *“A atividade sobre escrita em prontuário acontece durante a realização dos estágios, ou seja, a aprendizagem se dá no campo de prática exclusivamente. A partir do momento em que damos início ao estágio curricular, temos o primeiro contato com a forma de documentar as informações, começando pelo histórico ocupacional, realizando as avaliações, obtendo os resultados para, então, traçar o plano terapêutico, considerando as necessidades e demandas do paciente. Realizamos o atendimento, depois fazemos um rascunho sobre o que foi realizado (escuta, atividade) mostramos nossa evolução para a supervisora de estágio, ela olha, analisa, comenta, questiona, e finalmente nos auxilia nas correções, caso seja necessário, depois passamos para o prontuário. A aprendizagem ocorre através da revisão dos erros corrigidos. Conforme o aprendizado se solidifica nos semestres posteriores, o aluno começa a ter autonomia na elaboração do prontuário, enfatizando a sua necessidade de ser fidedigno e detalhado. Alguns professores pedem antes de iniciar o atendimento com os pacientes o plano terapêutico para desenvolver o raciocínio clínico do acadêmico enquanto que as evoluções e/ou relatórios ocorrem após cada sessão dos atendimentos, detalhando descrição das atividades, objetivos e como o paciente se mostrou diante da proposta. Através dos estágios, cada instituição ensina como deve ocorrer esse registro.”*

- Como componente de disciplinas.

DSC docentes - *“Como disse, há aulas teóricas (Resolução COFFITO, ética e fundamentação teórica sobre o tema), depois durante todo o semestre há o treino de escrita em prontuário - são apresentados casos clínicos variados e os alunos devem registrar as informações (objetivos e condutas). Essa dinâmica se dá no decorrer das disciplinas, nas questões específicas de cada área.”*

- Recursos empregados no ensino do registro.

DSC docentes - *“Eu ensino com aulas expositivas mescladas com metodologias ativas e casos clínicos. Este processo ocorre através da discussão em sala de aula sobre os pontos importantes de serem registrados e leitura e treino de escrita em prontuários durante o estágio. Também realizo oficinas integrativas preparatórias para os estágios onde a temática é trabalhada de acordo com as possibilidades do local. Material didático também é utilizado, conforme a necessidade. Inicialmente, são apresentadas as regulamentações do próprio hospital, bem como do COFFITO sobre o registro. Depois, são colocados casos clínicos discutidos quanto tomada de decisão e escolha dos recursos e estratégias. E após a discussão, os alunos são colocados a realizar o registro em grupos para depois no coletivo discutir se as informações respondem a necessidade do caso clínico e das regulamentações. Após, as práticas com pacientes, são discutidos estes mesmos pontos para depois, fazer o registro formal em prontuário.”*

- Aprendizado como um processo.

DSC alunos - *“Em minha graduação a orientação quanto à necessidade de registro em prontuários aconteceu em diversos momentos, se deu através de alguns exemplos dados em aula, mas de fato só aprendemos quando começamos as práticas clínicas e os professores revisam antes de passarmos para o prontuário. Porém, a vivência nos diferentes espaços de estágio mostrou um déficit bastante significativo entre compreender a importância do registro e de saber realizá-lo. Na teoria fica bastante explícita a importância da prática do registro o que não significa que isso é suficiente para o aluno saber executar. Tive em uma aula, explicação rápida sobre os diversos documentos que podem aparecer durante a graduação. Quando iniciam-se as práticas supervisionadas no hospital, os professores dizem o que gostariam que registrássemos, escrevemos, eles corrigem, riscam tudo o que acham que devemos retirar, explicam o que querem que coloquemos, reescrevemos e passamos para o prontuário manualmente. Esse processo é lento e difícil, afinal, exige apropriação de linguagem técnica hospitalar e noção de saber observar e descrever corretamente o que houve durante o atendimento. Já nos estágios profissionalizantes o processo de ensino aprendizagem*

ainda continua, porque mesmo em ambiente hospitalar, cada área exige adaptação de linguagem apropriada ao contexto. Os professores são mais exigentes, esperam mais atenção e escrita apropriada, e às vezes, a agilidade no preenchimento do prontuário.”

- Oferta de informações pontuais.

DSC alunos - *“Através das aulas de ética se inicia o contato sobre a obrigatoriedade do registro do paciente. Usualmente é explicado a necessidade de registro no prontuário, há uma explicação de como é feito, não há muito detalhamento. Nos é informado sobre a ficha de preenchimento da Terapia Ocupacional, que devemos nos atentar para as especificidades do paciente com informações do prontuário e anamnese. É falado sobre a importância do registro para o respaldo profissional e reconhecimento da profissão. Foi ministrada uma aula sobre o assunto, uma explicação sobre a importância do registro, superficialmente, devido a especialidade de determinado professor em determinado hospital. Não acredito que tenha um processo explícito para ensino da documentação, o que nos foi passado foi a importância desta, os tipos (papel ou eletrônico), mas fora isso depende do hospital e se aprende na prática.”*

- Entendimento de que não é ofertado ensino sobre registro em prontuário.

DSC alunos - *“Em minha Universidade não há ensino sobre registros em prontuário, apenas somos informados da obrigatoriedade de realizar registros dos atendimentos, porém não é ensinada pelos docentes a forma correta de preencher um prontuário.”*

Em relação às dificuldades vivenciadas pelos docentes no ensino acerca do procedimento do registro em prontuário constatou-se as seguintes ideias centrais:

- Não identificação de dificuldades.

DSC docentes - *“Não, nenhuma. Não vejo dificuldades se trabalhado desde o início da graduação.”*

- Dificuldades atreladas ao desempenho dos alunos na sistematização das informações.

DSC docentes - *“Sim, a principal dificuldade dos alunos é a de utilizar vocabulário adequado e realizar evoluções claras e objetivas. Percebo a dificuldade inicial dos alunos no exercício do raciocínio clínico, objetividade e concisão de pensamento. Os alunos apresentam dificuldades em elaborar textos concisos, em identificar pontos mais importantes para o caso, realizam repetição de informações clínicas já presentes em prontuário, apresentam pouco*

vocabulário e dificuldade com a redação e normas gramaticais. Em síntese, as dificuldades típicas dos estudantes envolvem clareza de conteúdo; uso de terminologia técnica; problemas ortográficos e gramaticais.”

- Dificuldades associadas aos diferentes modelos epistemológicos.

DSC docentes - *“Sim. Os modelos epistemológicos da TO podem modificar a forma da escrita. Deste modo, é importante que o estudante tenha domínio destes para realizar um raciocínio clínico que será evidenciado no registro.”*

- Dificuldades relacionadas a ausência de materiais e de roteiros padronizados.

DSC docentes – *“Sim, a principal delas é a falta de material didático de apoio. Como somos muitos supervisores na mesma instituição, cada um ensina de uma maneira e os alunos trazem outras, por vezes, e se prendem a modelos que podem ser adequados a um contexto e não a outros. Mesmo discutindo entre os supervisores, as preferências de cada um confundem os alunos.”*

- Dificuldades atreladas a aspectos da prática.

DSC docentes - *“Sim, a maior dificuldade está quando há falta de relação teórico-prática. Durante o estágio, por exemplo, fica mais fácil para o aluno compreender como relatar o processo que ele observou ou conduziu. Quando os alunos estão na prática, sempre sentem-se inseguros ao escrever nos prontuários. Entretanto, após discussões de casos, passam a ter mais segurança. Outra dificuldade que vivenciamos aqui é o fato de alguns dos serviços (onde são oferecidas práticas curriculares) não permitirem o registro no prontuário único do paciente. Isso limita muito a prática.”*

Em relação as dificuldades identificadas pelos alunos para o aprendizado do procedimento do registro em prontuário, alguns negaram problemas e outros apresentaram dificuldades atreladas a terminologia, a sistematização de informações, a ausência da oferta de conteúdos anterior a prática, a oferta de modelos e vinculadas a dinâmica do hospital:

- Dificuldade associada a terminologia.

DSC alunos - *“Sim, minha dificuldade é com relação aos termos técnicos utilizados no ambiente hospitalar, é uma terminologia específica. A forma de escrever é “padronizada”, há utilização de termos técnicos. No contexto hospitalar outras habilidades (que não foram desenvolvidas no decorrer da graduação) são exigidas, tais como uma facilidade em dialogar*

tecnicamente com outros profissionais o que fragiliza o contato e demanda que o aluno se sobrecarregue neste momento para adequar-se. Alguns docentes não compreendem que não tivemos uma disciplina extensa que orientasse essa adequação, o preenchimento correto do prontuário. Considero que durante a graduação vários momentos poderiam ter sido utilizados para fins técnicos.”

- Dificuldade relacionada à ausência de oferta de conteúdos anterior a vivência das práticas.

DSC alunos - “Não é feito ensino específico sobre o tema. Como não temos um ensino prévio, chegamos à prática sem saber o que esperar e sem saber como interpretar prontuários. Não há esse preparo, ou melhor, instrução acerca das informações do que os registros devem conter. Na minha universidade aprendemos de fato apenas quando vamos para as práticas e acabamos tendo algumas dificuldades inicialmente por conta disso.”

- Sistematização das informações.

DSC alunos - “Minhas dificuldades são de organizar as informações nos prontuários, dificuldades em evoluir, em selecionar o que é relevante. Em saber quais são os fatores importantes para se constar neste documento. Quando devo explicar mais e quando ser sucinto.”

- Ausência de modelo padrão.

DSC alunos - “Sim, a dificuldade é a falta de padronização. Não há um padrão de registro, cada supervisor de estágio tem seu modelo diferente de registrar, além disso há a mudança do 'modelo' usado por cada hospital. Estrutura que se diferencia de um contexto para o outro.”

- Dificuldades vinculadas a dinâmica do hospital.

DSC alunos - “Sinto dificuldades quanto à espera pelo prontuário, pois muitas das vezes ele não se encontra no local armazenado, por ser uma pasta com arquivos, outros profissionais da área se encontram efetuando a evolução de sua área. Muitas vezes, diante da rotina hospitalar, das demandas do paciente, da equipe precisar do prontuário ou do lugar para fazer seu registro também, os registros não são tão aprofundados ou detalhistas quanto mereciam ser. Além disso, às vezes, é complicado entender a caligrafia de certos profissionais. Grande parte da equipe não vê as evoluções dos acadêmicos, o fato dos acadêmicos terem uma aba no

prontuário eletrônico separado de todas as outras identificadas como registro do aluno e não está disponível para acesso da equipe.”

Finalizando as questões abertas foi realizada a seguinte pergunta: *“Você conhece diretrizes da terapia ocupacional que orientem sobre o ato dos registros em prontuário? Em caso afirmativo, em sua opinião, estas diretrizes são claras e contemplam as especificidades da prática hospitalar?”* A partir das respostas as ideias centrais emergidas consistiram em:

- Desconhecimento acerca das diretrizes.

DSC docentes - *“Não. Não conheço.”*

DSC alunos - *“Não. Não conheço não, nunca pensei nessa possibilidade e acho fantástico que exista! Vou pesquisar e estudar!”*

- Conhecimento sobre diretriz nacional e opinião sobre contemplação.

DSC docentes - *“Sim, a Resolução 415, de 19 de maio de 2012. Considero o art. 1 bem completo no que deve conter o prontuário. As diretrizes ajudam, acredito que sejam claras e contemplem as especificidades da prática hospitalar.”*

DSC alunos - *“Sim. Tive contato com a Resolução COFFITO N° 415 apenas no momento de realização do estágio hospitalar. Considero seu conteúdo esclarecedor quanto ao assunto citado. Ao meu ver, as diretrizes contemplam as especificidades da prática hospitalar.”*

- Conhecimento sobre diretriz nacional e opinião sobre não contemplação
- DSC docentes - *“Sim, conheço, mas não acho que as mesmas contemplem as especificidades da área, da prática hospitalar. Não as considero claras, pois não coloca os pontos importantes para a Terapia Ocupacional. É bastante aberta, pouco específica. As diretrizes precisam ser revistas especialmente no que se refere ao diagnóstico terapêutico ocupacional, pois não há clareza sobre de que forma descrevemos prognóstico e diagnóstico na nossa profissão. Há que se avançar muito nos estudos. A resolução não orienta adequadamente, não considera o trabalho em equipe e o prontuário único. Acho que as diretrizes da Terapia Ocupacional que orientam sobre o ato dos registros em prontuário deveriam estabelecer critérios mais estruturados para a prática, ser mais divulgada e deveriam investir em capacitação profissional e mais pesquisa na área.”*

DSC alunos - *“Sim, não são claras.”*

- Conhecimento sobre diretriz internacional.

DSC docentes - *“Conheço diretrizes do mundo todo em bons livros e artigos, principalmente, os americanos. No Brasil, temos a orientação de utilizar a CIF, que ensinamos desde o 1º período, junto com os modelos da Terapia Ocupacional no mundo e a Estrutura da Prática da AOTA. É um processo de amadurecimento do estudante ao longo do curso.”*

- Conhecimento superficial para opinar.

DSC alunos - *“Sei que tem diretriz de registrar em prontuário os atendimentos, mas não sei se é específica para o campo. Sei que existem, porém não sei responder a segunda pergunta, por falta de aprofundamento nas resoluções.”*

4.2.3. RESULTADOS ADVINDOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Ainda referente a apresentação de dados sobre o processo de ensino aprendizagem dos registros em prontuário, serão explanadas, a seguir, informações obtidas por meio da aplicação da escala de Likert e de questões de múltiplas escolhas.

4.2.3.1 Resultados da escala de Likert.

Foram apresentadas para os docentes e alunos 7 afirmações indicando aspectos preconizados para o processo de ensino e aprendizagem sobre o registro em prontuário, contudo para os alunos foi acrescida mais 4 afirmações atreladas a vivências de ensino aprendido no campo (totalizando para tanto 11 afirmações).

Deste modo, na tabela 8 estão descritas as frequências observadas nas categorias das medidas Likert apresentadas pelos docentes, enquanto que na tabela 9 estão apresentadas as frequências observadas nas categorias das medidas Likert realizadas pelos alunos.

Tabela 8: Nível de concordância manifestada por docentes (medidas Likert).

		<i>Discordo Total</i>	<i>Discordo Parcial</i>	<i>Indiferente</i>	<i>Concordo Parcial</i>	<i>Concordo Total</i>
Todas as intervenções devem ser registradas.	<i>n</i>	0	0	0	2	13
	<i>%</i>	0,0	0,0	0,0	13,3	86,7
A graduação deve contemplar o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	<i>n</i>	0	0	0	2	13
	<i>%</i>	0,0	0,0	0,0	13,3	86,7
A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	<i>n</i>		1	6	5	3
	<i>%</i>		6,7	40,0	33,3	20,0
Os alunos, ao fim do curso de graduação, demonstram apropriação sobre as informações que devem compor os registros em prontuário hospitalar.	<i>n</i>		0	5	6	4
	<i>%</i>		0,0	33,3	40,0	26,7
Na graduação são apresentadas as diretrizes de terapia ocupacional referentes ao registro em prontuário.	<i>n</i>		1	2	5	7
	<i>%</i>		6,7	13,3	33,3	46,7
Os registros realizados pelos alunos estagiários permitem à equipe hospitalar compreender as ações que estão sendo desenvolvidas e seus objetivos	<i>n</i>		0	2	7	6
	<i>%</i>		0,0	13,3	46,7	40,0
Os métodos empregados para o ensino do registro em prontuário ocorrem na graduação tanto nas disciplinas teóricas como nas disciplinas práticas.	<i>n</i>		2	2	6	5
	<i>%</i>		13,3	13,3	40,0	33,3

Embora os resultados indiquem maior frequência de nível de concordância dos docentes em relação aos aspectos do processo de ensino aprendizagem apresentados, julga-se importante destacar que para a afirmação “*A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados*” houve a manifestação de indiferença por 6 dos docentes. Também houve indicação de indiferença por 5 dos docentes, referente a afirmação “*Os alunos, ao fim do curso de graduação, demonstram apropriação sobre as informações que devem compor os registros em prontuário hospitalar.*”

Tabela 9: Nível de concordância manifestado por alunos (medidas Likert).

		<i>Discordo Total</i>	<i>Discordo Parcial</i>	<i>Indife- rente</i>	<i>Concordo Parcial</i>	<i>Concordo Total</i>
Todas as intervenções devem ser registradas. (atendimento direto, orientações, contatos, etc).	<i>n</i>	0	0	3	3	27
	<i>%</i>	0,0	0,0	9,1	9,1	81,8
A graduação deve contemplar o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	<i>n</i>	0	0	2	2	29
	<i>%</i>	0,0	0,0	6,1	6,1	87,9
A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados.	<i>n</i>	6	5	12	7	3
	<i>%</i>	18,2	15,2	36,4	21,2	9,1
Possuo apropriação acerca das informações que devem compor o registro em prontuário hospitalar.	<i>n</i>	3	1	8	16	5
	<i>%</i>	9,1	3,0	24,2	48,5	15,2
Na graduação são apresentadas as diretrizes da terapia ocupacional referentes ao registro em prontuário.	<i>n</i>	8	10	10	2	3
	<i>%</i>	24,2	30,3	30,3	6,1	9,1
Os registros que você realiza no prontuário permitem à equipe hospitalar compreender as ações que estão desenvolvidas pela TO e objetivos.	<i>n</i>	0	1	2	5	25
	<i>%</i>	0,0	3,0	6,1	15,2	75,8
Os métodos para o ensino do registro em prontuário ocorrem na graduação tanto nas disciplinas teóricas como nas práticas.	<i>n</i>	9	6	9	3	6
	<i>%</i>	27,3	18,2	27,3	9,1	18,2
O preceptor/professor lê o registro que faço, valida o mesmo e assina o prontuário.	<i>n</i>	1	1	1	4	26
	<i>%</i>	3,0	3,0	3,0	12,1	78,8
O preceptor dá devolutivas sobre os registros feitos, orientando no que é possível melhorar e no que é necessário adequar.	<i>n</i>	1	0	3	3	26
	<i>%</i>	3,0	0,0	9,1	9,1	78,8
Estou satisfeito com os registros que realizo na minha prática como aluno no contexto hospitalar.	<i>n</i>	1	3	5	14	10
	<i>%</i>	3,0	9,1	15,2	42,4	30,3
Estou satisfeito com a orientação e o respaldo que me são dados no que concerne aos registros que tenho realizado.	<i>n</i>	1	1	4	10	17
	<i>%</i>	3,0	3,0	12,1	30,3	51,5

Os alunos também evidenciaram maior frequência de concordância em relação aos itens apresentados sobre o processo de ensino aprendizagem. Todavia, destaca-se em específico, que para a afirmação “*A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados*” houve a manifestação de indiferença por 36,4 % dos alunos (n=12), bem como indicação de algum tipo de discordância por 33,4% dos alunos.

