

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**O prontuário e seu conjunto informacional:
representações sociais de equipes de saúde da família**

Daniela Cristina dos Santos

São Carlos – SP
2015

DANIELA CRISTINA DOS SANTOS

**O prontuário e seu conjunto informacional:
representações sociais de equipes de saúde da família**

Trabalho apresentado como cumprimento aos requisitos para defesa do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.
Linha de pesquisa: Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

São Carlos – SP
2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237p Santos, Daniela Cristina dos
O prontuário e seu conjunto informacional :
representações sociais de equipes de saúde da família
/ Daniela Cristina dos Santos. -- São Carlos :
UFSCar, 2016.
107 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

1. Prontuário. 2. Equipe de saúde da família. 3.
Representações sociais. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Daniela Cristina dos Santos, realizada em 23/02/2015:

Profa. Dra. Marcia Nijuma Ogata
UFSCar

Profa. Dra. Edlaine Faria de Moura Villela
UFG

Profa. Dra. Maria Lucia Teixeira Machado
UFSCar

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus, por me conceder o dom da vida e sempre estar ao meu lado, iluminando os meus caminhos e me fortalecendo.

À minha Família, e em especial aos meus pais, que são a minha base e fortaleza. Mil vezes obrigada pela torcida, incentivo, paciência e apoio em todos os momentos!

Ao meu noivo Mauricio, por estar ao meu lado! Agradeço pelo incentivo, companheirismo, compreensão, carinho e amor!

Agradeço aos meus queridos e essenciais amigos que sempre acreditaram em mim e fizeram essa caminhada ser mais “leve”!

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Márcia Niituma Ogata, pela parceria, paciência, ensinamentos e orientações que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa e para minha formação acadêmica.

Às professoras, Prof^ª. Dr^ª. Edlaine F. M. Villela e Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia T. Machado pela participação na banca, pelas ricas contribuições e aprendizado.

A todos os professores do PPGCTS da UFSCar pelo aprendizado que levarei para vida toda.

À Secretaria Municipal de Saúde de Descalvado, por autorizar o desenvolvimento da pesquisa nas unidades de saúde da família.

Agradeço a todas as unidades básicas de saúde e a todos os sujeitos da pesquisa que participaram do trabalho.

Aos profissionais das equipes de saúde que participaram deste estudo, pela disponibilidade e contribuição, que tornaram este trabalho possível.

Ao apoio financeiro da CAPES, o qual foi essencial para o desenvolvimento da minha pesquisa.

Resumo: Atualmente a expansão e a qualificação da atenção básica à saúde, no Brasil, são aspiradas principalmente pela implantação da Estratégia da Saúde da Família. Essa estratégia propõe uma nova dinâmica na modelagem da atenção, centrando as práticas de saúde nas necessidades da pessoa, da família e da comunidade. Para a organização das práticas de saúde, nesse formato, o processo saúde-doença é considerado resultante de determinantes biológicos e sociais. O registro e compartilhamento das informações contidas no prontuário do paciente ou da família devem acontecer tendo como objetivo a identificação e a solução dos problemas de saúde da população e a classificação de riscos das famílias que estão sob responsabilidade sanitária da equipe de saúde. Logo, ter um prontuário com informações abrangentes e recuperáveis relaciona-se diretamente à qualidade da atenção prestada, bem como ao processo de planejamento das ações na ABS, pois interfere tanto na dimensão do cuidado clínico quanto no manejo gerencial de outros recursos – humanos, financeiros e insumos. Devido a este contexto, o presente estudo propõe analisar as representações sociais das equipes de saúde da família quanto ao conjunto informacional dos prontuários. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram utilizados como referenciais teóricos, a Teoria das Representações Sociais e o campo de estudo em Ciência, Tecnologia e Sociedade e como método, a abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, analisadas por meio do software ALCESTE. Evidenciou-se, ao final da pesquisa que há a presença de duas concepções divididas: o registro no prontuário **possui um significado ainda centrado no modelo biológico e fragmentado das ações para uma parte dos sujeitos e para outros se evidencia uma valorização dos registros das informações num contexto mais abrangente sobre o usuário e família, apontando um olhar desses profissionais para um novo conceito de saúde, mais ampliado e integrado.**

Palavras-chave: Prontuário, equipe de saúde da família, representações sociais.

Abstract: Nowadays, the expansion and the qualification of primary health care (ABS), in Brazil, are intended mainly for the implementation of the Family Health Strategy

(FHS). This strategy proposes a new dynamic modeling of attention, focusing health practices in the needs of the person, family and community. For the organization of health practices, in this format, the health-disease process is deemed to result from biological and social determinants. The medical record and sharing of the information contained in the patient or family should happen with the objective of identifying and solving health problems of the population and the families of the risk rating that are under sanitary responsibility of the health team. Soon, having a chart with comprehensive and retrievable information relates directly to the quality of care provided and the planning process of the shares in the ABS, it interferes both in the dimension of clinical care and in managerial management of other resources - human, financial and inputs. Owing to this context, this study aims to analyze the social representations of health teams of the family of the information set of records, the units of a city in the interior of São Paulo state. For the development of this research were used as theoretical framework, the Theory of Social Representations and the field of study in Science, Technology and Society and as a method, qualitative approach based on thematic content analysis. For data collection semi-structured interviews were conducted, which were analyzed using the software ALCESTE. After data analysis it became clear that there is the presence of two divided conceptions: the medical record entries has a meaning still focused on biological and fragmented model of the shares for a part of the subjects and others show an appreciation of the records of the information in broader context of the user and family, pointing a look these professionals for a new concept of health, more expanded and integrated.

Key words: Medical record; family health team; social representations

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos	56
Quadro 2 - Variáveis mais expressivas na Classe 01	60
Quadro 3 - Variáveis mais expressivas na Classe 02	67
Quadro 4 - Variáveis mais expressivas na Classe 03	72
Quadro 5 - Variáveis mais expressivas na Classe 04	77
Quadro 6 - Variáveis mais expressivas na Classe 05	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente.....	58
Figura 2 - Classificações de passagem	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil Municipal de Estatísticas Vitais e Saúde de Descalvado	38
Tabela 2 - Perfil das condições de vida de Descalvado.....	38
Tabela 3 - Perfil Municipal de Habitação e Infraestrutura Urbana de Descalvado.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ALCESTE	Análise Lexical por Contexto por um Conjunto de Segmentos de Textos
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa CFM Conselho Federal de Medicina
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CI	Ciência da Informação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREO	Centro de Referências de Especialidades Odontológicas
CTS	Ciência, Tecnologia e Sociedade
C&T	Ciência e Tecnologia
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PESCD	Programa de Estágio Supervisionado de Capacitação Docente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PPGCTS	Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Representações Sociais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
U.C.E.	Unidades de Contexto Elementares

U.C.I.	Unidades de Contexto Iniciais
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USP	Universidade de São Paulo
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 O campo CTS & Saúde	19
2.2 O prontuário: aspectos gerais.....	20
2.3 Representações Sociais: conceitos e pressupostos teóricos	28
3. OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo Geral	35
3.2 Objetivos Específicos.....	35
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
4.1 Tipo de estudo	36
4.2 Campo de estudo.....	37
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	39
4.4 Coleta de dados	40
5. ASPECTOS ÉTICOS	43
5.1 Análise dos dados.....	43
5.1.1 Primeira etapa	43
5.1.2 Segunda etapa	44
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
6.1 Primeira etapa.....	49
6.2 Análise das características e dinâmica de organização dos prontuários nas unidades.....	49
6.3 Segunda Etapa	55
6.3.1 Caracterização dos indivíduos entrevistados	55
6.3.2 Análise ALCESTE	57
6.4 Apresentação e discussão das classes.....	59
6.4.1 Classe 01 – Dificuldades e necessidade de mudanças no prontuário por parte da odontologia.....	60
6.4.2 Classe 02 – O registro de informações afetando o processo de construção do cuidado	67
6.4.3 Classe 03 - Deficiências na comunicação escrita e na dinâmica organizativa dificulta o trabalho da equipe de saúde.....	72
6.4.4 Classe 04 - Existência de movimento de mudança na concepção do registro no prontuário	77
6.4.5 Classe 05 – Ênfase no registro de informações para o controle dos usuários.....	81
6.5 Representações Sociais das equipes de saúde da família	84
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86

8. CRONOGRAMA	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A	95
APÊNDICE B	96
APÊNDICE C	97
APÊNDICE D	99
APÊNDICE E	100
APÊNDICE F	102
APÊNDICE G	103
ANEXO A	105
ANEXO B	106

APRESENTAÇÃO

A escolha pelo PPGCTS veio pela formação já multidisciplinar na graduação, onde cursei Ciência da Informação e da Documentação (FFCLRP-USP) e realizei disciplinas optativas de uma grade chamada “Ênfase de Informação em Saúde”. Com isso o interesse pela área da saúde foi ampliado e foi iniciada a construção de um projeto de iniciação científica que unia a área da CI e da saúde, tendo como tema principal o prontuário. Este projeto foi aprovado e financiado pela FAPESP, resultando no Trabalho de Conclusão de Curso.

Após a apresentação e aprovação com nota máxima no TCC, fui incentivada pela banca avaliadora e orientadora a continuar no campo da pesquisa científica, mantendo o mesmo objeto de estudo, uma vez percebida a carência de estudos que envolvem o prontuário, no Brasil.

Em 2012 cursei disciplinas inseridas na linha de pesquisa “Dimensões Sociais da Ciência e Tecnologia”, como aluna especial no PPGCTS. Durante o segundo semestre, me identifiquei com a temática “Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde” e com a professora, que hoje é minha orientadora, Márcia Niituma Ogatta, que foi quem me norteou quanto ao tema de estudo. Cursadas as disciplinas, me dediquei ao processo seletivo, elaborando um projeto de pesquisa que envolvesse tanto o campo CTS & Saúde quanto a área da CI.

Sendo aprovada em 2º lugar na seleção para o ano de 2013, fui contemplada com bolsa CAPES e realizei o estágio docência (disciplina PESCD obrigatória para bolsistas) no curso em Enfermagem da UFSCar, sendo monitora da disciplina “Bases Metodológicas de Pesquisa em Saúde” e para me aproximar ainda mais com o campo da saúde cursei a disciplina “Enfermagem em Saúde Coletiva: conceitos, modelos e práticas”; ambas experiências foram muito enriquecedoras para a base teórica e conceitual da pesquisa.

Para me aprofundar na Teoria das Representações Sociais, cursei como aluna especial do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Alfenas, a disciplina condensada de Representações Sociais, ministrada pela Profa. Regina Furegato (EERP-USP).

No decorrer dos meus estudos pude utilizar todos os conhecimentos adquiridos nessas atividades, que foram essenciais durante todo percurso do mestrado acadêmico e da pesquisa realizada.

1. INTRODUÇÃO

A expansão e a qualificação da atenção básica à saúde (ABS), no Brasil, são pretendidas principalmente, pela implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e integram o conjunto de prioridades políticas do Ministério da Saúde (MS), ratificadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Por meio da ESF propõe-se uma nova dinâmica na modelagem da atenção, centrando as práticas de saúde nas necessidades da pessoa, da família e da comunidade. A lógica de organização da ESF potencializa a busca pela integralidade da assistência, o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso, com compartilhamento de responsabilidade entre profissionais de saúde, população, gestores e instituições de ensino, pela perspectiva da abordagem familiar e territorial.

Para a organização das práticas de saúde, nesse formato, o processo saúde-doença é considerado resultante de determinantes biológicos e sociais (a alimentação, moradia, saneamento básico, o meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais), concepção que tem permeado as políticas públicas de saúde após a constituição da Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

Nesse cenário, a gestão da ABS pode ser conceituada como a ação de direção de um sistema de saúde exercida por meio de algumas funções, tais como formulação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação; controle e avaliação e prestação direta de serviços (SOUZA, 2002 apud FERREIRA, SANTOS, 2012). Trata-se de uma ação bem complexa, permeada pela constante tomada de decisões que deve ser preferencialmente suportada por informações confiáveis. No caso do sistema de saúde público brasileiro, a gestão está relacionada à manutenção de sua unicidade e bom desempenho tendo como diretrizes organizativas a descentralização e a regionalização, com a instituição das regiões de saúde. No território das regiões de saúde devem ser conformadas as redes de atenção à saúde com seus diversos componentes de atenção (FERREIRA, SANTOS, 2012).

De acordo com Mendes (2011), são elementos da rede de atenção à saúde: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. Dentro da estrutura operacional encontram-se os sistemas logísticos, dentre eles o prontuário. O autor classifica o prontuário como:

“um elemento fundamental na gestão da atenção à saúde vez que, dele, derivam fluxos importantes para alimentar os sistemas de informação em saúde, os bancos de dados e

de conhecimentos, a pesquisa científica, a teleassistência, o sistema de gestão da clínica e o sistema de gestão financeira” (MENDES, 2011, p.149).

Desta forma, o registro e compartilhamento das informações contidas no prontuário do paciente ou da família devem acontecer tendo como objetivo a identificação e a solução dos problemas de saúde da população e a classificação de riscos das famílias que estão sob responsabilidade sanitária da equipe de saúde. Logo, ter um prontuário com informações abrangentes e recuperáveis relaciona-se diretamente à qualidade da atenção prestada, bem como ao processo de planejamento das ações na ABS, pois interfere tanto na dimensão do cuidado clínico quanto no manejo gerencial de outros recursos – humanos, financeiros, insumos, etc.

Existe, da mesma maneira, o reconhecimento de que a utilização da informação e a gestão constituem o cerne das atividades profissionais e do processo decisório na prática de saúde. É nesse sentido que o prontuário (seja do paciente ou da família) pode ser apontado como uma importante fonte de informação para avaliar e planejar ações individuais e coletivas na atenção básica à saúde.

Tendo em vista esse contexto, justifica-se o presente projeto de pesquisa pela relevância nas demandas de saúde pública e pelo tema estar contemplado na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Além disso, no Brasil, ainda há poucas pesquisas que abordem a questão do prontuário como fonte de informação colaborativa na gestão da ABS (BRASIL, 2004).

No item nº. 20 da ANPPS (2008), que aborda a “Comunicação e Informação em Saúde” são sugeridos diversos estudos relacionados à temática, entre eles: a sensibilização do profissional de saúde quanto à finalidade e importância da informação em saúde; metodologias para definir parâmetros de uso e análise das informações; avaliação do impacto e uso da informação e de tecnologias na gestão da saúde; gestão, necessidades e demandas de informação.

Segundo a PNIIS, não só “usuários, profissionais e gestores, mas também prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada são parceiros estratégicos na produção e utilização das informações em saúde”. Destaca-se também que a informação e a informática são recursos basilares para o planejamento e a avaliação de ações na atenção à saúde, “capazes de reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, levando em conta as

diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos” (PNIIS, 2004, p. 22).

Pela amplitude do escopo da ABS apresentada, pretende-se abordar temas que abrangem a demanda das informações contidas nos prontuários (seja do paciente ou da família) e a possibilidade, tanto do conjunto informacional desses documentos quanto da sua organização e utilização, interferirem no processo de gestão da atenção básica, especialmente no contexto da saúde da família, cenário em que são produzidas muitas informações, em ambientes diferentes e por profissionais diversos.

A temática do estudo proposto estabelece forte diálogo com o Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade - UFSCar, na linha de pesquisa nº1: “Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia”, e em especial com a temática “ciência, tecnologia e inovação em saúde”, uma vez que investiga questões acerca da saúde e da sociedade, com base na ciência e nas tecnologias aplicáveis neste cenário.

Atualmente tem sido crescente o interesse pelo desenvolvimento científico e tecnológico de pesquisas em saúde no Brasil, buscando estabelecer uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, identificando assim as prioridades em pesquisa, pautadas nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade.

Segundo Merhy (2007), as Tecnologias em Saúde são classificadas de acordo com o seu papel no trabalho da saúde, consideradas da seguinte forma: as tecnologias leves são chamadas de tecnologias de relações, são aquelas ligadas às ações de educação em saúde, às orientações individuais e coletivas, ao acolhimento, que tratam a gestão como uma maneira de organizar os processo de trabalho e a questão do vínculo com os pacientes, a qual estabelece uma tecnologia de relação. Já as leve-duras, são os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde e as duras, por fim, são aquelas que envolvem equipamentos tecnológicos para ações de saúde, normas e estruturas de organização.

Desta forma, “para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, portanto, deve-se tomar como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras” (MERHY, 2007, p.121)

Uma proposta de estudo sobre o prontuário (seu uso, sua produção, suas relações e representações) está diretamente ligada a essas tecnologias classificadas por Merhy. Se analisarmos o conjunto informacional presente nos prontuários veremos que este está envolvido com todas as Tecnologias em Saúde, pois os registros envolvem o vínculo

com o paciente (tecnologia de relação), o conhecimento estruturado por parte do profissional da saúde que documenta as informações (tecnologias leve-duras) e a utilização de ferramentas de registros, seja no meio físico - formulários, fichas - ou digital - computador, softwares, aplicativos – (tecnologias duras).

É sob esta perspectiva que o estudo proposto faz referência às dimensões sociais da ciência e da tecnologia, utilizando os princípios da mesma para alcançar o objetivo de delinear as práticas de gestão e inovações em saúde.

De acordo com Velho, (2011, p.146) quando trata da “Ciência para o Bem da Sociedade”, é nesta nova concepção de ciência que se reconhece “a participação de múltiplos atores, associados em redes de configuração variável, segundo o evento”. Nesse sentido, o conhecimento se faz de forma predominantemente interdisciplinar e se dá nos locais mais variados; admite-se inclusive a contribuição de grupos locais numa ecologia de práticas e saberes.

É importante destacar, neste momento, que:

“a pesquisa no contexto de aplicação, com participação de usuários, pode e certamente inclui o desenvolvimento de pesquisa fundamental que combina relevância (para contextos específicos, possivelmente locais) e excelência acadêmica (o avanço da ciência mesma)” (VELHO, 2011, p.147).

Desenhado este contexto de ligação entre Ciência, Tecnologia e Sociedade com a área da saúde, objetivamos aplicar e fazer aproximação, no presente estudo, com a Teoria das Representações Sociais – advinda da Psicologia Social - que vem sendo trabalhada e aplicada nas pesquisas que envolvem tanto o campo dos estudos sociais, como o ou ambos.

E é através dessa perspectiva interdisciplinar, unindo os campos da Ciência, Tecnologia e Sociedade & Saúde, bem como as áreas da Ciência da Informação e Documentação e da Psicologia Social, que desejamos investigar nosso objeto de estudo e responder às questões da presente pesquisa.

A principal questão de pesquisa é investigar qual o significado do prontuário para as equipes de saúde e qual a percepção desses profissionais quanto ao conjunto informacional, dinâmica de organização e utilização no contexto da construção do cuidado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O campo CTS & Saúde

Os estudos sobre ciência, tecnologia e sociedade (campo CTS), constituem o cerne de investigações na área acadêmica, da educação e das políticas públicas de diversos países onde este campo já está implantado. Segundo Bazzo (2000), neste campo é importante compreender os aspectos sociais do fenômeno científico-tecnológico, tanto em relação às condicionantes sociais como em relação às consequências socioambientais.

Ainda de acordo com o mesmo autor um dos objetivos sociais do campo CTS é promover a alfabetização científica, elucidando a Ciência e Tecnologia (C&T) como atividades humanas de grande relevância social. Dessa forma, esse campo de estudo também deve favorecer o desenvolvimento e a consolidação de práticas igualitárias relacionadas com a inovação tecnológica e intervenções ambientais e sociais.

Também é função dos estudos CTS realizar uma aproximação ou pelo menos diminuir a lacuna que ainda existe entre a cultura humanista e a cultura científico-tecnológica, que fragmenta variados grupos humanos (BAZZO, LINSINGEN, PEREIRA; 2000).

Nesse cenário de grande e constante desenvolvimento da C&T está envolvido também o campo da saúde, que aborda tanto questões científico-tecnológicas como sociais, buscando sempre diminuir os aspectos de desigualdade, promovendo práticas igualitárias em prol do bem estar social.

Assim, é válido lembrar que as intervenções médico-sanitárias efetivas dirigidas à saúde da sociedade estão cada vez mais penetradas as tecnologias decorrentes do conhecimento científico e por essa razão os temas ligados à C&T estão ocupando um lugar cada vez mais amplo na organização dos sistemas nacionais de saúde. (CONASS, 2011). Sendo assim, evidencia-se a importância de conhecermos a dinâmica da pesquisa e políticas de saúde em nosso país, na América Latina e no mundo.

A delimitação das atividades que envolvem a pesquisa científica e tecnológica em saúde deve ter como referencial o seu impacto no estado de saúde, ou seja, analisar a capacidade dessas atividades em promover, recuperar ou manter a saúde dos seres humanos (CONASS, 2011).

Segundo Guimarães (2004), a importância da pesquisa em saúde no Brasil é bastante reconhecida, pois os institutos de pesquisa nesta área estão entre os primeiros e

mais importantes no país, desde o século XIX. Porém, os indicadores demonstram uma profunda discriminação social quanto à saúde, principalmente quanto ao acesso aos serviços, disponibilidade de infraestrutura e qualidade do atendimento. O compromisso de combater a iniquidade no campo da saúde (aumentando aos padrões de equidade do SUS) é um dos fundamentos básicos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação.

2.2 O prontuário: aspectos gerais

O prontuário, antes denominado como “prontuário médico”, atualmente é denominado como “do paciente”. Trata-se de um documento onde devem estar registrados todos os episódios de atendimento ao paciente no serviço, de qualquer natureza e categoria profissional. Origina-se e ainda se mantém como instrumento essencial para o desenvolvimento do que se convencionou denominar “medicina moderna”, quando o registro sistemático da história clínica e os sinais e sintomas dos pacientes passaram a ser a porta para o diagnóstico das doenças (SCHOUT, NOVAES, 2007).

