

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

CARLA SIMON BENEVIDES PANZERI

**A PRÁTICA DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA AMBULATORIAL SOB A
ÓTICA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

São Carlos

2012

CARLA SIMON BENEVIDES PANZERI

**A PRÁTICA DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA AMBULATORIAL SOB A
ÓTICA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, na Área de Concentração: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional, na Linha de Pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Silveira Palhares

São Carlos

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

P199pd

Panzeri, Carla Simon Benevides.

A prática da documentação clínica ambulatorial sob a
ótica de terapeutas ocupacionais / Carla Simon Benevides
Panzeri. -- São Carlos : UFSCar, 2013.

166 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2012.

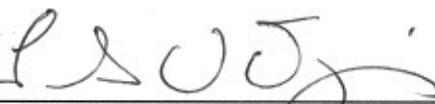
1. Terapia ocupacional. 2. Documentação. 3. Prontuário.
4. Prática profissional. 5. Assistência ambulatorial. 6.
Legislação. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

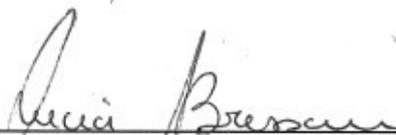
FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO(A)
ALUNO(A) CARLA SIMON BENEVIDES PANZERI, DEFENDIDA
PUBLICAMENTE EM 18 DE DEZEMBRO DE 2012.



Profa. Dra. Marina Silveira Palhares
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Profa. Dra. Iracema Serrat Vergotti Ferrigno
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar



Profa. Dra. Lúcia Aparecida Bressan
Universidade de São Paulo / USP

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª Reunião no dia

____/____/____

*As duas amadas pessoas que vislumbraram este sonho antes
mesmo de mim, minha mãe Roseli e meu marido André.
Ao filho amado que estou gerando.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida em toda sua abrangência.

À minha família, pelo amor e apoio a mim dedicados. Em especial ao meu marido, André, pelo companheirismo e carinho imprescindíveis para a realização desta jornada. E aos meus pais, Eduardo e Roseli, sempre dispostos a colaborar para a realização dos meus sonhos.

À minha orientadora, profa. Marina Silveira Palhares, pela acolhida, confiança em mim depositada e ensinamentos para além deste trabalho.

Aos professores do PPGTO da UFSCar, pelo conhecimento compartilhado e fomento de novas buscas e reflexões, em especial às professoras Iracema S. V. Ferrigno, Maria Luisa G. Emmel e Isabela A. O. Lussi, pelas contribuições ainda mais específicas com este trabalho.

À terapeuta ocupacional Lúcia Bressan, pela disponibilidade e importantes contribuições realizadas como integrante da banca do exame de qualificação.

Ao professor Luis Alberto Magna, pela paciência e dedicação dispensadas em relação à assessoria estatística, colaborando em todas as etapas do projeto.

Aos colegas discentes da segunda turma do PPGTO da UFSCar, pelas trocas, apoio e incentivo, em especial a Aline Cristina de Moraes, pela generosa acolhida em sua casa, e a Mariana Midori Sime, por tantas ajudas das mais variadas naturezas.

Às colegas terapeutas ocupacionais e amigas, que me ajudaram e incentivaram em diversos momentos deste caminho, Júnia J. Rjeille Cordeiro, Silvia Affini Borsoi Tamai, Tais R. Carrijo Domiciano, Carolina Rebelatto, Luciana B. Agnelli, Carolina Corsi Martins, Aparecida Barbosa dos Santos, Paula de Fátima Oliveira Faria, Lisabelle Manente Mazaro, Marielza Martins e Daniela Baleroni.

A todos os terapeutas ocupacionais que participaram do estudo, sem os quais nada seria possível, agradeço a disponibilidade e a confiança depositadas neste projeto.

Ao CREFITO/3, pelo apoio para contato com os profissionais e divulgação da pesquisa.

À CAPES, pelo financiamento realizado através da concessão de bolsa de estudo.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigada.