Também, nota-se que 54,2% dos alunos manifestaram algum nível de discordância em relação à afirmação de que na graduação são apresentadas as diretrizes da Terapia Ocupacional referentes ao registro em prontuário e que 45,5% dos alunos manifestaram níveis de discordância em relação à afirmação “*os métodos para o ensino do registro em prontuário ocorrem na graduação tanto nas disciplinas teóricas como nas práticas*”.

É importante dizer que através dos valores das escalas de Likert, foram calculados os escores por meio da fórmula: $\text{Escore} = 100 \times (\text{valor da escala} - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})$.

Considerando que a escala dos docentes possui 7 itens e a dos alunos possui 11 itens, o valor mínimo correspondeu em 7 e 11 e, o valor máximo em 35 e 55, respectivamente para docentes e alunos.

Deve-se esclarecer que as escalas de Likert podem ser padronizadas entre 0 e 100 e assim nomeadas escores, sendo neste trabalho os escores mais próximos de 100 indicadores de conformidade do processo de ensino aprendizagem em relação aos aspectos preconizados.

Tabela 10: Estatísticas das escalas e escores de Likert.

	Escala		Escore (%)	
	Docente	Aluno	Docente	Aluno
<i>N</i>	15	33	15	33
<i>Média</i>	29,7	43,2	81,2	73,1
<i>Med</i>	29,0	44,0	78,6	75,0
<i>DP</i>	3,3	6,1	12,0	13,9
<i>Min</i>	24,0	21,0	60,7	22,7
<i>Max</i>	35,0	53,0	100,0	95,5
<i>Per 25</i>	28,0	40,5	75,0	67,0
<i>Per 75</i>	33,0	47,5	92,9	83,0

Observa-se na tabela 10, acima, avaliação média e mediana altas tanto dos docentes como dos alunos (escore: média > 73 e mediana > 75) indicando no geral, avaliação de concordância com as afirmações realizadas acerca do processo de ensino e aprendizagem, visto que neste caso, valores de escala acima de 28 e 33 que se referem a valores de escore maiores que 50, indicam ao menos concordância parcial. O percentil 25 do escore do docente foi 75, o que significa que $\frac{1}{4}$ dos docentes obtiveram escore menor que 75, indicando que $\frac{3}{4}$ dos docentes apresentaram escores maior que 75, logo, concordância total. Referente aos alunos este percentil foi 67, o que indica que $\frac{3}{4}$ dos alunos apresentaram escores maiores que 67 denotando pelo menos concordância parcial.

Deste modo, considerando os dados supracitados visualizou-se que as escalas de Likert evidenciaram na ótica dos docentes e alunos que para os itens do processo de ensino e aprendizagem apresentados, no geral, estes estão em conformidade com a prática de formação pois, em média, os escores foram maiores que 50, o que indica concordância com os itens da

escala. Salienta-se que embora em média a avaliação do docente tenha apresentado maior escore que a dos alunos, a diferença não foi significativa ao nível de 5%.

4.2.3.2 Dados provenientes das questões de múltiplas escolhas.

Na última etapa do questionário foram estruturadas questões de múltiplas escolhas voltadas à identificação de dados concernentes ao conteúdo dos registros, tipos de registros ensinados, metodologias empregadas, bem como visou-se identificar dificuldades e facilidades envolvidas no processo de ensino aprendizagem.

Em relação ao conteúdo dos registros foram apresentadas alternativas pautadas na composição mínima a constar na documentação conforme direcionado nas diretrizes nacionais e internacionais, bem como na literatura acerca do registro em prontuário. Para tanto, quanto maior quantitativo de alternativas assinaladas pelo participante, maior indicação de conformidade com as diretrizes existentes.

Tabela 11: Frequências ordenadas em ordem decrescente das orientações feitas pelos docentes em relação ao registro de avaliação, intervenção e alta.

Sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você exige do aluno obrigatoriamente nos registros de AVALIAÇÃO:	N	%
quem foi o informante (paciente, acompanhante)	15	100,0
informações sobre o modo como o paciente se apresentou (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)	15	100,0
informações sobre a queixa do paciente	15	100,0
informações sobre instrumentos utilizados na avaliação de componentes motores, cognitivos, sociais e espirituais	15	100,0
Data	15	100,0
assinatura do aluno	15	100,0
informações sobre dados pessoais do paciente	14	93,3
informações acerca do perfil ocupacional e seu desempenho	14	93,3
informações sobre a compreensão e aceitação do paciente em relação ao processo de adoecimento e internação	14	93,3
informações sobre os prejuízos funcionais	14	93,3
aspectos relativos à família e ao cuidador	14	93,3
plano terapêutico	14	93,3
assinatura do preceptor/supervisor	14	93,3
modo pelo qual o paciente chegou até o profissional (busca ativa, interconsulta, demanda espontânea)	12	80,0
diagnóstico terapêutico ocupacional	12	80,0
carimbo ou registro profissional do preceptor/supervisor	12	80,0
carimbo ou número do RA (registro acadêmico) do estagiário	6	40,0
informações sobre o prognóstico TO	5	33,3
quantitativo estimado de atendimentos	3	20,0
Outras*	1	6,7

Sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você exige do aluno obrigatoriamente nos registros de INTERVENÇÃO:	N	%
objetivo do atendimento	15	100,0
informações sobre desempenho do paciente na intervenção proposta	15	100,0
informações sobre o que foi alcançado	15	100,0
informações acerca de quais orientações foram realizadas	15	100,0
Local onde foi realizado o atendimento	14	93,3
informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)	14	93,3
abordagem e recursos empregados	14	93,3
Data	14	93,3
assinatura do aluno	14	93,3
assinatura do preceptor/supervisor	13	86,7
carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor	13	86,7
informações sobre pessoas presentes no atendimento e participações	11	73,3
informações acerca de discussões interdisciplinares, contatos telefônicos, acompanhamento de procedimentos, entre outros	11	73,3
número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário	6	40,0
Outros**	1	6,7
Sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você exige do aluno obrigatoriamente nos registros de ALTA:	N	%
resumo do que foi trabalhado e alcançado	14	100,0
informações sobre encaminhamentos para seguimento no pós-alta	14	100,0
informações acerca de quais orientações foram realizadas	14	100,0
Data	14	100,0
assinatura do aluno	13	86,7
assinatura do preceptor/supervisor	13	86,7
carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor	12	80,0
informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)	12	80,0
informações sobre quem estava presente na orientação de alta	9	60
número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário	6	40

* Foi sinalizado na opção outros a orientação por um docente em relação a explicitação da conduta terapêutica para o próximo atendimento no registro de avaliação.

** Foi sinalizado a exigência por um docente da inserção do nº do RG do aluno junto a sua assinatura.

O parâmetro obtido acerca das orientações proferidas pelos docentes concernentes ao conteúdo dos registros em prontuário apresentado na tabela 11, mostrou-se, em geral, em conformidade ao preconizado pelas diretrizes da profissão. Contudo, algumas fragilidades foram notadas. Em relação aos registros de avaliação, observou-se menor exigência pelos docentes em relação aos seguintes itens: carimbo ou número do registro do estagiário, informações sobre o prognóstico terapêutico ocupacional e acerca do quantitativo estimado de atendimentos. Já em relação aos registros de intervenções o item menos exigido refere-se ao registro acadêmico do estagiário (RA), enquanto que no registro de alta a menor exigência está

atrelada às informações sobre quem estava presente na orientação de alta e acerca da identificação do número do registro acadêmico do aluno (RA).

Tabela 12: Frequências ordenadas em ordem decrescente da indicação dos alunos em relação ao conteúdo dos registros de avaliação, intervenção e alta.

Sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que constam em sua prática de documentação de AVALIAÇÃO:	N	%
informações sobre a queixa do paciente	31	96,9
informações sobre os prejuízos funcionais	30	93,8
Data	30	93,8
informações acerca do perfil ocupacional e seu desempenho	29	90,6
quem foi o informante (paciente, acompanhante)	28	87,5
informações sobre o modo como o paciente se apresentou (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)	28	87,5
assinatura do preceptor/supervisor	28	87,5
informações sobre dados pessoais do paciente	27	84,4
carimbo ou registro profissional do preceptor/supervisor	27	84,4
assinatura do aluno	25	78,1
informações sobre instrumentos utilizados na avaliação de componentes motores, cognitivos, sociais e espirituais	24	75
informações sobre a compreensão e aceitação do paciente em relação ao processo de adoecimento e internação	22	68,8
aspectos relativos à família e ao cuidador	22	68,8
diagnóstico terapêutico ocupacional	21	65,6
local onde foi feita a avaliação (enfermaria, ambulatório, leito, sala de reabilitação, brinquedoteca, etc)	21	65,6
modo pelo qual o paciente chegou até o profissional (busca ativa, interconsulta, demanda espontânea)	19	59,4
informações sobre o prognóstico TO	17	53,1
carimbo ou número do RA (registro acadêmico) do estagiário	16	50
plano terapêutico	14	43,8
quantitativo estimado de atendimentos	5	15,6
Sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que constam obrigatoriamente em seu registro de INTERVENÇÃO:	N	%
informações sobre desempenho do paciente na intervenção proposta	31	96,9
objetivo do atendimento	30	93,8
Data	29	90,6
informações acerca de quais orientações foram realizadas	28	87,5
assinatura do preceptor/supervisor	28	87,5
informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)	27	84,4
carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor	27	84,4
informações sobre pessoas presentes no atendimento e participações	25	78,1
abordagem e recursos empregados	25	78,1

informações sobre o que foi alcançado	25	78,1
local onde foi realizado o atendimento	24	75
assinatura do aluno	23	71,9
número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário	16	50
informações acerca de discussões interdisciplinares, contatos telefônicos, acompanhamento de procedimentos, entre outros	12	37,5
Sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você obrigatoriamente anota em seus registros de ALTA:		
	N	%
informações acerca de quais orientações foram realizadas	29	93,5
Data	28	90,3
informações sobre encaminhamentos para seguimento no pós-alta	27	87,1
assinatura do preceptor/supervisor	27	87,1
carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor	26	83,9
informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)	21	67,7
assinatura do aluno	21	67,7
resumo do que foi trabalhado e alcançado	19	61,3
informações sobre quem estava presente na orientação de alta	19	61,3
número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário	14	45,2

Em relação ao conteúdo dos registros referente ao processo de avaliação realizado pelos alunos verificou-se fragilidades relacionadas à inserção de informações referentes à: compreensão e aceitação do paciente em relação ao processo de adoecimento e internação, aspectos relativos à família/cuidador, diagnóstico terapêutico ocupacional, informações sobre o local onde foi efetivada a avaliação e o modo pelo qual o paciente chegou até o profissional. Destaca-se que apenas metade dos alunos mencionou sobre a incorporação do prognóstico terapêutico ocupacional. Informações como o plano terapêutico e, em especial, estimativa do quantitativo de atendimentos a ser realizado emergiram como maiores déficits de conteúdo dos registros avaliativos.

Em relação aos registros das intervenções, como principais déficits foi verificada a ausência do RA do aluno estagiário e de informações sobre discussões interdisciplinares, contatos telefônicos, acompanhamento de procedimentos, entre outros. Já para os registros de alta 61,3% dos alunos (n=19) referiram inserir em suas anotações um resumo do que foi trabalhado e alcançado e registrar a identificação de quem recebeu as orientações de alta. É importante relatar que um aluno referiu que na maior parte das vezes, o terapeuta ocupacional não toma conhecimento da alta hospitalar, o que dificulta registros referentes a esta etapa.

Os docentes foram questionados se ofertam orientação aos alunos para a previsão de horário destinado ao registro em prontuário dentro da organização da rotina assistencial. Todos os docentes referiram realizar esta orientação, sendo relatado por 7 deles a oferta desta orientação associada a especificação de uma média de minutos a ser considerado neste planejamento. Além disso, 9 docentes mencionaram orientar seus alunos a efetivarem os registros após cada atendimento, enquanto que 6 docentes referiram orientar seus alunos a realizarem o registro em prontuário ao final da jornada assistencial.

A maior parte dos alunos (57,6%) mencionou receber orientação para efetivar o registro em prontuário ao final de cada atendimento, enquanto que 27,3% (n=9) manifestaram receber orientação para realizá-los ao final da jornada assistencial. Houve ainda 15,2% (n= 5) que explicitaram não recebimento de orientações nesta vertente.

Os dados supracitados vão ao encontro das sinalizações obtidas em relação ao desempenho prático dos alunos na elaboração dos registros, visto que 51,5% dos alunos (n=17) afirmaram realizar os registros ao final do atendimento enquanto que 33,3% (n=11) expressaram realizá-lo ao final da jornada assistencial. Houve ainda sinalização por 9,1% dos alunos (n=3) da ocorrência, por vezes, da não efetivação de registros por falta de tempo ou mediante outros fatores.

Em relação à previsão de tempo na rotina assistencial para a realização dos registros em prontuário 90,9% dos alunos (n=30) afirmaram destinar tempo da carga horária na assistência para as anotações, contudo 30,3% (n=10) referem que este tempo programado mostra-se insuficiente. Três alunos (9,1%) relataram não efetivar previsão de tempo para os registros, sendo justificado por dois deles que esse planejamento não ocorre por não possuírem autorização para realizar anotações no prontuário.

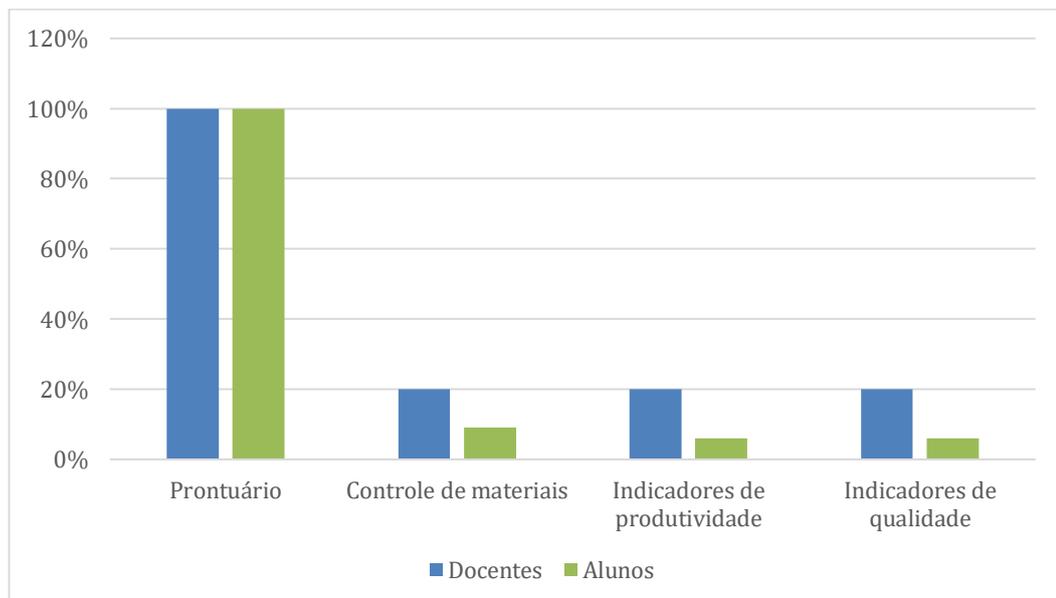
Verificou-se que o principal formato de registro ensinado por docentes é o da narrativa livre, seguido de forma menos frequente pelo uso de roteiro pré-estruturado (13,3%) ou embasado na Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF (13,3%). Já os alunos, considerando a soma da indicação sobre o uso de roteiros, referiram como principal formato utilizado na prática de estágio o uso de roteiros pré-estruturados (sejam estes definidos pela instituição ou pelo setor da TO) e a narrativa livre, conforme apresentado na tabela 13.

Tabela 13. Informações sobre o formato de registro utilizado por docentes e alunos no processo de ensino aprendizagem.

(Docente) O principal formato do registro em prontuário que você utiliza em seu ensino é:	N	%
Narrativa livre	10	66,7
Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF	2	13,3
Roteiro pré-estruturado	2	13,3
Registro Sequencial de Atendimento ao Paciente em Terapia Ocupacional (RSAPTO)	1	6,7
(Aluno) O principal formato do registro em prontuário que você utiliza em seu estágio é:	N	%
Narrativa livre	13	39,4
Roteiro pré-estruturado definido pela instituição	9	27,3
Roteiro pré-estruturado elaborado pelo setor de TO	7	21,2
Narrativa livre e roteiro estruturado	1	3
Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF	2	6,1
Não realizo evolução direta no prontuário.	1	3

Observou-se que outros tipos de registros, como os voltados a compra/controle de materiais, a elaboração de indicadores de produtividade e da qualidade assistencial são reduzidamente abordados no processo de ensino aprendizagem da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares.

Gráfico 1 – Indicações dos tipos de registros abordados no processo de ensino aprendizagem da Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares.



Como referencial teórico empregado no processo de ensino aprendizagem, verificou-se que 5 dos docentes não fazem uso de referenciais e que 4 docentes indicam o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF. De modo pontual, houve menção do uso

do Modelo da Ocupação Humana (n=1), Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional – E (n=1) e Reabilitação Psicossocial (n=1). Ainda no campo “outros” foi apontado por um docente embasamento no modelo biomecânico e neuroevolutivo e por 2 docentes o uso de mais de um modelo a depender da área que ensina.

A maior parte dos alunos (n=20) também relatou não fazer uso de modelos teóricos, contudo houve sinalização do uso do Modelo da Ocupação Humana (n=6), do Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional – E (n=3) e da Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF (n=2). No campo “outros” houve apontamento sobre o uso do modelo lúdico (n=1) e sinalização de não se sentir apto para responder esta questão, visto a não realização de registros na prática de estágio (n=1).

Dois docentes (n=2) demonstraram desconhecimento acerca da resolução 415 do COFFITO, que se constitui como principal documento nacional voltado a prática do registro em prontuário. Ao contrário, o grupo de alunos evidenciou elevado índice de desconhecimento (72,7%).

Como um dos componentes sinalizados como obrigatório na resolução 415 do COFFITO, está o diagnóstico terapêutico ocupacional. Em relação a este aspecto, aproximadamente metade dos docentes (n=8) afirmou orientar seus alunos a realizar o diagnóstico terapêutico ocupacional a partir das informações constatadas no processo de avaliação. Outros docentes referiram orientar os alunos a usar como diagnóstico a Classificação Internacional de Funcionalidade (n=4) e o diagnóstico situacional (n=3).