Massad et al. (2003, p.01) afirmam que:

“As informações registradas no prontuário médico vão subsidiar a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas associadas. Em termos mais gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país, é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação.”

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM), o prontuário é definido como um documento único constituído pelo conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL, 2002).

De acordo com a Resolução 1331/89 do CFM, o prontuário é um elemento valioso para o paciente e para a instituição que o atende, para o médico, para o ensino, a pesquisa e serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal.

Segundo Sarti (2008), os prontuários são uma fonte de informação imprescindível ao acompanhamento da saúde dos pacientes e refletem de alguma forma,

o que foi absorvido e valorizado acerca do que é relevante e “deve ser registrado em termos de entrevista clínica, exame físico, diagnóstico e terapêutica”.

Na ESF, em específico, é importante, no momento da assistência ter acesso a todos os dados do paciente, não só relacionados às morbidades, mas também a aspectos socioeconômicos, dinâmica familiar, condições de higiene e moradia, problemas educacionais, psicológicos, entre outros.

É nesse sentido que Starfield (2002) chama a atenção a respeito da lacuna que existe em estudos relacionados à adequação dos registros médicos aos princípios da atenção básica. De acordo com a autora, os registros, bem como os prontuários, são demasiadamente fragmentados, sem continuidade nas evoluções e pobres de informações fora do âmbito biológico.

Pinto (2006, p. 39), ressalta ainda que o prontuário do paciente, “que antes tinha função de documentar as informações da saúde e da doença do paciente, hoje se tornou complexo, passando a ter um papel de fundamental importância na sociedade contemporânea”, uma vez que, segundo a autora, o prontuário propicia: o compartilhamento de informação e conhecimento entre diversos profissionais e suas especialidades; é o documento de base legal para as ações médicas e dos pacientes; é também uma fonte de pesquisa clínica e atualização contínua para tratamentos e cuidados praticados nos pacientes; apresentam e documentam custos e pagamentos, servindo de base para toda gestão da saúde.

De acordo com Pereira et al. (2008, p. 123) um dos requisitos fundamentais da ESF é o “uso do prontuário familiar enquanto instrumento de trabalho, garantindo o registro das informações e permitindo, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família.”

O prontuário da família torna-se, então, um elemento decisivo para melhor atenção prestada à família, pois abrange informações cruciais ao estabelecimento e à continuidade da atenção à saúde de seus componentes.

Esses autores afirmam que o prontuário da família por suas características e sua sintonia com um modelo de atenção centrado no usuário, em sua família e no território onde eles vivem e se relacionam, pode ser

Um indicador de qualidade da atenção ofertada, assim como uma ferramenta para avaliar a necessidade de educação permanente, além de ser um elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos (PEREIRA, et al., 2008, p. 124).

Portanto, o prontuário da família é um instrumento decisivo no desenvolvimento da atenção à saúde e precisa reunir as informações imprescindíveis à continuidade do acompanhamento prestado à família ou a cada um dos seus membros (Massad et al. 2003).

Uma das pautas a respeito dos problemas e propostas para os registros clínicos se dá na seguinte perspectiva: como fazer para que nada do que ocorreu, e que pode ser significativo para o cuidado ao paciente e à família, bem como “para a produção do conhecimento e para a gestão dos serviços, deixe de ser registrado, de forma adequada e acessível?”. Nessas discussões, as condições de trabalho na área da saúde aparece como condição necessária para bons registros, assim como as características dos registros também refletem e interferem nos princípios na qualidade à saúde. Busca-se, nesse sentido, desenvolver instrumentos (em papel ou eletrônicos) que se constituam em apoio para o processo diagnóstico e terapêutico, bem como para o processo de gerenciamento das atividades desenvolvidas na ABS (SCHOUT, NOVAES, 2007, p.938).

Essas discussões acerca dos registros clínicos confirmam a ligação com a temática da “informação em saúde” e a evidente relação destes documentos com o monitoramento e avaliações do SUS, conforme mencionado na PNIIS:

A informação em saúde e a informática dinamizam a gestão, ao facilitar o acompanhamento financeiro, administrativo e das políticas de saúde; ao subsidiar o planejamento e programação de ações e o estabelecimento de prioridades; ao monitorar as ações do SUS, avaliando desempenho, processos e impacto dos serviços; ao qualificar as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria; ao agilizar o acesso ao conhecimento; ao possibilitar a realização de consultas e relatórios sobre informações em saúde e ao agilizar a troca de informação com outras esferas do SUS (PNIIS, 2004, p.24).

Desenhado este panorama, justifica-se a necessidade de parcerias, entre os profissionais e o campo da Saúde e o da Ciência da Informação (CI). Mota e Babêto (2011, p.1) argumentam que a CI possui uma abordagem das questões e problemas relacionados ao fluxo da informação que pode contribuir para o bom andamento das atividades na área da saúde, afirmando que a interdisciplinaridade entre estas duas áreas pode ser considerada como um grande avanço para a resolução dos problemas e questionamentos, que surgem em decorrência do não gerenciamento correto dos fluxos e produtos informacionais, oriundos da inserção das tecnologias da informática no âmbito da saúde.

Considerando as observações contidas na PNIIS acerca da informática em saúde, se faz necessário mencionar a grande evolução dos sistemas computacionais nos dias

atuais, bem como sua relevância em diversas atividades cotidianas; entretanto gera preocupações, entre elas o volume de dados associados aos prontuários “e o risco de que a barreira comunicacional ameace a prática eficiente dos profissionais de saúde” (GALVÃO, RICARTE, 2012, p.32).

Segundo Galvão (2012), a tecnologia da informação, tradicionalmente, vem sendo utilizada em grande parte das instituições, como uma ferramenta para a gestão de arquivos de prontuários e também nas atividades de indexação, localização e rastreamento desses documentos.

Sob essa perspectiva várias questões acabam sendo levantadas acerca dos registros, como: Por que informatizar o prontuário? Qual seria a motivação para que ocorra essa mudança que impacta tanto os profissionais da saúde quanto a população?

Um dos principais argumentos para que ocorra a informatização do prontuário, está ligado ao volume de informação que necessita ser armazenado:

Com a ampliação da atenção à saúde, a grande diversidade dos profissionais envolvidos e as demandas legais de manutenção e preservação desses registros, o volume de papel que precisa ser armazenado atingiu dimensões de difícil manutenção. Em função dos requisitos legais que atribuem a guarda dos prontuários às instituições de saúde e estabelecem os períodos de preservação desses registros, há a necessidade de se manterem estruturas de arquivamento de grande porte.
(GALVÃO, 2012, p. 34)

Ainda de acordo com Galvão (2012), outro argumento favorável à informatização do prontuário relaciona-se à facilidade que o profissional de saúde pode ter para acessar a informação dos pacientes no momento da assistência. As informações registradas pelos profissionais no atendimento podem posteriormente ser transferidas para os sistemas das unidades de saúde, passando por um processo de sincronização com os dados dos registros centrais, de acordo, é claro, com os aspectos legais estipulados.

Se tratando dos aspectos legais, uma das maiores preocupações dos órgãos e profissionais de saúde, quando pensam e estudam a possibilidade da informatização do prontuário é quanto à privacidade e segurança dos dados que estão registrados, pois há o receio de que as informações dos pacientes (que são confidenciais) possam ser acessadas e analisadas por qualquer pessoa que consiga ter acesso aos sistemas de informação em saúde.

É fato que os benefícios do prontuário eletrônico do paciente (PEP) são inúmeros, principalmente quanto a problemas frequentes de ilegibilidade das anotações

no prontuário em papel, que prejudica a comunicação entre as equipes de saúde, entretanto os desafios também são muitos e a resistência ao seu uso é nítida, pois para a maioria dos profissionais que atuam na assistência a pacientes é confortável e mais cômodo ter em mãos a pasta do prontuário, que é preparada, selecionada, separada e levada até eles por outros profissionais. Sem levar em consideração este trabalho de retaguarda, para o profissional, ter o prontuário em suas mãos no ato do atendimento, em suporte de papel é mais rápido que ter que acessar um dispositivo eletrônico para obter e registrar as mesmas informações (GALVÃO, 2012).

Além disso, a leitura em papel é mais confortável, dispensando conhecimento, e interação com sistemas eletrônicos cujas interfaces nem sempre são claras e objetivas, além de exigir prática e um domínio mínimo das tecnologias nesse contexto de utilização. Ou seja, é mais fácil realizar uma anotação de forma manuscrita em folha de papel do que abrir uma tela para digitar os mesmos dados. Assim, conforme cita Galvão (2012, p. 37), a facilidade para acessar os registros pode ser considerada um benefício maior para as instituições de saúde, as quais necessitam ter essa estrutura “para levar a informação ao profissional, do que exatamente para profissional que atua na assistência”.

O compartilhamento dos registros entre os sistemas de informação é, sem dúvida, algo positivo no âmbito da saúde pública, mas implica riscos acerca do prontuário eletrônico do paciente, pois a disponibilização dilatada desses registros acarreta diversas dúvidas quanto à segurança da informação.

Em pesquisas realizadas sobre a resistência na adoção do prontuário eletrônico por profissionais que trabalham na área da saúde, mostram que além do problema da segurança dos dados ser apontado como um grande obstáculo existe também preocupações quanto: a privacidade dos pacientes; questões éticas; destino e utilização das informações que podem ser acessadas por outros indivíduos.

Em relação às questões éticas, é válido expor sobre alguns pontos quanto às normas e obrigatoriedades que devem ser seguidas quanto ao prontuário do paciente, seja ele em meio eletrônico ou meio físico, é importante ressaltar essas questões que influenciam tanto a gestão quanto a qualidade da atenção à saúde.

Por ser um documento que contém informações pessoais e confidenciais de pacientes, o sigilo do prontuário, segundo o Código de Ética Médica (artigo 69), é um dever do médico, fato também definido pelo Código Civil, Código Penal e Resoluções do Conselho Federal de Medicina. Mais especificamente, no Capítulo I do Código de

Ética Médica, quanto aos Princípios Fundamentais, nas atribuições conferidas na Lei nº 9.784, “o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei” (Resolução CFM nº 1.246/1988).

Ainda de acordo com o artigo 69 do Código de Ética Médica, é “vedado ao médico deixar de elaborar o prontuário de cada paciente”, independente do tipo de procedimento realizado. Ou seja, o registro de qualquer atendimento prestado ao paciente, em qualquer instituição de saúde ou consultório, pelos profissionais da saúde, deve ser realizado no prontuário (BARROS et al, 2004).

Para cumprir todas as questões não só relacionadas ao sigilo, privacidade e segurança da informação dos prontuários, mas também referentes ao conteúdo, finalidades, qualidade e tempo de arquivamento, é necessário que tanto médicos como os demais profissionais da saúde assumam compromissos éticos e legais, e entendam que esses registros podem servir como principal instrumento de defesa quando necessário. Todos esses pontos citados são abordados na legislação brasileira e apresentam-se a seguir de maneira resumida:

Resolução CFM nº 1.638/2002, quanto às finalidades: o prontuário é documento valioso para o paciente, para o médico que o assiste e para as instituições de saúde, bem como para o ensino, pesquisa e serviços públicos de saúde, além de instrumento de defesa legal.

Resolução CFM nº 1.638/2002, Artigo nº5 quanto ao conteúdo: deve constar no prontuário, obrigatoriamente, os dados de identificação do paciente, anamnese, exame físico, resultados de exames, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos, tratamento realizado, evolução diária, todos os procedimentos realizados.

Resolução CFM nº 1.638/2002, Artigo nº5 quanto à qualidade dos registros: é obrigatória, nos registros em papel, a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, assim como a identificação de todos os profissionais que prestaram atendimento. Também são obrigatórios os números de registros na classe e assinatura.

Resolução CFM 1.638/2002, Artigo nº4 quanto aos prazos de armazenamento: O Conselho Federal de Medicina determina que o prontuário em papel seja arquivado por um período mínimo de 20 anos, considerando como data-base o último atendimento e comparecimento do paciente, mantendo-se a informação em outro meio qualquer, por prazos não especificados.

Resolução CFM nº 1.638/2002, Artigo nº3 e nº4 quanto às responsabilidades: a responsabilidade pelo prontuário está sob o médico e aos demais profissionais que prestam o atendimento, Também cabe à hierarquia médica da unidade ou instituição de saúde, às chefias médicas e ao diretor clínico (se houver). É obrigatório que tenha uma comissão de prontuários nas instituições onde se presta assistência médica, a qual deve ser criada por designação da direção ou chefia, ou ainda por outro meio, devendo ser coordenada por um médico.

Resolução CFM nº 1.641/012, Parecer CFM nº 02/94, Revogada pela Resolução CFM nº 1.614/2001 quanto à consulta a prontuários: os prontuários podem ser consultados por profissionais da equipe assistencial do paciente e da instituição ou unidade de saúde, por médicos peritos judiciais ou de seguradoras; também podem ter acesso aos prontuários os auditores de convênios médicos e pesquisadores autorizados pela parte administrativa e pelos comitês de pesquisa. Pessoas externas à instituição, mesmo sendo médicos, só poderão consultar as informações contidas no prontuário com a autorização do paciente ou responsável legal.

Resolução CFM nº 1.605/2000 quanto à cópia de documentos do prontuário: o fornecimento de cópias de documentos do prontuário só é realizado diretamente ao paciente ou mediante sua autorização expressa, a qual se recomenda que seja arquivada na pasta do prontuário. Mesmo mediante uma solicitação judicial, cabe à comissão de prontuários tomar a decisão, com base nos interesses do paciente. Estes tipos de solicitações devem ser atendidas somente em processos em que o prontuário será utilizado como prova a favor do paciente ou em situações de “justa causa”. O médico e as instituições de saúde (unidades de atendimento, hospitais), também podem fazer cópias do prontuário para uso em sua defesa.

Todos os itens apresentados acima possuem suporte legal do Conselho Federal de Medicina, e que tem base no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958. Tais atribuições são apresentadas pelas devidas considerações e resoluções presentes nos seguintes artigos:

“Considerando o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais”; “Considerando a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”; “Considerando que o sigilo médico é instituído em

favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal”; “Considerando que a lei penal só obriga a “comunicação”, o que não implica a remessa da ficha ou considerando que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento”; “Considerando a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários médicos e fichas médicas”; “Considerando que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova”; Considerando o parecer CFM nº 22/2000”; “Considerando o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00”; Resolve:

Art. 1º - O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica;

Art. 2º - Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se exclusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3º - Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art. 4º - Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5º - Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6º - O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7º - Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de justiça.

Art. 8º - Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá

consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado (BARROS et al, 2004).

A partir de todas essas considerações acerca do prontuário e suas implicações, fica nítido que seu conjunto informacional consiste em um documento de fundamental importância para garantir a qualidade da assistência ao paciente, do ensino e pesquisa e também para assegurar à equipe de saúde e aos pacientes tanto o atendimento quanto seus direitos e deveres. O prontuário, particularmente no contexto da Estratégia de Saúde da Família, ultrapassa as questões abordadas quanto ao processo saúde-doença, sendo uma rica fonte de informações sobre as condições culturais e sociais das famílias que são atendidas nas unidades básicas de saúde.

Além de todas essas atribuições, o prontuário acaba sendo um suporte relevante para a área administrativa da saúde, bem como nos aspectos financeiros e legais. Os registros são cada vez mais considerados o ponto de partida para a elucidação de questões éticas e jurídicas, que envolvem tanto os pacientes quanto os serviços e instituições de saúde e seus profissionais.

Sendo assim, o prontuário não pode mais ser visto e entendido apenas como um conjunto de fichas ou formulários a serem preenchidos rotineiramente ou de forma normativa e compulsiva, mas sim como um depositário de ricas e importantes informações que merecem empenho e reconhecimento no sentido de garantir sua qualidade, confiabilidade e integralidade.

2.3 Representações Sociais: conceitos e pressupostos teóricos

A teoria das representações sociais (TRS) foi introduzida no século XX, em meados do final da década de 50 e se apresentou como uma proposta de interpretação da realidade do cotidiano da vida moderna, podendo ser considerada um marco de uma nova etapa na história da psicologia, pois promove uma ruptura com os modelos positivistas e funcionalistas em vigor na época (OLIVEIRA; WERBA, 1998).

De acordo com Oliveira e Werba (1998), a TRS se originou na sociologia de Durkheim e na antropologia de Levi-Bruhl, tendo contribuições da teoria da linguagem de Saussure e também da teoria das representações infantis de Piaget e teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky.

A Psicologia Social se originou da ligação entre os campos da Psicologia e da Sociologia, tendo como principal objeto de estudo “o comportamento dos sujeitos quando em interação” e trabalha com métodos e conceitos primordiais para: estudos de intervenção psicossocial; estudos sobre a compreensão das relações indivíduo-sociedade; estudos para analisar a natureza e as causas do pensamento e comportamento do indivíduo em circunstâncias sociais (ALVES; OGATA; PEDRO, 2009), e principalmente estudos que envolvem a área da Saúde.

Pedro e Ogata (2008) afirmam que o saber da Psicologia Social ultrapassa os limites da junção de palavras, dizer que esta área do conhecimento busca apenas compreender as relações estabelecidas entre indivíduo e sociedade pode não abranger toda sua complexidade, ela deve e é realizada em uma perspectiva interdisciplinar:

A individuação das ciências humanas e sociais ao longo do século XX reproduziu a antinomia indivíduo e sociedade, dificultando a construção de paradigmas capazes de compreender o humano nas suas especificidades, bem como na sua totalidade, simultaneamente. Este legado merece ser resgatado no interior do pensamento científico contemporâneo (PEDRO, 2008) e certamente ao refletir sobre ciência, tecnologia e sociedade, este debate está presente (PEDRO; OGATA, 2008, p.69).

Serge Moscovici, psicólogo social, foi o pioneiro na introdução do conceito de representações sociais, em seu estudo sobre a representação social da psicanálise, intitulado: “A Psicanálise, sua imagem e seu público”, que teve como objetivo principal a compreensão de como ocorreu a penetração do novo saber da psicanálise na vida cotidiana da sociedade francesa na década de 50.

De acordo com Nobrega (1990), Moscovici teve interesse por um social móvel, onde a comunicação é considerada um fenômeno que abre portas para os indivíduos convergirem, numa rede de interação em que qualquer coisa do social pode se transformar em individual e vice versa; sendo também por meio deste processo de intercâmbio e comunicação que se formam as representações sociais. “Para ele, as representações sociais não são nem homogêneas e nem partilhadas por toda sociedade, uma vez que são forjadas e partilhadas na heterogeneidade da desigualdade social” (NOBREGA, 1990).

Os trabalhos de Moscovici têm influenciado estudos nas áreas da Psicologia, História e Ciências Sociais. O próprio psicólogo acredita que não há um conceito bem definido para sua teoria, e sim concepções como as apresentadas a seguir:

É um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso das comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa

sociedade, aos mitos e sistemas de crença das sociedades tradicionais; podem ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1981, p.181 apud PEDRO; OGATA, 2008, p.70).

O termo Representações Sociais (RS) abarca tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito e a própria teoria, criados para explicá-los. Com base nos conceitos de Moscovici podemos dizer que as RS surgiram das Representações Coletivas, que buscavam entender, entre tantas outras coisas, fenômenos como religião, ciência, mitos, categorias de espaço e tempo, no que diz respeito a conhecimentos constitutivos à sociedade. (SÁ, 1995)

Segundo Pedro e Ogata (2008), o principal objetivo das RS é: entender o modo como determinado grupo elabora e compartilha socialmente seus saberes e suas ideias, que elucubram sua identidade. Entretanto, essas representações devem ser estabelecidas sobre um conjunto de códigos culturais que definem em um determinado contexto – momento histórico – as regras de uma sociedade, comunidade ou de um grupo.

Construímos as representações no momento em que queremos saber o que temos a ver com o mundo que nos permeia, detectar ou resolver problemas e questões que ele nos (im)põe. E essa reflexão parte da necessidade de nos ajustarmos ou de nos localizarmos, seja física ou intelectualmente. Da mesma maneira que perante as ideias, eventos ou pessoas, nós não agimos de forma “automática”, ou seja, não somos isolados em um “vazio social, pois compartilhamos o mundo com outros, neles nos apoiamos – às vezes convergindo, outras divergindo” (JODELET, 2002, p.17).

Podemos assim dizer que as Representações Sociais nos guiam na forma de nomear, apoiar e definir em conjunto diversos aspectos de nosso “dia-a-dia”, seja na forma de interpretá-los, decifrá-los e estatuí-los ou até de tomarmos uma atitude a respeito a ponto de defendê-la, esse é um dos motivos das representações sociais serem tão relevantes na vida cotidiana da sociedade (JODELET, 2002).

Enquanto a ciência é ordenada através do método científico e tem como um de seus objetivos atingir a veracidade sobre a natureza para dominá-la, as Representações Sociais são ordenadas no âmbito dos elementos comunicacionais que refletem sobre as interações e mudanças sociais com o intuito de interpretar a realidade. Pelo fato de serem dinâmicas, levam os indivíduos a realizarem interações com o meio produzindo modificações.

Conforme cita Moscovici (1978, p.26) “a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a

comunicação entre indivíduos”. É importante mencionar, nesse sentido, que quando falamos de representação social estamos tratando da representação de algo ou de alguém, processo onde se fundem o conceito e o objeto entendidos no seu caráter imaginário. Para Moscovici, não há corte entre o universo interior e o exterior do indivíduo ou do grupo, ou seja, objeto e sujeito não são heterogêneos em seu campo comum.

Seguindo esta mesma linha de pensamento, Jodelet (2001), afirma que a representação social tem como seu objeto uma relação de simbolização, deixando de lado sua interpretação e atribuindo-lhe significações. Assim como afirma Moscovici (1978), ao darmos precisão à classe do objeto, tornando-o familiar, situamos e o fazemos presente em nosso interior, o que antes estava ausente. O objeto é transformado e se transforma quando se torna familiar, ou seja, representar um objeto é reconhecê-lo e torna-lo significante.