A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original.

Albert Einstein

RESUMO

A documentação clínica em terapia ocupacional é desenvolvida sempre que o serviço é oferecido a um cliente, para registrar e comunicar as informações pertinentes ao seu atendimento. Este estudo teve por objetivo identificar como é realizada e qual a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre a prática da documentação clínica ambulatorial. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: pesquisa documental, através de investigação e análise qualitativa de documentos jurídicos brasileiros; e pesquisa de campo, descritiva e exploratória, realizada com 104 terapeutas ocupacionais ativos do estado de São Paulo, que atuavam em serviços ambulatoriais. Esta etapa foi realizada através de aplicação *on-line* de questionário e os dados foram analisados por métodos quantitativos, com uso de estatística descritiva e testes específicos para comparação e correlação das variáveis. Os resultados da pesquisa de campo revelaram que 64,4% dos registros são realizados somente em papel. Todos os respondentes realizam registros de avaliação, um não realiza registros de intervenção/acompanhamento e 13,5% não realizam registros de alta. 91,9% referiram algum nível de satisfação com o próprio registro. Praticamente todos consideram a documentação clínica necessária e útil. Revelaram correlação significativa ($p < 0,05$) com a satisfação em relação à própria prática da documentação clínica as variáveis: considerar possuir conhecimento suficiente para o desenvolvimento dos registros, e valores atribuídos à prática da documentação clínica, sendo que os que a consideram complexa, difícil e desgastante apresentam pior avaliação da satisfação do que aqueles que a consideram simples, fácil e tranqüila. Quanto à pesquisa documental, 123 documentos de diferentes órgãos de origem foram selecionados, sendo 103 constituídos por pareceres, notas técnicas ou despachos, e o restante, portarias, resoluções e decretos. Apenas 13 deles são específicos da terapia ocupacional. Considerou-se que os dados obtidos possibilitaram uma aproximação inicial com o tema, identificando como os registros clínicos são realizados pelos terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial e qual a percepção deles sobre esta prática, assim como a identificação dos aspectos que interferem nesta percepção. A pesquisa

documental auxiliou a compreender e contextualizar a prática da documentação clínica no Brasil, especialmente em relação à terapia ocupacional. O estudo também pôde contribuir para a identificação de focos de interesse para futuras investigações sobre o tema e para a produção de conhecimento que possa orientar o desenvolvimento com melhor qualidade da documentação clínica por terapeutas ocupacionais.

Palavras-chave: Terapia ocupacional. Documentação. Registros médicos. Prática profissional, assistência ambulatorial. Legislação.

ABSTRACT

The clinical documentation in occupational therapy is developed whenever the service is offered to a client to register and report information pertaining to care. The aim of the study is to identify how this is done and what the perception of occupational therapists about the practice of outpatient clinical documentation is. The research was conducted in two stages: documentary research, through qualitative research of legal documents in Brazil; and field research, descriptive and exploratory study, conducted with 104 active occupational therapists in the state of Sao Paulo who worked in outpatient services. This was carried out using an online questionnaire and data was analyzed using quantitative methods, descriptive statistics and specific tests for comparison and correlation of variables. The results of the field research show: 64.4% of the records are held only on paper; all respondents perform assessment records; one makes no record of intervention / monitoring; and 13.5% do not carry records of patient discharge. Also, 91.9% reported some level of satisfaction with their own record. Virtually all clinical documentation was considered to be necessary and useful. The results revealed a significant correlation ($p < 0.05$) with the level of satisfaction with their own practice of clinical documentation the variables: considered have sufficient knowledge for the development of the records, and values attributed to the practice of clinical documentation (those who consider it complex or difficult present a lower level of satisfaction when compared to those who consider it simple or easy). As for documentary research, 123 documents of different organs of origin were selected and will be analyzed qualitatively, with 103 consisting of reports, technical notes or orders, and the rest, ordinances, resolutions, and Decree. Only 13 of them are specific to the occupational therapy. It was considered that the data obtained allowed an initial approach to the topic, identifying as clinical records are held by occupational therapists working in outpatient care and what their perception of this practice, and identify aspects that influence this perception. The documentary research helped to understand and contextualize the practice of clinical documentation in Brazil, especially in relation to occupational therapy. The study could also contribute to the identification of topics of interest for future research on the topic and to produce knowledge that

can guide the development of better quality of clinical documentation by occupational therapists.