Já os alunos afirmaram, de modo mais frequente, realizar o diagnóstico terapêutico ocupacional (n=10) e diagnóstico situacional (n=7). Houve também apontamentos da não efetivação do registro do diagnóstico pela dificuldade em nomeá-lo (n=6). Em complemento, houve a sinalização de alunos que realizam o diagnóstico no processo de avaliação, contudo não o registram (n=5).

Destaca-se ainda que no grupo de alunos foi relatado também a aplicação de classificações como a CID-10 e DSM-V como diagnóstico terapêutico ocupacional (n=3) e referente ao uso da Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF (n=1).

Observa-se que embora não tenha havido indicações sobre a Terapia Ocupacional Dinâmica na questão sobre referencial teórico, sinalizações acerca do uso de diagnóstico situacional emergiram na questão sobre diagnóstico.

As dificuldades sinalizadas pelos docentes vinculadas ao processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário corresponderam especialmente à dificuldade de acesso ao prontuário atrelada a dinâmica do serviço; à falta de padronização em terminologias da profissão e a dificuldade em nomear tecnicamente dados subjetivos. Como fatores de facilitação foram apontados o entendimento da especificidade da terapia ocupacional hospitalar, apropriação da linguagem técnica, a facilitação de acesso ao prontuário, o conhecimento das normas éticas e deontologia da profissão e a padronização da linguagem profissional respectivamente, conforme apresentado na tabela 14.

Tabela 14 – Percepção dos docentes acerca dos fatores que dificultam/facilitam o processo de ensino aprendizagem/realização do registro em prontuário.

DIFICULTA(M) o ensino/ realização do registro em prontuário?	N	%
Dificuldade de acessar o prontuário devido a dinâmica do serviço	9	60,0
Falta de padronização em terminologias da profissão	7	46,7
Dificuldade de nomear tecnicamente dados subjetivos	6	40,0
Inconsistência e/ou Inviabilidade prática das diretrizes da classe profissional existentes voltadas a prática do registro	5	33,3
Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro	3	20,0
Falta de planejamento de tempo para o registro em prontuário na rotina assistencial	3	20,0
Dúvidas acerca de que informações registrar considerando o comprometimento ético com o registro das informações	3	20,0
Inadequação de mobiliários utilizados na prática do registro em prontuário	2	13,3
Formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	2	13,3
Não entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares	2	13,3
Falta de tempo para o registro em prontuário associada a exigência de produtividade	1	6,7
Sonoridade ambiental	1	6,7
Ausência de formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	1	6,7
Outros	1	6,7
FACILITA(M) a realização do registro em prontuário?	N	%
Entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares	15	100,0
Apropriação da Linguagem técnica	11	73,3
Facilidade de acesso ao prontuário e sua organização	11	73,3
Conhecimento/Apropriação das normas éticas e de deontologia da profissão	10	66,7
Padronização da linguagem profissional	9	60,0
Tempo	6	40,0
Controle sonoro no âmbito hospitalar	6	40,0
Uso de formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	6	40,0
Adequação de mobiliários	5	33,3
Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro	4	26,7
Ausência de formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	2	13,3
Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro	1	6,7
Outros	1	6,7

Os alunos elencaram como principais elementos que dificultam e facilitam o registro em prontuário basicamente os mesmos fatores que os docentes, contudo em ordenação diferente.

Como principais dificuldades foi apontado a nomeação técnica de dados subjetivos, a falta de padronização na terminologia da profissão, dificuldade em acessar o prontuário devido a dinâmica do serviço, bem como a presença de dúvidas sobre quais informações registrar considerando o comprometimento ético com o registro das informações. Como fatores de facilitação deste processo, alunos indicaram a facilidade de acesso ao prontuário e a sua organização, apropriação da linguagem técnica, orientação do preceptor/professor, padronização da linguagem profissional e entendimento da especificidade da atuação do TO no campo hospitalar, conforme detalhado na tabela 15.

Tabela 15: Percepção dos alunos acerca dos fatores que dificultam/facilitam o processo de ensino aprendizagem/realização do registro em prontuário.

DIFICULTA(M) a realização do registro em prontuário?	n	%
Dificuldade de nomear tecnicamente dados subjetivos	16	50,0
Falta de padronização em terminologias da profissão	14	43,8
Dificuldade de acessar o prontuário devido a dinâmica do serviço	10	31,3
Dúvidas acerca de que informações registrar considerando o comprometimento ético com o registro das informações	10	31,3
Inadequação de mobiliários utilizados na prática do registro em prontuário	9	28,1
Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro	8	25,0
Falta de planejamento de tempo para o registro em prontuário na rotina assistencial	8	25,0
Falta de tempo para o registro em prontuário associada a exigência de produtividade	8	25,0
Sonoridade ambiental	7	21,9
Falta de suporte/orientação do preceptor/professor	7	21,9
Inconsistência e/ou Inviabilidade prática das diretrizes da classe profissional existentes voltadas a prática do registro	5	15,6
Ausência de formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	4	12,5
Entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares	4	12,5
Formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	3	9,4
outros	1	3,1
FACILITA(M) a realização do registro em prontuário?	n	%
Facilidade de acesso ao prontuário e sua organização	21	65,6
Apropriação da Linguagem técnica	20	62,5
Orientação/Suporte do preceptor/professor	20	62,5
Padronização da linguagem profissional	18	56,3
Entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares	18	56,3
Tempo	17	53,1
Uso de formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	17	53,1
Conhecimento/Apropriação das normas éticas e de deontologia da profissão	10	31,3

Adequação de mobiliários	9	28,1
Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro	6	18,8
Controle sonoro no âmbito hospitalar	5	15,6
Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro	2	6,3
Ausência de formulários e roteiros pré-definidos pela instituição	2	6,3

Como estratégias de ensino voltadas a prática do registro em prontuário foi sinalizado, tanto pelos docentes como pelos alunos, as discussões de caso que incentivam o raciocínio clínico e a linguagem profissional e as práticas supervisionadas como as principais estratégias empregadas na graduação.

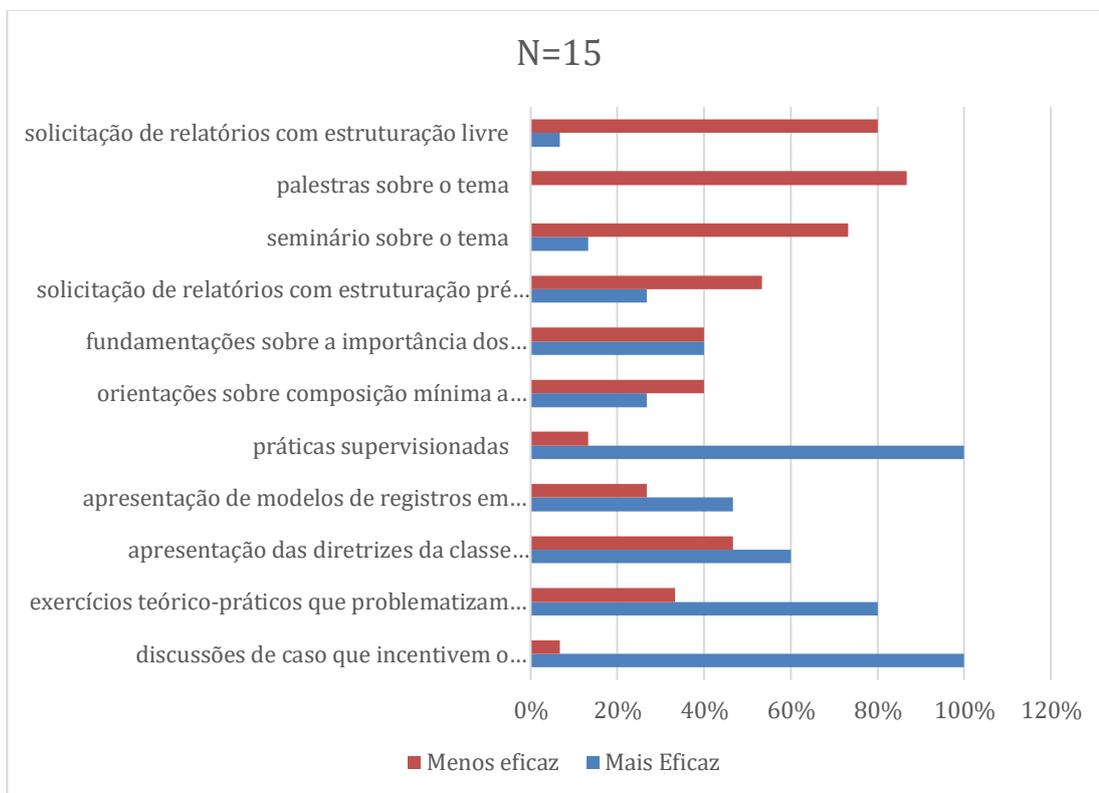
Os docentes ainda manifestaram de modo frequente estratégias referentes à apresentação de modelos de registros em prontuário (80%), exercícios teórico-práticos problematizando situações clínicas (73,3%), apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário (66,7%) e solicitação de relatórios com estruturação pré-definida (66,7%). Cabe relatar que estas estratégias também foram mencionadas pelos alunos, contudo com frequências menores que variaram abaixo dos 40%.

Ainda concernente às estratégias, foi solicitado aos participantes a indicação das estratégias mais eficazes e menos eficazes empregadas no processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário.

As cinco estratégias mais eficazes apontadas por docentes corresponderam às discussões de casos voltados a estimulação do raciocínio clínico e da linguagem profissional, às práticas supervisionadas, exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas, apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário e apresentação de modelos de registros em prontuário.

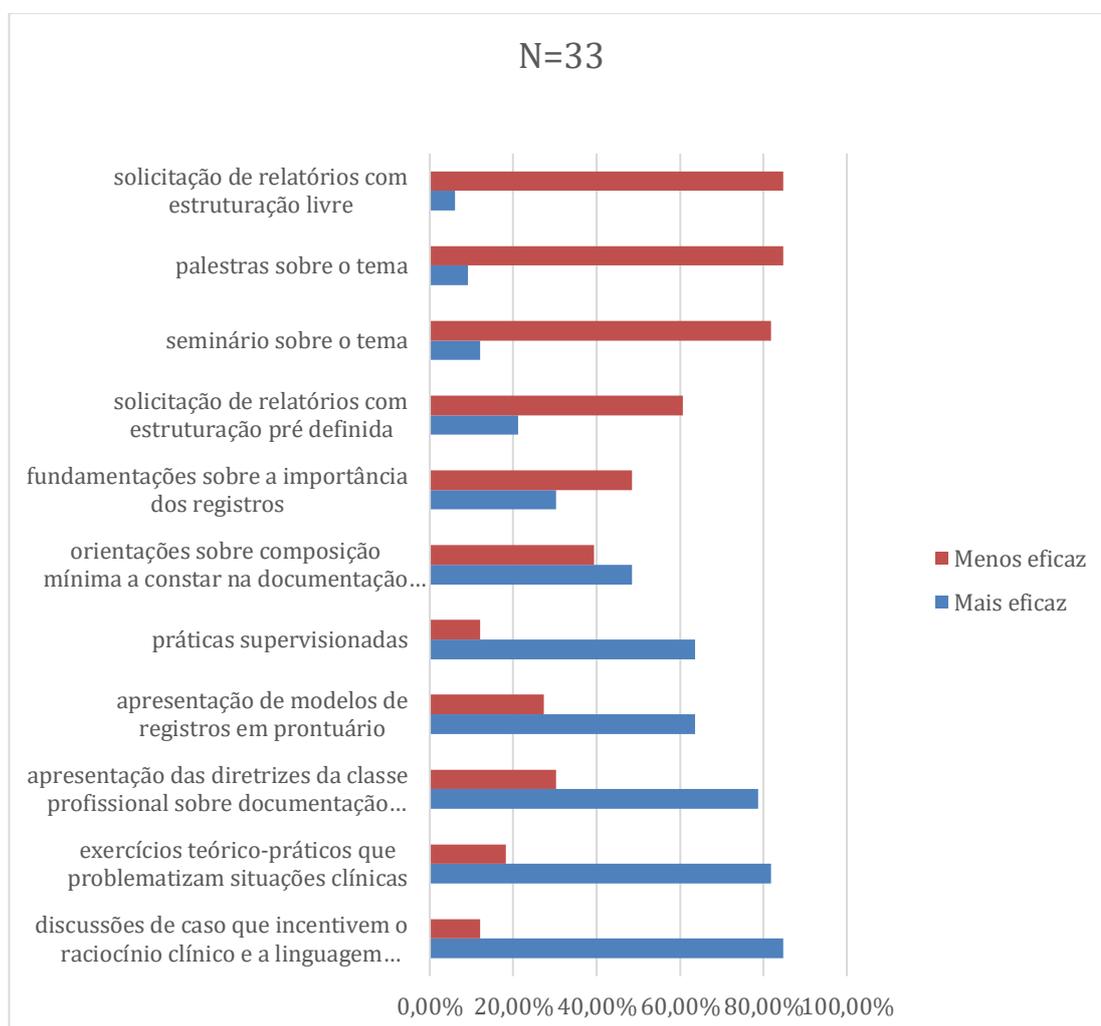
Como estratégias de menor eficácia foram apontadas pelos docentes palestras sobre o tema, solicitação de relatórios com estruturação livre, seminário sobre o tema, solicitação de relatórios com estruturação pré-definida e apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário, conforme explanado no gráfico 2.

Gráfico 2. Estratégias de maior e menor eficácia apontadas por docentes em relação ao processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário.



Os alunos apresentaram como as cinco estratégias mais eficazes as mesmas elencadas pelos docentes, contudo em ordenação diferente, ou seja, em ordem de maior eficácia foram apontadas as estratégias de discussões de caso que incentivam o raciocínio clínico e a linguagem profissional, exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas, apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário, apresentação de modelos de registros em prontuário e as práticas supervisionadas, respectivamente. Já em relação às estratégias de menor eficácia, os alunos elencaram quatro das estratégias apontadas no grupo dos docentes, porém novamente com frequências diferentes. As estratégias menos eficazes consistiram na solicitação de relatórios com estruturação livre, palestras sobre o tema, seminário sobre o tema, solicitação de relatórios com estruturação pré-definida e fundamentações sobre a importância dos registros, respectivamente.

Gráfico 3. Estratégias de maior e menor eficácia apontadas por alunos em relação ao processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário.



Por meio do teste Qui-Quadrado foi investigada a existência de relações entre as variáveis, devendo o valor designado por “p” ser menor que 0,05 ($p < 0,05$) para afirmar ocorrência de associações. Estatisticamente, a partir das análises dos cruzamentos efetivados não foram encontradas associações entre as variáveis com significância na categoria dos docentes. Já para a categoria dos alunos foram observadas associações entre:

- previsão de tempo x conteúdo do registro de avaliação,
- previsão de tempo x conteúdo do registro de intervenção,
- formato do registro x conteúdo do registro de avaliação,
- formato do registro x conteúdo do registro de intervenção.

Deste modo, pôde-se visualizar a partir das associações constatadas que:

- Os alunos que afirmam realizar previsão de tempo na rotina assistencial para o procedimento do registro em prontuário apresentam registros de avaliação mais completos ($p < 0,01$),
- Os alunos que afirmam realizar previsão de tempo na rotina assistencial para o procedimento do registro em prontuário apresentam anotações referentes as intervenções com conteúdos mais completos ($p < 0,01$),
- Os alunos que utilizam roteiros pré-estruturados para a elaboração dos registros apresentam conteúdos mais completos nas anotações referentes a avaliação ($p = 0,03$),
- Os alunos que utilizam roteiros pré-estruturados para a elaboração dos registros apresentam conteúdos mais completos nas anotações referentes as intervenções efetivadas ($p = 0,04$).

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A Terapia Ocupacional em contextos hospitalares se apresenta no Brasil como um campo profissional em expansão. Esta afirmação respalda-se em indicadores como os que aproximadamente 40% dos terapeutas ocupacionais que compõem a categoria profissional atuam em hospitais (PINHEIRO, 2014), sendo as instituições hospitalares (secundárias, terciárias, hospitais gerais e especializados) um mercado de trabalho crescente (DE CARLO, 2014).

Esta ampliação da atuação do terapeuta ocupacional no âmbito hospitalar ocorre atrelada ao crescimento de atividades de ensino, de pesquisa, de fundamentação técnica científica, de regulamentações da prática (portarias, resoluções), de grupos de pesquisa e de eventos científicos com a especificidade de temas relativos ao campo (DE CARLO, 2014).

Dentre este processo de expansão, há aproximadamente uma década, a Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares foi reconhecida como uma das especialidades da profissão (COFFITO, 2009), mas sua disciplinarização ocorreu há seis anos (COFFITO, 2013).

No ano de 2018 o exame para a concessão do registro do título de especialista na área de Terapia Ocupacional abrangeu seis especialidades, a saber: Terapia Ocupacional em Acupuntura, Terapia Ocupacional em Contextos Sociais, Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, Terapia Ocupacional em Gerontologia, Terapia Ocupacional em Saúde da Família e Terapia Ocupacional em Saúde Mental (COFFITO, 2018). Destaca-se que a especialidade de contextos hospitalares configurou-se como a área com maior número de inscritos (n=71) com índice de aproximadamente 42% de aprovação, o que representa a obtenção da titulação de especialista em terapia ocupacional hospitalar por 31 terapeutas ocupacionais no ano de 2018 (COFFITO, 2018b; COFFITO, 2018c).

De acordo com o art. 6º da resolução 429/2013 do COFFITO, que disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, os conhecimentos mínimos para atuação do terapeuta ocupacional no hospital perpassam por múltiplos aspectos que envolvem desde normas de biossegurança, controle de infecção hospitalar e bioética, como conteúdos de tanatologia, farmacologia, suporte básico da vida, fundamentos teórico metodológicos da profissão, entre outros (COFFITO, 2013), fator que denota um amplo repertório de conhecimentos técnicos que demanda atenção ao processo de formação nesta área.

A partir dos 24 cursos respondentes nesta pesquisa, visualizou-se que a oferta de disciplinas teóricas acerca da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares ainda é reduzida, fator que evidencia limitações no processo de ensino aprendizagem.