As representações, quanto à sua estrutura, configuram-se em três dimensões: informação, campo de representação e atitudes. Estas dimensões proveem um cenário do conteúdo e do sentido da representação. Assim como ilustra Moscovici (1978, p. 96): “... a presença social de uma ciência é percebida por um sujeito em função do grupo a que pertence, da informação que ele possui e de sua atitude a respeito da ciência”.

A informação está ligada ao conjunto de conhecimentos que um grupo tem a respeito de um objeto social. Já o campo social é o conteúdo concreto e restrito de suposições e teorias acerca de um aspecto conciso do objeto da representação, pois ele remete à ideia da imagem e de modelo social.

A atitude pode ser considerada a mais frequente das três dimensões. Segundo Moscovici, uma pessoa se informa ou representa alguma coisa excepcionalmente após ter adotado uma posição em função da atitude tomada. E enquanto fenômeno psicossocial, as representações sociais correspondem a duas funções: contribuir na concepção de condutas e no direcionamento das comunicações sociais. Sob esta perspectiva, as representações sociais são:

...um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2003 p.21).

Para a compreensão da evolução, da organização do conteúdo e da extensão de uma representação é necessária considerá-la como elemento da dinâmica social e vê-la como produto da estrutura da sociedade onde se desenvolve. De acordo com Moscovici (1978), esta estrutura vai determinar as fragmentações, bem como as relações de dominação, que induz a diferentes representações de um mesmo objeto. O indivíduo cumpre um papel fundamental na elaboração das representações, atua como sujeito, uma vez que está inserido em um contexto cultural e social definido, construindo uma história tanto social como pessoal.

Para Jodelet (2002), é através das RS que tratamos alguns fenômenos diretamente construídos por um trabalho científico, são estes fenômenos que se tornaram objetos centrais das Ciências Humanas, e em volta deles se constrói um domínio de pesquisa “dotado de instrumentos conceituais e metodologias próprias”, sendo de interesse de muitas áreas e disciplinas.

Segundo a mesma autora, em determinadas situações, a observação das RS acaba sendo facilitada, pois as mesmas estão presentes nos discursos e nas palavras, são difundidas nas imagens e mensagens midiáticas e se concretizam “nas condutas e agenciamentos materiais ou espaciais” (JODELET, 2002, p.18).

Moscovici (2009, p.25) afirma que a representação social “consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes”.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, podemos dizer que estes conceitos trazem contribuições para a construção do cidadão, seja no âmbito individual ou no grupo, e sabemos que esta construção ocorre no exato momento a ser vivenciado e também em momentos do decorrer da história da sociedade. (SPINK, 1994 apud VILLELA, 2012).

É nesta conexão entre “inscritos culturais no imaginário social de uma população que as representações sociais se formam e passam a circular”. (VILLELA, 2012, p.26).

O fenômeno das Representações Sociais envolve a desconstrução da dicotomia entre o coletivo e o individual, tornando-se importante, neste momento, a compreensão de que o pensamento individual se enraíza no social, relacionando-se de forma recíproca e sofrendo transformações (SPINK, 1994).

Quanto ao campo da saúde, os estudos das representações sociais tem tido um papel bastante relevante na área, justamente pela preocupação com a subjetividade do cotidiano e com as relações que a envolvem.

As representações sociais admitem a exposição das concepções individuais, dos grupos sociais e sua relação com o mundo social. Buscam a interface entre o senso comum e o campo científico, sendo este último idealizado na área da saúde, como a base de conhecimentos ou como as relações com o grupo detentor do saber (BINOTTO, 2011).

Pela representação social ser uma maneira de pensamento que está sempre ligado à ação, que se estabelece na construção da realidade, definindo a prática profissional, que se apresenta como um referencial ideal para objeto de investigação do presente estudo, o qual envolve uma visão de um objeto social por um grupo social.

Spink (1994, p.27) define as Representações Sociais como “estruturas cognitivo-afetivas que, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum”.

Ou seja, é através das RS sobre um determinado tema que se pretende estudar, que é possível identificar conhecimentos arquitetados pelos sujeitos em interações sociais, e estas acabam sendo responsáveis pela base comportamental dos sujeitos, inclusive “são capazes de modificar tomadas de decisões na área da saúde” (VILLELA, 2012).

Do mesmo modo, as RS são estruturas que alcançaram estabilidade e são usadas na saúde para entendimento da ciência. A RS das doenças, por exemplo, é um fenômeno social, tendo função simbólica e ideológica. Percebemos, desta forma, as possíveis contribuições da Teoria das Representações Sociais para “expressar saberes elaborados na esfera da saúde, mostrando a informação da qual a população se apropria para se prevenir de doenças” e é por meio desses desdobramentos que as informações obtidas ganham corpo, podendo tratar o “comportamento informacional” de um sujeito ou grupo sobre determinado assunto de interesse e tentar delinear essa realidade, extrapolando por fim as barreiras impostas pela “abordagem tradicional” (VILLELA, 2012).

Segundo Jodelet (2001), o mesmo deve ser feito para se estudar uma enfermidade, a construção de duas concepções – a biológica e a moral/social – é que viabiliza a compreensão do processo saúde-doença, sendo que a última abarca comportamentos relacionados aos indivíduos que convivem com a doença. Por outro

lado, a falta de informações induz a sociedade ao “boca-a-boca”, enquanto a mídia tem um interesse mais na manipulação social.

Minayo (2008), diz que ao observarmos o processo saúde-doença, podemos ter a percepção de que este processo é capaz de empenhar explicações a respeito da sociedade, pois conduzem certos atos e comportamentos. Quando um indivíduo adoecer ele fala sobre si e sobre o mundo que o envolve, revela seus medos, expectativas e sua condição socioeconômica, e acaba expressando também sua opinião sobre questões políticas e culturais.

Considerando as reflexões apresentadas acerca dos objetivos, conceitos e teoria das RS, pode-se dizer que o estudo do prontuário - e seu conjunto informacional - relaciona-se diretamente com as Representações Sociais, principalmente no sentido de que as RS são representações de algo (prontuário) ou de alguém (equipe de saúde), onde o conceito e o objeto são compreendidos no seu caráter imaginário, e também quanto ao conceito de que a informação (quanto uma das dimensões das RS) está atrelada ao conjunto de conhecimentos que um determinado grupo tem a respeito de um objeto social. As representações sociais têm com seu objeto uma relação de simbolização, substituindo-o e de interpretação, conferindo-lhe significações (JODELET, 2001).

Ao precisarmos a natureza do objeto, tornando-o familiar situamos e tornamos presente em nosso interior o que de certo modo estava ausente. Ao tornar-se familiar, o objeto é transformado e se transforma assim representar um objeto é ao mesmo tempo conhecê-lo e torná-lo significante (MOSCOVICI, 1978, p.44).

É nesse sentido que no presente estudo interpretamos o prontuário como um objeto de representação social, pois o mesmo se constrói socialmente, através de grupos e instituições, constituindo um complexo conjunto informacional, que serve de base para questões éticas, legais e profissionais, ou seja, a TRS auxiliará na compreensão do objeto de estudo e do problema de pesquisa.

Além disso, o prontuário pode vir a ser um objeto/uma ferramenta para a integralidade, um dos princípios do SUS, podendo ser um indicador na necessidade de mudanças no cuidado da atenção básica à saúde. Levantando todas essas questões, fica evidente que o prontuário possui grande relevância na participação social, sendo um objeto que merece ser investigado em todo seu contexto.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as representações sociais das equipes das unidades de saúde do conjunto informacional dos prontuários para a construção do cuidado.

3.2 Objetivos Específicos

- 1 - Caracterizar a dinâmica de organização dos prontuários nas unidades de saúde da família;
- 2 - Analisar o significado de registrar as informações contidas no prontuário e sua utilização pela equipe para identificar lacunas e propor soluções.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi proposto um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa a partir de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2000; MINAYO, 2004).

Moscovici (2003) salienta que tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Seguindo a mesma linha de pensamento e Minayo (1993) afirma que:

“A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem” (MINAYO, 1993, p.203).

Esta análise se trata de uma técnica de descrição analítica, segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A definição de Bardin (2000) sintetiza os aspectos consensuais dessa técnica:

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2000).

Em termos de aplicação, Oliveira (2008, p. 570), evidencia que a análise de conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos, presentes em um texto, e que esses conteúdos podem estar explícitos ou não; “sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado; implicação do contexto político nos discursos; exploração da moralidade de da terminada época; análise das representações sociais sobre determinado objeto; inconsciente coletivo em determinado tema; repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional”; análise da comunicação cotidiana, seja ela escrita ou verbal, entre outros.

O foco do estudo descritivo é proporcionar uma maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais claro, ou explícito, facilitando a construção de hipóteses e tendo como meta o refinamento de ideias (ou novas ideias).

A pesquisa exploratória ou descritiva tem uma maior flexibilidade, de modo que qualquer aspecto relacionado ao fato estudado tem relevância. A maioria dos estudos deste tipo envolve o levantamento bibliográfico, documental e entrevista ou

questionário, envolvendo sujeitos que tiveram alguma experiência com o problema e geralmente são de natureza qualitativa (PONTE et al, 2008).

Tendo como objeto de estudo as Representações Sociais de equipes de saúde da família, e assim considerando a representação social, bem como a natureza social deste objeto como “uma forma de pensamento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social” (JODELET, 2001, p. 22), optou-se por trabalhar com o método qualitativo.

O método qualitativo não se aplica somente ao estudo das representações, mas também ao das “crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam” (MINAYO, 2007, p.57).

De acordo com Minayo (2007), a abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador incorporar e captar questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, propondo compreender a lógica interna de grupos quanto a seus valores culturais e representações a respeito de sua história e de temas característicos. O seu universo é o cotidiano e as experiências do senso comum são interpretadas e reinterpretadas pelos indivíduos (atores) que as vivenciam.

Para a apreciação dos dados será utilizado o ALCESTE, software que realiza a análise léxica de materiais textuais. O programa, ao ser executado, recorre à classificação estatística contida nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e sumariar informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica a abordagem conceitual dos mundos lexicais (SOARES, 2005).

4.2 Campo de estudo

Na pesquisa qualitativa, o campo pode ser definido como o “recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2007, p. 201). Pois é nele que há a interação social entre pesquisador e sujeitos, a qual cria condições para o conhecimento da realidade.

Esta pesquisa tem como campo de estudo as Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família do município de Descalvado, o qual está localizado no interior do estado de São Paulo, há aproximadamente 250 km da Capital. Segundo

dados do IBGE (2013), a cidade possui uma população estimada de 32.595 habitantes, com densidade demográfica de 41,20 hab/km².

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), o município em questão possui uma cobertura de 98,95% da população pela Estratégia de Saúde da Família.

As tabelas a seguir mostram as condições de saúde, vida, habitação e infraestrutura do município, em dados estatísticos, segundo o portal de estatísticas do Estado de São Paulo.

Tabela 1 - Perfil Municipal de Estatísticas Vitais e Saúde de Descalvado

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Estado
Taxa de Natalidade (por mil hab.)	2012	12,54	14,71
Taxa de fecundidade Geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2012	45,97	51,88
Taxa de Mortalidade Infantil (por nascidos vivos)	2013	7,39	11,47
Taxa de Mortalidade na Infância (por nascidos vivos)	2012	2,54	13,16
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 anos (por 100 mil hab. nessa faixa etária)	2012	86,5	121,73
Taxa de Mortalidade da População de 60 anos e mais (por 100 mil hab. nessa faixa etária)	2012	3.572,98	3.507,81
Mães adolescentes (com menos de 18 anos) (em %)	2012	7,38	6,97
Mães que tiveram sete e mais consultas pré-natal	2012	87,43	78,33
Partos Cesáreos (em %)	2012	74,55	61,18
Nascimentos de baixo peso (menos de 2,5kg) (em %)	2012	8,14	9,36
Gestações pré-termo (em %)	2012	9,14	11,03

Fonte: SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

Tabela 2 - Perfil das condições de vida de Descalvado

Condições de vida	Ano	Município	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS – Dimensão Longevidade	2010	77	69
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	2010	0,760	0,783

Fonte: SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

Tabela 3 - Perfil Municipal de Habitação e Infraestrutura Urbana de Descalvado

Habitação e Infraestrutura Urbana	Ano	Município	Estado
Coleta de lixo - Nível de atendimento	2010	99,86	99,66
Abastecimento de água – Nível de atendimento	2010	99,77	97,91
Esgoto sanitário - Nível de atendimento (em%)	2010	99,36	89,75

Fonte: SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

O critério de inclusão utilizado quanto ao local do estudo, ou seja, quanto as unidades básicas de saúde da cidade, foi a seleção das UBS com 2 equipes de saúde da família, pois atendem à população de dois bairros em uma única unidade. Neste caso, o município participante da investigação, de um total de 6 USF, possui 2 unidades com essa característica, somando-se, no total, quatro equipes participantes da pesquisa.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Optou-se por trabalhar com todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família das unidades selecionadas por entender que eles são sujeitos sociais que detêm os atributos e experiências a que esta pesquisa se detém (MINAYO, 2007).

O universo é composto por 38 sujeitos, sendo que na primeira unidade a ser investigada participaram 18 sujeitos e na segunda, foram 20.

Todos os profissionais das duas unidades foram convidados a participar do estudo, pretendendo apreender um retrato global deste grupo de indivíduos (PIRES, 2008).

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos, eles foram identificados pela locução “Ind” (referindo-se a indivíduo) seguido dos números 1,2,3,4,...38, respectivamente e as unidades representadas pelas vogais “A” e “B”.

Na unidade A há 19 profissionais distribuídos entre as 2 equipes, sendo eles: 2 médicos de saúde da família, 1 ginecologista, 1 enfermeira gestora, 2 auxiliares de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de odontológico, 9 agentes comunitários de saúde e 2 escriturárias. Entretanto participaram 18 indivíduos participaram das entrevistas, pois um membro da equipe estava de licença saúde.

Já a unidade B possui 22 profissionais em serviço, também divididos entre 2 equipes, sendo eles: 2 médicos de saúde da família, 1 pediatra, 1 enfermeira gestora, 4 auxiliares de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar odontológico, 9 agentes comunitários de saúde e 3 escriturárias. Porém como dois membros da equipe estavam em período de férias, participaram das entrevistas 20 indivíduos.

4.4 Coleta de dados

A primeira aproximação com o intuito de apresentar o projeto e obter autorização para a realização da pesquisa foi feita por meio de uma ligação à secretaria da saúde do município e agendada uma reunião com o secretário municipal de saúde e a enfermeira gestora de todas as unidades, em março de 2014, sendo que ambos foram favoráveis à realização da pesquisa.

Após este primeiro encontro foi realizada uma segunda reunião, com todas as enfermeiras gestoras das unidades de família do município, na qual foi apresentada a proposta do estudo e as perguntas que seriam feitas durante a entrevista. Todas se mostraram solícitas e interessadas pelo estudo.

Elaborou-se uma autorização formal para realização da pesquisa no município, onde consta assinatura do secretário da Saúde (Anexo A), autorizando o estudo nas unidades de saúde da família. Após a escolha das unidades foi feita uma primeira abordagem por telefone com as escriturárias das unidades para agendar a visita para o conhecimento das unidades e uma análise geral da dinâmica de trabalho das equipes em relação ao prontuário e a observação da lógica de organização, armazenamento e utilização do mesmo.

Para a realização da primeira etapa da coleta de dados, foi agendada uma visita nas das duas unidades que participam da pesquisa, que foi acompanhada pelas enfermeiras gestoras, as quais forneceram informações necessárias para preenchimento do roteiro de estudo.

Realizou-se o preenchimento de um questionário com questões que versaram sobre as características do ambiente físico de armazenamento do prontuário, do manuseio e de sua estrutura, além de algumas informações adicionais a respeito do documento.

O roteiro (apêndice B) foi composto por 3 itens de observação do prontuário, baseados nas áreas de conhecimento da CI, bem como da arquivologia (MOLINA, LUNARDELLI, 2010): características processuais (informações sobre armazenamento, classificação, acesso, cadastro, consulta, etc); características estruturais (estruturas textuais, conteúdo informacional); e características diligentes, ligadas diretamente às peculiaridades e à dinâmica das equipes e unidades de saúde (conhecimento, treinamento, registros, etc). Também foi adicionado um item de “observação” ao final do roteiro de caracterização, devido às informações adicionais relatadas pelas gestoras

no decorrer da visita às unidades de saúde, e que foram acrescentadas por serem consideradas importantes para o estudo e por contribuir para a segunda etapa da coleta de dados.

Esta observação antecipada à realização das entrevistas foi de grande relevância, pois permitiu o reconhecimento do ambiente em que este documento é consultado, preenchido e manuseado e a identificação de seu conjunto informacional e também possibilitou analisar a forma como ele é gerenciado por toda equipe. Esses dados ajudaram a compreender e analisar, posteriormente, o que este documento representa, socialmente, para a equipe multiprofissional de saúde.

Feita esta primeira coleta de dados, as enfermeiras gestoras comunicaram suas equipes sobre a realização das entrevistas, realizadas na segunda etapa da coleta de dados. Conforme o aceite dos profissionais, foram feitos, por intermédio das escriturárias e enfermeiras, os agendamentos das entrevistas. A coleta de dados foi marcada em dia e horário oportunos para cada membro da equipe, visando não comprometer o andamento do atendimento nas unidades.

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas durante os meses de novembro e dezembro de 2014, após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar. (Anexo B)

No momento das entrevistas foi preenchido um questionário, com o objetivo de traçar o perfil dos profissionais dos participantes, indicando o sexo, formação e nível de escolaridade, bem como a função que cada um exerce na unidade e há quanto tempo trabalha na rede municipal de saúde, por meio de um roteiro de entrevista/questionário (Apêndice A).

As questões foram elaboradas a fim de analisar as representações sociais das equipes de saúde da família do conjunto informacional dos prontuários, das unidades de saúde do município, bem como analisar o significado de registrar as informações contidas no prontuário e sua utilização pela equipe para a construção do cuidado. Mais especificamente as perguntas foram baseadas em questões ligadas aos objetivos principais da pesquisa, entre elas:

- Identificar a assimilação das informações contidas no prontuário e a utilização do mesmo pela equipe de saúde, no momento da assistência ao paciente e/ou à família.
- Identificar a relevância que os registros têm para a equipe de saúde frente ao levantamento de hipóteses diagnósticas, ações terapêuticas e como instrumento para

avaliar e planejar as atuações individuais e coletivas na esfera da atenção básica à saúde/ESF.

As perguntas (questões norteadoras) realizadas durante as entrevistas com os indivíduos da pesquisa foram as seguintes:

- 1) Comente como a equipe de saúde realiza o registro das informações no prontuário;
- 2) Fale sobre a importância de se realizar o registro no prontuário no momento da assistência ao paciente e seus familiares;
- 3) Fale sobre a importância da consulta ao prontuário pela equipe;
- 4) Como o prontuário foi estruturado na unidade em que você atua? Ocorreram modificações? Se sim, foram baseadas nas experiências da equipe? Como foram feitas e quem as realizou?
- 5) Quais seriam as dificuldades quanto ao registro, organização e utilização do prontuário na unidade?

As informações registradas no prontuário são suficientes para a construção do cuidado na ESF? Por quê? Essas questões passaram por um teste, através da realização de “entrevista piloto” realizada previamente ao início da coleta de dados. As entrevistas – perguntas e respostas - foram gravadas em um dispositivo móvel, por meio de um aplicativo.

As falas dos entrevistados foram gravadas, ouvidas e transcritas integralmente pela própria pesquisadora e posteriormente a análise desses dados, foi realizada por meio do software ALCESTE.

Antes de cada entrevista os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos e foi entregue a cada um o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), para leitura e coleta de assinatura. Uma cópia deste documento foi entregue ao entrevistado e outra foi arquivada pela pesquisadora.

Optou-se por utilizar a entrevista como instrumento para coleta de dados por entender que estas constituem uma porta de acesso às realidades sociais (POUPART, 2008). Ela é considerada técnica fundamental para as pesquisas de caráter qualitativo

pela expectativa de intercâmbio entre pesquisador e sujeito numa relação que favorece a investigação (MINAYO, 2007).

4.5 Aspectos éticos

A fim de cumprir as normas do Conselho Nacional de Saúde, referentes à participação de seres humanos em estudos dessa natureza (Resolução 466/12), o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, que obteve parecer favorável à realização da pesquisa (Anexo b).

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) estão descritos todos os riscos envolvidos em pesquisas com seres humanos e que o dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade. As informações contidas no TCLE tem por finalidade o esclarecimento dos riscos aos sujeitos da pesquisa e enfatizar quanto a possibilidade dos danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano (participantes), em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente.

5. Análise dos dados

5.1 Primeira etapa

Os dados coletados na primeira etapa da pesquisa serviram como base e auxiliaram no norteamento das questões das entrevistas.

Foi realizada uma análise geral quanto a algumas informações necessárias sobre o local em que foram realizadas as entrevistas, tendo como foco observações quanto às características arquivísticas e documentais, bem como na dinâmica de uso do prontuário pela equipe multiprofissional no âmbito das unidades de saúde.

Para a concretização desta análise, foram utilizadas as seguintes categorias: armazenamento, classificação, acesso, cadastro, consulta, estruturas textuais, conteúdo informacional, registros, conhecimento e treinamento da equipe de saúde.

Para a categoria de **arquivamento** foram observadas as informações sobre: lógica, local de arquivamento e organização física; para a categoria de **classificação** observou-se: se é utilizado (e qual) algum sistema de classificação e se este é padrão para todos os documentos; para a categoria **acesso** investigou-se: local (facilidades e dificuldades)

para acesso ao prontuário, quem acessa os documentos quando são solicitados e como é feito; quanto à categoria de **cadastro** foi analisado como é feito o processo de cadastramento dos dados nos sistemas para esse fim, onde é realizado e por qual profissional; para a **consulta** foram observados os mesmos itens anteriores e investigado também em que momento ocorre as consultas ao prontuário;

Já quanto a categoria de **estruturas textuais** foi averiguado quais fichas estão presentes na pasta do prontuário e qual é o conteúdo informacional dessas fichas e/ou formulários; já em relação ao **registro** pesquisou-se quem os realiza, onde, de que forma e em que momento são realizados estes registros; por fim na categoria sobre **conhecimento e treinamento das equipes de saúde**, procurou-se investigar o nível de conhecimento dos profissionais quanto ao prontuário e as questões que o abrangem e se existem treinamentos e/ou cursos específicos para a equipe.