Key-words: Occupational therapy. Documentation. Patient records. Professional practice, outpatient care. Legislation.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Composição da amostra a partir do acesso ao instrumento	64
Gráfico 2	Formação em Pós-Graduação	67
Gráfico 3	Relação entre tempo de trabalho e média de tempo de formado	70
Gráfico 4	Distribuição das instituições públicas segundo esfera de governo	72
Gráfico 5	Distribuição das instituições privadas segundo tipo	72
Gráfico 6	Quantidade de categorias profissionais por equipe do serviço ambulatorial	75
Gráfico 7	Freqüência de realização de subtipos de registros de avaliação	81
Gráfico 8	Freqüência de realização de subtipos de registros de intervenção/acompanhamento	83
Gráfico 9	Freqüência de realização de subtipos de registros de alta	84
Gráfico 10	Distribuição das finalidades atribuídas à documentação clínica em cada posição possível do ranque	88
Gráfico 11	Facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento da documentação clínica por terapeutas ocupacionais	89
Gráfico 12	Satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria prática da documentação clínica	90
Gráfico 13	Atributo necessidade	91
Gráfico 14	Atributo desgaste	91
Gráfico 15	Atributo dificuldade	91
Gráfico 16	Atributo utilidade	91
Gráfico 17	Atributo complexidade	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sócio-demográficas e de formação profissional	65
Tabela 2	Caracterização das instituições de ensino de obtenção de graduação em terapia ocupacional	66
Tabela 3	Áreas de realização de cursos stricto sensu	67
Tabela 4	Áreas de realização de cursos lato sensu	68
Tabela 5	Número de empregos no momento da coleta de dados	69
Tabela 6	Características do emprego	70
Tabela 7	Número de habitantes da cidade onde a instituição está localizada	71
Tabela 8	Faixa etária da população atendida no serviço ambulatorial	73
Tabela 9	Tipos dos serviços ambulatoriais especializados	74
Tabela 10	Profissionais que compõem a equipe dos serviços ambulatoriais onde atuam terapeutas ocupacionais	75
Tabela 11	Categoria profissional dos superiores imediatos dos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais	76
Tabela 12	Modelos teóricos utilizados para embasamento da prática dos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais	77
Tabela 13	Rotina de registro dos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais	78
Tabela 14	Recomendações institucionais recebidas pelos terapeutas ocupacionais para a realização dos registros	79
Tabela 15	Tipos de registros administrativos realizados por terapeutas ocupacionais em serviços ambulatoriais	79
Tabela 16	Subtipos de registros de avaliação realizados por terapeutas ocupacionais em serviços ambulatoriais	80
Tabela 17	Métodos utilizados pelos terapeutas ocupacionais para realizar os registros de avaliação	81
Tabela 18	Subtipos de registros de intervenção/acompanhamento realizados por terapeutas ocupacionais em serviços ambulatoriais	82