Entende-se que a falta ou limitada oferta de aporte teórico sobre a atuação do terapeuta ocupacional no âmbito hospitalar dificulta o aprendizado prático. Acredita-se que a ausência e inconsistências na oferta de respaldo teórico sobre a atuação do terapeuta ocupacional no hospital restringe o desenvolvimento do aluno no campo, dado o contato para apropriação e correlação de inúmeros conteúdos (que envolvem equipamentos, procedimentos, patologias, dinâmica do serviço e peculiaridades da atuação profissional) ocorrerem por vezes, exclusivamente, no estágio profissionalizante.

Notou-se um aumento na oferta de estágio profissionalizante em contextos hospitalares quando comparada a sinalização atual de 17 cursos de uma amostra de 24, em contrapartida ao estudo de Dahdah, Frizzo e Fangel (2014) que indicou a oferta de estágio no hospital por 12 cursos em amostra de 33.

Apesar do apontamento referente ao aumento na oferta de estágio profissionalizante no hospital, cabe lembrar que em parte dos cursos apenas uma parcela dos alunos participa desta atividade. Esta configuração implica na formação de alunos sem vivências de disciplinas teóricas e de estágio profissionalizante no âmbito hospitalar, cenário este que se configura em uma estruturação de formação frágil para a especialidade.

Em complemento, é importante atentar-se para a sinalização de docentes que no convite de participação à pesquisa relataram não mais ser os responsáveis por disciplinas da área hospitalar, o que remete a existência de situações em que docentes assumem esta área mediante demanda institucional, mesmo sendo suas experiências atreladas a outros campos. Não obstante, também chama atenção entre os documentos excluídos para análise neste estudo, o encaminhamento de ementas de disciplinas referente ao ensino acerca de saúde do trabalhador e de saúde mental encaminhadas pelos coordenadores como consideradas de contextos hospitalares visto uso do hospital como equipamento de atuação.

Diante do exposto, questiona-se se esta configuração de ensino permite de modo efetivo a discussão sobre o campo de prática, sobre os objetivos da intervenção e sobre a construção

das competências e habilidades para atuação no hospital (DAHDAH; FRIZZO; FANGEL, 2014).

Segundo Fangel *et al.*, (2018), é importante considerar para a formação no contexto hospitalar a integração de aspectos voltados a formação teórica, inserção na prática, articulação com a equipe, manejo com o paciente e registro do que foi realizado.

Em específico sobre os registros, verificou-se neste estudo ínfima abordagem no ensino nacional sobre o registro em prontuário, quando considerados os dados que ilustram escassa oferta de subsídios teóricos nesta temática e ensino aprendizagem da documentação em prontuário atrelada às atividades de estágio profissionalizante em contextos hospitalares.

Verificou-se que há uma fragilidade teórica no processo de formação em relação ao procedimento do registro em prontuário, visto que os achados demonstraram em especial, sinalização do registro como atribuição a ser desenvolvida pelo aluno no campo. Este processo de ensino aprendido se mostra ainda mais limitador quando considerada complementarmente situações de estágio em que alunos têm acesso ao prontuário apenas para leitura, sendo privados do exercício prático de documentar as ações realizadas.

Na análise das ementas referentes às disciplinas teóricas e de práticas profissionalizantes observou-se pontuais sinalizações sobre o ensino do registro em prontuário, sendo notado que este processo ocorre desprovido de embasamentos norteadores como a apresentação de diretrizes e modelos de registros.

A não constatação de referências específicas sobre registros em prontuário na bibliografia das ementas analisadas pode também vincular-se as escassas publicações nacionais sobre o tema, assim como ao fato da análise não ter levado em consideração que as referências citadas nas ementas, possam incorporar secundariamente conteúdos sobre a documentação.

Verificou-se na análise documental que a Resolução nº 415 de 19 de maio de 2012 do COFFITO que normatiza a composição mínima das informações do registro em prontuário no Brasil (COFFITO, 2012) não é apresentada no processo de graduação na área hospitalar, sendo a resolução referenciada em disciplinas (uma teórica e uma de estágio profissionalizante) apenas por dois cursos.

Apesar da maioria dos docentes afirmarem conhecimento sobre a resolução, acredita-se que não sejam feitas apresentações acerca desta normativa na graduação, não apenas pela ausência de indicação nas referências das ementas, mas também devido a afirmação de desconhecimento sobre a resolução feita pela maior parte dos alunos (72,7%), o que vai ao encontro dos achados de Bombarda e Palhares (2015) que verificaram que terapeutas ocupacionais desconhecem esta resolução.

Há de se considerar que houve apontamentos de docentes que julgam que a resolução COFFITO-415 demanda maiores investimentos em sua estruturação, visto ser esta considerada generalista e não contemplar as especificidades da prática hospitalar, fator que pode contribuir na justificativa da sua limitada apresentação no processo de ensino aprendizagem.

Em diferentes países (Brasil, EUA, Canadá), as diretrizes profissionais sobre a temática, embora baseadas em referenciais teóricos diferentes, apresentam uma estruturação elementar em comum que preconiza informações de identificação do paciente e do profissional; dados de avaliação envolvendo habilidades e déficits do paciente (deixando claro instrumentos utilizados e demandas constatadas); plano terapêutico com metas almejadas e prazos estimados; dados sobre os atendimentos envolvendo informações sobre desempenho ocupacional, recursos empregados e observações pertinentes; resultados obtidos (incluindo dados de reavaliações) e relatório de alta com síntese do processo terapêutico sinalizando progressos obtidos, limitações e orientações recomendadas.

Entende-se que esta estruturação básica que envolve informações sobre demandas, objetivos, plano terapêutico, intervenções, reavaliação e resultados, visa garantir a visibilidade do escopo da profissão e da eficácia da sua atuação. Sendo assim, a ausência ou presença de informações incompletas implicam em dificuldades de compreensão do que está sendo feito, na falta de dados para mensuração dos resultados e, conseqüentemente, em limitações na produção de pesquisas que gerem evidências científicas sobre as melhores práticas e sobre a eficácia da intervenção. Tais aspectos constituem-se como barreiras para o reconhecimento e valorização da profissão.

Em relação aos modelos de registros, o *Subjective Objective Assessment Plan* (SOAP), Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP) e Registro Sequencial de Atendimento ao Paciente em Terapia Ocupacional (RSAPTO) são alguns exemplos apontados na literatura (MATTHEWS; JABRI, 2004), porém que não foram mencionados nas ementas avaliadas, bem

como citados pelos participantes da pesquisa como recursos utilizados no processo de ensino aprendizagem.

É importante mencionar que foi possível observar uma associação entre o uso de roteiros pré-estruturados com a qualidade dos registros, o que significa que alunos que afirmaram conteúdos em maior conformidade com o que é preconizado pelas diretrizes da profissão foram àqueles que sinalizaram uso de algum tipo de modelo elaborado pelo setor ou pela instituição. Este dado vai ao encontro da recomendação realizada por Stumpf e Freitas (1997) aos hospitais universitários, referente à necessidade da criação de roteiros padronizados, específicos por especialidades, como estratégia para melhorar a qualidade das informações e agilizar a recuperação de dados específicos.

Entretanto, o uso da narrativa livre foi apontado pelos docentes e alunos como um dos principais modelos utilizados para a execução dos registros em prontuário na graduação, fator que justifica os apontamentos dos estudos de Panzeri (2013) e Bombarda e Palhares (2015) referentes ao uso da narrativa livre como principal modelo de registro utilizado pelos terapeutas ocupacionais.

Segundo Bombarda e Palhares (2015), a narrativa livre consiste em uma escrita descritiva que demanda maior gasto de tempo na busca de informações peculiares, visto necessidade da leitura do todo para a visualização de dados específicos. Além disso, há segundo Parkinson *et al.*, (2011) e Kielhofner *et al.*, (2004) uma dificuldade dos profissionais em descrever com concisão suas práticas no modelo narrativo.

Sendo assim, pressupõe-se que a apresentação e ou elaboração de roteiros/modelos de registros possam vir a se configurar como bases instrumentais importantes no processo de ensino aprendizagem por favorecer a minimização de dúvidas dos alunos sobre o que e como registrar. Considerando as reduzidas publicações sobre os modelos de registros e a importância constatada destes no processo de ensino aprendido; como desdobramento desta pesquisa, será apresentado no item 5.1 a proposição de um roteiro de registro a ser empregado no processo de ensino aprendido na área de terapia ocupacional hospitalar.

Cabe ainda dizer, que embora tenha sido constatada nesta pesquisa, reduzida oferta de subsídios teóricos sobre o ato de documentar os atendimentos realizados na Terapia Ocupacional, visualizou-se que as informações relatadas por docentes e alunos como

componentes do registro em prontuário mostram-se, em geral, em conformidade com os aspectos exigidos pelas diretrizes da classe profissional. Todavia, considera-se imprescindível a realização de pesquisas documentais que se proponham a analisar diretamente o registro terapêutico ocupacional nos prontuários em especial, dos hospitais universitários, para obtenção de melhores indicadores sobre este desempenho e da qualidade documental.

Ressalta-se que fragilidades relacionadas à qualidade dos registros em prontuário têm se apresentado como um problema contemporâneo em diferentes profissões (DA SILVA *et al.*, 2016; ALVES; SPILMAN; POTON, 2015) incluindo a Terapia Ocupacional (RISCHMULLER; FRANZSEN, 2012; PELISSARI, PALHARES, 2015; BUCHANAN JELSMA; SIEGRIED, 2016).

Observou-se, no presente estudo, como déficits vinculados ao conteúdo dos registros proferidos pelos docentes, menor frequência de orientações acerca de informações sobre prognóstico, estimativa de atendimentos e registro acadêmico (R.A) do estagiário ao final da anotação. Para além de inconsistências referentes à informação sobre prognóstico, estimativa de atendimentos e R.A, os alunos evidenciaram complementarmente no relato de suas práticas escassa inserção de informações sobre diagnóstico terapêutico ocupacional, plano terapêutico, contatos telefônicos e discussões interdisciplinares, assim como informações do que foi alcançado.

Tais conteúdos são preconizados pelas diretrizes da profissão e de acordo com Matsuda; Silva e Évora (2006), a falta de informações preconizadas implicam na não oferta de aportes ao processo de cuidado de modo contínuo e qualificado.

A ausência do registro do plano terapêutico, bem como de informações dos resultados alcançados impossibilitam a parametrização de ganhos, fator que compromete a produção de dados que comprovem a eficácia das práticas estabelecidas.

Segundo Chaves *et al.*, (2010), é necessário estimular a sistematização de avaliações que envolvam em sua estruturação informações sobre a coleta de dados, o estabelecimento de objetivos terapêuticos e a mensuração dos resultados. No entanto, poucas escalas de avaliação específicas de Terapia Ocupacional encontram-se validadas no Brasil, fator que pode contribuir com a dificuldade dos alunos no apontamento de dados sobre os resultados obtidos (CHAVES *et al.*, 2010).

Ressalta-se que há uma exigência crescente no atual modelo de gestão hospitalar para a estruturação de avaliações e intervenções em bases científicas que possibilitem a visibilidade de indicadores sobre a eficácia e a eficiência do serviço prestado. De modo simplificado, a eficiência do serviço refere-se a dados sobre a produtividade enquanto que a eficácia relaciona-se a resolutividade dos problemas. Segundo Rossaneis *et al.*, (2015), tais indicadores têm respaldado a tomada de decisões das gerências das instituições de saúde na busca por melhorias de seus processos de trabalho e resultados.

De acordo com Kudo (2018), a construção de indicadores dos processos assistenciais apresenta-se como um desafio para os terapeutas ocupacionais inseridos nos hospitais, visto exigências institucionais cada vez maiores para a implementação de ações e elaboração de instrumentos que possibilitem a mensuração, comparação e avaliação das ações prestadas.

O fato do desenvolvimento de indicadores apresentar-se como um desafio para os terapeutas ocupacionais na prática assistencial hospitalar pode ser justificado pelo seu processo de formação. Como parte dos dados obtidos neste estudo, por exemplo, verificou-se que a formação na graduação em Terapia Ocupacional na área hospitalar apresenta lacunas na oferta de aporte para o desenvolvimento de registros de indicadores de produtividade, indicadores de qualidade e registros voltados a compras e controle de materiais, fator que não atende o desenvolvimento de competências e habilidades preconizadas nas diretrizes curriculares nacionais que expressam que os profissionais devem conhecer os principais métodos de avaliação e registro para formulação de objetivos, estratégias de intervenção e de verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional, bem como estar aptos a fazer o gerenciamento da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação (BRASIL, 2002).

Frente a este cenário, considerando que o próprio mercado de trabalho acaba por exigir conhecimentos sobre gestão e planejamento em saúde é necessário que haja maiores investimentos no processo de formação dos terapeutas ocupacionais sobre tais conteúdos (SANTOS; MENTA, 2017).

A baixa frequência da descrição de informações sobre prognóstico sinalizada pelos participantes pode hipoteticamente ocorrer frente a especificidade da clientela atendida, a qual no momento da hospitalização apresenta-se clinicamente instável, fator que interfere na previsão de um prognóstico ocupacional a curto prazo. Acredita-se que dificuldades vinculadas

ao registro referentes a estimativa de atendimentos, também possam ocorrer atreladas a especificidade deste contexto de atuação, em que o período de hospitalização e de alta hospitalar está condicionada a decisão médica, assim como ao fato da assistência envolver, por vezes, a finitude da vida.

Em relação ao diagnóstico terapêutico ocupacional, pode-se considerar que sua escassa inserção no registro em prontuário se dê pela ausência de discussão nacional acerca desta elaboração e pelo fato de sua obrigatoriedade no registro em prontuário ocorrer, mais recentemente, a partir do ano de 2012.

De acordo com o artigo 1º da resolução nº 81 do COFFITO, o diagnóstico terapêutico ocupacional vincula-se à avaliação cinética-ocupacional em que são consideradas alterações psico-físico-ocupacionais dos clientes (COFFITO, 1987). O eixo central do diagnóstico deve ser a ocupação, visto ser este o cerne da atuação profissional (BOMBARDA, *et al.*, 2018). Diante de tais conceituações, o uso de classificações como a da CID-10 e DSM-V mostram-se como práticas equivocadas de registros referentes ao diagnóstico terapêutico ocupacional.

Nesta vertente, questiona-se também a pertinência do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF como diagnóstico terapêutico ocupacional, considerando ser esta uma ferramenta de classificação utilizada por múltiplas categorias profissionais.

De acordo com a resolução 445 do COFFITO que fixa e estabelece os parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo terapeuta ocupacional, o desenvolvimento do diagnóstico terapêutico ocupacional deve ser favorecido pela realização de um processo avaliativo consistente, o qual deve envolver a identificação das:

“...habilidades e limitações do paciente para a realização das Atividades da Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, atividades educacionais, de trabalho, lúdicas, de lazer, descanso, sono e participação social, incluindo: fatores do cliente, tais como as estruturas e funções corporais; padrões de desempenho (hábitos, rotinas, papéis e padrões de comportamento); contextos e ambientes – cultural, físico, ambiental, social e espiritual e as demandas das atividades que afetem o desempenho ocupacional, entre outros” (COFFITO, 2014. p.129).

Alguns docentes relataram entre os componentes obrigatórios da resolução COFFITO-415, a necessidade de maior detalhamento da configuração dos itens prognóstico e diagnóstico ocupacional, visto a falta de clareza de como ocorre esta descrição na Terapia Ocupacional.

Em confluência Bombarda *et al.*, (2018), afirmam que a descrição do diagnóstico terapêutico ocupacional tem se apresentado como um aspecto de grande dificuldade na prática profissional. Os autores recomendam como estratégia de facilitação para esta elaboração atenção às demandas estratificadas e correlação com o impacto destas na qualidade de vida e na participação social do paciente.

Diante do exposto, considera-se que o diagnóstico terapêutico ocupacional é um componente do registro que demanda investimentos atuais sobre sua configuração. Acredita-se ser necessário o desenvolvimento de estudos nesta temática que visem compreender o processo de formulação do diagnóstico exercido pelos profissionais e o raciocínio profissional atrelado a esta execução, bem como considera-se importante o fomento de discussões ampliadas que permitam maior clareza deste constructo na área, o que contribuirá para melhor direcionamento do processo de ensino aprendizagem referente a este conteúdo.

Para Valverde (2015), é necessária a oferta de uma estrutura teórica sólida no processo de ensino aprendizagem a fim de se evitar dificuldades e confusão do aluno na realização do raciocínio diagnóstico.

O uso de modelos da Terapia Ocupacional pode vir, deste modo, a constituir-se como via de qualificação da prática e da escrita em prontuário, bem como do processo de elaboração do diagnóstico. Os modelos de Terapia Ocupacional consideram a filosofia da profissão, integrando elementos teóricos e práticos que envolvem em sua organização o fornecimento de termos para descrições, instrumentos para avaliações e orientações para intervenções (O'BRIEN; HUSSEY; SABONIS_CHAFEE, 2012).

No entanto, segundo Cruz (2018), o desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil não abrangeu a adoção de modelos existentes no cenário internacional (*Canadian Model of Occupational Performance and Engagment-CMOP-E*, Modelo da Ocupação Humana, *Person-Environment Occupation -PEO*, *Person-Environment-Occupation-Performance -PEOP*, *Kawa Model*), fator que corrobora com nossos achados, quando considerado apontamentos dos docentes e alunos sobre o não uso de modelos no processo de ensino aprendizagem.

Deste modo, julga-se relevante uma investigação aprofundada sobre os referenciais teóricos metodológicos utilizados pelos terapeutas ocupacionais para compreensão e

caracterização das práticas brasileiras (CRUZ, 2018), assim como para entendimento de suas influências na prática do registro em prontuário.

Para Cardinalli e Silva (2018), é preciso ainda ir além; sendo necessárias reflexões não apenas referentes aos fundamentos sobre os quais se estruturam as práticas profissionais, mas também sobre sua epistemologia.

Ressalta-se que o uso de diferentes modelos epistemológicos utilizados na Terapia Ocupacional foi apontado pelos docentes como uma dificuldade no processo do ensino do registro em prontuário, visto entendimento de sua influência na forma de escrita e raciocínio profissional.

Problemas vinculados às terminologias, ao uso de linguagem técnica e a nomeação de dados subjetivos emergiram, também, como dificuldades percebidas pelos docentes durante o processo de ensino aprendizagem e indicadas pelos alunos como entraves para a prática documental.

Considerando que a documentação é uma via de comunicação entre os profissionais, Perinchief (2002) expressa sobre a necessidade da aplicação de uma linguagem correta, com adequação de terminologias vinculadas a área de Terapia Ocupacional e ao contexto a que o profissional está inserido.