Através desse panorama foi possível chegar a resultados que permeiam os aspectos gerais do prontuário e serviram como ponto de partida e apoio para a segunda etapa da coleta de dados.

5.2 Segunda etapa

O corpus formado através das transcrições das entrevistas foi analisado com base na análise categorial temática e análise lexical de conteúdo, realizada pelo software ALCESTE 4.12 (Análise Lexical por Contexto por um Conjunto de Segmentos de Textos).

Foram utilizadas as duas técnicas de análise, pois ambas se complementam. A análise temática atribui maior subjetividade e melhor detalhamento, já a análise lexical, que é realizada pelo software, garante uma descrição mais variada dos conteúdos discursivos (OLIVEIRA et al, 2003).

Os temas que emergiram dos dados empíricos foram definidos e agrupados por meio da análise temática. Em seguida foi realizada a análise lexical e após a comparação dos grupos deu-se origem às categorias apresentadas no próximo tópico.

Essas categorias empíricas são aquelas construídas a partir do trabalho de campo e tem a característica de conseguir apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade. A técnica de análise categorial temática de dados baseia-se na noção de tema, e esta noção está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, abrangendo um conjunto de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo (MINAYO, 2007).

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham algum significado. De acordo com Bardin (2008), a técnica da análise temática desdobra-se nas seguintes etapas:

1ª) Pré – análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados e em retomar as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, podendo ser composta das seguintes atividades: Leitura flutuante (entrar em contato direto e intenso com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo); Constituição do corpus (organização do material afim de responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade e pertinência); Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos (retomar hipóteses e objetivos do estudo, tendo a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura de novas indagações).

Nesta fase pré- analítica determina-se: unidade de registro (palavra chave ou frase), unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que nortearão a análise.

2ª) Exploração do material: consiste basicamente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Trabalha-se com as unidades de registro, agregando-as, buscando as áreas temáticas a serem analisadas.

3ª) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: consiste na análise das áreas temáticas a partir da busca de significados, realizando uma inter-relação com o quadro teórico desenhado inicialmente.

Já a análise lexical foi realizada pelo software ALCESTE 4.12 que recorre à classificação estatística contida nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas mais relevantes, e possui como referência em sua base metodológica a abordagem conceitual dos mundos lexicais (SOARES, 2005). Essa técnica possibilita identificar o que há de comum nas diferentes visões do objeto estudado, visões essas que estão presentes ao longo do texto, e que permitem a identificação dos núcleos de sentido, cuja combinação forma a representação veiculada pelo texto (OLIVEIRA, GOMES, MARQUES, 2005).

O programa toma como base um único arquivo onde se deve indicar as unidades de contexto iniciais (u.c.i.) e preparar este arquivo segundo algumas regras de configuração do software. A definição das u.c.i. é feita pelo pesquisador de acordo com a natureza de cada pesquisa. De acordo com Camargo (2005), cada entrevista é uma

unidade de contexto inicial e um conjunto de unidades de contexto iniciais constitui um corpus de análise.

Neste estudo foi definido um corpus de análise constituído pelas 36 entrevistas. Cada entrevista constituiu uma u.c.i., que iniciava com uma linha de comando, na qual foram informados os números de identificação dos indivíduos entrevistados e algumas variáveis importantes para identificação de perfil e delineamento da pesquisa. As variáveis consistiram na unidade de saúde em que o indivíduo trabalha, função, idade, nível de escolaridade, tempo de atuação na saúde da família e tempo de atuação na unidade. Cada variável foi identificada com uma locução e seus intervalos por números (Apêndice D).

Após reconhecer as indicações das u.c.i., o programa ALCESTE divide o material em unidades de contexto elementares (u.c.e.) de tamanhos equivalentes, que são segmentos do texto dimensionados pelo programa em função do tamanho do corpus. Ele retém como lexemas as palavras ditas de forma plena e constrói um quadro lexical inteiro, cruzando as u.c.e. e seus lexemas para calcular uma classe de u.c.e., de forma que a variância intra classe seja minimizada (OLIVEIRA, GOMES, MARQUES, 2005).

Esse processo resulta na identificação de polaridades no uso das palavras, indicando aquelas que são mais e que são menos incidentes naquela classe. Estas polaridades poderão ser tomadas pelo pesquisador como dados brutos nos quais poderá apoiar sua interpretação. Para isso as bases lexicais das chamadas palavras plenas (palavras portadoras de sentido) ao mesmo tempo em que opera uma redução do vocabulário por eliminação dos marcadores de sintaxe, das desinências de conjugação e de alguns sufixos, tem por objetivo guardar somente as raízes significantes (OLIVEIRA, GOMES, MARQUES, 2005).

Iniciada a análise o software executa quatro etapas (A, B, C e D), cada uma contendo três operações, exceto a etapa D, que contém cinco operações. Essas etapas de análise realizadas pelo programa são descritas de forma resumida a seguir, utilizando-se Camargo (2005) como base referencial:

ETAPA A: *Leitura do texto e cálculo dos dicionários*

Consiste da preparação do corpus em que é realizado o reconhecimento das u.c.i., faz-se uma primeira segmentação do texto, as ocorrências das palavras são agrupadas em função de suas raízes e procede-se ao cálculo da frequência das formas reduzidas.

Operações da Etapa A: A1- Reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar (u.c.e.). A2- Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas). A3- Criação do dicionário de formas reduzidas. O programa faz também uma distinção entre as palavras instrumento e as palavras analisáveis. As palavras analisáveis são as mais relevantes para a discussão dos conteúdos representacionais, já as palavras instrumento são os artigos, as preposições, as conjunções, que embora sejam essenciais para a organização do texto, não são essenciais para a análise do conteúdo.

ETAPA B: Cálculo das matrizes de dados e classificação das u.c.e.

Esta é uma etapa de cálculos. Procede-se a classificação das u.c.e. em função dos seus respectivos vocábulos e o conjunto é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir do cruzamento das u.c.e. e das formas reduzidas através do teste do qui-quadrado (χ^2), aplica-se o método de classificação hierárquica descendente (CHD) e obtém-se uma classificação definitiva.

Operações da Etapa B: B1- Seleção das u.c.e. a serem consideradas e cálculo das formas reduzidas X u.c.e.; B2- Cálculo das matrizes de dados para a CHD. B3- Classificação Hierárquica Descendente.

ETAPA C: Descrição das classes de u.c.e.

Nesta etapa são fornecidos os resultados mais importantes. O programa apresenta o dendograma da CHD que ilustra as relações entre as classes obtidas. Através de cálculos complementares fornece resultados que permite a descrição de cada uma das classes pelos seus léxicos característicos e pelas variáveis. Fornece também outra forma de apresentação dos resultados, através de uma análise fatorial de correspondência.

Operações da Etapa C: C1- Definição das classes escolhidas. C2- Descrição das classes. C3- Análise Fatorial de Correspondência (representação das relações entre as classes num plano fatorial).

Vale ressaltar que na caracterização das classes, os quadros de perfis, composto pelos léxicos mais significativos e pelas variáveis, foram reduzidos segundo os critérios preconizados por Camargo (2005), entre eles: os valores fornecidos pelo programa após a análise dos dados, onde foram excluídas as palavras de ligação, verbos e pronomes; palavras com frequência total menor que a frequência mínima do conjunto da análise; palavras com χ^2 inferior a 2,0 e com porcentagem menor de 50%. Mesmo seguindo estes critérios, algumas palavras que estavam enquadradas neles foram mantidas, pois seriam essenciais para análise do contexto.

ETAPA D: Cálculos complementares

A Etapa D é um prolongamento da Etapa C anterior. Com base nas classes de u.c.e. escolhidas, o programa calcula e fornece as u.c.e. mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada uma. Ele fornece também uma Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) para cada classe que permite o estudo das relações dos elementos intraclasse. Outros recursos possíveis são o tratamento de segmentos repetidos de u.c.e. e exportação destas para outros programas informáticos.

Operações da Etapa D: D1- Seleção das u.c.e. mais características de cada classe. D2- Pesquisa de segmentos repetidos por classe. D3- Classificação Hierárquica Ascendente. D4- Seleção das palavras mais características das classes. D5- Exportação para outros programas informáticos.

As operações em que se produzem resultados mais importantes para a interpretação do corpus são a C1 – dendograma da CHD, C2- descrição das classes, D1- seleção das u.c.e. mais características de cada classe e D3- CHA das palavras por classe. Em pesquisas no campo da linguística as classes são interpretadas como campos lexicais ou contextos semânticos. De acordo com Camargo (2005), Em pesquisas no campo da psicologia social, particularmente aquelas interessadas em estudar o conhecimento do senso comum, estas classes podem indicar representações sociais ou campos de imagens sobre um dado objeto, ou aspectos de uma mesma representação. O que vai definir se as classes indicam representações sociais é o seu conteúdo e sua relação com fatores ligados ao plano geral e tema de cada pesquisa.

Foi com base na análise temática e nessas classificações fornecidas pelo ALCESTE que se buscou identificar as Representações Sociais das equipes de saúde da família em relação ao prontuário.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Primeira etapa

6.2 Análise das características e dinâmica de organização dos prontuários nas unidades

Dentro da temática da organização e gestão da informação em saúde para a Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, o prontuário pode ser identificado como uma ferramenta para o exercício da coordenação e como um indicador de qualidade da atenção, mas este deve ser caracterizado, antes de tudo, pelo âmbito da ciência da informação, como um “documento arquivístico”, uma vez que é arquivado através de alguma lógica de organização.

A Arquivologia ou Arquivística, aliada à Ciência da Informação e da Documentação, tem por objetivo o conhecimento da natureza dos arquivos e das teorias, métodos e técnicas a serem observados na sua “constituição, organização, desenvolvimento e utilização”, possibilitando aos seus profissionais, participar da gestão de documentos em diversos contextos, variados suportes visando as diferentes necessidades informacionais por parte de seus usuários. (CAMARGO; BELLOTTO, 1996, p.5).

Segundo Molina e Lunardelli (2010) assim como todas as disciplinas do conhecimento, a Arquivologia é composta por fundamentos teóricos e metodológicos próprios e característicos da área. Dentre eles, enfatizam-se, neste estudo, as funções arquivísticas voltadas para a gestão de documentos “denominadas assim uma vez que estão relacionadas ao conjunto de princípios e operações que dizem respeito à organização e tratamento dos arquivos”. Agregando as características arquivísticas da gestão dos documentos que foram analisados (prontuários), cabe aqui destacar algumas funções dos arquivos, ou que pelo menos deveriam ser aplicadas aos documentos, (principalmente àqueles considerados “institucionalizados”), entre elas: **classificar** (a classificação, diz respeito à criação e à utilização de padrões, que orientam a organização dos documentos de arquivos); **preservar** (a preservação é um conjunto de técnicas e métodos que visam conservar os documentos de arquivos e as informações neles contidas, abrangendo ações de preservação da integridade dos documentos, bem como as tecnologias); **descrever** (a descrição compreende o “conjunto de procedimentos que, a partir de elementos formais e de conteúdo, permitem a identificação de documentos e a elaboração de instrumentos de pesquisa” (CAMARGO;

BELLOTTO, 1996, p.23), considerada função básica dos organismos arquivísticos); **difundir** (a difusão está relacionada à disponibilização dos documentos e ao acesso para consultas). (MOLINA, LUNARDELLI, 2010).

Desta forma, reconhecendo o prontuário como um documento arquivístico e conforme investigado, essencial para estratégia da saúde da família, acredita-se que a qualidade e o desempenho na assistência prestada na atenção básica pela equipe de saúde tenham relação direta com este documento, pois os prontuários revelam um conjunto específico de informações acerca do paciente e de sua família, favorecendo assim a comunicação entre os membros da equipe na elaboração do projeto terapêutico e das intervenções na assistência e na gestão.

Os dados coletados a partir da visita inicial nas unidades de saúde, com acompanhamento das enfermeiras gestoras, foram sistematizados e analisados a partir de três tabelas (Apêndice E, F e G) comparativas divididas em subitens e uma com informações adicionais, com observações feitas pelas gestoras que iam além dos itens de análise.

A primeira tabela, denominada “Características Processuais do Prontuário”, há informações sobre o armazenamento: lógica de arquivamento, sistema de classificação, local e acesso, cadastro e consulta; a segunda “Características Estruturais do Prontuário”, com informações sobre conteúdo informacional: estruturas textuais e fichas; já a terceira contem as “Características Funcionais”, intitulada “Caracterização das unidades de saúde - relação Prontuário X Equipe”, apresentando informações comparativas em relação ao registro das informações no prontuário, conhecimento da equipe em relação às normas do prontuário e treinamento da equipe quanto ao conjunto informacional do prontuário.

Analisando todas as tabelas com as informações das duas unidades, foi possível alcançar os seguintes resultados:

- **Armazenamento:** em ambas as unidades os prontuários encontram-se em boas condições e são bem organizados, guardados em pastas suspensas e seguem uma lógica numérica, que é elaborada de acordo com o número de cadastro das famílias que são atendidas pela unidade. Nesta pasta ficam os prontuários de todos os membros da família. As duas unidades utilizam armários de ferro com gavetas onde são armazenadas as pastas suspensas, nessas gavetas há etiquetas com uma sequência numérica de acordo com os prontuários que nela estão arquivados.

Na Unidade A esses armários ficam em uma sala específica, onde ficam os computadores para o cadastro de dados nos sistemas, que é realizado pelas escriturárias e também pela gerência. Elas também são as responsáveis pela guarda e retirada dos prontuários, bem como utilizam esta sala para atendimento de telefone, agendamento de consultas, recebimento de exames, retirada de medicamentos, entre outros serviços da parte de secretaria. Já na Unidade B os armários de armazenamento encontram-se na sala de espera, próximo à recepção, que é onde ficam os computadores e as escriturárias. De certa forma o local não é adequado, pois além de haver um grande fluxo de pessoas, torna-se muito exposto, uma vez que fica próximo à porta de entrada da unidade.

Segundo o Ministério da Saúde, é necessário que as Unidades Básicas de Saúde sejam construídas de acordo com as normas sanitárias, tendo como base o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica, no qual consta que as unidades disponibilizem:

- 1) “Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica”;
- 2) “Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros” (BRASIL, 2011).

De acordo com a Carta dos Direitos do Usuário da Saúde (BRASIL, 2011), estas seriam as condições ideais de arquitetura das unidades, para que se tenha um funcionamento e atendimento adequado. Seguindo esses critérios pode-se constatar que nenhuma das unidades analisadas está totalmente dentro dos padrões do Ministério da Saúde. Apesar das pastas dos prontuários estarem bem organizadas e enumeradas, não existe um local específico para arquivos e registros, assim como também não há uma sala própria para administração e gerência.

- **Conteúdo informacional:** as duas unidades seguem a mesma lógica de registro, contendo informações de identificação, comorbidades, medicamentos utilizados, visitas domiciliares, consultas, resultados de exames, entre outras que os

profissionais julgarem necessárias. Fica evidente que não existem “regras” a serem seguidas quanto às informações que devem ou não ser registradas. Há fichas (que são uma espécie de formulários) padrões que devem ser preenchidas com dados requeridos, mas acaba ficando a critério de cada profissional julgar o que é realmente necessário constar no relato de consulta, visita entre outros tipos de atendimento.

Nesse quesito, compete à Comissão de Revisão de Prontuários (artigo nº 5) observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte, seja ele eletrônico ou físico (papel), entre eles:

a. “Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP)”;

b. “Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado”;

c. “Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico”;

d. “Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM”;

e. “Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade”. (BRASIL, 2001).

Segundo o Conselho Federal de Medicina todo e qualquer procedimento realizado deve ser registrado no prontuário do paciente que passou por atendimento. No caso da Unidade B, segundo a gestora, isso é feito, já na Unidade A foi relatado que em alguns momentos o registro não é realizado, por exemplo, em procedimentos mais simples, como pequenos curativos.

- **Nível de conhecimento da equipe quanto ao prontuário:** há algumas diferenças entre as unidades investigadas. Em uma, aparentemente a equipe não possui problemas quanto ao preenchimento e organização do prontuário, enquanto em outra ocorrem alguns problemas relacionados à falta de conhecimento sobre as informações que devem ou não constar nos prontuários. As enfermeiras gestoras procuram acompanhar as anotações e instruir todos os profissionais, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que relatam as visitas domiciliares e acabam sendo os profissionais que realizam as maiores e mais detalhadas anotações, entretanto não possuem formação na área da saúde, inclusive não é exigido para essa classe profissional nível de ensino superior, o que pode afetar a qualidade dos registros nos prontuários, uma vez que aparecem dúvidas sobre questões éticas e informacionais.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, cabe ao Agente Comunitário de Saúde:

I – “Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento

da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas a estas” (BRASIL, 2011).

Mais uma vez fica claro o dever em cadastrar e manter atualizado o cadastro das famílias, entretanto não fica explícito nas atividades dos ACS o fato de manter a qualidade dos registros bem como a obrigatoriedade de realizar as anotações referentes a cada visita domiciliar, fato que consta das Diretrizes da Estratégia da Saúde da Família.

- Treinamento da equipe quanto ao conteúdo informacional do prontuário: foi relatado que seria importante todos os profissionais da equipe realizarem cursos ou treinamentos com foco nos registros, mas por enquanto não foi feito e não existe nenhum. A enfermeira gestora da Unida B relatou que tenta manter a qualidade dos registros por meio da Educação Permanente, através de reuniões constantes, e que procura passar seu conhecimento acerca dos registros e documentos para os demais profissionais, entretanto ela própria disse que faltam muitas informações quanto às normas e métodos corretos de gerenciar o prontuário.

Vale nesse momento citar as atribuições específicas à classe dos enfermeiros:

I – “Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS”.

Observando as designações atribuídas às enfermeiras, fica claro que consta entre suas diversas funções, realizar atividades de educação permanente, fato que de acordo com o relato das enfermeiras gestoras está sendo realizado.

Um fato curioso é que em ambas as unidades, a ficha de relato de visitas (muitas vezes denominado como “prontuário do agente”) não fica junto com as pastas suspensas, ou seja, todas as anotações realizadas pelos ACS ficam separadas dos demais registros de consultas e procedimentos realizados na unidade.

Quando é solicitado o prontuário de um determinado paciente para uma escriturária, a mesma pega a pasta e retira o prontuário e o separa para ser utilizado no momento da consulta, entretanto não é deixado juntamente a ficha de relato de visitas, que contém informações relevantes sobre as condições de vida desse paciente e de sua família. E este é um diferencial e um dos propósitos da ESF, ter contato com o modo de vida, com as condições médico sanitárias, sociais e culturais das famílias; pois é através desse contato e dos registros que pode-se ter muitas repostas ou então ser um caminho para os diagnósticos e processos terapêuticos a serem realizados pela equipe multiprofissional da unidade.

6.3 Segunda Etapa

6.3.1 Caracterização dos indivíduos entrevistados

Na primeira parte da entrevista foram coletados dados que permitiram traçar um breve perfil dos indivíduos entrevistados, através de um questionário, onde foram identificados: unidade de saúde, função que exerce na equipe, idade, nível de escolaridade, tempo de trabalho na área da saúde e tempo que atua na unidade de saúde da família.

Dentre os indivíduos que participaram das entrevistas, apenas um era homem, sendo 97,2% do sexo feminino. As demais características estão apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos

Sujeito	USF	Função	Idade	Nível de escolaridade	Tempo de atuação na saúde	Tempo de atuação na USF
Ind 01	01	Auxiliar de Enfermagem	31 anos	Curso técnico	4 anos	3 anos
Ind 02	01	Auxiliar de Enfermagem	36 anos	Curso técnico	7 anos	1 ano
Ind 03	01	Dentista	29 anos	Especialização	6 anos	2 anos
Ind 04	01	Assistente de Saúde Bucal	56 anos	Curso técnico	23 anos	1 ano
Ind 05	01	Médico	29 anos	Especialização	4 anos	2 anos
Ind 06	01	Médico	51 anos	Especialização	25 anos	6 anos
Ind 07	01	Enfermeira	30 anos	Especialização	12 anos	3 anos
Ind 08	01	Escriturária	28 anos	Curso Superior	10 anos	10 anos
Ind 09	01	Escriturária	29 anos	Ensino Médio	7 anos	3 anos
Ind 10	01	ACS	26 anos	Ensino Médio	3 anos	3 anos
Ind 11	01	ACS	26 anos	Ensino Médio	2 anos	2 anos
Ind 12	01	ACS	45 anos	Curso Técnico	4 anos	4 anos
Ind 13	01	ACS	22 anos	Ensino Médio	1 ano	1 ano
Ind 14	01	ACS	32 anos	Curso Superior	4 anos	4 anos
Ind 15	01	ACS	36 anos	Ensino Médio	4 anos	4 anos
Ind 16	01	ACS	31 anos	Ensino Médio	2 anos	2 anos
Ind 17	02	Auxiliar de Enfermagem	36 anos	Curso Técnico	19 anos	9 anos
Ind 18	02	Auxiliar de Enfermagem	42 anos	Curso Técnico	14 anos	3 anos
Ind 19	02	Auxiliar de Enfermagem	36 anos	Curso Técnico	3 anos	1 anos
Ind 20	02	Auxiliar de Enfermagem	39 anos	Curso Técnico	10 anos	7 anos
Ind 21	02	Enfermeira	35 anos	Especialização	15 anos	1 ano
Ind 22	02	Médico	34 anos	Especialização	5 anos	5 anos
Ind 23	02	Médico	65 anos	Especialização	39 anos	6 anos
Ind 24	02	Dentista	38 anos	Especialização	16 anos	2 anos
Ind 25	02	Assistente de Saúde Bucal	27 anos	Curso Superior Incompleto	7 anos	2 anos
Ind 26	02	Escriturária	27 anos	Ensino Médio	7 anos	7 anos
Ind 27	02	Escriturária	42 anos	Ensino Médio Incompleto	8 anos	8 anos
Ind 28	02	ACS	29 anos	Ensino Médio	6 anos	6 anos
Ind 29	02	ACS	38 anos	Ensino Médio	6 anos	6 anos
Ind 30	02	ACS	32 anos	Ensino Médio	8 anos	8 anos
Ind 31	02	ACS	30 anos	Ensino Médio	6 anos	6 anos
Ind 32	02	ACS	21 anos	Ensino Médio	2 anos	2 anos
Ind 33	02	ACS	30 anos	Ensino Médio	7 anos	7 anos
Ind 34	02	Escriturária	29 anos	Ensino Médio	2 anos	1 ano
Ind 35	02	ACS	32 anos	Ensino Médio	7 anos	7 anos
Ind 36	02	ACS	42 anos	Ensino Médio Incompleto	3 anos	3 anos

**A idade, tempo de formação e tempo de atuação na saúde e na USF tomaram como referência para o cálculo a data da coleta dos dados.*

Quanto à idade, a média foi de 34,5 anos. Apenas 16,6% possuem mais de 40 anos, o que evidencia que se trata de um grupo relativamente jovem.