Tabela 19	Métodos utilizados pelos terapeutas ocupacionais para realizar os registros de intervenção/acompanhamento	83
Tabela 20	Métodos utilizados pelos terapeutas ocupacionais para realizar os registros de alta	84
Tabela 21	Fontes de conhecimento específico para a prática da documentação clínica por terapeutas ocupacionais	86
Tabela 22	Média de posição atribuída pelos terapeutas ocupacionais a cada finalidade da documentação clínica, sendo que quanto menor o valor maior a importância	87
Tabela 23	Associação entre os valores atribuídos a documentação clínica e a satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria documentação	93
Tabela 24	Importância relativa de cada variável independente para a satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria documentação	93
Tabela 25	Associação entre a atividade de ensino profissional no serviço ambulatorial e as finalidades atribuídas à documentação clínica pelos terapeutas ocupacionais	95
Tabela 26	Documentos jurídicos sobre a documentação clínica de origem do COFFITO	97
Tabela 27	Documentos jurídicos sobre a documentação clínica de origem do CFM	98
Tabela 28	Principais categorias identificadas de abordagem do tema documentação clínica em Notas, Pareceres Técnicos ou Despachos do CFM e do CREMESP	99
Tabela 29	Documentos jurídicos sobre a documentação clínica de origem do Ministério da Saúde	100

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Análise da variância (do inglês <i>Analysis of Variance</i>)
AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional (do inglês <i>The American Occupational Therapy Association</i>)
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CREFITO/3	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DOTSI	<i>Documentation of Occupational Therapy Session during Intervention</i>
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
RMOP	Registro Médico Orientado para o Problema
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA	20
1.2 CONCEPÇÕES ATUAIS SOBRE A DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA	26
1.2.1 <u>Conceito de prontuário do paciente/cliente/usuário</u>	26
1.2.2 <u>Terminologia adotada</u>	27
1.2.3 <u>Funções do prontuário do paciente/cliente/usuário</u>	29
1.2.4 <u>Diferentes aspectos envolvidos com a documentação clínica</u>	30
1.3 DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA E A TERAPIA OCUPACIONAL	36
1.3.1 <u>Diferentes aspectos envolvidos com a documentação clínica</u>	38
<u>para a terapia ocupacional</u>	
2 OBJETIVOS	48
3 MÉTODO	49
3.1 PESQUISA DE CAMPO	50
3.1.1 <u>Participantes</u>	50
3.1.2 <u>Instrumento</u>	52
3.1.3 <u>Coleta de Dados</u>	56
3.1.4 <u>Análise de Dados</u>	58
3.2 PESQUISA DOCUMENTAL	59
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	61
4 RESULTADOS	63
4.1 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	63
4.1.1 <u>Composição da amostra</u>	63
4.1.2 <u>Caracterização dos participantes</u>	65
4.1.3 <u>Caracterização do trabalho</u>	69
4.1.3.1 Caracterização do emprego	69
4.1.3.2 Caracterização da instituição	71
4.1.3.3 Caracterização do serviço ambulatorial	72
4.1.4 <u>Caracterização da documentação clínica</u>	77
4.1.4.1 Caracterização da rotina e informações gerais sobre os	77
registros no serviço ambulatorial	
4.1.4.2 Caracterização dos tipos de registros de documentação	80

clínica realizados pelos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais	
4.1.5 <u>Caracterização da percepção do terapeuta ocupacional sobre a documentação clínica</u>	85
4.1.5.1 Formação profissional específica para o desenvolvimento da documentação clínica	85
4.1.5.2 Impressões pessoais sobre o desenvolvimento dos registros	86
4.1.5.3 Valores atribuídos à documentação clínica	90
4.1.6 <u>Aspectos que interferem na percepção dos terapeutas ocupacionais em relação à documentação clínica</u>	92
4.2 RESULTADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL	96
4.2.1 <u>COFFITO</u>	96
4.2.2 <u>CREFITO/3</u>	97
4.2.3 <u>CFM</u>	98
4.2.4 <u>CREMESP</u>	99
4.2.5 <u>COFEN</u>	99
4.2.6 <u>Ministério da Saúde</u>	100
4.2.7 <u>Outros</u>	101
5 DISCUSSÃO	102
5.1 DISCUSSÃO SOBRE A PESQUISA DE CAMPO	103
5.2 DISCUSSÃO SOBRE A PESQUISA DOCUMENTAL	121
6 APONTAMENTOS FINAIS	132
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICES	141
ANEXOS	164

APRESENTAÇÃO

Ao optar pelo desenvolvimento de um estudo sobre a documentação clínica em terapia ocupacional, algumas questões estavam borbulhando em minha mente, e percebi que estas surgiram da minha prática profissional, muito antes de eu cogitar entrar para um programa de mestrado.