O uso de terminologia própria da profissão visa o alinhamento de uma linguagem comum aos profissionais e contribui para padronização de conceitos. No Brasil, não há documentos jurídicos específicos sobre os termos empregados na assistência terapêutica ocupacional e, conforme expresso por Pierre e Sonn (1999), é preciso esclarecer a linguagem técnica profissional e vencer o desafio da profissão em estabelecer uma “linguagem da ocupação”.

Nos EUA, a AOTA divulgou em 1994 o documento denominado “Terminologia Uniforme da Terapia Ocupacional”, o qual após investimentos originou o documento “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo” que apresenta um sumário de ideias inter-relacionadas que visam definir e guiar a prática da Terapia Ocupacional. Tais documentos fundamentam-se no Modelo da Ocupação e almejam o delineamento de uma linguagem comum para a *práxis* da Terapia Ocupacional.

Segundo Drummond (2007), estes documentos se constituem como referências no processo de comunicação profissional, principalmente, no seu país de origem, e visam favorecer a explicação da aplicabilidade de conhecimentos específicos da Terapia Ocupacional, independente da área de atuação.

Todavia, um estudo com a proposta de avaliar o nível de concordância entre os termos básicos empregados pelos terapeutas ocupacionais e os descritos na “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo” (versão 2002) foi realizado com 94 terapeutas ocupacionais americanos no ano de 2005, apresentando níveis de discordância maiores que os de concordância entre os termos. Mediante os dados empíricos, os autores referem que a terminologia e o sistema de categorização apresentado não se mostravam funcionais para os contextos da prática, da educação e da pesquisa (BUTS; NELSON, 2007). No entanto, cabe lembrar que duas novas edições do documento foram divulgadas posteriormente, não sendo encontradas em nossas buscas pesquisas voltadas a verificação do nível de concordância a partir das edições atualizadas.

Na Europa, a Rede Europeia de Terapia Ocupacional no Ensino Superior desenvolveu um projeto com o objetivo de delinear uma terminologia padrão no processo educacional. Para a efetivação desta proposta foi formado um grupo com profissionais da Áustria, Bélgica, Portugal, Espanha, Suíça e Reino Unido (representando seis línguas distintas) que trabalhou na elaboração de uma estrutura conceitual construída a partir de termos chaves utilizada pelos terapeutas ocupacionais para descreverem sua prática. O projeto apresentou como produto a publicação do livro *The Core Concepts of Occupational Therapy: a Dynamic Framework for Practice*, no ano de 2010 (CREEK, 2010).

Pode-se afirmar que iniciativas nesta vertente ainda são pontuais e que o desenvolvimento da linguagem técnica profissional se configura como um aspecto a ser aprimorado. Para Magalhães (2013), a falta de clareza de conceitos dificulta o processo de internacionalização profissional e impede a valorização do trabalho desenvolvido.

Outra dificuldade visualizada refere-se ao acesso ao prontuário. Considerando a dinâmica do serviço que envolve a utilização do prontuário por múltiplos profissionais que compõem a equipe assistencial, por vezes, o prontuário encontra-se indisponível pré e pós-atendimento, fator que demanda reorganização do aluno no gerenciamento de seu tempo na rotina de estágio para o cumprimento dos atendimentos e de suas respectivas anotações.

Diante desta configuração, é preciso lembrar que os avanços das tecnologias da informação têm possibilitado a criação de novas formas de armazenamento e de transmissão de dados que facilitam o acesso dos profissionais de saúde e gestores às informações estruturadas e atualizadas em tempo real (PATRICIO *et al.*, 2011), podendo para tanto, a dificuldade do acesso ao prontuário ser minimizada através de investimentos institucionais na implantação do prontuário eletrônico.

O prontuário eletrônico permite a criação de um acervo documental do paciente, organizado e conciso que explicita os cuidados prestados por toda a equipe multiprofissional (RONDINA; CANÊO; CAMPOS, 2016).

Embora haja apontamentos acerca das desvantagens deste modelo de prontuário como custos elevados com *hardwares*, *softwares* e treinamento das equipes; morosidade para obtenção de resultados provenientes pela implantação do sistema e risco de inoperância ocasionando indisponibilidade de acesso às informações; as vantagens acerca de seu uso mostram-se superiores (PATRICIO *et al.*, 2011, RONDINA; CANÊO; CAMPOS, 2016).

Entre as vantagens do prontuário eletrônico são apontados o acesso rápido ao histórico clínico do paciente, uso simultâneo por diversos profissionais, flexibilidade do *layout* dos dados, garantia de legibilidade, interação com outros sistemas, eliminação de dados redundantes, inexistência da possibilidade de extravios de fichas documentais, melhor controle das medicações, facilidade na coleta de dados para emissão de relatórios, formulação de diagnósticos e tomada de decisões (PATRICIO *et al.*, 2011, RONDINA; CANÊO; CAMPOS, 2016).

Ressalta-se que a facilidade de acesso ao prontuário foi apontada neste estudo como um fator que favorece a realização do registro. Deste modo, visualiza-se diante das características do prontuário eletrônico que este pode ser considerado uma via potencializadora do processo documental e da qualificação das informações. Nesta lógica, Patricio *et al.*, (2011), expressam que o prontuário eletrônico configura-se como uma via de qualificação do atendimento e que se faz necessária sua ampliação no âmbito do sistema de saúde hospitalar para facilitação da gestão dos serviços, da comunicação multiprofissional e do compartilhamento das informações intra hospitalar e em rede.

Em específico, sobre as estratégias utilizadas no processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário; as discussões de casos clínicos, práticas supervisionadas, exercícios teóricos práticos e apresentação de diretrizes e modelos foram consideradas como as mais eficazes pelos participantes, fator que vai ao encontro do panorama obtido sobre o processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário ocorrer majoritariamente na graduação atrelado às atividades práticas.

Todavia, há uma disparidade entre o apontamento da apresentação de diretrizes e de modelos como estratégias eficazes e a constatação de fragilidades nesta oferta no processo de formação, fator que pode estar associado a compreensão dos docentes acerca da resolução COFFITO 415 (principal diretriz da profissão que aborda o tema) não contemplar especificidades da área hospitalar e à ausência de modelos publicados que possam servir de recursos de apoio na formação.

Visualiza-se que as discussões de casos clínicos e proposições de exercícios teórico práticos, citadas como estratégias adotadas pelos participantes, constituem-se como metodologias ativas baseadas em problemas que visam ativar os conhecimentos prévios dos estudantes e instigar o desenvolvimento do raciocínio profissional e a capacidade crítica e reflexiva em relação a intervenção (LIMA, 2017).

Acredita-se que tais estratégias estimulam o raciocínio profissional possibilitando a maturação do entendimento do aluno acerca da especificidade da atuação no hospital e da apropriação sobre as intervenções a serem realizadas, fator que pode vir auxiliar na qualificação da escrita do prontuário, visto maior nível de clareza sobre o papel da Terapia Ocupacional e de suas ações no hospital.

Embora não mencionada como estratégia utilizada no processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário, as simulações de situações reais da prática profissional podem vir a potencializar o processo de formação.

O uso das simulações práticas possibilita um movimento de ação-reflexão-ação com realismo em ambientes controláveis (LIMA, 2017), favorecendo a capacidade de raciocínio profissional e pensamento crítico, possibilitando práticas seguras e aprimorando a atuação do estudante perante o paciente (SEBOLD *et al.*, 2017). Esta estratégia é de aplicabilidade a turma como um todo e não apenas a um restrito quantitativo de estudantes como ocorre nas práticas

supervisionadas, garantindo para tanto, o contato dos alunos com situações que instigam o desenvolvimento de habilidades e competências preconizadas nas DCN, entre elas o da vivência do procedimento do registro em prontuário que deve integrar obrigatoriamente o atendimento.

De modo geral, houve um expressivo número de participantes que manifestaram níveis de indiferença e de discordância em relação à afirmação da graduação contemplar o preparo profissional para o desenvolvimento de registros adequados, o que converge com os apontamentos sobre o processo do ensino aprendido ocorrer majoritariamente de modo pontual em disciplinas específicas, especialmente nas de práticas profissionalizantes.

Para Buschanan; Jelsma e Siegfried (2016), é necessário oportunizar vivências do registro em prontuário de modo transversal na graduação, para assim garantir o desenvolvimento da habilidade da escrita documental qualificada.

Considerando que a prática do registro em prontuário envolve o aprendizado de uma conjuntura de elementos que perpassam pela apropriação da linguagem técnica, das normativas sobre registros, da importância documental, do desenvolvimento do raciocínio profissional e do conhecimento de instrumentos que possibilitem a obtenção de parâmetros sobre a eficácia das intervenções, julga-se que a não aplicabilidade de uma abordagem gradual desta temática no âmbito da graduação possa implicar em futuras inconsistências na prática profissional do registro em prontuário.

Na percepção dos profissionais de saúde, as principais causas das inconformidades dos registros em prontuário estão atreladas a falta de atenção e de interesse dos trabalhadores em registrar o ciclo de cuidados, a sobrecarga e déficit de recursos humanos nos serviços, ao desconhecimento dos aspectos legais da documentação e ausência de qualificação e de conhecimento sobre registros em prontuário (SILVA *et al.*, 2017), sendo estes dois últimos, fatores que corroboram com apontamentos desta pesquisa sobre a presença de lacunas no processo de formação.

5.1. PROPOSIÇÃO DE UM ROTEIRO DE REGISTRO EM TERAPIA OCUPACIONAL.

Como desdobramento da tese, apresenta-se aqui a proposição inicial de um roteiro de registro a ser utilizado no processo de ensino aprendizagem no contexto da internação hospitalar.

Todavia, é importante salientar que trata-se de uma proposta que ainda demanda investimentos para validação em termos de conteúdo teórico, terminologia e operacionalidade nos diferentes perfis das enfermarias hospitalares.

Cabe dizer, que o desenvolvimento deste roteiro foi fundamentado em revisão sistemática de literatura sobre o tema, em diretrizes nacionais e internacionais da classe profissional sobre documentação (resolução COFFITO-415 e *Guidelines for Documentation of Occupational Therapy*), nos 13 anos de experiência profissional da pesquisadora e nos dados obtidos nesta pesquisa.

Deste modo, acredita-se que o roteiro desenvolvido tenha tendenciosamente características mais voltadas à atenção ao público adulto/idoso de enfermarias de clínicas médicas, contudo, conforme já sinalizado, testes sobre sua validação e operacionalidade ainda são necessários.

Abaixo, segue estrutura delineada com os respectivos tópicos preconizados, seguida por breve descrição de seu preenchimento:

REGISTRO DE AVALIAÇÃO:

TERAPIA OCUPACIONAL		
Avaliação		
Data:	Horário:	DIH: (dia de internação hospitalar)
Avaliação acionada por:		
<input type="checkbox"/> Pedido de Interconsulta (descrever o que foi solicitado)_____		
<input type="checkbox"/> Busca ativa		
<input type="checkbox"/> Demanda espontânea (quando paciente ou familiar busca espontaneamente o profissional)		
Informações gerais do paciente: descrição de informações sobre como o paciente se apresenta no momento da avaliação (dados sobre humor, nível de consciência, orientação temporal e espacial, nível de receptividade ao contato e à intervenção, ... No caso de atendimento pediátrico descrever se criança apresenta-se apática, ativa, reativa, receptiva à intervenção, ...).		
Informante do processo de anamnese:		
<input type="checkbox"/> paciente		
<input type="checkbox"/> familiar (<u>descrever grau de parentesco e nome</u>)_____		
<input type="checkbox"/> cuidador (<u>especificar nome e se trata-se de um cuidador formal ou informal</u>)_____		
<input type="checkbox"/> outros (<u>especificar</u>)_____		

Nota: no caso do familiar ser também o principal cuidador informal, o TO deve assinalar a opção familiar e na frente acrescentar esta informação.
Histórico Ocupacional: descrição da rotina, dos papéis ocupacionais, das ocupações (AVDs, AIVDs, descanso e sono, lazer, brincar, trabalho, educação e participação social), assim como das interferências do processo de adoecimento e hospitalização nas ocupações. No caso de atendimento pediátrico relatar também dados do desenvolvimento neuropsicomotor.
Nível de dependência funcional: () completa () parcial () assistência ocasional () independente OBS: <u>(especificar se a alteração no nível de funcionalidade ocorre pré-internação ou a partir da hospitalização e sinalizar em que situações)</u> _____
Presença de alterações nas habilidades, as quais comprometem o desempenho e/ou engajamento ocupacional? () Não () Sim - () motora () processual () interação social OBS: <u>fazer uma descrição sobre os aspectos</u> <u>constatados</u> _____
Instrumentos de avaliação aplicados: () Não se aplica () <u>Instrumento (citar nome do instrumento padronizado e seu escore. Ex: MIF, Denver II, ESAS, etc)</u> _____
Compreensão do processo de adoecimento e hospitalização: descrever informações sobre compreensão, adaptação ao processo de internação e engajamento no tratamento. _____
Principais queixas:
Demandas identificadas: descrever, de preferência por tópicos e em ordem de prioridade, as demandas a serem trabalhadas pela TO (incluir demandas familiares, se for o caso). _____
Diagnóstico Terapêutico Ocupacional: Ex: Prejuízos no engajamento ao tratamento associado a vulnerabilidade da rede sócio afetiva; Déficit no desempenho das atividades de vida diária associado a comprometimento motor; Risco ao desenvolvimento infantil associado a rotina de múltiplos procedimentos e reduzida oferta de estimulação adequada no contexto intra hospitalar,....

Plano Terapêutico Ocupacional: a partir das demandas, listar os objetivos terapêuticos e recursos/ técnicas pretendidas.
Informações complementares: neste campo pode-se acrescentar informações que o profissional julgar pertinente; acerca da religiosidade/espiritualidade do paciente/familiar/cuidador; bem como descrição de intervenção iniciada se for o caso.
Profissional responsável pelo atendimento (inserir nome completo do terapeuta ocupacional e nº do CREFITO. Em caso de assistência pelo estagiário, deve-se incluir também, o nome completo do aluno e número do seu registro acadêmico).

REGISTRO DE INTERVENÇÃO:

TERAPIA OCUPACIONAL	
Intervenção	
Data:	Hora:
DIH: (sinalizar o quantitativo de dias de internação hospitalar até o momento).	
Quantitativo de atendimentos da TO: (sinalizar se este é o 2º, 3º, 4º, ...atendimento).	
Tipo de atendimento: () individual () em grupo	Sujeito alvo do atendimento: () paciente () familiar/cuidador (citar nome)_____
Objetivo do atendimento: descrever o objetivo deste atendimento.	
<p>Informações gerais: descrição sobre como o paciente se apresenta no início da intervenção (dados sobre humor, nível de consciência, orientação temporal e espacial, comunicação, nível de receptividade ao contato e a intervenção, ... No caso de atendimento pediátrico descrever se criança apresenta-se apática, ativa, reativa, receptiva à intervenção, ...).</p> <p>Em casos de atendimento com familiar, relatar sobre humor, autocuidado, nível de receptividade ao contato e à intervenção.</p> <p>Em relação ao atendimento em grupo, neste item deve ser descrito quem são os participantes, número de participantes, local da realização do grupo e duração.</p>	
Dados da intervenção: descrever as principais informações sobre a intervenção realizada, explicitando recursos/técnicas; orientações empregadas; dificuldades percebidas, assim como relatar aspectos do desempenho e engajamento.	

Resultados: (informar sobre a manutenção ou melhoras alcançadas em relação aos objetivos traçados.
(Re) Aplicação de Instrumentos: () Não se aplica () Instrumento (descrever o nome do instrumento e seu score; no caso de reaplicação sinalizar data da 1ª aplicação e score e, em seguida o score obtido neste atendimento).
Observações complementares: neste item é possível inserir informações sobre materiais disponibilizados para ficar no leito, orientações complementares, acordos pactuados, discussões do caso com a equipe e demais informações que o profissional julgar relevante.
Profissional responsável pelo atendimento (inserir nome completo do terapeuta ocupacional e nº do CREFITO. Em caso de assistência pelo estagiário, deve-se incluir também, o nome completo do aluno e número do seu registro acadêmico).

REGISTRO DE ALTA:

TERAPIA OCUPACIONAL	
Alta	
Data:	Hora:
DIH: (sinalizar o quantitativo de dias de internação hospitalar até o momento). Quantitativo de atendimentos da TO: (sinalizar se este é o 2º, 3º, 4º, ...atendimento da TO).	
Síntese do acompanhamento terapêutico ocupacional: resgatar os objetivos do plano terapêutico ocupacional e o que foi alcançado no processo de internação.	
Orientações efetivadas para o pós-alta:	
Observações complementares: neste item é possível inserir retornos dos pacientes/familiares/cuidadores e demais informações que o profissional julgar relevante.	
Encaminhamentos: descrever se houve necessidade de encaminhamentos, e em caso afirmativo, registrar local e objetivo do encaminhamento (este item, não isenta a necessidade de uma via do encaminhamento ser anexada no prontuário).	
Profissional responsável pelo atendimento (inserir nome completo do terapeuta ocupacional e nº do CREFITO. Em caso de assistência pelo estagiário, deve-se incluir também, o nome completo do aluno e número do seu registro acadêmico).	

É importante dizer que dados sobre a identificação do paciente, história clínica e pregressa da doença, bem como dos tratamentos realizados são informações preconizadas na resolução COFFITO- 415, contudo, não incorporadas neste roteiro, a partir do entendimento de que tais informações já constam no prontuário hospitalar por fazerem parte da triagem institucional. Não sendo este o caso em seu hospital, tais dados precisam ser incorporados no roteiro de avaliação.

Elementos como prognóstico ocupacional e estimativa do quantitativo de atendimentos a ser ofertado pela Terapia Ocupacional são também preconizados, porém não contemplados neste roteiro, pelo entendimento de que tais aspectos necessitam de maior aprofundamento reflexivo sobre a pertinência desta exigência quando considerado peculiaridades da população atendida.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Verificou-se que o processo de ensino aprendizagem do registro em prontuário na graduação brasileira ocorre de modo pontual, especialmente vinculado as atividades práticas, como atribuição a ser desenvolvida pelo aluno no campo. Esta configuração mostra-se problemática, quando considerado que apenas um quantitativo de alunos tem acesso a vivência de práticas profissionalizantes no hospital e que por vezes, alunos em práticas de estágio profissionalizante possuem acesso ao prontuário apenas para leitura.