Em relação ao grau de escolaridade, apenas 2 sujeitos, de um total de 36, não chegaram a completar o ensino médio, enquanto 44,4% completaram e 22,2% possuem um curso técnico. Já no nível superior, 27,7% são graduados, sendo que 80% desse universo possuem também especialização, o que evidencia que equipe, no geral possui um bom nível de estudo.

Quando analisado o tempo de trabalho no campo da saúde foi possível averiguar que a maioria dos entrevistados possui relativa experiência de atuação, pois 44,5% estão na faixa de 6 a 15 anos, 36% de 1 a 5 anos, 11,1% na faixa de 16 a 25 anos e apenas 2,7% no intervalo de tempo de 26 a 40 anos.

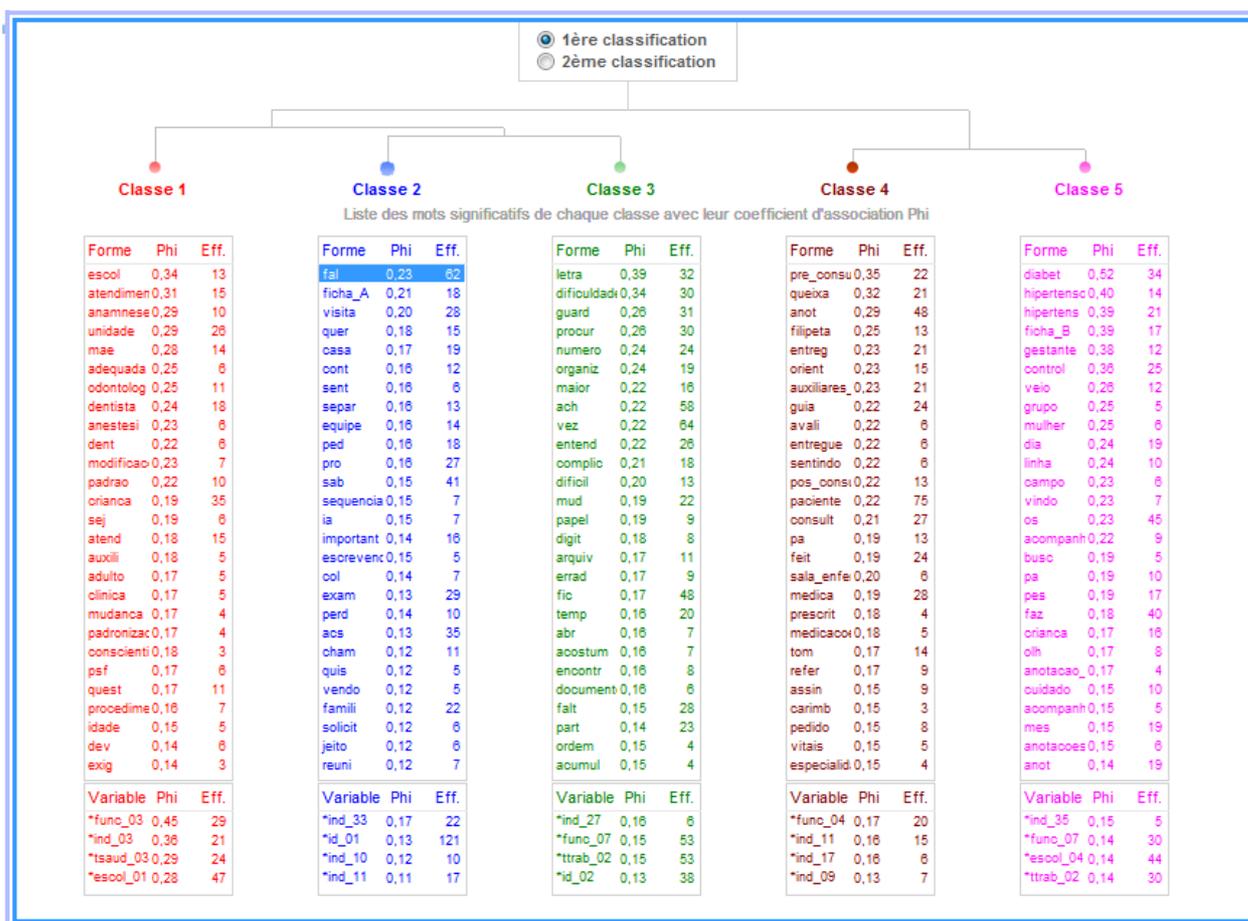
Já no quesito tempo de atuação na USF em que o profissional está inserido atualmente, 63,8% se enquadram no intervalo de 0 a 5 anos, enquanto 36,1% entre 06 e 10 anos de trabalho na unidade. Esses números coincidem com as datas de inauguração das unidades, ou seja, a maioria dos profissionais entrevistados trabalha na unidade desde sua abertura e vários membros da equipe iniciaram seu trabalho na saúde na própria unidade em que estão atualmente, o que é positivo para o acompanhamento e continuidade do cuidado às famílias.

6.3.2 Análise ALCESTE

O programa utilizado processou o corpus composto pelas 36 entrevistas, excluindo as falas do entrevistador. Este corpus foi dividido pelo ALCESTE em 676 unidades de contexto elementar (u.c.e.), com 2664 palavras diferentes. Após a redução dos vocabulários às suas raízes obtiveram-se 519 palavras analisáveis e 267 palavras instrumentos. Na etapa de Análise Hierárquica Descendente (AHD) foram obtidas 529 u.c.e., considerando para análise 78% do total de u.c.e.

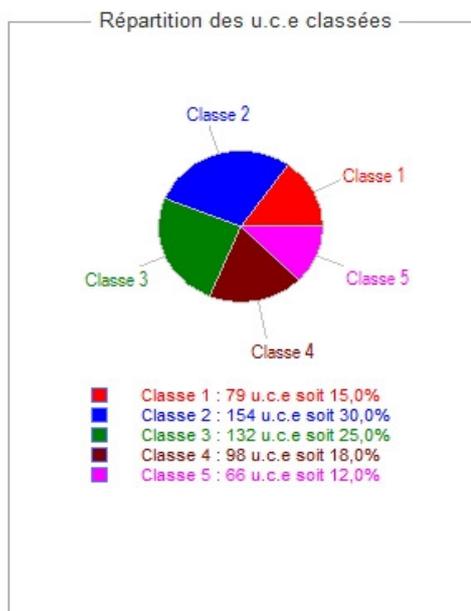
A partir da Classificação Hierárquica Descendente, percebeu-se que ocorreu duas divisões no corpus. Uma repartição teve uma subdivisão que gerou outra ramificação, sendo que na primeira gerou a Classe 01 e na outra as classes 02 e 03. Já a segunda repartição deu origem à Classe 04 e Classe 05, conforme está representado abaixo:

Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Software ALCESTE

As porcentagens e distribuições das u.c.e que cada uma das classes conteve após os dados serem processados pelo programa são apresentadas no gráfico abaixo, o qual foi gerado pelo Software ALCESTE após processamento do corpus.

Figura 2 - Classificações de passagem

Fonte: Software ALCESTE

A partir do gráfico é possível perceber que a Classe 02 e 03 detém a maior parte das u.c.e. (30% e 25%, respectivamente), enquanto que as demais classes apresentam certo equilíbrio em relação ao número de u.c.e.

6.4 Apresentação e discussão das classes

Para definição dos temas e análise, inicialmente foi feita a análise categorial temática e posteriormente foi realizada a análise textual pelo ALCESTE. Após comparar os resultados, constatou-se que em ambas as análises os eixos temáticos produzidos continham conteúdos muito semelhantes.

Desta forma, foram definidas as seguintes Classes:

- Classe 01: Dificuldades e necessidade de mudanças no prontuário por parte da odontologia;
- Classe 02: O registro de informações influenciando no processo de construção do cuidado
- Classe 03: Deficiências na comunicação escrita e na dinâmica organizativa dificulta o trabalho da equipe de saúde;
- Classe 04: Existência de movimento de mudança na concepção do registro no prontuário;

- Classe 05: Ênfase no registro de informações para o controle dos usuários.

Todas as classes se inter-relacionam por meio das questões que envolvem a reflexão do papel do prontuário no cotidiano de atuação da equipe de saúde da família das unidades.

6.4.1 Classe 01 – Dificuldades e necessidade de mudanças no prontuário por parte da odontologia

Esta primeira Classe, formada pelo ALCESTE, contém um total de 79 u.c.e, o que corresponde a 15% do total das u.c.e analisadas. Em relação às variáveis que caracterizam os indivíduos entrevistados, as mais expressivas, ou frequentes, para esta classe analisada estão demonstradas no quadro abaixo.

Quadro 2 - Variáveis mais expressivas na Classe 01

Variável	Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	X ²
Dentista	41	71%	45
16 a 25 anos de atuação na saúde	50	48%	29
Curso superior com especialização	153	31%	28
Auxiliar de saúde bucal	41	46%	25
56 a 65 anos de idade	39	41%	20
0 a 5 anos de atuação na unidade	382	19%	20
Curso técnico	90	26%	13
Unidade “A”	301	17%	6

Todas as variáveis destacaram-se na categoria 01 e de acordo com o quadro, contribuíram com mais expressividade nesta categoria, os profissionais da área odontológica, sendo que o dentista aparece com 71% sobre o percentual total da classe e o auxiliar de saúde bucal com 46%, ambos com 41 de frequência.

São mais significativos os indivíduos com idade de 56 a 65 anos, que atuam entre 16 e 25 anos na área da saúde, mas que trabalham no máximo há 05 anos na unidade atual.

Quanto ao nível de escolaridade foi mais expressivo para a categoria 01, os indivíduos que possuem especialização (31%) e curso técnico (26%). A unidade “A” foi mais expressiva nesta categoria, obtendo 301 de frequência na classe em questão.

Quanto às unidades textuais apresentadas nesta classe, ficou evidente que a categoria profissional do campo odontológico apresenta maiores dificuldades quanto ao registro de informações e organização do prontuário em relação aos demais profissionais. Relatam também a necessidade de mudanças para que o campo de registro seja mais adequado às informações vinculadas ao atendimento odontológico.

São apresentadas, nas falas questões quanto à problemática da falta de espaço nos campos de preenchimento do prontuário.

“Às vezes é muito vago (o prontuário), com informação vaga, [...] e para algum relato mais específico, não tem tanto espaço para você poder anotar, de acordo com aquele problema, [...] desde quando começou o nosso é bem pequeno, como um questionário, pouca coisa e se tiver alguma coisa a mais, no final coloca como observação [...] mesmo assim, falta espaço, às vezes tem tanta medicação que o paciente toma que nem cabe, então deveria ter um espaço para colocar (mais informações) junto com as perguntas desse questionário.” (ind 03)

Além das dificuldades no momento do preenchimento do prontuário já citadas acima (quanto à ausência de campos informacionais específicos para a categoria e faixa etária dos pacientes), também existe a dificuldade do prontuário não estar disponível no momento do atendimento odontológico, o que revela uma falha na dinâmica nas etapas de registro pela equipe. Com isso o dentista e auxiliar ficam sem acesso às informações do paciente (e família), que são essenciais para realização dos procedimentos odontológicos, tendo que ser feita uma nova ficha para que o atendimento possa ser realizado, assim, acaba ocorrendo a repetição de informações, uma vez que já foram registradas no prontuário anteriormente.

“A dificuldade é o paciente quando vem, a maioria trabalha fora, ele tenta conciliar a consulta do médico com a consulta do dentista, por exemplo eu peguei alguma fichas que é pro atendimento de amanhã de manhã, então a dificuldade é pegar e a parte médica de repente também vai precisar desses prontuários, então o que acontece é que acaba me restando só a ficha odontológica [...]Essa dificuldade nós

encontramos a muito tempo, mas faz parte da organização das agentes e nós vamos tentando conciliar, às vezes perdemos tempo porque a dentista fica parada esperando resolver essa parte, por falta de ter uma pessoa só pra isso, pra organizar.” (ind 04)

“Na verdade o correto é ter o prontuário do paciente, mas como estamos separados, provisoriamente, e isso faz bastante tempo, então fica lá [...] o que a gente solicitar fica aqui na ficha do paciente, mas é só uma ficha odontológica, onde tem a anamnese dele e o restante fica anexado, se a gente solicitar radiografia ou exame. [...] Nesta ficha registramos tudo, o histórico da saúde, da parte da odontologia, procedimento a ser feito, o que já foi feito. [...] Se precisarmos de informação complementar, temos que ligar na unidade e a agente comunitária consulta o prontuário e passa para gente”. (ind 24)

“Teve sim (modificações), pelo menos na área odontológica teve, se não me engano deve ser a terceira ou quarta ficha clínica, que eu acompanho, e ainda assim ela não tá atual e completa porque ela é feita para paciente de qualquer idade [...] Essa ficha de anamnese, por exemplo, embora ela não seja adequada para criança, para o adulto eu acho que ela tá bem mais completa que as outras anteriores porque as outras tinham mais informações gerais sobre grau de estudos e esse tipo de coisa, essa tá mais direcionada pra saúde do paciente.” (ind 04)

Outra questão discutida foi sobre a grande demanda da população nas unidades, tendo apenas um dentista para atender a todos, sendo que além dos agendamentos há a demanda espontânea.

A primeira dificuldade que eu acho é da criança vir sozinha e não tem o adulto pra passar os dados, ou vem com o vô, a irmã... aí a irmã também não sabe, ninguém sabe a informação sobre a criança e às vezes o prontuário não tá aqui porque a pessoa passou na pós consulta e tá lá com a ACS, a ACS tá fazendo visita, a gente não acha o prontuário [...] Quanto ao atendimento, vem até o pessoal do PMAQ, eles pedem pra deixarmos horário de demanda espontânea, porém nessa unidade, é muita gente, aqui conta com dois bairros e ainda tem outro bairro anexo que tem que atender nesse PSF. Aqui são dois médicos, e teria que ser dois dentistas e tem só um, então a demanda é muito grande e procedimento odontológico não é rápido”. (ind 03)

Todos os problemas apresentados acima podem ser explicados pelo histórico da inserção tardia da saúde bucal na ESF e por ser delegada ao segundo plano, ou seja, não havia no país uma integração da saúde bucal na atenção primária e o princípio da universalização das ações e serviços de saúde não alcançava esse setor.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, como estratégia de reestruturação do SUS, mas a Odontologia só foi incluída 6 anos depois, motivada pela situação caótica de saúde bucal da população brasileira, através da Portaria 1.444 de 28/12/2000. (BRASIL, 2004).

A inclusão da saúde bucal na ESF teve como objetivo o aumento da cobertura de atendimento odontológico no Brasil através da implantação de ações e serviços de saúde bucal na atenção básica. As mudanças que aconteceram na Odontologia brasileira nas três últimas décadas do século XX foram grandes, principalmente no que diz respeito à eficiência, qualidade e a capacidade de oferta de técnicas mais sofisticadas para solução dos problemas bucais da população. Mas, mesmo com todos os avanços, o Brasil chegou ao século XXI com uma política de saúde bucal deficiente e com grande parte da população sem acesso aos cuidados clínicos e preventivos essenciais (PINTO, 2000).

Uma das propostas do Ministério da Saúde (2004), quanto ao processo de trabalho da saúde bucal é quanto à interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, na qual requer que a atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. A equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. “A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção” (BRASIL, 2004, p. 06)

Entretanto, as falas revelam que o processo de inserção da odontologia precisa ser melhor contemplado no âmbito do conceito de saúde ampliada e os profissionais desse campo necessitam de um maior espaço dentro da equipe e da unidade para que a integralidade do cuidado seja efetiva.

Além disso há relatos de problemas quanto ao compartilhamento de informações e duplicação de prontuários da saúde bucal dos escolares, pois foi afirmado que no município há o atendimento odontológico nas escolas, que faz parte do Programa Saúde na Escola (PSE), mas não se integra na SF.

Apesar de o programa contribuir com a promoção da saúde, pode ocorrer duplicidade de prontuário odontológico, como acontece em uma das unidades, onde existe um dentista na unidade e outro na escola do bairro que a unidade abrange, ou seja, as crianças que estudam nesta escola passam pelos dois atendimentos, possuindo, possivelmente, duas fichas odontológicas.

Como nas escolas não há o acompanhamento dos responsáveis pelas crianças durante o atendimento, muitas vezes informações relevantes sobre procedimentos realizados não chegam até a dentista da USF, onde a criança também é atendida e que por sua vez não tem acesso aos registros feitos no atendimento escolar.

“Outra coisa que acontece, criança, na pergunta se já foi submetida a anestesia local. As crianças do bairro tem que passar nos PSFs, já em várias cidades, parece que o MS já cortou os dentistas na escola, mas em Descalvado ainda tem. Isso por um lado é bom e por outro é ruim. O lado bom é que tem o acesso ao cuidado na escola, e o lado ruim é que as informações, por exemplo, na escola você não consegue fazer a anamnese com criança, porque as mães só assinam autorização então você não sabe se a criança tem algum problema ou não... aqui tem essa dentista que atende na escola do bairro aí as crianças que passam com essa dentista, os prontuário ficam todos lá, mas, por exemplo, se a dentista não está lá, está de licença ou férias, e essa criança tiver dor ela passa na unidade do bairro que ela pertence [...] Então as vezes até fez (tomou anestesia) na escola e a mãe não sabe, então é complicado porque a criança acaba ficando com dois prontuários, um na escola e outro na unidade”. (ind 03)

O PSE tem ação essencial do Componente I (Avaliação das Condições de Saúde) a avaliação e promoção de saúde bucal que integra o e se configura como uma forma do cirurgião-dentista e a equipe de saúde bucal identificarem sinais e sintomas relacionados a alterações identificadas em educandos matriculados nas escolas participantes do Programa. Com base nessa avaliação, é possível planejar ações para a promoção da saúde bucal, que está inserida num conceito amplo de saúde que

transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, promovendo uma integração às demais práticas de saúde coletiva (BRASIL, 2009).

Já em outra unidade o problema é quanto ao atendimento odontológico estar sendo realizado em uma escola e creche provisoriamente, devido a uma reforma na unidade. Entretanto esta equipe de saúde bucal fica sobrecarregada, uma vez que realiza tanto o atendimento das crianças, quanto da comunidade. Além disso, um agravante é a falta de espaço para arquivamento e principalmente o fato dos prontuários com o histórico dos pacientes ficarem na unidade, separadamente da ficha odontológica, que fica na escola, fato que pode prejudicar o acompanhamento do tratamento do paciente.

Segundo o Manual do Prontuário da Família (MINAS GERAIS, 2007), todos os serviços que dispõem de prontuário, via de regra, a organização deve ser centrada na lógica do atendimento individual, e, quando constituído pela família, devem-se organizar todas as fichas individuais num único envelope familiar.

“O nosso (problema) na verdade é arquivo, que é bem apertado. O que é ruim é não ter o prontuário do paciente. Isso é a parte pior porque o paciente não lembra o remédio que toma, o horário, qual a frequência [...] então fica difícil para a gente. O ideal seria ter o prontuário. As fichas ficam em armário e nas gavetas, é apertado porque a população é muito grande, porque atendemos a população, a creche e a escola.” (ind 25)

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), na odontologia, a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolutividade das ações que realiza.

Outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, pois introduzir algo “novo” pode afrontar valores já consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. Para a Saúde Bucal esta nova forma de trabalho, ao mesmo tempo que representa um avanço significativo, é também um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal. (BRASIL, 2004)

Também foi relatado que o prontuário odontológico não é construído de acordo com a prática profissional vinculada às unidades e sim a outro tipo de serviço que é oferecido à população de toda cidade.

“O prontuário odontológico ele é feito pelo Centro Odontológico, não é feito pela unidade. Lá, desde quando eu entrei, não modificaram nada. Inclusive tem que ter uma parte específica que para perguntar quando o paciente é criança e eu já tinha conversado com a minha chefia pra mudar, mandei a anamnese que uso no meu consultório, com relato de literatura, com tudo certinho, mas até hoje não mudaram” (ind.03)

A ficha utilizada pelos dentistas das USF é a mesma utilizada no Centro Odontológico, nomeado Centro de Referências de Especialidades Odontológicas (CREO).

Os CREOs são unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional. Esses Centros ofertam, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos incluem-se, dentre outros, tratamentos de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção. (BRASIL, 2004)

Desta forma, muitos problemas e dificuldade surgem pelo fato da ficha odontológica não ser constituída com base no atendimento da USF, não atendendo às necessidades e realidade daquela população.