Vários motivos me levaram a esta temática, e acredito ser importante compartilhá-los para facilitar o entendimento dos caminhos trilhados na construção deste trabalho.

Primeiramente, desde muito nova valorizo a palavra escrita, chegando mesmo a ficar em dúvida sobre qual carreira seguir, pois a área da comunicação também me agradava muito. O interesse e o gosto não eram somente em ler, mas muito em escrever. Encantava-me poder escolher com exatidão cada palavra, para que a mensagem conseguisse traduzir os pensamentos, intenções e sentimentos.

Tendo optado pela terapia ocupacional, logo percebi que a palavra escrita teria também um papel importante e muito presente no meu cotidiano profissional. Mas agora a preocupação maior não era com a estética, criatividade ou emoção, mas sim com a comunicação mais eficiente e ética possível das minhas ações profissionais, o que a mim parece ser tão complexo quanto escrever poesias.

Diante das diferentes necessidades e possibilidades de registros na prática profissional, fui percebendo a magnitude desta ação, que transcendia a documentação pura das ações desenvolvidas, mas que estava vinculada aos diferentes interlocutores que a ela teriam acesso, e que envolviam aspectos muito mais amplos, como a legislação, o financiamento do serviço e a avaliação da qualidade.

E, mais recentemente, já no desenvolvimento do trabalho, com o estudo mais aprofundado sobre o tema, tomei maior consciência de um aspecto que considero de extrema relevância: o principal interessado nos nossos registros são as pessoas a quem prestamos atendimento. Os registros também são um

produto de nosso trabalho, e os sujeitos que atendemos devem ter um papel ativo em sua construção e se apropriarem destes documentos.

Na minha trajetória profissional me deparei diversas vezes com situações em que precisava refletir sobre os registros, como na estruturação de novos serviços, em processo de certificação de qualidade, no desenvolvimento de pesquisas, na necessidade de reconhecimento e divulgação do trabalho da terapia ocupacional para a equipe e na supervisão de estágio profissional. Nessas ocasiões encontrei pouca diretriz e material técnico-científico disponível sobre o assunto, e observei na prática a diversidade de formas de realizar os registros, percebendo que, conforme eram realizados, poderiam facilitar ou dificultar a atuação profissional.

Quando surgiu a oportunidade de fazer o mestrado passei alguns dias buscando questões que me suscitassem o interesse pelo estudo. Por estar há quase dez anos na prática e em um momento pessoal de mudanças bruscas de domicílio, não podendo desenvolver um estudo que dependesse de uma instituição ou fixação em um local específico, comecei a pensar em questões gerais para a terapia ocupacional. Assim, ambiciosa ou romanticamente, queria desenvolver um estudo que pudesse contribuir para o desenvolvimento da profissão de uma forma ampla.

Desta forma cheguei à temática da documentação clínica, que é atividade cotidiana do profissional em qualquer instituição ou área de atuação. Ao ler sobre o tema e perceber a ausência de material sobre ele no Brasil, logo me surgiu o interesse em saber como a documentação era realizada por aqui e, principalmente, o que os terapeutas ocupacionais achavam e percebiam desta rotineira atividade profissional.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda como foco central a documentação clínica em terapia ocupacional. Para isto, partiu-se do entendimento de documentação clínica em terapia ocupacional apresentado por Matthews e Jabri (2004), que a conceituam como toda informação registrada sobre o cliente/paciente/usuário, desde o encaminhamento até a alta.

Silva e Tavares-Neto (2007, p.114) ressaltam que “registrar informações é tarefa e dever diário de todos os profissionais da área da saúde”. Diante disso, buscou-se compreendê-la tanto de forma mais abrangente, no contexto amplo de sua concepção e uso nas diferentes práticas de assistência em saúde, como especificamente em relação à terapia ocupacional.