Constatou-se que o processo de formação sobre a prática documental é pautado em ínfima abordagem sobre o tema, sendo escassas as apresentações de fundamentos teóricos como diretrizes e modelos de registros, fator que pode vir a refletir na qualidade das anotações e em consequência fragilizar o discurso público profissional.

Como principais inconsistências em relação ao conteúdo do registro estão a ausência de informações que compreendem o diagnóstico e prognóstico ocupacional, estimativa de atendimentos, plano terapêutico, dados sobre resultados alcançados e informações sobre o registro acadêmico do estagiário. Cabe ressaltar que inconsistências nos conteúdos dos registros dificultam o desenvolvimento de pesquisas com produção de evidências robustas sobre a prática da Terapia Ocupacional, limitando o crescimento e a valorização da profissão.

Identificou-se que as estratégias de ensino aprendizagem consideradas mais eficazes vinculam-se à prática (discussões de caso clínico, práticas supervisionadas e exercícios teórico práticos) e que as principais dificuldades atrelam-se, especialmente, a terminologia profissional, a falta de modelos/roteiros padronizados e ao acesso ao prontuário na dinâmica do serviço.

Considerando as fragilidades constatadas no processo de ensino aprendizagem e entendendo que a qualidade das informações registradas em prontuário reflete na produção de conhecimento científico e no reconhecimento público do trabalho terapêutico ocupacional, instiga-se aqui investimentos no processo de ensino aprendizagem acerca do registro em prontuário.

Como limitações deste estudo aponta-se a amostra reduzida de participantes e o recorte dado na análise de ementas específicas do contexto hospitalar, podendo a abordagem de

conteúdos sobre a documentação estar diluída em outras disciplinas, o que demanda a investigação da análise curricular como um todo.

Todavia, é importante dizer que este estudo possibilitou a visualização de novos caminhos para o aprofundamento de pesquisas científicas nesta temática, como a necessidade de investigações acerca da qualidade dos registros realizados pelos estagiários de terapia ocupacional nos hospitais universitários; sobre a avaliação da compreensão da equipe multiprofissional hospitalar acerca dos registros produzidos pela terapia ocupacional; sobre a concepção de diagnóstico terapêutico ocupacional; assim como acerca da necessidade de investigação aprofundada dos referenciais teóricos e modelos epistemológicos utilizados no processo de ensino aprendizagem e das suas influências sobre a escrita em prontuário.

Não obstante, foi possível realizar a proposição de um roteiro de registro de avaliação, intervenção e alta para nortear a prática documental no âmbito hospitalar.

Concluiu-se que esta pesquisa permitiu a compreensão do processo de ensino aprendizagem na área hospitalar, demonstrando dados que evidenciam a temporalidade desta discussão na Terapia Ocupacional e a necessidade de maiores investimentos no procedimento do registro em prontuário no processo de formação.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- ÀLVAREZ, E. *et al.* Terapia ocupacional precoce e intensiva em la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico. Ensayo clínico randomizado: resultados preliminares. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Chile, v. 12, n. 1, p. 44-59, 2012.
- ALVES, M.A.; SZPILMAN, A.R.M.; POTON, W.L. Avaliação do registro médico nos prontuários de um ambulatório de ensino. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vila Velha, ES, v.17, n.3, 2015, p. 69-77.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION-AOTA. Elements of clinical documentation (revision). **The American Journal of Occupational Therapy**, v.49, pp.1032-1035, 1995.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION-AOTA. Guidelines for documentation of occupational therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.62, n.6, p.684-690, 2008.
- ASANUMA, Y. Serviços de arquivo médico e estatística para o hospital: organizações e funções. *Rev. Paul. Hosp*, v.11, n.4, 1963, p.29-32.
- BAILEY, D.M. Reasons for attrition from occupational therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.44, n.1, p.23-29, 1990.
- BART, O.; *et al.* Development and validation of the Documentation of Occupational Therapy Session during Intervention (D.O.T.S.I.). **Research in Developmental Disabilities**, v. 32, p. 719–726, 2011.
- BOMBARDA, T.B. **A prática de registros dos terapeutas ocupacionais na educação inclusiva**. 2014. 115f. Dissertação (Mestrado em terapia ocupacional na área de concentração: processos de intervenção em Terapia Ocupacional), UFSCar, São Carlos, 2014.
- BOMBARDA, T.B.; PALHARES, M.S. O registro de práticas interventivas da Terapia Ocupacional na educação inclusiva, **Cad. Ter.Ocup.UFSCar**, São Carlos, v.23, n.2, p.285-294, 2015.
- BOMBARDA, T.B. *et al.* A prática de registros em Terapia Ocupacional: reflexões sobre os fundamentos técnico-legais da resolução COFFITO-415, **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, 2018.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Série A. Normas e Manuais Técnicos**; n. 117 3.^a Edição Revista e Atualizada. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional**. Resolução CNE/CES 06/2002, publicada no DOU 04/03/2002, Seção 1, p. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico Político Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1820 de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**.2009,agosto 14; Seção 1.p.80.

BUCHANAN, H.; JELSMA, J.; SIEGRIED, N. Practice-based evidence: evaluating the quality of occupational therapy patient records as evidence for practice. **South African Journal Occupational Therapy**, v.46, n.1, p.65-73, 2016.

BUTTS, D.S.; NELSON, D.L. Agreement between Occupational Therapy Practice Framework Classifications and Occupational Therapists' Classifications. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.61, n.5, p. 512–518, 2007.

CARDINALLI, I.; SILVA, C.R. Formação e compreensão dos fundamentos da profissão na graduação em Terapia Ocupacional. In: SILVA, R.A.S.; BIANCHI, P.C.; CALHEIROS, D.S. (orgs). **Formação em Terapia Ocupacional no Brasil: pesquisas e experiências no âmbito da graduação e pós-graduação**. São Paulo, FiloCzar, 2018. Cap.II. p.57-74.

CARNEIRO, S.M. *et al.* Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev Rene**, v.17, n.2, 2016; p. 208-16.

CARVALHO, L.F. Serviço de Arquivo médico e estatística. **Rev. Paul Hosp**, v.8, n.7, 1960, p.25-31.

CARVALHO, L.F. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. São Paulo, LTr. Editora da Universidade de São Paulo, 1973, 256p.

CREEK, J. **The core concepts of Occupational Therapy**: a dynamic framework for practice. London: Jessica Kingsley Publishers, 2010.

CHAVES, G.F.S. *et al.* Escalas de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.21, n.3, p.240-246, 2010.

COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS OF ONTARIO - COTO. **Practice Guideline: client records**. 1999.

COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS OF ONTARIO - COTO. **Standards for the supervision of students**. 2011. 14p. Disponível em: <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/COTO-Standards-for-the-Supervision-of-Students-2011.pdf> Acesso em: 12 de julho de 2018.

COLLEGE OF OCCUPATIONAL THERAPISTS OF BRITISH COLUMBIA – COTBC. **Practice Standards for Managing Client Information**. 2014. Disponível em: https://cotbc.org/wpcontent/uploads/COTBC_ManagingClientInfo_Standards2014_ALL.pdf Acesso em: 13 de julho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº81**, de 9 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do terapeuta ocupacional, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. (D.O.U nº. 093, Seção I, 21/05/87). Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2839> Acesso em 17 de maio de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº371**, de 6 de novembro de 2009. Dispõe sobre a alteração do art. 1º da Resolução COFFITO nº 366. (D.O.U nº 228, seção 1, 30/11/2009). Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3134#m%20ore-3134>. Acesso em: 25 de abril de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº415**, de 19 de maio de 2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências. (D.O.U nº99, seção 1, 23/05/2012). Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3178> Acesso em: 01 de junho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº429**, de 8 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. (D.O.U nº169, seção 1, 2/09/2013). Disponível em: <http://www.atohosp.com.br/uploads/files/20170328005352.pdf> Acesso em 02 de junho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Exame de conhecimento para concessão do título de especialista nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Edital de abertura. 72p., 2018. Disponível em: http://www.institutoexcelenciapr.com.br/sistema/uploads/EDITAL_PROVA_NACIONAL_D_E_ESPECIALIDADES_-_EDICAO_2018.pdf Acesso em 25 de maio de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Edital de homologação das inscrições**. 115p.; 2018b. Disponível em: http://www.institutoexcelenciapr.com.br/sistema/uploads/EDITAL_DE_HOMOLOGACAO_DAS_INSCRICOES.pdf Acesso em: 25 de maio de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Edital – resultado da prova de títulos. 21p.; 2018c. Disponível em: http://www.institutoexcelenciapr.com.br/sistema/uploads/EDITAL_DE_RESULTADO_PROVA_DE_TITULOS.pdf Acesso em 25 de maio de 2019.

COSTA, C.G.A. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da world wide web e da engenharia de software**. 2001. 288p. Dissertação (Mestrado em engenharia elétrica e computação, na área de concentração engenharia biomédica), UNICAMP, Campinas, 2001.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**. Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, J.A. Informações em saúde: um estudo da legislação brasileira. **Ponto de Acesso**, Salvador, v.9, n.1,p. 111-121. 2015.

CRUZ, D.M.C. Os modelos de Terapia Ocupacional e as possibilidades para a prática e pesquisa no Brasil. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.504-517, 2018.

DA SILVA, T. G.; *et al.* Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.7, n.1, p.24-27, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679/293>. Acesso em: 15 maio 2019.

DAHDAH, D.F.; FRIZZO, H.C.F.; FANGEL, L.M.V. Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares – Caracterização do ensino nos cursos universitários Brasileiros. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 70-79, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/55648> Acesso em: 28 may 2018.

DAVIS, J. *et al.* Communicating evidence in clinical documentation. **Australian Occupational Therapy Journal**, v.55, p. 249-255, 2008.

DEBOSCKER, Y. **Le dossier médical dans les établissements de santé**. Berger-Levrault, Paris: S.ed. 1997. Disponível em: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k33218050/f5.image>

DE CARLO, M.M.R.P.; BATALOTTI, C.C.; PALM, R.D.C.M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. *In*: DE CARLO, M.M.R.P.; LUZO, M.C.M. (org). **Terapia Ocupacional reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo, Roca. 2004. Cap.1, p.3-28.

DE CARLO, M.M.R.P. A especialidade profissional dos terapeutas ocupacionais em contextos hospitalares e suas áreas de atuação. *In*: I CONGRESSO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES E CUIDADOS PALIATIVOS-ATOHOSP, 47., 2014, Ribeirão Preto. *Anais...Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, 2014. p.23- 24.

DE CARLO, M.M.R.P.; KUDO, A.M. **Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos**. São Paulo, Editora Payá, 2018. 417p.

DE CARLO, M.M.R.P.; *et al.* Videoconferencing in occupational therapy in hospital contexts and palliative care. **Rev.FAc. Med.**, v.66, n.4, p.575-580, 2018.

DEMARCHI, T.M. *et al.* Auditoria de prontuário do paciente: um processo de aprendizagem e integração institucional. **Rev. adm. saúde**; v.14, nº54, p.51-56, 2012.

DRUMMOND, A.F. Fundamentos da Terapia Ocupacional. *In*: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap.2, p.10-17.

FANGEL, L.M.V. *et al.* A formação de terapeutas ocupacionais para contextos hospitalares: experiência da Universidade de Brasília. In: SILVA, R.A.S.; BIANCHI, P.C.; CALHEIROS, D.S. (orgs). **Formação em Terapia Ocupacional no Brasil**: pesquisas e experiências no âmbito da graduação e pós-graduação. São Paulo, FioCzar. 2018. Cap.V. p.109-121.

FEARING, V.G. Managing paperwork: problem solving for job satisfaction. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.58, n.2, p.55-59, 1991.

FEARING, V.G. Occupational therapists chart a course through the health record. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 60, n.5, p.232-240. 1993.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8ed. Curitiba: Positivo, 2010. 960p.

FRIZZO, H.C.F.; CORRÊA, V.A.C. Terapia Ocupacional em contextos hospitalares: a especialidade, atribuições, competências e fundamentos. **REFACS (online)**, v.6, n.1, p.130-139, 2018.

GALHEIGO, S.M.; ANTUNES, J.R. A caracterização da produção bibliográfica nas práticas hospitalares em terapia ocupacional no Brasil: uma revisão de literatura de 1990 à 2007. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n.2, p.91-99, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILLETE, N.P. A data base for occupational therapy: documentation through research. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.36, n.8, p.499-501, 1982.

GRANJA, M.; OUTEIRINHO, C. Registro médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. **Rev Port Med Geral Fam**, v.34, p.40-44, 2018.

GUIMARÃES, P.R.B. **Métodos quantitativos estatísticos**. Curitiba, IESD Brasil AS, 1 ed., 2008.

HEDBERG-KRISTENSSON, E.; IWARSSON, S. Documentation quality in occupational therapy patients records: focusing on the technical aid prescription process. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v.10, p.72-80, 2003.

KIELHOFNER, G.; *et al.* Documenting Outcomes of Occupational Therapy: The center of outcomes research and education. **American Journal of Occupational Therapy**, v.58, p.15-23, 2004.

KYLE, T.; WRIGHT, S. Reflecting the model of human occupation in occupational therapy documentation. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.63, n.3, p.192-196, 1996.

KUDO, A.M. Gerenciamento de serviço de Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e procedimentos no Sistema Único de Saúde. *In*: DE CARLO, M.M.R.P.; KUDO, A.M. **Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos**. São Paulo, Editora Payá, 2018. Cap.3. p.49-78.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A.M.C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília. Líber livro, 2010.224p.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017. Acesso em 10 Junho 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>.

LIKERT, R. **A Technique for the Measurement of Attitudes**. New York, Archives of Psychology, 1932, 55p.

MAGALHÃES, L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura anglófona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** São Carlos, v.21, n.2, p.255-263, 2013.

MANZO, B. F; BRITO, M. J. M; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n., 2, 2012. p.388-394

MARIN, H.F.; MASSAD, E.; AZEVEDO NETO, R.S. Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. *In*: MASSAD,E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO NETO, R.S e colaborad. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. p.1-20.

MATTHEWS, M.M.; JABRI, J.L. Documentação dos serviços de Terapia Ocupacional. *In*: PEDRETTI, L.M.; EARLY, M.B. **Terapia Ocupacional**: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo, ROCA, 2004. Cap.10, p.98-107.

MATSUDA, L.M.; *et al.* Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.3, p. 415- 421, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

MCEVOY, M.P. *et al.* How Comprehensively Is Evidence-Based Practice Represented in Australian Health Professional Accreditation Documents? A Systematic Audit. **Teaching and Learning in Medicine**, v.28, n.1, p.26-34, 2016.

MCGUIRE, M.J. Documenting progress in home care. **The American Journal of Occupational Therapy**, v51, n.6, pp.436-445, 1997.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MESQUITA, A.M.O.; DESLANDES, S.F. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.664-673, 2010.

MEZZOMO, A.A. **Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica.** 4ªed.São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Breve notícia histórica sobre os hospitais em geral. *In:* _____. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: [s.n], 1965. cap.I, p.5-46.

MOTTA, G.H.M.B. **Um Modelo de Autorização Contextual para o Controle de Acesso ao Prontuário Eletrônico do Paciente em Ambientes Abertos e Distribuídos.** [Tese], São Paulo: Escola Politécnica da USP, 2003.

NOVAES, H.M.D. A evolução do registro médico. *In:* MASSAD, E.; MARIN, H.F.; AZEVEDO NETO, R.S e colaborad. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: H. de F. Marin, 2003. p.39-46.

O'BRIEN, J.C.; HUSSEY, S.; SABONIS-CHAFEE, B. **Introduction to Occupational Therapy.** 4th Edition. St Louis. Elsevier eBook on Intel Education Study; 2012.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M.J. Certificação profissional na enfermagem. *In:* _____. **O exercício da enfermagem. Uma abordagem ético legal.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013. Cap.23, p.248-253.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Direcção-Geral da Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** Tradução e revisão de Amélia Leitão. Lisboa, 2004.

OTTENBACHER, K.J.; CUSICK, A. Goal Attainment scalling as a method of clinical service evaluation. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.44, n.6, p. 519-525, 1990.

PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 1997.

PAGLIOSA, F.L.; ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.4, p.492-499, 2008.

PANZERI, C.S.B. **A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica dos terapeutas ocupacionais**. 2012. 166f. Dissertação (Mestrado em terapia ocupacional na área de concentração: processos de intervenção em Terapia Ocupacional), UFSCar, São Carlos, 2013.

PANZERI, C.S.B.; PALHARES, M.S. A documentação clínica em Terapia Ocupacional: revisão de literatura. **Cad. Ter.Ocup.UFSCar**, São Carlos, v.21, n.3, p.623-634, 2013.

PARKINSON, S.; *et al.* Enhancing professional reasoning through the use of evidence-based assessment, robust case formulations and measurable goals. **British Journal of Occupational Therapy**, v.74, n.3, p.148- 52, 2011.

PATRICIO, C.M.; *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**. Porto Alegre, v. 21, n.3, p.121-131, 2011.

PELISSARI, D.C.; PALHARES, M.S. O registro da intervenção no prontuário pelo terapeuta ocupacional em um ambulatório infanto-juvenil. **Cad.Ter.Ocup. UFSCar**, São Carlos, v.23, n.4, p.711-722, 2015.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo, EDUSP, 1999, 163p.

PERINCHIEF, J. M. Documentación y administración de los servicios de terapia ocupacional. *In*: CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional**. Tradução Diana S. Klajn. 10. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2008. Cap.46, p.897-905.

PERINCHIEF, J.M. Controle dos serviços de Terapia Ocupacional. *In*: NEISTADT, M.E.; CREPEAU, E.B. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional**. Tradução Cláudia Lúcia Caetano de Araújo *et al.*, Revisão técnica Eliane Ferreira. 9ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.43, p.722-738.

PIERRI, B.L. Occupational Therapy as Documented in Patients Records Part III. Valued but not Documented. Underground Practice in the Context of Professional Written Communication. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v.8, n.4, p.174-83, 2001.

PIERRE, B. L.; SONN, U. Occupational therapy as documented in patient's records: Part II: What is proper documentation? Contradictions and aspects of concern from the perspective of OTs. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v.6, p.3-10, 1999.

PINHEIRO, C.A. Diferentes práticas hospitalares do terapeuta ocupacional na realidade brasileira, de norte a sul. *In: I CONGRESSO DE TERAPIA OCUPACIONAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES E CUIDADOS PALIATIVOS- ATOHOSP*, 47., 2014, Ribeirão Preto. *Anais...Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*, 2014. p.24.