De acordo com o Manual do Prontuário de Saúde da Família (MINAS GERAIS, 2007) ao desenvolver o Prontuário de Saúde da Família, deve-se trabalhar com o postulado da coerência, transformando o prontuário individual em um prontuário adequado às necessidades do PSF e o Prontuário de Saúde da Família deve estar

formatado para o trabalho em equipe, tendo como foco a família e os indivíduos que dela fazem parte, residentes no território de responsabilidade da ESF.

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação. (BRASIL, 2004)

6.4.2 Classe 02 – O registro de informações afetando o processo de construção do cuidado

A segunda classe foi por 154 u.c.e, correspondendo a 30% do total das u.c.e analisadas pelo ALCESTE. Em relação às variáveis que caracterizam os indivíduos entrevistados, as mais expressivas, para esta classe analisada estão demonstradas no quadro abaixo.

Quadro 3 - Variáveis mais expressivas na Classe 02

Variável	Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	X²
21 a 35 anos de idade	121	33%	13
Enfermeiro	43	47%	11
ACS	138	36%	9
1 a 5 anos de atuação na saúde	239	34%	9
Ensino médio completo	248	32%	6

Na Classe 02 destacaram-se 04 variáveis, de um total de 06; e as mais expressivas foram em relação à idade, sendo mais significativos na análise dessa categoria, os indivíduos entre 21 e 35 anos.

Contribuíram com mais expressividade os enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, assumindo 47 e 36% da porcentagem sobre o total da classe, respectivamente.

Em relação ao tempo de atuação na área da saúde predominou o intervalo de 1 a 5 anos e profissionais que possuem o ensino médio completo.

As frequências das variáveis desta classe coincidem com os significados das u.c.e, que trazem os registros dos prontuários como um instrumento para a construção do cuidado na esfera da ESF, sendo evidente, na frequência léxica, palavras que envolvem predominantemente as visitas feitas pelas ACS, o fluxo das informações registradas nas fichas e como esses dados contribuem ou influenciam no processo de trabalho da equipe multiprofissional e na gestão do cuidado.

De acordo com as falas, é visível o reconhecimento de que as informações registradas no prontuário são fundamentais para a prestação dos cuidados na AB e relevantes para um controle e acompanhamento no tratamento de determinados pacientes.

“Contribui bastante porque é através dele que a gente vê os cuidados que nós vamos prestar. Se as agentes de saúde não tem uma informação, elas vão até o prontuário e pegam, se a enfermagem também não tem, a gente tem uma conduta pra estar fazendo aquele prontuário, então eu acho que ele é muito importante pra prestação de cuidados.” (Ind 07)

“Muita coisa a gente já sabe até de cabeça mesmo, lógico que tem tudo no prontuário, então dá pra gente saber o que realmente acontece com o paciente. Alguma coisa que de repente tem falha a gente olha para o prontuário pra saber, dá pra focar no problema da pessoa vendo tudo que está ali. Eu acho muito importante porque nele tem o controle de tudo, sobre a família toda, e nós temos essa preocupação de saber como está a família.” (Ind 27).

“Contribui [...] por exemplo, se é diabético ou hipertenso a gente registra todos os medicamentos, se diminuiu ou se alterou. Então tudo isso é um registro como se fosse um documento... tudo que ele teve, se de repente nesse meio tempo apareceu uma doença, quais exames a gente fez anteriormente [...] e vamos vendo a evolução se ele tá melhorando ou não e no que a gente precisa intervir.” (Ind 06)

Fica evidente nas falas que o prontuário contribui para ampliar o olhar da equipe para as condições de vida das famílias e auxilia no conhecimento sobre as reais necessidades, como casos mais graves e urgência nas visitas e intervenções, ou seja, de acordo com as informações contidas no prontuário é possível organizar melhor o processo terapêutico.

“[...] como o prontuário passou por mim da para saber o que está acontecendo, se de repente naquele mês aconteceu um acidente, ou apareceu uma ferida, contribui muito para isso e ate e uma alerta para gente porque através do prontuário a gente pode se alertar de ir na casa e ver aquele morador que esta mais gritante, ver o estado da pessoa.” (Ind. 30)

“Tudo que é essencial está (no prontuário), a medicação, o que foi feito, se foi feito curativo, que exame que foi pedido, pra dar sequencia ao cuidado, eu acho que está bom assim sabe, porque se a gente precisar tem tanto anotado lá como na nossa ficha, se você pegar uma visita pra ler geralmente tem tudo anotado, quando a gente faz visita, a gente escreve minuciosamente os detalhes porque faz falta. Você tem que anotar tudo, você não pode esquecer nada, então eu acho que se juntar os dois se precisar mais pra frente você tem informação suficiente pra acompanhar, pra fazer o registro que precisa fazer, pra continuar o acompanhamento.” (Ind 10)

Segundo Sarti (2008), os prontuários são uma fonte de informação imprescindível ao acompanhamento da saúde dos pacientes e refletem de alguma forma, o que foi absorvido e valorizado acerca do que é relevante e deve ser registrado em termos de entrevista clínica, para exames físicos, diagnósticos e ações terapêuticas.

Reforçando o que já foi citado, na ESF, é importante, no momento da assistência, a equipe ter acesso a todos os dados do paciente, não só relacionados às morbidades, mas também a aspectos socioeconômicos, dinâmica familiar, condições de higiene e moradia, problemas educacionais e psicológicos. Afinal, é esse conjunto de informações que pode garantir a integralidade, qualidade e participação social. (PEREIRA et al., 2008)

Pode-se concluir também, através das u.c.e., que o prontuário é visto como um instrumento essencial na “comunicação” entre os membros da equipe, evitando a duplicação de pedidos de exames (uma vez que os mesmos são anexados juntamente com as pastas dos prontuários) e é um facilitador no processo de encaminhamentos a outros setores, além de poder identificar determinados problemas de saúde (epidemiológicos ou não) que são mais incidentes no território, podendo assim realizar planejamento de ações, dentre elas, as educativas, identificadas pelos sujeitos como atividades em grupos ou palestras

“[...] se de repente está tendo muito problema naquele setor, fazemos uma palestra explicativa com todos. Se é problema de colesterol, por exemplo, porque aqui é um bairro mais de idosos, a gente faz palestras também. Então esses dados são muito importantes intervirmos na conduta e ver o que está acontecendo, se não os exames se perdem, porque individualmente a pessoa não segue e em grupo acaba ficando mais fácil porque cada um passa sua experiência [...] e é bom porque tem tudo nesse prontuário: peso, medida e se o paciente está seguindo corretamente porque essa parte de diabético e hipertenso é muito difícil de controlar, então a gente gosta mais de fazer as ações em grupo, como as palestras”. (Ind 06)

Além das informações registradas serem vistas como essenciais para a equipe, o prontuário também funciona como uma ferramenta para a organização de emissão de guias para exames e encaminhamentos, bem como para controle de pacientes faltosos.

“Quando chegar (o prontuário) para o ginecologista ele vai saber que eu já investiguei e solicitei os exames, para ele não pedir novamente. Todo esse registro acaba ajudando a equipe, até porque a gente acaba esquecendo o que pediu ou não, então é fundamental sim.” (Ind 05)

“As entregas de guia ou de alguma outra coisa acabamos colando no prontuário pro medico ver o que esta acontecendo, se perdeu aquele exame, se esta com ele, para dar seguimento, porque às vezes perdem exame e vem aqui e pede de novo.” (Ind. 07)

“[...] ele (o paciente) vem e pede de novo um encaminhamento, então é através dessa informação do prontuário que o médico vai saber se ele já foi encaminhado, se ele que não quis ir. Eu acho bom porque o médico também sabe em que situação está o tratamento do paciente.” (Ind 12)

Os ACS são detentores de informações particulares e até íntimas das famílias, muitas vezes omitidas na consulta médica. Durante as entrevistas ficou nítido o quanto essa categoria profissional fica no limiar entre em registrar ou não, por questões éticas,

algumas informações que os pacientes pedem para não serem divulgadas, mas que os ACS sabem que são importantes para a gestão do cuidado.

“Tem coisas que eles falam pra gente e que acabam não falando para o médico. Nós registramos na nossa Ficha A o que eles falam, e outra ficha, que tem todos os membros da família e todas as visitas que a gente faz”. (Ind 16)

“[...] muitos não ligam, mas muitos não gostam, eu prefiro não levar a Ficha A (na visita. Eu deixo na unidade e depois-que eu chego da visita eu anoto tudo. Para não perder (as informações) eu anoto tudo rápido, rasgo ou rabisco aquela folha e ninguém mais lê, ninguém sabe o que aconteceu ali”.(Ind 33)

De acordo com a Carta de Direitos dos Usuários do SUS (2011), no Art. 5º consta que toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe, entre outros aspectos, o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública, garante o acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio;

Entretanto, os usuários também têm suas tem responsabilidades para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção, entre elas: prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre: a) queixas; b) enfermidades e hospitalizações anteriores; c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas; d) demais informações sobre seu estado de saúde e informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde. (BRASIL, 2011)

De acordo com o COREN (2014), o ACS não está vinculado a nenhum Conselho Profissional e às legislações profissionais que tratam de questões éticas como privacidade e sigilo, entretanto, todos os membros da equipe devem responsabilizar-se pela orientação e discussão destas questões assim como pelo acompanhamento das informações coletadas pelo ACS. O registro da história clínica e de vida de cada pessoa e/ou família, materializado na forma de prontuários impressos ou eletrônicos, constitui memória valiosa para o profissional de saúde, além de instrumento de apoio à decisão clínica e à qualidade do cuidado prestado. Os registros ajudam a garantir a continuidade

e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados das pessoas e famílias em seguimento, fornecendo eventualmente também dados para investigação científica ou prova para diligências legais. (RAMOS, 2008 apud COREN, 2014).

Nas unidades com ESF utiliza-se o prontuário de saúde da família e para o cadastro familiar são utilizados os dados presentes na Ficha A, do SIAB, que normalmente é preenchida pelo ACS. Outras fichas de acompanhamento das famílias durante as visitas domiciliares são igualmente preenchidas pelo ACS e arquivadas no prontuário familiar para conhecimento dos outros membros da equipe. (COREN, 2014).

Nesse sentido, o ACS participa do processo de cuidar ao realizar o levantamento de informações necessárias e imprescindíveis à ESF e ao processo de trabalho nas unidades de saúde, para isso é imprescindível a utilização de instrumentos próprios, que são as fichas de cadastro e acompanhamento das famílias no sistema.

6.4.3 Classe 03 - Deficiências na comunicação escrita e na dinâmica organizativa

Esta Classe contém um total de 132 u.c.e, o que corresponde a 25% do total das u.c.e analisadas. Em relação às variáveis que caracterizam os indivíduos entrevistados, as mais expressivas, ou frequentes, para esta classe analisada estão demonstradas no quadro abaixo.

Quadro 4 - Variáveis mais expressivas na Classe 03

Variável	Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	X²
Escriturária	147	36%	15
06 a 10 anos de atuação na unidade	147	36%	15
36 a 45 anos de idade	104	37%	13
Curso superior sem especialização	18	50%	10
Ensino médio incompleto	20	45%	9
Unidade "B"	228	28%	6
Ensino médio completo	248	28%	6

De acordo com os dados do quadro acima, contribuíram com mais expressividade nesta classe as escriturárias, na faixa etária de 36 a 45 anos.

Em relação ao grau de escolaridade, foi predominante nesta categoria os indivíduos com curso superior, ensino médio incompleto e ensino médio completo, tendo este último a maior frequência na classe (228), ou seja, prevalecem os sujeitos que cursaram até o colegial, que não frequentaram nenhum curso técnico ou curso de graduação.

Aparentemente a variável quanto ao nível de estudo dos participantes apresenta forte relação sobre as características apresentadas nesta classe, uma vez que emergem temas sobre as dificuldades na leitura de prescrições e anotações realizadas no prontuário e quanto ao seu arquivamento.

Ficou evidente pelos discursos apresentados abaixo que o maior problema enfrentado quanto aos registros é a ilegibilidade da letra dos médicos, o que pode comprometer a qualidade do processo de trabalho da equipe.

“[...] eles (os médicos) escrevem umas coisas que a gente não consegue entender, a maioria é muito ruim demais [...] e se a gente não entende imagine então os pacientes.” (Ind 33)

“A maior dificuldade é a letra do médico, às vezes a gente pode entender de uma forma que não é aquilo que é exatamente, alguma medicação que talvez a gente entenda de uma forma diferente... tem que parar o serviço e ir lá perguntar pra ele.” (Ind 32)

“Quando o médico muda a prescrição, o nome do medicamento já é difícil e a letra do médico ajuda a piorar um pouco.” (Ind 13)

Segundo a Carta de Direito dos Usuários da Saúde (2011), é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo correto e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado:

IV) registro atualizado e legível no prontuário das seguintes informações: a) motivo do atendimento e/ou internação; b) dados de observação e da evolução clínica; c) prescrição terapêutica; d) avaliações dos profissionais da equipe; e) procedimentos e cuidados de enfermagem;

O Conselho Federal de Medicina posiciona-se em relação aos registros conforme, no artigo nº5, sob a resolução de nº 1.638/2002: “é obrigatória, nos registros

em papel, a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, assim como a identificação de todos os profissionais que prestaram atendimento. Também são obrigatórios os números de registros na classe e assinatura”

Fica evidente também, conforme as falas abaixo alguns problemas relacionados ao armazenamento dos prontuários, além de ser citadas as dificuldades quanto à dinâmica de organização das pastas, que acabam muitas vezes ficando “perdidas”, demandando tempo da equipe para encontra-las.

“Acontece sim (de não encontrar o prontuário), está acontecendo menos, tem vezes que é guardado em lugar errado por estar meio disperso, por faltar a capa do prontuário e ele acaba ficando solto e na hora de guardar ele pode ir grudado em um clips junto com outro” (Ind 13)

“[...] quanto ao espaço é bem complicado porque é pequeno; normalmente os prontuários deveriam ficar guardados na recepção, que seria um tipo de uma sala onde a gente atende, mas fica no meio da recepção, onde os pacientes ficam na espera, que eu acho que não é um lugar adequado.”(Ind 08)

“Dá para ver que as auxiliares de enfermagem tem muita informação para preencher, elas tem guias de encaminhamento, tem muita ficha [...] acredito que as maiores dificuldades sejam essas: espaço físico e o tempo porque é muito papel para preencher. A gente acaba não deixando de anotar, mas vai acumulando, a gente vai segurando e conforme vai dando tempo vai despachando.” (Ind 09)

O preenchimento incompleto e incorreto e/ou ilegível dos prontuários e das fichas tem sido um dos problemas encontrados em grande parte de hospitais e unidades de saúde no Brasil. Esta rotina documental não deve nem pode ser encarada de modo displicente, como um simples cumprimento de norma burocrática, conforme é observado neste estudo e em outros. É preciso que se tenha conhecimento de sua real importância e das implicações decorrentes da omissão ou preenchimento incorreto. A pouca importância dada pelos serviços de saúde, públicos e privados deve ser preocupação de todos que desejam uma assistência condigna. (SAMPAIO, 2010)

As mudanças esperadas no quadro epidemiológico das comunidades implicam, não só no atendimento correto aos usuários, mas também no registro devido das

informações para que se possa aperfeiçoar o grau de eficiência e eficácia do atendimento ofertado.

De acordo com Sampaio (2010, p.25), o caminho para soluções ou mudanças quanto a qualidade das anotações seria “uma formação profissional adequada, a adoção dos princípios éticos da profissão, o conhecimento e o respeito às diretrizes do SUS” que se tornem significativos para os profissionais da saúde coletiva, são fatores decisivos para uma adequada, justa e respeitosa relação médico-usuário, o que interfere diretamente na qualidade dos prontuários e da gestão do cuidado.

Diante dessas dificuldades, emergiu a questão de se ter um prontuário eletrônico, ou seja, que os registros fossem realizados em formato digital. Fato já discutido nos capítulos introdutórios deste trabalho.

É inevitável a necessidade da implantação do prontuário eletrônico nos diversos setores para a organização do cuidado em redes de atenção à saúde, entretanto ainda são muitos os obstáculos a serem enfrentados, como por exemplo, o custeio e a questão da segurança da informação, uma vez que serão registrados dados sigilosos que envolvem o histórico do paciente e/ou de sua família.

“O ideal seria o prontuário eletrônico porque quando é um número grande de população, às vezes extravia o prontuário, as pessoas mudam muito de bairro. As ACS são poucas e o trabalho é muito! O prontuário eletrônico facilitaria, mas da para levar assim. E temos um acúmulo de papéis, pois tem pessoas que vem várias vezes na semana, a pasta fica bem volumosa.” (Ind 23)

“[...] tem o lado do paciente de não relatar a verdade, por exemplo, eu acho muito interessante o prontuário eletrônico porque esse prontuário é empedrado. Se a pessoa passar em um PS a gente vai saber, consegue ter um controle maior sobre aquilo, ou se a pessoa passou há trinta anos atrás e outra, a gente tem um arquivo morto muito grande, porque a pessoa vai embora mas o prontuário não vai com ela.” (Ind 16)

Conforme documentado pelo CFM, na Cartilha sobre o PEP (2012, p.05), O prontuário em papel apresenta diversas limitações, sendo ineficiente para o armazenamento e organização de grande volume de dados, apresentando diversas desvantagens em relação ao prontuário eletrônico, como: a informação do prontuário em

papel está disponível somente a um profissional ao mesmo tempo, possui baixa mobilidade e está sujeito a ilegibilidade, ambiguidade, perda frequente da informação, multiplicidade de pastas, dificuldade de pesquisa coletiva, falta de padronização, dificuldade de acesso, fragilidade do papel e a sua guarda requer amplos espaços nos serviços de arquivamento.

A informação registrada no PEP seria mais abrangente e atualizada, onde e quando o profissional da saúde precisa; os resultados de exames, laboratoriais ou de imagem, estão também disponíveis para consulta. “Todos os dados armazenados têm maior legibilidade, acurácia e exatidão. Com as ferramentas que acompanham o PEP, tais como sistemas de alerta e de apoio à decisão, a possibilidade de erro é reduzida”, trazendo assim maior segurança ao paciente e ao próprio profissional que o atende. Outros benefícios do PEP estão ligados à pesquisa clínica, adesão aos protocolos clínicos e assistenciais, além de usos secundários da informação para fins epidemiológicos e estatísticos. (CFM, 2012, p.06)

Do mesmo modo, existe uma resistência por parte dos profissionais em aderirem as novas tecnologias no processo de trabalho, fato que reflete a não inclusão de temas nas grades curriculares para uma formação que abranja discussões do campo CTS.

Santos e Mortimer (2002) apresentam questionamentos sobre o enfoque CTS nos currículos de escolas e universidades, estes currículos de CTS devem articular-se com temas científicos ou tecnológicos, potencialmente problemáticos do ponto de vista social. Um tema social relativo à ciência e tecnologia deveria ter sua origem na problematização e em diferentes possibilidades associadas a conjuntos de crenças e valores. Os autores afirmam que nas discussões dos temas seria importante que fosse evidenciado o poder de influência que os alunos possam ter como cidadãos, bem como as questões éticas e os valores humanos relacionados à ciência e à tecnologia. Dessa maneira, os alunos poderiam ser estimulados a participar democraticamente da sociedade por meio da expressão de suas opiniões.

As propostas da educação em CTS abarcam um ensino inter e transdisciplinar, em que o estudante é parte integrante e responsável pela sua aprendizagem e que devem compreender, a dimensão social da ciência e aspectos biológicos, físicos, químicos e da tecnologia e suas consequências sociais e ambientais (SEPKA, 2004).

A tecnologia comparece no currículo com duas proposições complementares. Na educação tecnológica básica, a alfabetização científica deve iralém do domínio de computadores, visa entender as tecnologias da história humana como parte das práticas

sociais, culturais e produtivas, inseparáveis dos conhecimentos científicos, artísticos e linguísticos que as fundamentam.

6.4.4 Classe 04 - Existência de movimento de mudança na concepção do registro no prontuário

A 4ª Classe, por sua vez, possui um total de 98 u.c.e, o que corresponde a 18% do total das u.c.e analisadas. Em relação às variáveis que caracterizam os indivíduos entrevistados, as mais expressivas, ou frequentes, para esta classe analisada estão demonstradas no quadro abaixo.

Quadro 5 - Variáveis mais expressivas na Classe 04

Variável	Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	X²
Auxiliar de enfermagem	50	40%	17
1 a 5 anos de atuação na saúde	239	23%	9
Curso superior sem especialização	18	33%	7
0 a 5 anos de atuação na unidade	382	20%	7

Em relação ao nível de estudo prevaleceu indivíduos com curso de graduação e quanto ao tempo de trabalho, percebe-se um predomínio de sujeitos com pouco tempo de atuação, com 1 a 5 anos de tempo de trabalho na área da saúde e também, com 5 anos, no máximo, em que atua na unidade.

Contribuíram com mais expressividade nesta classe, as auxiliares de enfermagem.

Nesta Classe evidenciou-se uma concepção heterogênea em relação ao prontuário. Enquanto alguns profissionais da equipe ainda possuem uma visão mais centrada nos padrões de anotações, no modelo biológico, com foco nas queixas e doenças que os pacientes apresentam; outros já possuem um olhar mais holístico, tendo a consciência da importância dos registros de maneira ampla, valorizando o preenchimento de informações em todos os processos de acolhimento, enfatizando detalhes sobre questões habitacionais, sociais, higiênicas, psicológicas, culturais de toda família e não só focando no processo individual da “saúde-doença” do paciente.

Abaixo as falas evidenciam a concepção de que o prontuário deve ser preenchido e seguido de acordo com os procedimentos realizados no acolhimento e consultas, sendo um documento padronizado e “engessado”.