POSSARI, J.F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. 2 ed. São Paulo, látria, 2007, 246p.

RADOMSKI, M. V. Planejamento, orientação e documentação da terapia. *In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. Terapia ocupacional para disfunções físicas*. Tradução e revisão científica: Beatriz Bittencourt Granjo Schlecht *et al.* 5. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005. cap.19, p.443-461.

RISCHMULLER, R.; FRANZSEN, D. Assessment of record keeping at schools for learners with special educational needs in the Western Cape. **South African Journal of Occupational Therapy**, v.42, n.2, p.13-20, 2012.

ROGERS, A.T.; *et al.* Higher hospital spending on occupational therapy is associated with lower readmission rates. **Medical Care Research and Review**, p.1-19, 2016.

RONDINA, J.M.; CANÊO, P.K.; CAMPOS, M.S. Conhecendo a Experiência de Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente no Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.13, n.1, p.43-52, 2016.

ROSSANEIS, M.A. *et al.* Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.4, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41734/26785> Acesso em: 16 maio 2019.

SANTOS, N.M.; FREIXO, A.L. A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da comissão de revisão de prontuários. *In: Simpósio Baiano de Arquivologia*, III SBA., 2011, Bahia. Políticas arquivísticas na Bahia e no Brasil. Bahia, 2011, p.1-12.

SANTOS, R.S.; MENTA, S.A. A formação do terapeuta ocupacional para gestão de serviços de saúde: um estudo em bases curriculares. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 43-51, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0710> Acesso em: 16 de maio de 2019.

SEBOLD, L.F. Simulação clínica: desenvolvimento de competência relacional e habilidade prática em fundamentos de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**. Recife, v.11, p.4184-4190, 2017.

SILVA, L.C.S. *et al.* Inconformidades acerca dos registros em prontuários: percepção dos trabalhadores de saúde da região central do Brasil. **Atas CIAIQ**, n.2, p.1570-1577, 2017.

SIMPSON, J.M. How good is your documentation? **Journal of the Chartered Society of Physiotherapy**, v.84, n.10, p.469- 471, 1998.

SCHOUT, D.; NOVAES, H.M.D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.935-944.2007.

SHORTLIFFE, E.H.; BARNETT, G.O. Medical Data: Their Acquisition, Storage, and Use. *In*: SHORTLIFFE, E.H.; PERREAULT, L.M. **An Introduction to Computers in Medicine**. New York: Addison Wesley, 1990. p. 37- 69.

STUMPF, M.K. **A gestão da informação em um hospital universitário: em busca da definição do conteúdo do prontuário essencial do hospital de clínicas de Porto Alegre**. 1996. 181p. Dissertação (Mestrado em Administração), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 1996.

STUMPF, M. K.; FREITAS, H.M.R. A gestão da informação em um hospital universitário: o processo de definição do Patient Core Record. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 1, n. 1, p. 71-99, Apr. 1997. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141565551997000100005&lng=en&nrm=iso Acesso em 01 de junho de 2018.

TIMBY, B.K. Registro e relato. *In*: _____. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Tradução Maragarita Ana Rubin Unicovsky. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap.9, p.120-137.

TONELLO, I.M.S.; NUNES, R.M.S.; PANARO, A.P. Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação. **Informação & Informação**, [S.l.], v. 18, n. 2, p. 193–210, ago. 2013. ISSN 1981-8920. Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/16169> . Acesso em: 27 maio 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.5433/1981-8920.2013v18n2p193>.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, H.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

VALVERDE, M.A.T. Estudio del razonamiento clínico em estudantes de terapia ocupacional. 2015. 534f. Tese (Doctorado en Ciencias de la Salud), Universidade da Coruña, 2015.

WATSON, D. Documentation of paediatric assessments using the occupational therapy guidelines for client-centred practice. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.59, n.2, p.87-94, 1992.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY - WFOT. **Minimum standards for the education of occupational therapists** – revised 2016. Disponível em: <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/841/Default.aspx>

WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 1995.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário estruturado em plataforma da web aplicado com alunos.

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

*Obrigatório

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa de doutorado que tem como objetivo identificar as abordagens acerca do processo de ensino de registros em prontuário nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional na área hospitalar. Visa-se estratificar facilidades e/ou dificuldades envolvidas no processo ensino aprendizagem do ato de se registrar as intervenções realizadas.

A pesquisadora responsável é a terapeuta ocupacional Tatiana Barbieri Bombarda (Crefito3 /9823) vinculada ao Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob a orientação da Profa Regina Helena V.Torkomian Joaquim, as quais no caso de dúvidas e necessidade de maiores esclarecimentos se colocam à disposição pelo contato tatibb_to@yahoo.com.br ou pelo telefone (16)992240310.

Os dados serão coletados por meio da aplicação de um único questionário eletrônico composto por questões abertas e fechadas, com duração de cerca de 7 -15 minutos. As questões iniciais são voltadas à caracterização do participante e posteriormente consistem na busca por compreender o processo de ensino aprendizagem na prática dos registros em prontuário da terapia ocupacional nos contextos hospitalares.

Procurou-se reduzir ao mínimo qualquer constrangimento gerado a partir da resolução das questões, que foram avaliadas e testadas por profissionais experientes antes desta disponibilização em plataforma virtual, bem como tentou-se reduzir ao mínimo o gasto do seu tempo neste preenchimento de respostas e de desconfortos que possam emergir a partir da reflexão causada pelas perguntas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da UFSCar conforme parecer nº1.894.915.

É importante sinalizar que não se aplica a possibilidade de ressarcimento financeiro por sua participação. Além disto, você poderá retirar seu consentimento para a participação em qualquer etapa do questionário e como se trata de um questionário por meio eletrônico, basta interrompê-lo. É garantido pelas pesquisadoras que no uso de suas respostas será assegurado o sigilo das informações e utilização destas exclusivamente para fins científicos.

Espera-se que este trabalho venha a contribuir para a prática profissional dos terapeutas ocupacionais que atuam na área hospitalar, apresentando sugestões para potencialização do processo de ensino aprendizagem sobre os registros, a partir da realidade estudada.

1. Marcar apenas uma oval.

ACEITAR

RECUSAR

PARTE I

Dados de caracterização

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

3. Idade *

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

4. Você estuda em uma instituição? **Marcar apenas uma oval.*

- Federal
- Estadual
- Privada

5. Este é seu primeiro estágio profissional? **Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

6. No caso de não ser este seu primeiro estágio profissional, descreva quais estágios você já realizou.

7. Nome do Hospital em que você está realizando prática de estágio em Terapia Ocupacional Hospitalar? *

8. Você possui um professor supervisor de estágio? **Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

9. Você possui um preceptor de estágio? **Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

10. Anterior a prática de estágio, você teve no processo de graduação disciplina de TO hospitalar? **Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

11. Se sim, nesta disciplina foi apresentado conteúdo sobre a prática de registro em prontuário?*Marcar apenas uma oval.*

- sim
 não

12. Enquanto estagiário você tem acesso ao prontuário do paciente? **Marcar apenas uma oval.*

- Não
 Sim, apenas para leitura
 Sim, para leitura e registro de atendimentos

13. Na instituição onde você faz estágio, o prontuário é: **Marcar apenas uma oval.*

- Em papel
 Eletrônico
 Misto (parte em papel, parte eletrônico)

14. Como fica disposto o registro em prontuário que você realiza? **Marcar apenas uma oval.*

- Somente em prontuário interdisciplinar (há separações com abas específicas para o registro de cada especialidade)
 Somente em prontuário interdisciplinar (anotações por especialidades são feitas na mesma ficha de modo cronológico)
 Prontuário específico da TO
 Parte dos registros são feitos em prontuário interdisciplinar, parte em prontuário específico da TO
 Outro: _____

15. Quais os cenários de sua prática de estágio no contexto hospitalar? **Marque todas que se aplicam.*

- enfermarias
 UTIs
 Urgência e Emergência
 Ambulatórios
 Atenção domiciliar
 Outro: _____

PARTE II

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

16. Qual a finalidade dos registros em prontuário? *

17. Quais informações devem constar obrigatoriamente nos registros em prontuário da TO hospitalar? *

18. Há na graduação a oferta de ensino sobre o registro em prontuário? **Marcar apenas uma oval.*

- sim
- não

19. Em que momento se inicia a prática de ensino sobre registros em prontuário na graduação? (considere graduação como o percurso acadêmico que envolve a trajetória do 1º ao último ano do curso) *

20. Descreva detalhadamente como se dá na graduação o processo de ensino aprendizagem sobre o ato de documentar as intervenções na área hospitalar. *

21. Você identifica dificuldades no aprendizado do procedimento de registros em prontuário? Quais? *

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

22. **Você conhece diretrizes da terapia ocupacional que oriente sobre o ato dos registros em prontuário? Em caso afirmativo, em sua opinião estas diretrizes são claras e contemplam as especificidades da prática hospitalar? ***

PARTE III

Mediante as afirmações abaixo, pontue seu nível de concordância:

23. **Todas as intervenções devem ser registradas. (intervenções= atendimento direto, orientações, contato com equipe, contato telefônico para encaminhamento, etc). ***
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

24. **O ato da documentação é um procedimento normativo que não interfere no nível de satisfação profissional. ***
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

25. **A graduação deve contemplar o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados. ***
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

26. **A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados. ***
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

27. **Possuo apropriação acerca das informações que devem compor o registro em prontuário hospitalar. ***
Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	concordo totalmente				

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

28. **Na graduação são apresentadas as diretrizes da terapia ocupacional referentes ao registro em prontuário. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

29. **Os registros que você realiza no prontuário permitem à equipe hospitalar compreender as ações que estão sendo desenvolvidas pela TO e seus objetivos ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

30. **Os métodos empregados para o ensino do registro em prontuário ocorrem na graduação tanto nas disciplinas teóricas como nas disciplinas práticas. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

31. **O preceptor/professor lê o registro que faço, valida o mesmo e assina o prontuário. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

32. **O preceptor dá devolutivas sobre os registros feitos, orientando no que é possível melhorar e no que é necessário adequar. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

33. **Estou satisfeito com os registros que realizo na minha prática como aluno no contexto hospitalar. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

34. **Estou satisfeito com a orientação e o respaldo que me são dados no que concerne aos registros que tenho realizado. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

PARTE IV

Estruturação dos registros e aspectos práticos

35. Que tipo de intervenções são registradas no prontuário: **Marque todas que se aplicam.*

- assistência direta ao paciente
- orientações ao paciente
- orientações à familiares
- atendimento domiciliar
- contato telefônicos
- discussões do caso com a equipe
- Outro: _____

36. 1- Em relação aos registros referentes ao processo de AVALIAÇÃO do paciente, sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que constam em sua prática de documentar: **Marque todas que se aplicam.*

- local onde foi feita a avaliação (enfermaria, ambulatório, leito, sala de reabilitação, brinquedoteca, etc)
- modo pelo qual o paciente chegou até o profissional (busca ativa, interconsulta, demanda espontânea)
- quem foi o informante (paciente, acompanhante)
- informações sobre dados pessoais do paciente
- informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)
- informações sobre a queixa do paciente
- informações acerca do perfil ocupacional e seu desempenho
- informações sobre a compreensão e aceitação do paciente em relação ao processo de adoecimento e internação
- informações sobre instrumentos utilizados na avaliação de componentes motores, cognitivos, sociais e espirituais
- informações sobre os prejuízos funcionais
- aspectos relativos à família e ao cuidador
- diagnóstico terapêutico ocupacional
- informações sobre o prognóstico TO
- plano terapêutico
- quantitativo estimado de atendimentos
- data
- assinatura do aluno estagiário
- assinatura do preceptor/supervisor
- carimbo ou número do RA (registro acadêmico) do estagiário
- carimbo ou registro profissional do preceptor/supervisor
- Outro: _____

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

37. 2- Em relação aos registros referentes às INTERVENÇÕES, sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que constam obrigatoriamente em sua estruturação: *

Marque todas que se aplicam.

- local onde foi realizado o atendimento
- informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)
- informações sobre pessoas presentes no atendimento e participações
- objetivo do atendimento
- abordagem e recursos empregados
- informações sobre desempenho do paciente na intervenção proposta
- informações sobre o que foi alcançado
- informações acerca de quais orientações foram realizadas
- informações acerca de discussões interdisciplinares, contatos telefônicos, acompanhamento de procedimentos, entre outros
- data
- assinatura do aluno
- assinatura do preceptor/supervisor
- número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário
- carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor
- Opção 15
- Opção 16
- Outro: _____

38. Em relação aos registros referentes à ALTA, a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você obrigatoriamente anota nesta estruturação: *

Marque todas que se aplicam.

- informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)
- resumo do que foi trabalhado e alcançado
- informações sobre encaminhamentos para seguimento no pós alta
- informações acerca de quais orientações foram realizadas
- informações sobre quem estava presente na orientação de alta
- data
- assinatura do aluno estagiário
- assinatura do preceptor/supervisor
- número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário
- carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor
- Outro: _____

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

39. Na sua rotina assistencial existe um horário destinado para o registro? **Marcar apenas uma oval.*

- sim, destino um tempo de minha carga horária na assistência para os registros, porém este não é suficiente
- sim, destino um tempo de minha carga horária assistencial para a realização dos registros sendo este suficiente.
- não, pois como estagiário não tenho autorização para realizar registros no prontuário
- não, em minha organização não tenho o hábito de destinar um tempo da carga horária assistencial para o registro em prontuário

40. Em seu processo de aprendizagem VOCÊ É ORIENTADO a realizar os registros em prontuário: **Marcar apenas uma oval.*

- ao final de cada atendimento
- ao final da jornada assistencial
- não recebo este tipo de orientação

41. Em seu processo de aprendizagem, VOCÊ em seu estágio REALIZA os registros referentes aos atendimentos realizados: **Marcar apenas uma oval.*

- ao final de cada atendimento
- ao final da jornada assistencial
- às vezes ocorre de não realizar registros de alguns atendimentos no prontuário devido ao tempo
- às vezes ocorre de não realizar registros de alguns atendimentos no prontuário devido a diferentes fatores
- não realizo registros em prontuário

42. O principal formato do registro em prontuário que você utiliza em seu estágio é: **Marcar apenas uma oval.*

- roteiro pré estruturado definido pela instituição
- roteiro pré estruturado elaborado pelo setor de TO
- Modelo Médico Orientado para o Problema (RMOP)
- Registro Sequencial de Atendimento ao Paciente em Terapia Ocupacional (RSAPTO)
- Subjective Objective Assesment Plan - SOAP
- Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF
- Narrativa livre
- Outro: _____

43. Sinalize quais tipos de registro você aprendeu: **Marque todas que se aplicam.*

- Registros em prontuário
- Registros de controle de materiais
- Desenvolvimento de Indicadores de produtividade
- Desenvolvimento de Indicadores de qualidade

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

44. Em relação ao Diagnóstico Terapêutico Ocupacional, você: **Marcar apenas uma oval.*

- não registra pela dificuldade de nomeá-lo
- apesar de fazê-lo após avaliação, não o registra em prontuário
- registra o diagnóstico situacional
- utiliza como diagnóstico terapêutico ocupacional classificações como a da CID-10, DSM-IV, entre outros.
- utiliza como diagnóstico terapêutico ocupacional a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF
- registra o diagnóstico terapêutico ocupacional
- Outro: _____

45. Qual (is) o(s) fator(es) abaixo que você considera que DIFICULTA(M) a realização do registro em prontuário? **Marque todas que se aplicam.*

- Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro
- Inconsistência e/ou Inviabilidade prática das diretrizes da classe profissional existentes voltadas a prática do registro
- Falta de padronização em terminologias da profissão
- Dificuldade de nomear tecnicamente dados subjetivos
- Falta de planejamento de tempo para o registro em prontuário na rotina assistencial
- Falta de tempo para o registro em prontuário associada a exigência de produtividade
- Dificuldade de acessar o prontuário devido a dinâmica do serviço
- Sonoridade ambiental
- Inadequação de mobiliários utilizados na prática do registro em prontuário
- ausência de formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- Dúvidas acerca de que informações registrar considerando o comprometimento ético com o registro das informações
- Não entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares
- falta de suporte/orientação do preceptor/professor
- Outro: _____

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

46. Qual(is) o(s) fator(es) abaixo que você considera que FACILITA(M) a realização do registro em prontuário? *

Marque todas que se aplicam.

- Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro
- Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro
- Apropriação da Linguagem técnica
- Padronização da linguagem profissional
- Tempo
- Facilidade de acesso ao prontuário e sua organização
- Controle sonoro no âmbito hospitalar
- Adequação de mobiliários
- Uso de formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- Ausência de formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- Conhecimento/Apropriação das normas éticas e de deontologia da profissão
- Entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares
- Orientação/ Suporte do preceptor/professor
- Outro: _____

47. Para o registro em prontuário você segue algum referencial teórico ? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, Modelo da Ocupação Humana
- Sim, Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional-E
- Sim, Terapia Ocupacional Dinâmica
- Sim, Reabilitação Psicossocial
- Sim, Reabilitação Baseada na Comunidade
- Sim, Classificação Internacional de Funcionalidade - Incapacidade Saúde
- Não utilizo referenciais em minha prática de registro em prontuário
- Outro: _____

48. Você conhece a Resolução 415 do COFFITO, a qual dispõe sobre o registro em prontuário? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

49. Qual(is) a(s) estratégia(s) de ensino você identifica que foi utilizada em seu processo de formação para o aprendizado da prática de registro em prontuário? *

Marque todas que se aplicam.

- apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário
- apresentação de modelos de registros em prontuário
- exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas
- discussões de caso que incentivem o raciocínio clínico e a linguagem profissional
- fundamentações sobre a importância dos registros
- solicitação de relatórios com estruturação pré definida
- solicitação de relatórios com estruturação livre
- práticas supervisionadas
- orientações sobre composição mínima a constar na documentação de TO independente do campo de atuação
- seminário sobre o tema
- palestras sobre o tema
- Outro: _____

50. Assinale as 5 estratégias de ensino que você considera MAIS EFICAZ no processo de ensino aprendido sobre registro em prontuário: *

Marque todas que se aplicam.

- apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário
- apresentação de modelos de registros em prontuário
- exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas
- discussões de caso que incentivem o raciocínio clínico e a linguagem profissional
- fundamentações sobre a importância dos registros
- solicitação de relatórios com estruturação pré definida
- solicitação de relatórios com estruturação livre
- práticas supervisionadas
- orientações sobre composição mínima a constar na documentação de TO independente do campo de atuação
- seminário sobre o tema
- palestras sobre o tema
- Opção 12

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

51. Assinale as 5 estratégias de ensino que você considera MENOS EFICAZ no processo de ensino aprendido sobre registro em prontuário. *

Marque todas que se aplicam.

- apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário
- apresentação de modelos de registros em prontuário
- exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas
- discussões de caso que incentivem o raciocínio clínico e a linguagem profissional
- fundamentações sobre a importância dos registros
- solicitação de relatórios com estruturação pré definida
- solicitação de relatórios com estruturação livre
- práticas supervisionadas
- orientações sobre composição mínima a constar na documentação de TO independente do campo de atuação
- seminário sobre o tema
- palestras sobre o tema
- Opção 12
- Opção 13

52. OBRIGADA!!!! AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!!!! Caso deseje, utilize o espaço abaixo para deixar informações complementares e comentários que julgar pertinente a pesquisa (não esqueça de registrar aqui seu e-mail para receber futuras publicações sobre este estudo).

Powered by
 Google Forms

APÊNDICE B - Questionário estruturado em plataforma da web aplicado com docentes.

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

*Obrigatório

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa de doutorado que tem como objetivo identificar as abordagens realizadas pelos docentes dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional na área hospitalar no ensino sobre os registros em prontuário; estratificando facilidades e/ou dificuldades envolvidas no processo ensino aprendizagem do ato de se registrar as intervenções realizadas.

A pesquisadora responsável é a terapeuta ocupacional Tatiana Barbieri Bombarda (Crefito3 /9823) vinculada ao Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob a orientação da Profª Regina Helena V. Torkomian Joaquim, as quais no caso de dúvidas e necessidade de maiores esclarecimentos se colocam à disposição pelo contato tatibb_to@yahoo.com.br ou pelo telefone (16)992240310.

Os dados serão coletados por meio da aplicação de um único questionário eletrônico composto por questões abertas e fechadas, com duração de cerca de 10 -15 minutos. As questões iniciais são voltadas à caracterização do participante e posteriormente consistem na busca por compreender o processo de ensino aprendizagem na prática dos registros em prontuário da terapia ocupacional nos contextos hospitalares.

Procurou-se reduzir ao mínimo qualquer constrangimento gerado a partir da resolução das questões, que foram avaliadas e testadas por profissionais experientes antes desta disponibilização em plataforma virtual, bem como tentou-se reduzir ao mínimo o gasto do seu tempo neste preenchimento de respostas e de desconfortos que possam emergir a partir da reflexão causada pelas perguntas. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da UFSCar conforme parecer nº1.894.915.

É importante sinalizar que não se aplica a possibilidade de ressarcimento financeiro por sua participação. Além disto, você poderá retirar seu consentimento para a participação em qualquer etapa do questionário e como se trata de um questionário por meio eletrônico, basta interrompê-lo. É garantido pelas pesquisadoras que no uso de suas respostas será assegurado o sigilo das informações e utilização destas exclusivamente para fins científicos.

Espera-se que este trabalho venha a contribuir para sua prática profissional e de outros terapeutas ocupacionais que atuam na área hospitalar, fortalecendo o diálogo nesta área entre os profissionais e apresentando sugestões para potencialização do processo de ensino aprendizagem sobre os registros, a partir da realidade estudada.

1. *

Marcar apenas uma oval.

- ACEITAR
 RECUSAR

PARTE I

Dados de caracterização

2. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

3. Idade: *

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

4. Instituição de Ensino atual **Marcar apenas uma oval.*

- Federal
- Estadual
- Privada

5. Ano de formação: *

6. Possui pós-graduação? **Marcar apenas uma oval.*

- Não
- Sim

7. Em caso afirmativo, por favor descreva qual (is)?

8. Tempo que está na docência (especificar em meses)

9. Tempo de experiência na área de contexto hospitalar - especificar em meses (considerar docência e prática profissional)

10. Descreva por quais disciplinas na área de contexto hospitalar você é responsável:

11. Há quanto tempo ministra as disciplinas anteriormente descritas?

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

PARTE II

12. Você considera importante ensinar sobre o registro em prontuário? Justifique.

13. Qual a finalidade dos registros em prontuário?

14. Quais informações devem constar obrigatoriamente nos registros em prontuário da TO hospitalar?

15. Enquanto docente da área hospitalar, você ensina os alunos sobre o registro em prontuário? Discorra sobre isso.

16. Em que momento se inicia a prática de ensino sobre registros em prontuário na graduação?

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

17. **Descreva detalhadamente como se dá na graduação o processo de ensino aprendizagem sobre o ato de documentar as intervenções na área hospitalar.**

18. **Você identifica dificuldades para ensinar o procedimento de registros em prontuário? Quais?**

19. **Você conhece diretrizes da terapia ocupacional que orientem sobre o ato dos registros em prontuário? Em caso afirmativo, em sua opinião, estas diretrizes são claras e contemplam as especificidades da prática hospitalar?**

PARTE III

Mediante as afirmações abaixo, pontue seu nível de concordância:

20. **Todas as intervenções devem ser registradas. (intervenções= atendimento direto, orientações, contato com equipe, contato telefônico para encaminhamento,etc). ***
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

21. **O ato da documentação em prontuário é um procedimento normativo que não interfere no nível de satisfação profissional. ***
Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

22. **A graduação deve contemplar o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

23. **A graduação contempla o preparo profissional para o desenvolvimento de registros clínicos adequados. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

24. **Os alunos, ao fim do curso de graduação, demonstram apropriação sobre as informações que devem compor os registros em prontuário hospitalar. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

25. **Na graduação são apresentadas as diretrizes de terapia ocupacional referentes ao registro em prontuário. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

26. **Os registros realizados pelos alunos estagiários permitem à equipe hospitalar compreender as ações que estão sendo desenvolvidas e seus objetivos**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

27. **Os métodos empregados para o ensino do registro em prontuário ocorrem na graduação tanto nas disciplinas teóricas como nas disciplinas práticas. ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

PARTE IV

Estruturação dos registros e aspectos práticos

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

28. Em relação aos registros referentes ao processo de AVALIAÇÃO do paciente, sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você exige do aluno obrigatoriamente nesta estruturação: *

Marque todas que se aplicam.

- local onde foi feita a avaliação (enfermaria, ambulatório, leito, sala de reabilitação, brinquedoteca, etc)
- modo pelo qual o paciente chegou até o profissional (busca ativa, interconsulta, demanda espontânea)
- quem foi o informante (paciente, acompanhante)
- informações sobre dados pessoais do paciente
- informações sobre o modo como o paciente se apresentou (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)
- informações sobre a queixa do paciente
- informações acerca do perfil ocupacional e seu desempenho
- informações sobre a compreensão e aceitação do paciente em relação ao processo de adoecimento e internação
- informações sobre instrumentos utilizados na avaliação de componentes motores, cognitivos, sociais e espirituais
- informações sobre os prejuízos funcionais
- aspectos relativos à família e ao cuidador
- diagnóstico terapêutico ocupacional
- informações sobre o prognóstico TO
- plano terapêutico
- quantitativo estimado de atendimentos
- data
- assinatura do aluno
- assinatura do preceptor/supervisor
- carimbo ou número do RA (registro acadêmico) do estagiário
- carimbo ou registro profissional do preceptor/supervisor
- Outro: _____

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

29. Em relação aos registros referentes às INTERVENÇÕES, sinalize a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você exige do aluno obrigatoriamente nesta estruturação: *

Marque todas que se aplicam.

- local onde foi realizado o atendimento
- informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)
- informações sobre pessoas presentes no atendimento e participações
- objetivo do atendimento
- abordagem e recursos empregados
- informações sobre desempenho do paciente na intervenção proposta
- informações sobre o que foi alcançado
- informações acerca de quais orientações foram realizadas
- informações acerca de discussões interdisciplinares, contatos telefônicos, acompanhamento de procedimentos, entre outros
- data
- assinatura do aluno
- assinatura do preceptor/supervisor
- número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário
- carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor
- Outro: _____

30. Em relação aos registros referentes à ALTA, a(s) alternativa(s) que correspondam às informações que você exige do aluno obrigatoriamente nesta estruturação: *

Marque todas que se aplicam.

- informações sobre o modo como o paciente se apresenta (orientação tempo-espacial, humor, acompanhado, etc)
- resumo do que foi trabalhado e alcançado
- informações sobre encaminhamentos para seguimento no pós alta
- informações acerca de quais orientações foram realizadas
- informações sobre quem estava presente na orientação de alta
- data
- assinatura do aluno
- assinatura do preceptor/supervisor
- número do RA (registro acadêmico) do aluno estagiário
- carimbo ou número do registro profissional do preceptor/supervisor
- Outro: _____

31. Você orienta seus alunos a prever na organização da rotina assistencial um horário para o registro? *

Marcar apenas uma oval.

- não ofereço esta orientação
- sim oriento, mas sem especificar um tempo prévio
- sim oriento, especificando uma média de minutos a ser considerada para este procedimento na organização de seu tempo na enfermaria/ambulatório.

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

32. Na prática de ensino os alunos são orientados a realizar os registros em prontuário: **Marcar apenas uma oval.*

- ao final de cada atendimento
- ao final da jornada assistencial
- não é ofertada esta orientação

33. O principal formato do registro em prontuário que você utiliza em seu ensino é: **Marcar apenas uma oval.*

- roteiro pré-estruturado
- Modelo Médico Orientado para o Problema (RMOP)
- Registro Sequencial de Atendimento ao Paciente em Terapia Ocupacional (RSAPTO)
- Subjective Objective Assesment Plan - SOAP
- Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF
- Narrativa livre
- Outro: _____

34. Sinalize quais tipos de registros são direcionados no processo de ensino -aprendizagem dos alunos: **Marque todas que se aplicam.*

- Registros em prontuário
- Registros de controle de materiais
- Desenvolvimento de Indicadores de produtividade
- Desenvolvimento de Indicadores de qualidade

35. Em relação ao Diagnóstico Terapêutico Ocupacional, você: **Marcar apenas uma oval.*

- não aborda diretamente este item com os alunos
- orienta-os a realizar o diagnóstico situacional
- orienta-os a usar como diagnóstico terapêutico ocupacional classificações como a da CID-10, DSM-IV, entre outros.
- orienta-os a usar como diagnóstico terapêutico ocupacional a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF
- orienta-os a formular e sempre registrar a partir da avaliação o diagnóstico terapêutico ocupacional

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

36. Qual (is) o(s) fator(es) abaixo que você considera que DIFICULTA(M) o ensino/ realização do registro em prontuário? *

Marque todas que se aplicam.

- Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro
- Inconsistência e/ou Inviabilidade prática das diretrizes da classe profissional existentes voltadas a prática do registro
- Falta de padronização em terminologias da profissão
- Dificuldade de nomear tecnicamente dados subjetivos
- Falta de planejamento de tempo para o registro em prontuário na rotina assistencial
- Falta de tempo para o registro em prontuário associada a exigência de produtividade
- Dificuldade de acessar o prontuário devido a dinâmica do serviço
- Sonoridade ambiental
- Inadequação de mobiliários utilizados na prática do registro em prontuário
- ausência de formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- dúvidas acerca de que informações registrar considerando o comprometimento ético com o registro das informações
- Não entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares
- Outro: _____

37. Qual (is) o (s) fator(es) abaixo que você considera que FACILITA(M) a realização do registro em prontuário? *

Marque todas que se aplicam.

- Ausência de Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro
- Diretrizes da classe profissional voltadas a prática do registro
- Apropriação da Linguagem técnica
- Padronização da linguagem profissional
- Tempo
- Facilidade de acesso ao prontuário e sua organização
- Controle sonoro no âmbito hospitalar
- Adequação de mobiliários
- Uso de formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- Ausência de formulários e roteiros pré definidos pela instituição
- Conhecimento/Apropriação das normas éticas e de deontologia da profissão
- Entendimento da especificidade da atuação do TO nos contextos hospitalares
- Outro: _____

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

38. Para o ensino do registro em prontuário, você segue algum referencial teórico ? **Marcar apenas uma oval.*

- Sim, Modelo da Ocupação Humana
- Sim, Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional- E
- Sim, Terapia Ocupacional Dinâmica
- Sim, Reabilitação Psicossocial
- Sim, Reabilitação Baseada na Comunidade
- Sim, Classificação Internacional de Funcionalidade - Incapacidade Saúde
- Sim, Classificação Internacional de Funcionalidade - Incapacidade Saúde
- Não utilizo referenciais em minha prática de ensino sobre o registro em prontuário
- Outro: _____

39. Você conhece a Resolução 415 do COFFITO, a qual dispõe sobre o registro em prontuário? **Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

40. Qual(is) a(s) estratégia(s) de ensino você identifica que empregou no processo de formação para o aprendizado do aluno acerca da prática de registro em prontuário? **Marque todas que se aplicam.*

- apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário
- apresentação de modelos de registros em prontuário
- exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas
- discussões de caso que incentivem o raciocínio clínico e a linguagem profissional
- fundamentações sobre a importância dos registros
- solicitação de relatórios com estruturação pré definida
- solicitação de relatórios com estruturação livre
- práticas supervisionadas
- orientações sobre composição mínima a constar na documentação de TO independente do campo de atuação
- seminário sobre o tema
- palestras sobre o tema
- Outro: _____

12/07/2018

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares: indicadores sobre o ensino do registro em prontuário

41. Assinale as 5 estratégias de ensino que você considera MAIS eficaz no processo de ensino aprendido sobre registro em prontuário. *

Marque todas que se aplicam.

- apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário
- apresentação de modelos de registros em prontuário
- exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas
- discussões de caso que incentivem o raciocínio clínico e a linguagem profissional
- fundamentações sobre a importância dos registros
- solicitação de relatórios com estruturação pré definida
- solicitação de relatórios com estruturação livre
- práticas supervisionadas
- orientações sobre composição mínima a constar na documentação de TO independente do campo de atuação
- seminário sobre o tema
- palestras sobre o tema

42. Assinale as 5 estratégias de ensino que você considera MENOS eficaz no processo de ensino aprendido sobre registro em prontuário. *

Marque todas que se aplicam.

- apresentação das diretrizes da classe profissional sobre documentação em prontuário
- apresentação de modelos de registros em prontuário
- exercícios teórico-práticos que problematizam situações clínicas
- discussões de caso que incentivem o raciocínio clínico e a linguagem profissional
- fundamentações sobre a importância dos registros
- solicitação de relatórios com estruturação pré definida
- solicitação de relatórios com estruturação livre
- práticas supervisionadas
- orientações sobre composição mínima a constar na documentação de TO independente do campo de atuação
- seminário sobre o tema
- palestras sobre o tema

43. OBRIGADA!!!! AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!!!! Caso deseje, utilize o espaço abaixo para deixar informações complementares e comentários que julgar pertinente a pesquisa (não esqueça de registrar aqui seu e-mail para receber futuras publicações sobre este estudo).

ANEXO

ANEXO A - Cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Registros clínicos de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar: indicadores sobre o processo de ensino

Pesquisador: Tatiana Barbieri Bombarda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61770616.6.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.894.915

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, envolvendo levantamento de campo de abordagem qualiquantitativa. A primeira etapa do estudo, cuja abordagem é documental e descritiva, consiste no levantamento das ementas das disciplinas de Terapia Ocupacional em contextos hospitalares. Posteriormente, pretende-se efetivar a aplicação de um questionário disponibilizado em plataforma virtual, cujos sujeitos serão os docentes da área de terapia ocupacional hospitalar e alunos do último ano de graduação que estejam em estágios nesta área.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é verificar indicadores sobre o processo de ensino na graduação em Terapia Ocupacional acerca dos registros em prontuário no contexto hospitalar. Os objetivos secundários são: identificar abordagens realizadas pelos docentes dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional Hospitalar no ensino sobre os registros em prontuário; Analisar se há a temática dos registros nas ementas disciplinares de Terapia Ocupacional no Contexto Hospitalar dos cursos de graduação do Brasil, Verificar facilidades e/ou dificuldades envolvidas no processo ensino aprendizagem do ato de se registrar as intervenções realizadas; Identificar quais são os conhecimentos apresentados por alunos do último ano de graduação em relação a documentação em TO hospitalar.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (18)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.894.915

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores citam os possíveis riscos e esclarecem como minimiza-los, sendo eles:

-Desconforto em algum momento do processo de resolução das questões - será esclarecido que a pesquisadora procurou reduzir ao mínimo qualquer constrangimento ou desconforto na resolução das questões, as quais serão testadas por terapeutas ocupacionais experientes antes de constarem no questionário final, não sendo levantados riscos aos sujeitos participantes além do gasto do seu tempo na atividade e da reflexão causada pelas perguntas.

-Sentimento de obrigatoriedade à participação na pesquisa - será esclarecido que o mesmo não terá obrigação de responder questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral, podendo retirar seu consentimento para a participação em qualquer etapa do questionário. Como se trata de um questionário por meio eletrônico, basta interrompê-lo, sendo assegurado que não haverá prejuízos correlacionados com a desistência.

-Preocupação com divulgação dos dados informados - será esclarecido que sua participação será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação as informações fornecidas, sendo o uso das respostas utilizadas exclusivamente com fins científicos e assegurado o sigilo. O sujeito participante também poderá ficar a vontade para tirar dúvidas e pedir os esclarecimentos que necessitar com relação à pesquisa.

Em relação aos benefícios, os autores destacam que o estudo poderá contribuir com melhorias no processo de ensino aprendizagem acerca dos registros em prontuário da terapia ocupacional, a partir da identificação de problemas e dificuldades vivenciadas por docentes e alunos do contexto hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto bem estruturado, claro e conciso. A pesquisa proposta tem relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto
- Termo de consentimento livre e esclarecido
- Projeto
- Informações básicas do projeto

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresenta linguagem simples e adequada

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.894.915

permitindo boa compreensão dos procedimentos e objetivos da pesquisa, assim como o entendimento sobre o caráter voluntário e gratuidade da participação na pesquisa. A participação, porém, não exige a assinatura do TCLE, sendo a concordância em participar da pesquisa condicionada ao clicar, de forma virtual, o aceite.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_770998.pdf	25/11/2016 11:48:20		Aceito
Outros	questionario.docx	25/11/2016 11:44:39	Tatiana Barbieri Bombarda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proejto.docx	26/10/2016 21:10:27	Tatiana Barbieri Bombarda	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/10/2016 20:17:45	Tatiana Barbieri Bombarda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/10/2016 18:43:50	Tatiana Barbieri Bombarda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 18 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