“É manual (o registro), as auxiliares de enfermagem aferem a pressão, perguntam a idade e escrevem tudo e perguntam a queixa do paciente daquele dia, depois eles passam pelo médico e voltam para sala de enfermagem, é feita a pós consulta, se o médico deu guia as auxiliares preenchem, colocam no prontuário preenchido.” (Ind 07)

“É anotado a altura quando criança, a queixa do paciente, e é passado para o médico. O médico, no atendimento, anota te volta na sala de enfermagem para fazer a pós consulta. Os pacientes assinam quando foi entregue alguma medicação que é feita pelas auxiliares de enfermagem, que anotam todos os procedimentos, como aplicações, curativos, fazem o registro de tudo que foi feito na sala.” (Ind 01)

“Na pré consulta já colocam o que está acontecendo, se é rotina, se é febre ou outra patologia, e isso casa com o nosso (prontuário) com o dos médicos, e se não batem as informações, as escriturárias anotam o que está acontecendo, quando está agendado, flui bem.” (Ind 22)

“[...] qualquer medicação que entrega, até mesmo uma pomada que é para assadura a gente anota, eu acho que isso tem sido ótimo e começamos essa organização para nós mesmos, porque tem gente que vem aqui e fala que não pegou o remédio”(Ind 09)

Percebe-se que ainda há uma ideia de que o prontuário é apenas um documento que serve para um “controle” do processo de trabalho e como prova de que algum procedimento foi realizado e não como uma ferramenta que permite uma melhor comunicação entre a equipe e a própria comunidade.

A ênfase na implantação da ESF justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma

fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e seria possível o desenvolvimento de novas “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas” (Brasil, 2000, p.9).

Entretanto, mudar o modelo assistencial curativo requer fundamentalmente interferir nos microprocessos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde (Franco & Merhy, 1999). O entendimento de que o processo saúde–doença não tem uma dimensão apenas biológica torna necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares na atenção básica.

É através dessas medidas que se faz necessária uma maior reflexão por parte da equipe multiprofissional sobre a concepção do prontuário, para que este seja visto de maneira mais ampla e relevante para a saúde coletiva. Conforme as falas apresentam abaixo, esta concepção engessada do prontuário, com uma visão plenamente biológica já está sendo modificada.

Os relatos abaixo versam sobre o prontuário com uma grande valorização do preenchimento das informações, o reconhecendo como ferramenta fundamental para a ampliação do cuidado e como instrumento essencial no processo de trabalho da equipe multiprofissional, havendo o reconhecimento da necessidade de algumas mudanças, principalmente por parte dos próprios profissionais que ainda não se preocupam com a qualidade das anotações.

“Eu acho que faltaria um histórico mais completo do paciente, porque às vezes o paciente chega aqui na primeira consulta e o médico não faz um histórico, não busca antecedentes, só trata a queixa e anota a queixa do momento, então, se os médicos escrevessem um pouco mais sobre o histórico do paciente, eu acho que seria melhor... o ideal. [...] Poderia ser apresentado mais informações da parte médica, eu não sei se é o tempo corrido, porque a gente quando vai cadastrar um paciente, ou vai em visita, ou sabe que o paciente está com algum problema, a gente costuma fazer um histórico do paciente [...] se você pegar um prontuário e não conhece o paciente, você não vai saber muito o que o ele tem, porque está lá que ele é hipertenso, que toma medicação, , mas você não vai saber se ele tem problema de coração, se ele fez alguma cirurgia.” (Ind 12)

“É a partir das informações que estão no prontuário que vamos ver as necessidades. É o básico. É a base de tudo o prontuário! A partir daí vemos as necessidades físicas, de saúde, psicológicas para direcionar e poder montar uma estratégia de ajuda [...] nós já temos todas as informações de cada consulta, que é mais focada a queixa principal do momento [...] alguma ficha a parte, no caso de alcoolismo, de vício, de tratamento psicológico, alguma referência de outras especialidades, a gente acrescenta conforme as necessidades.” (Ind 23)

“[...] eu acho que devia ter uma presença mais forte, porque a gente lida com questões sociais, psicológicas, emocionais, habituais, as vezes temos que conversar com o paciente ate de religião. A nossa visão é mais holística então acaba que temos mais condições de orientar o paciente. Na minha opinião o que ainda falta é a participação do enfermeiro no prontuário.” (Ind 21)

No Manual do Prontuário da Família (2007), consta que é importante o preenchimento adequado dos dados do Prontuário de Saúde da Família pelos profissionais da ESF, pois neste documento constam informações mínimas para subsidiar a melhoria da qualidade no atendimento, contribuindo para a realização de diagnóstico precoce, evitando assim complicações e/ou internações hospitalares desnecessárias.

Ou seja, o prontuário pode servir como um instrumento de avaliação da qualidade ao cuidado prestado, não sendo meramente um documento a ser preenchido de forma obrigatória e sistemática.

Vale ressaltar que o prontuário é um instrumento de comunicação que possibilita a continuidade do cuidado pela ESF, desta forma o prontuário da família deve conter todas as informações necessárias para o diagnóstico e o acompanhamento do usuário, em qualquer condição ou patologia. (MINAS GERAIS, 2007)

As informações contidas no prontuário são a base para a análise de situação de saúde da população, programação das ações, controle e avaliação, além de serem a fonte para alimentação de todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde.

O prontuário é ainda um instrumento do paciente, integrando um sistema de registro que deve conter dados de identificação e relativos à história do indivíduo na interface entre processo de adoecimento e situação social de forma compreensível.

6.4.5 Classe 05 – Ênfase no registro de informações para o controle dos usuários

Já a 5ª e última classe, foi formada por um total de 66 u.c.e, o que corresponde a 12% do total das u.c.e analisadas pelo ALCESTE.

Em relação às variáveis que caracterizam os indivíduos entrevistados, as mais expressivas, ou frequentes, para esta classe analisada estão demonstradas no quadro abaixo.

Quadro 6 - Variáveis mais expressivas na Classe 05

Variável	Frequência na classe	Porcentagem sobre o total da classe	X ²
Escriturária	147	20%	14
Ensino médio completo	248	18%	14
06 a 10 anos de atuação na unidade	147	20%	14
43 a 55 anos de idade	21	33%	12
26 a 40 anos de atuação na saúde	29	24%	8
Unidade “B”	228	15%	6

Nesta categoria contribuíram com mais expressividade as escriturárias, entre 43 e 55 anos de idade.

Quanto ao tempo de trabalho, percebe-se o predomínio de profissionais experientes, que atuam na área da saúde há mais de 26 anos, e que trabalham na unidade atual entre 06 e 10 anos. Destacou-se nesta última classe a unidade “B”.

Da análise léxica desta classe emergiram todas as palavras ligadas ao controle de determinadas doenças, como hipertensão e diabetes, Ficha A e Ficha B, entre outro, evidenciando a ligação do registro das informações com o controle dos usuários.

Nesse sentido, fica evidente, segundo as falas dos indivíduos, que o prontuário contribui para o acompanhamento desses pacientes inseridos no programa das linhas de cuidado da atenção básica à saúde, segundo a equipe, tanto para o controle, quanto para orientar e planejar ações de cuidado.

“A gente tem a Ficha B, que tem as linhas de cuidado, que e hipertensão, diabetes, gestantes, hanseníase, mais são coisas que a gente quase não usa. Essas

linhas de cuidado são as que a gente tem maior olhar para ver nos prontuários, pra acompanhar os hipertensos e os diabéticos todo mês, se está vindo fazer controle ou se não está.” (Ind 16)

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo define linha de cuidado como:

“o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde” (SÃO PAULO, 2014, p. 01)

Ainda de acordo como a Documento Técnico da Linha de Cuidado da Secretaria de Saúde (2014), uma linha de cuidado deve expressar-se por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema e sua estruturação em determinado sistema deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

Os indivíduos demonstram pelas falas que o registro no prontuário possui um significado de documentar as condições físicas e biológicas dos usuários que estão inseridos nas linhas de cuidado, entretanto, o conceito dessas linhas de cuidado são mais amplo do que o ato de controlar o atendimento, medicação e andamento do tratamento dos usuários.

Isso indica um modelo verticalizado na construção do cuidado, centrado no modelo biológico e individual dos pacientes.

“É através dessa ficha que a gente vê os hipertensos e diabéticos que estão acompanhando, que estão vindo todo mês pegar o remédio. Se a gente vê que passou um mês e a pessoa não veio, a gente vai na casa com uma convocação.” (Ind. 33)

“Os paciente que fazem o controle passam uma vez por mês e a gente tem uma planilha para acompanhar e os faltosos a gente vai atrás. Quando passa um mês a gente vê no prontuário quem faltou e vai atrás para saber porque faltou, porque não veio, as vezes esqueceu...” (Ind 36)

Os pressupostos que fundamentam a estruturação do fluxo e dos processos de trabalhos envolvidos nas linhas de cuidado envolvem, entre outros aspectos: a)

abordagem integral do processo saúde - doença com atividades voltadas à promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação; b) ênfase nas ações educativas e no autocuidado, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado; c) estímulo à formulação de projeto terapêutico individualizado em qualquer unidade do sistema, que pressupõe atuação multiprofissional e interdisciplinar; d) monitoramento sistemático da adesão do usuário ao plano de cuidado proposto; e) fluxo do paciente determinado pela necessidade detectada a cada passo do processo assistencial, de forma flexível e multidirecional, permitindo o acompanhamento paralelo em diferentes unidades de atenção e permitindo que o paciente mantenha o vínculo com sua unidade básica de saúde de origem. (SÃO PAULO, 2014).

Entre os processos de trabalho envolvidos na articulação de ações para as linhas de cuidado consta de fato o “monitoramento sistemático da adesão ao usuário”, entretanto as atuações da equipe devem ir além disso. É preciso realizar intervenções pautadas nas características do território, realizando ações preventivas e encarando o registro das informações de forma mais relevante para a qualificação da atenção e não como um ato “automático” a ser seguido e cumprido “mecanicamente” para se ter o “controle” do paciente.

“A gente passa essas informações todo mês, porque a gente tem que ter um controle e é a gente que controla se o paciente vem até a unidade fazer esse controle da pressão e do diabetes, porque se não vier e a gente que corre atrás do faltoso.” (Ind 13)

É relatado que os registros das informações sobre as linhas de cuidado também é imprescindível para que os pacientes que fazem acompanhamento tenham acesso aos medicamentos disponibilizados na rede pública.

“Tem os pacientes, que são os hipertensos e diabéticos que fazem um controle de quatro em quatro meses eles tem que passar no médico para pegar a nova prescrição porque pegam essa medicação não só aqui como na farmácia popular e precisam anotar no prontuário que o paciente toma essa medicação.” (Ind 01)

A coordenação do cuidado é uma das funções das Redes de Atenção à Saúde, segundo a PNAB (2012); e para isso, é necessário, além de cumprir outros quesitos,

incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, “a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade”. (PNAB, 2012, p.26)

Nesse sentido, o prontuário deve ser uma construção coletiva, que implica múltiplas ações de registro especializado em um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde. É preciso entender os registros como uma construção histórica da vida do paciente e não como um documento que controla suas condições de saúde e/ou doença.

6.5 Representações Sociais das equipes de saúde da família

Na análise do conteúdo das entrevistas se faz presente um discurso que reflete saberes, práticas, opiniões, valores e olhares em torno do prontuário, revelando que o entendimento a respeito do objeto é permeado por mudanças na concepção dos registros de informações.

As Representações Sociais podem ser definidas como uma visão funcional do mundo que permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo ainda ao indivíduo adaptar-se e encontrar um lugar nesta realidade (ABRIC, 1998). E são ao mesmo tempo,

“uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 1989, p. 36 apud ABRIC, 1998, p.28)

De acordo com Abric (1998), uma representação pode ser constituída de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e atitudes acerca de um dado objeto social. Sua construção tem como um de seus determinantes a incorporação do

pensamento social pelo sujeito, podendo levar à construção de um conhecimento comum, bem como uma reinterpretação das vivências individuais que terá sempre um traço do contexto em que vive (OLIVEIRA, 2011).

É evidente que o prontuário e seu conjunto informacional tem um significado de obrigatoriedade, representando um documento que está inserido no contexto da atenção básica e que deve ser preenchido durante o processo de trabalho, seguindo normas e padrões específicos. Esta representação está ancorada no universo reificado dos sujeitos, referente aos espaços nos quais se produz e circulam as ciências e o pensamento erudito (MOSCOVICI, 1978).

Apesar desta representação estar ancorada naquilo que já é conhecido e “familiar” (que é o conhecimento reificado no universo simbólico dos sujeitos) para a equipe multiprofissional, existe um forte indício de um novo olhar quanto a concepção/construção do prontuário, o qual passa a ter um significado mais abrangente e social, encarado como uma ferramenta para a qualificação da atenção à saúde. É a partir dessas mudanças que ocorre a construção de uma nova representação, pautada na concepção da ESF.

Desta forma, percebe-se que há uma possibilidade de modificação da representação social para este grupo, que poderá ocorrer se estas novas práticas, desencadeadas por esta nova concepção, tiveram força para se manter e progressivamente se integrarem à concepção original, gerando uma nova representação do objeto (ABRIC, 1998).

A finalidade de todas as representações, segundo Moscovici (2003, p. 54), é “tornar familiar algo não-familiar, ou então a própria não-familiaridade”, ou seja, a mudança só é percebida e aceita a partir do momento em que ela apresentar um tipo de vivência, sob o peso da repetição. No geral, a dinâmica das relações é também uma dinâmica de familiarização, onde “objetos, pessoas e acontecimento são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas” (MOSCOVICI, 2003)

O movimento de transformação da representação pode ter sido provocado por diversos fatores, como a formação dos profissionais da saúde voltada para o SUS, o mercado de trabalho e a própria dinâmica da ESF.

Esta nova representação traz a perspectiva do prontuário ser um instrumento essencial para o trabalho em equipe e para a continuidade do cuidado na ESF. Ele passa a ser visto como um objeto construído socialmente; enquanto que os usuários também

passam a ser tratados e acolhidos sob seus aspectos psicológicos, sociais e culturais, não mais somente sob a perspectiva clínica e biológica.

Estes novos conceitos estão mais próximos das diretrizes da ESF, preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica e geram técnicas mais integralizadas, que através da problematização das práticas, tem potência de realmente transformar o processo de trabalho das equipes de saúde para um cuidado centrado nas reais necessidades do território que as USF atendem.

Para que estes movimentos sejam incorporados, é preciso que eles sejam significativos e provoquem uma ruptura com o instituído, ao ponto que a antiga representação não seja mais suficiente para explicar a realidade dos sujeitos, se torne estranha à identidade daquele grupo e não seja mais suficiente para justificar sua tomada de posição frente aos desafios enfrentados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente, a partir dos dados analisados e das representações encontradas, que o prontuário ainda não é tratado como um documento de fato arquivístico, no âmbito de sua organização. Há o reconhecimento de que ele é de fundamental importância para a eficácia da Estratégia de Saúde da Família, e que os registros são necessários para o processo de trabalho da equipe, entretanto ainda falta conhecimento por parte dos profissionais quanto às suas normas e legislações.

É necessária a realização de atividades de educação permanente para que a equipe de saúde trabalhe de forma mais efetiva quanto ao preenchimento, normais e questões éticas, armazenamento, acesso e organização dos prontuários. Assim os profissionais se sentirão mais seguros para realizarem os registros, mantendo uma melhor qualidade na assistência nas unidades em questão.

É fato que o prontuário e seu conjunto informacional tornaram-se o principal meio de registro das informações a ser usado como substrato para a equipe de saúde desenvolver o princípio da coordenação do cuidado pela atenção à saúde, com vistas à qualificação da atenção e da gestão da Atenção Básica, na perspectiva da Estratégia da Saúde da Família. Entretanto há presença de duas concepções dividida: o registro no prontuário possui um significado ainda centrado no modelo biológico e fragmentado das ações para uma parte dos sujeitos e para outros se evidencia uma valorização dos registros das informações num contexto mais abrangente sobre o usuário e família,

apontando um olhar desses profissionais para um novo conceito de saúde, mais ampliado e integrado.

A escolha das representações sociais como referencial teórico nesse estudo possibilitou que fossem encontradas nas falas dos profissionais considerações importantes a respeito de como eles pensam o prontuário. A partir delas podem-se desenhar intervenções e atividades nas unidades. A investigação mostrou que a equipe está evoluindo quanto ao conceito e preocupação com o ato de anotar o histórico do usuário de forma mais abrangente, contextualizando as suas necessidades de saúde e território em que está inserido.

A pesquisa identificou também um movimento de transformação dessas representações, podendo ser motivada pelas diretrizes colocadas para o cuidado na saúde da família, tais como acolhimento, trabalho em equipe interdisciplinar, singularidade do sujeito e necessidades de saúde na construção da integralidade do cuidado.

Foi praticamente unânime que a maior dificuldade quanto aos registros é a ilegibilidade da letra dos médicos. Para esta questão foi sugerida pelos sujeitos a informatização dos dados, ou seja, o registro digital, pois já existe a tecnologia disponível, mas não é utilizada. Ou seja, isso indica que os profissionais não estão sensibilizados a esta questão, havendo certa resistência na utilização das TICs no campo da saúde. Isso talvez exista devido ao pouco conhecimento às novas tecnologias ou pela equipe estar habituada ao molde de trabalho tradicional.

Nesse sentido vale lembrar que a “Educação CTS” poderia contribuir na mudança de conceitos e atitudes da equipe, pois sugere inovações no currículo, centradas na formação de atitudes, valores e normas de comportamento a respeito da intervenção da ciência e da tecnologia na sociedade (e vice-versa). Além disso, seus conceitos visam mostrar as diversas faces da ciência, em especial a interação da tecnologia com a sociedade (BRASIL, 2008).

No currículo do Ensino Médio, estima-se que aluno deva demonstrar ao final da educação básica um domínio dos princípios científicos e tecnológicos que presidem a produção moderna. O objetivo é que o jovem compreenda e se posicione diante de questões gerais de sentido científico e tecnológico e empreenda ações diante de problemas pessoais ou sociais para os quais o domínio das ciências seja essencial (BRASIL, 2008).

Em síntese, existe a necessidade da equipe de saúde (incluindo os profissionais envolvidos tanto na assistência quanto gestão) juntamente com pesquisadores e usuários, refletirem e buscarem soluções acerca de algumas questões que envolvem o prontuário, tais como:

Quais estruturas textuais são realmente essenciais para a saúde da família?

Como incorporar campos informacionais de acordo com cada categoria profissional e as necessidades singulares da realidade de cada território?

Como inserir o registro digital na saúde da família de forma que todo o conjunto informacional disponível (individual e familiar) seja considerado?

Quais ações e atividades devem ser desenvolvidas com a equipe para que se ampliem as noções éticas que envolvem o prontuário?

As respostas a estas indagações podem surgir de futuras investigações que poderão contribuir para que o prontuário seja realmente visto e utilizado como uma ferramenta essencial para a dinâmica de trabalho da Saúde da Família, bem como um indicador da qualidade da atenção prestada à população.

eventos, simpósios, congressos, etc.									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.C. **O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista.** Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2005.

BARROS, E.; ALBUQUERQUE, G.; PINHEIRO, C.; CZEPIELEWSKI; M. A. **Exame clínico: Consulta rápida - 2º ed.** Porto Alegre: Artmed; 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2000.

BAZZO, W. A. **Ciência, Tecnologia e Sociedade e o contexto da educação tecnológica.** Florianópolis, Ed. da UFSC, 2000, 319 p.

BAZZO, W.A; von LINSINGEN, I.; PEREIRA, L.T.V. (Ed.). **Introdução aos estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade).** Madrid: OEI, 2003.

BINOTTO, C.C.S. **O estado da ciência, tecnologia e inovação e sua relação social com enfermagem no Brasil.** 2011.89f. Dissertação de Mestrado. São Carlos: UFSCAR, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** 2. ed., série B, Brasília : MS, 2008.68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde.** 2ed.,Brasília: MS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informática e Informação em Saúde.** 2 ed., Brasília: MS, 2004, 38p.

BRASIL. **3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social,** Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal.** 2004. Disponível em: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf. Acesso em: 15 de jan. de 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação e Cultura. **Parâmetros curriculares nacionais: Ensino Médio, Parte I: Bases Legais,** 2000.

BRASIL. Secretaria da Educação do Estado de São Paulo. **Proposta curricular do Estado de São Paulo- Biologia.** Coordenação: Maria Inês Fini. São Paulo: SEE, 2008a.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Percepção pública da ciência e tecnologia. Brasília, 2007. Disponível em: Acesso em: 21 jan. 2010.

CAMARGO, B.V. **ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais**. In: MOREIRA, A.S.P. et al (Org). *Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária, 2005. p.511-540

DAGNINO. R. **A construção do Espaço Ibero-americano do Conhecimento, os estudos sobre ciência, tecnologia e sociedade e a política científica e tecnológica**. *Revista CTS*, v. 4, n. 12, p.93-114, abril de 2009.

DAGNINO, R.; THOMAS, H.; DAVYT, A. **El pensamiento en Ciencia, Tecnología y Sociedad em América Latina: una interpretación política de su trayectoria**, *REDES*, v.3, n.7, 1996. SANTOS, W. L. P.; MORTIMER, E. F. Uma análise de pressupostos teóricos da abordagem C-T-S (Ciência – Tecnologia – Sociedade) no contexto da educação brasileira. *ENSAIO - Pesquisa em Educação em Ciências*, v. 2, n.2, p.1-23, dez 2002.

FERREIRA, J. B. B. ; SANTOS, D.C. *Gestão da Atenção Básica*. In: Maria Cristiane Barbosa Galvão; Ivan Marques Ricarte. (Org.). **Prontuário do Paciente**. 1ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2012, v. 1, p. 135-146.

FERREIRA, V.S.C; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno de Saúde Pública**, Piracicaba, v.25, n.4, p.898-906, 2009.

FORMENTON, Y. F. **Educação permanente em saúde: representações sociais de enfermeiros da saúde da família**. 122f. Dissertação de Mestrado. São Carlos: UFSCAR, 2013.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, Oct. 2004 . Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500027&lng=en&nrm=is> Acesso em: 10 de jan. de 2015

GALVAO, M.C.B. **Informação clínica: do prontuário do paciente às bases de evidência**. In: Almeida Junior, O.F. *Infohome* [Internet]. Londrina: OFAJ, 2012. Disponível em: <http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=701>. Acesso em 15 de jul. de 2014.

GALVAO, M.C.B, RICARTE, I.L.M. **Prontuário do paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 345 p.

GALVAO, M.C.B. **O prontuário do paciente enquanto suporte para a autonomia e o empoderamento do paciente..** In: Almeida Junior, O.F. *Infohome* [Internet]. Londrina: OFAJ, 2013. Disponível em: <www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=782> Acesso em 15 de jul. de 2014.

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: _____. (Org). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.17-44.

MASSAD, Eduardo, MARIN, Heimar de Fátima, AZEVEDO NETO, Raymundo Soares (Org). **O Prontuário Eletrônico do Paciente na assistência, informação e conhecimento médico**: núcleo de Informática em enfermagem. São Paulo, 2003.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3ed. São Paulo: Hecitec, 2007.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n16, p.161-177, 2005.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção Campinas, 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf>. Acesso em: 21 jun 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 8ªed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993

MOLINA, L.G; LUNARDELLI, R. S. A. **O Prontuário do Paciente e os Pressupostos Arquivísticos**: estreitas e profícuas interlocuções. **Informação & Informação**, Londrina, v.15, n.1, p.68- 84, j a n. / jun. 2010.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. 291p.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p.7-16. MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003

MOTA, F.R.L.; BABÊTTO, H.S. Processamento e compartilhamento da informação em prontuários eletrônicos. Disponível em: <www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/254.trf>. Acesso em: 02 de mar. de 2012.

NOBREGA, S.M. **O que é representação social**. 1990. 76p. Mimeografado

OLIVEIRA, D.C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. **Teoria das Representações Sociais 50 anos**. Brasília: Tecnopolitok, 2011. p. 585-624.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de conteúdo temático-categorial**: uma proposta de sistematização. *Rev enferm UERJ*. 2008 out-dez; 16: 569-76.

OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.; MARQUES, S.C. **Análise estatística de dados textuais**: alguns princípios e uma aplicação ao campo da Saúde. In: MENIN, M.S.S.; SHIMIZU, A.M. (Orgs). *Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.157-200.

OLIVEIRA, J.L.C. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes**. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, São Paulo, 2005.

PALETTA, F. A. C; YAMASHITA, M. M. Preservação do patrimônio documental e bibliográfico com ênfase na higienização de livros e documentos textuais. *Arquivistica.net*, Brasília, DF, 2.2, 24 05 2007. Disponível em: <<http://www.arquivistica.net/ojs/viewarticle.php?id=77>>. Acesso em: 08 set. 2011.

PEREIRA, A.T.S; NORONHA,J; CORDEIRO, H; DAIN, S; CUNHA, F.T.S; JUNIOR, H.C. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, nº. 24, p. 123-133, 2008.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. *Enc. Bibli: R.Eletr. Bibliotecon. CI. Inf.*, Florianópolis: v.11, n.21, p. 34-48, 2006.

PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000, 233 p

PONTE, V. M. R.; Oliveira, M C; MOURA, H. J. ; BARBOSA, J. V. **Análise das Metodologias e Técnicas de Pesquisas Adotadas nos Estudos Brasileiros sobre Balanced Scorecard**: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. In: Jorge Lopes, José Francisco, Marcleide Pederneiras. (Org.). **Educação Contábil: tópicos de ensino e pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

SÃO PAULO. **Documento técnico da linha de cuidado**. Disponível em: <[ww.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/documento-tecnico-da-linha-de-cuidado/introdução](http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/documento-tecnico-da-linha-de-cuidado/introdução)>. Acesso em 15 de jan. de 2015.

SARTI, T.D; ANDERSON, M.I.P.; MARTO, R.H. Registros clínicos e atenção primária: reflexões frente à abordagem biopsicossocial. *Rev.APS*, v.11, n. 4,p.413-420, out./dez, 2008.

SCHERER, M. D. A. et al. **Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories**, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M.D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4,

Ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/12.pdf>>. Acesso em 16 de out. de 2012.

SEPKA, F. A. **Recepção, transmissão e processamento de dados:** aplicação de uma sequência didática no ensino médio de física, estrutura sob a perspectiva CTS. Florianópolis: UFSC, 2004. Dissertação (Mestrado em Educação Científica e Tecnológica). Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de Santa Catarina, 2004

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> . Acesso em: 05 maio 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária.** Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TERRY et al. Adption of eletronic medical records in family practice: the providers´perspective. **Fam Med** 2009; 41(7):508-12

THOMÉ, L.E; REMÉDIO, M. A.; CASSARES, N. C. **Treinamento:** conservação preventiva e higienização de documentos. São Paulo, 2010.

VASCONCELLOS, M.M. et al. Avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 sup 1:S173-S182, 2008.

VELHO, L. Conceitos de ciência e a política científica, tecnológica e de inovação. In: **Sociologias**, v.13,n.26, p.128-153, jan/abr 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/soc/v13n26/06.pdf>>. Acesso em: 15 de out. de 2012.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de coleta de dados no campo.** São Paulo:Atlas, 2009.

VILLELA, E. F. M. **Representações sociais sobre dengue na mídia impressa:** informação epidemiológica, educativa ou política?. 2012. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E PERFIL PROFISSIONAL PARA ENTREVISTA	
Nome da Pesquisa:	
Nome do Pesquisador:	
Nome do entrevistador: _____	
Data da entrevista: / /	
Identificação do Entrevistado	
Nome do entrevistado: _____	

1. <input type="checkbox"/> Médico	2. <input type="checkbox"/> Enfermeiro
3. <input type="checkbox"/> Odontólogo	4. <input type="checkbox"/> ACS
5. <input type="checkbox"/> Aux. enfermagem	6. <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____

Data de nascimento: / /	
Sexo: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino	
Profissão:	
Formação Escolar: Completa () Incompleta ()	

<input type="checkbox"/> ensino fundamental	<input type="checkbox"/> Especialização. Especificar _____
<input type="checkbox"/> ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação completa. Especificar: _____
<input type="checkbox"/> ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Pós-Graduação incompleta. Especificar: _____
<input type="checkbox"/> universitário completo	Cursos complementares: _____
<input type="checkbox"/> universitário incompleto	_____

Tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde (anos): _____
Tempo de trabalho na Unidade de (anos): _____
Função na Unidade de Saúde: _____

APÊNDICE B

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 6) Comente como a equipe de saúde realiza o registro das informações no prontuário;
- 7) Fale sobre a importância de se realizar o registro no prontuário no momento da assistência ao paciente e seus familiares;
- 8) Fale sobre a importância da consulta ao prontuário pela equipe;
- 9) Como o prontuário foi estruturado na unidade em que você atua? Ocorreram modificações? Se sim, foram baseadas nas experiências da equipe? Como foram feitas e quem as realizou?
- 10) Quais seriam as dificuldades quanto ao registro, organização e utilização do prontuário na unidade?
- 11) As informações registradas no prontuário são suficientes para a construção do cuidado na ESF? Por quê?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,

RG _____, fui convidado (a), a participar da pesquisa “**O prontuário e seu conjunto informacional: representações sociais de equipes de saúde da família**”, de responsabilidade da aluna Daniela Cristina, sob orientação da Profª Drª Márcia Niituma Ogata do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR, e fui esclarecido (a) que:

- Os objetivos do estudo consistem em: Analisar as Representações Sociais dos prontuários utilizados pelas equipes de saúde da família em unidades de atenção básica à saúde, buscando especificamente: identificar as Representações Sociais da equipe de saúde da família em relação ao conjunto informacional do prontuário; identificar a relevância que o prontuário possui no contexto do processo de trabalho dos profissionais no contexto das unidades básicas de saúde.

- Não haverá benefícios imediatos de minha participação, mas os resultados da pesquisa pretende contribuir com subsídios para novas propostas de trabalho com o prontuário.

- Os resultados contribuirão para aumentar o repertório de conhecimentos sobre a representação social que o prontuário possui para as equipes profissionais de saúde da família do município estudado, potencializando-a através da divulgação e proposição de alternativas às dificuldades vivenciadas.

- Fui selecionado (a) porque estou inserido em uma equipe de Saúde da Família, que atua em um município, porém minha participação não é obrigatória.

- Minha forma de participação consiste em participar de um questionário de perfil profissional (roteiro de entrevista) e de uma entrevista com questões semi-estruturadas, onde o tema central será o prontuário no contexto da equipe e da unidade onde atuo. As entrevistas serão realizadas no seu município, na unidade de saúde ou em outro local que lhe for conveniente, de acordo com sua disponibilidade. A entrevista será gravada, entretanto, meu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa.

- Não será cobrado nada; não terei gastos referentes à minha participação nesse estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. Os riscos relativos à minha participação na pesquisa serão mínimos, caracterizados pela possibilidade de cansaço físico durante a realização da entrevista. Para tanto, será oferecido garantia de que a mesma poderá ser interrompida a qualquer momento, caso essa possibilidade se concretize. Ressalta-se novamente que se garante o anonimato dos participantes.

- A pesquisadora principal é aluna do Programa de Pós Graduação em Ciência e Tecnologia (PPGCTS) da UFSCar e orientada pela professora do Depto. de Enfermagem da UFSCar, cuja responsabilidade consiste em orientar a pesquisa, acompanhando todo o seu desenvolvimento.

- Durante a realização da pesquisa poderei solicitar quaisquer esclarecimentos que julgar necessário acerca dos procedimentos adotados, visando eliminar dúvidas que porventura venham a surgir sobre minha participação na mesma.

- Minha participação é voluntária e poderei recusar-me ou retirar meu consentimento, ou ainda descontinuar minha participação, se assim o preferir, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou prejuízos em sua relação com as Instituições envolvidas no estudo. Ressalto ainda que minha possível recusa não implicará em prejuízos de qualquer ordem em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição.

- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais sendo assegurado sigilo sobre minha participação. Meu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa, o que garante meu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os sujeitos e/ou os serviços de saúde envolvidos.

- Ficarei com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa e sobre minha participação, agora ou a qualquer momento, entrarei em contato com a pesquisadora responsável Daniela Cristina dos Santos pelo telefone (19) 3583-2099 ou celular (19)99656-2526; ou com a Profª Drª Márcia Niituma Ogata, pelo telefone (16) 3351-9441; ou para o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (16) 3351-8110.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Sendo assim, consinto de livre e espontânea vontade minha participação nesta pesquisa

_____ de _____ de 2014

Sujeito da pesquisa

**Márcia Niituma Ogata
Orientadora**

**Daniela C. dos Santos
Pesquisadora Responsável**

**End: Rua Paula Carvalho, 712 – Centro – Descalvado/SP
(19) 3583-2099 / (19) 99656-2526**

APÊNDICE D**Variáveis utilizadas nas linhas de comando no software ALCESTE****INDIVÍDUO = ind**

ind_01
ind_02

UNIDADE = unid

unid_01: Jardim Colonial e Jardim do Lago
unid_02: Jardim Albertina e Parque Milênio

FUNÇÃO = func

func_01: médico
func_02: enfermeiro
func_03: dentista
func_04: auxiliar de enfermagem
func_05: auxiliar de saúde bucal
func_06: agente comunitário de saúde
func_07: escriturário

IDADE = id

id_01: 21 - 35
id_02: 36 - 45
id_03: 46 - 55
id_04: 56 - 65

ESCOLARIDADE = escol

escol_01: superior com especialização
escol_02: superior sem especialização
escol_03: curso técnico
escol_04: médio completo
escol_05: médio incompleto

TEMPO DE ATUAÇÃO DA SAÚDE = tsaud

tsaud_01: 1 - 5
tsaud_02 : 6 - 15
tsaud_03: 16 - 25
tsaud_04: 26 - 40

TEMPO DE TRABALHO NA UNIDADE = ttrab

ttrab_01: 0 a 1 - 5
ttrab_02: 06 - 10

APÊNDICE E

CARACTERÍSTICAS PROCESSUAIS DO PRONTUÁRIO	
Lógica de arquivamento	
Unidade A	Arquivado por micro área (separados por ACS).
Unidade B	Arquivado por micro área (separados por ACS).
Sistema de classificação	
Unidade A	Numérico, de acordo com a numeração dos ACS.
Unidade B	Numérico, com letras (inicial do bairro). A sequência numérica segue a ordem de cadastramento.
Local de armazenamento e acesso	
Unidade A	Possui fácil acesso. Utilizam-se armários de metal, com gavetas identificadas com a relação numérica dos prontuários. A busca pelo número de cadastro é realizada primeiramente no SIA*, pelas escriturárias, no momento da consulta ou conforme solicitado por algum membro da equipe.
Unidade B	Possui fácil acesso. Utilizam-se armários de metal, com gavetas identificadas com a relação numérica dos prontuários. A busca pelo número de cadastro é realizada primeiramente no SIA*, pelas escriturárias, no momento da consulta ou conforme solicitado por algum membro da equipe, quando não é encontrado o cadastro a busca é feita nas pastas, de acordo com a micro área da família.
*SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais, onde consta o número de cadastro de cada família. Há um “fechamento” mensal em conjunto com o SUS, com os dados dos procedimentos realizados na unidade de saúde (paciente e família).	
Cadastro e consulta	
Unidade A	Cadastro do nº das famílias é feito no SIA, mas segue ordem numérica da unidade de saúde (as famílias são cadastradas no sistema pelas ACS e também pelas escriturárias).
Unidade B	Cadastro do nº das famílias é feito no SIA, mas segue ordem numérica

	<p>da unidade de saúde (as famílias são cadastradas no sistema pelas ACS) Caso ainda não exista o cadastro no SIAL (por ex. se for a primeira consulta na unidade) a consulta é feita pela ficha A (com as ACS). É solicitado para que todos os pacientes levem o cartão da unidade para facilitar a identificação do número de cadastro.</p>
CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DO PRONTUÁRIO	
Estruturas textuais ou fichas	
Unidade A	<p>Capa de identificação e texto livre (data da consulta e relato); Ficha A (cadastro familiar e visitas); Ficha B (hipertensão e diabetes); Ficha da gestante e criança (quando houver na residência).</p>
Unidade B	<p>Ficha “espelho” (dados de identificação) Receitas, prescrições, relatos de consulta e de visita*. *A ficha do ACS com relatos de visitas não é acondicionado juntamente com a pasta de prontuários.</p>
Conteúdo informacional	
Unidade A	Identificação, comorbidades, medicamentos, registro de consultas.
Unidade B	Identificação, comorbidades, medicamentos que são utilizados, visitas domiciliares do enfermeiro, consultas, entre outros.

APÊNDICE F

CARACTERIZAÇÃO UNIDADES DE SAÚDE RELAÇÃO PRONTUÁRIO X EQUIPE (CARACTERÍSTICAS FUNCIONAIS)	
Registro das informações no prontuário	
Unidade A	Todos profissionais da saúde registram as informações relativas a consultas, visitas e procedimentos realizados na unidade de saúde.
Unidade B	Todos os profissionais da saúde, inclusive as escriturárias (registram informações sobre manipulação de medicamentos e faltas às consultas agendadas).
Conhecimento da equipe em relação às normas do prontuário	
Unidade A	Parcial (nem todos tem amplo conhecimento sobre as normas de preenchimento das informações e questões legais sobre os prontuários)
Unidade B	Enfermeiro é quem tem maior conhecimento sobre o registro e procura passar essas informações aos demais profissionais. Faltam informações por parte de toda equipe, principalmente por parte dos ACS que não possuem formação na área da saúde.
Treinamento da equipe quanto ao conjunto informacional do prontuário	
Unidade A	Nas reuniões de equipe discutem-se questões acerca dos registros das informações nos prontuários, mas não há treinamento ou cursos de aprimoramento específicos oferecidos aos profissionais.
Unidade B	Não há treinamentos ou cursos específicos com foco no prontuário. A gestora da unidade procura ter a prática da educação permanente no dia a dia e reuniões de equipe (segundo a própria gestora).

APÊNDICE G

INFORMAÇÕES ADICIONAIS (observações feitas pelas gestoras das unidades)	
Unidade A	<p>Por conta do fluxo da unidade de saúde, algumas vezes o prontuário não é utilizado da maneira que seria preciso (por ex. na realização de curativos);</p> <p>O prontuário acaba sendo utilizado com maior frequência no momento da em pré e pós consulta;</p> <p>Depende o médico que realiza o atendimento, há a falta de informações ou falta maior detalhamento destas (há médicos que são mais breves e outros mais detalhados);</p> <p>Ficha A fica restrita às ACS, que a utilizam nas visitas às residências (há também, além da ficha, uma folha de relato de visitas – texto livre - para descrever as informações relacionadas às condições de saúde e de vida da família);</p> <p>Problemas específicos acabam sendo mais relatados mais verbalmente que escrito (médico procura ACS e ACS procura o médico para passar as informações de forma mais detalhada);</p> <p>Ficha A fica em pastas das ACS, não são acondicionadas juntamente com a pasta de prontuários;</p> <p>As pastas são suspensas, organizadas por núcleo familiar e contem o prontuário de cada membro da família;</p> <p>A Enfermeira Gestora procura analisar como está sendo feito o registro;</p> <p>Como a unidade está passando por reformas, o consultório odontológico está provisoriamente separado (porém na mesma rua) da unidade de saúde, portanto a ficha odontológica, por enquanto está sendo arquivada em pasta separada à do prontuário.</p>
Unidade B	<p>O prontuário é utilizado da maneira que seria preciso (segundo a gestora, ela procura enfatizar sua importância no dia-a-dia);</p> <p>O prontuário é sempre consultado (nenhum procedimento é feito sem utilizar o prontuário, todas as informações são registradas);</p>

	<p>Os médicos registram todas as informações necessárias (quando é algum caso em específico – hipertenso ou diabético – acaba escrevendo mais detalhadamente);</p> <p>Ficha A restrita – ACS utilizam mais Ficha A (tem folha para relato de cada visita)</p> <p>Na unidade há o “Projeto Terapêutico” – em conjunto com o NASF – em que um grupo de profissionais vai à unidade mensalmente, para reuniões e atendimento (ou mais vezes caso seja necessário e solicitado).</p> <p>Ficha A fica com as ACS não fica junto com a pasta de prontuários (também não fica na mesma prateleira).</p> <p>Nas reuniões é discutida a relevância dos registros;</p> <p>A Enfermeira Gestora procura acompanhar os registros nos prontuários;</p> <p>Pasta é organizada por núcleo familiar, fica suspensa com o prontuário de cada membro da família, no momento do atendimento acessa o prontuário do membro familiar, mas não o relato de visita não é consultado.</p> <p>O prontuário odontológico fica junto com a pasta de prontuários da família.</p>
--	--

ANEXO A – Autorização Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura do Município de Descalvado
CNPJ: 46732442/0001-23
Secretaria de Saúde
E-mail: saude.descalvado@hotmail.com



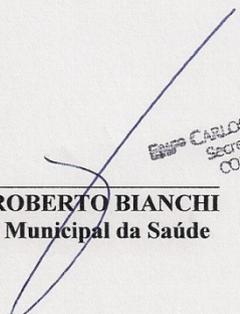
Descalvado, 23 de abril de 2014.

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do Projeto de Pesquisa de Mestrado, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da UFSCar, intitulado **“O prontuário e seu conjunto informacional: representações sociais de equipes de saúde da família”**, informamos para os devidos fins, que somos favoráveis à realização do referido projeto.

Declaramos ainda, que a aluna e pesquisadora responsável **Daniela Cristina dos Santos**, portadora do RG: 42.817.837-6, sob orientação da **Prof. Dr. Márcia Niituma Ogata**, está autorizada a realizar a coleta de dados para sua pesquisa de mestrado nas Unidades de Saúde da Família do município.

Solicitamos ainda, após o término da pesquisa, que os resultados sejam repassados à Secretaria de Saúde de Descalvado.
Com protestos de distinta consideração e elevado apreço, subscrevemo-nos.

Cordialmente,


CARLOS ROBERTO BIANCHI
Secretário Municipal da Saúde

Carlos Roberto Bianchi
Secretário de Saúde
COREN-SP 40537

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O prontuário e seu conjunto informacional: representações sociais de equipes de saúde da família

Pesquisador: Daniela Cristina dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 32773014.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 869.221

Data da Relatoria: 10/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo, com análise qualitativa. Os sujeitos da pesquisa serão 35 profissionais de equipes multiprofissionais de saúde da família do município de Descalvado – São Paulo. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora aponta como objetivo primário: analisar as representações sociais dos prontuários utilizados pelas equipes de saúde da família em unidades de atenção básica à saúde. E como objetivos secundários, pretende: identificar as representações sociais da equipe de saúde da família em relação ao conjunto informacional do prontuário e a relevância que o prontuário possui no contexto do processo de trabalho dos profissionais no contexto das unidades básicas de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora, no TCLE, aponta que o voluntário poderá sentir cansaço físico e mental, além da sensação de estar sendo pressionado (sic) durante a realização da entrevista. Garante o anonimato dos participantes. Não existem benefícios diretos aos voluntários. Quanto aos benefícios indiretos, a pesquisadora aponta que haverá contribuições que a pesquisa poderá trazer para a sociedade após se obterem os resultados. No caso, as unidades de saúde podem ser beneficiadas, mostrando à gestão o que o

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 889.221

prontuário representa para os profissionais que ali atuam, podendo propor melhores formas de se trabalhar com o conjunto informacional do mesmo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O assunto apresentado possui relevância à área em questão. O cronograma foi revisto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida e está assinada. Foi reapresentado o TCLE. Foi apresentado termo de autorização do responsável pelo local onde será realizada a pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

SAO CARLOS, 12 de Novembro de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)