Tem-se que todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados a um paciente/cliente/usuário, assim como os documentos pertinentes a essa assistência, compõe o prontuário (POSSARI, 2007), sendo identificadas na literatura diferentes denominações para ele, como prontuário do paciente, prontuário médico, registro médico ou simplesmente prontuário.

Observa-se na literatura que a denominação, conceito, funções, propriedades, formas de registro e armazenagem e aplicabilidade do prontuário do paciente/cliente/usuário vêm se transformando ao longo da história. No entanto, é notório o valor a ele atribuído, por conter informações vitais para a intervenção clínica e gestão das instituições envolvidas com os serviços de assistência prestados (POSSARI, 2007; REIS et al., 2009; SILVA; TAVARES-NETO, 2007). Stumpf e Freitas (1997) ressaltam que a qualidade da assistência, do ensino e da pesquisa médica, o bom gerenciamento financeiro e organizacional da instituição e o correto atendimento às questões legais e jurídicas dependem da qualidade das informações contidas nos prontuários do paciente. Pode-se inferir que também a qualidade do ensino e pesquisa em outras áreas da saúde, que compartilham do prontuário, seja dependente da qualidade da informação nele contida. Além disso, os registros em prontuário

passaram a ser utilizados como critério de avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Para o desenvolvimento dos registros contidos no prontuário, diversos aspectos estão envolvidos, entre eles: linguagem e comunicação, questões ético-legais, formas de registro e armazenagem e avaliação da qualidade e auditorias (MATTHEWS; JABRI, 2004; MEZZOMO, 1991a; SAMES, 2005). Mezzomo (1991a) ressalta que as informações e documentos contidos no prontuário são elaborados por diferentes autores, formado pelo conjunto de profissionais que atendem ao paciente/cliente/usuário, incluindo o terapeuta ocupacional.

Os terapeutas ocupacionais podem trabalhar com uma variedade de clientes e contextos de atendimento, sendo que em todos eles precisará documentar suas intervenções (SAMES, 2005). Soares (2007) refere que esses espaços institucionais ou contextos de atendimento onde o terapeuta ocupacional está inserido podem ser espaços de intervenção na saúde, educação e programas sociais, e também o ambiente doméstico e de trabalho. Parte-se, neste trabalho, da perspectiva de documentação a partir do campo de assistência em saúde, clínico. No entanto, cabe ressaltar que estes profissionais desenvolvem registros sob perspectiva dos outros campos de atuação, como da educação, da assistência social e da cultura e lazer, cujos aspectos relacionados à documentação não serão abordados neste estudo.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

A realização de registros referentes à prática clínica acompanha a história do desenvolvimento das diversas ações, serviços e profissões da saúde, observando-se na literatura referências principalmente em relação ao desenvolvimento da medicina, da enfermagem e dos hospitais (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003; NOVAES, 2003; POSSARI, 2007; SHORTLIFFE; BARNETT, 1990 apud STUMPF; FREITAS, 1997).

Sinais sobre o registro de aspectos relacionados ao tratamento de problemas de saúde das pessoas remontam a Idade da Pedra, com dados

gravados em murais, estimando-se que antecedem ao ano 4.500 a.C. (CARVALHO, 1960 apud POSSARI, 2007).

Um dos primeiros documentos conhecidos é o papiro de Edwin Smith, atribuído ao egípcio Imhotep (3.000 – 2.500 a.C.), que fora médico, arquiteto, sacerdote, mágico, escritor e primeiro ministro do faraó Djoser. O papiro contém a descrição de 48 casos cirúrgicos e é considerado por alguns a pré-história clínica (CARVALHO, 1973 apud POSSARI, 2007).

Documentos sobre a atividade médica na Mesopotâmia, datados desde 3.000 a.C., são encontrados em peças de argila, sobre as quais foram traçados sinais cuneiformes da escritura assíria. Neles estão descritos casos clínicos e terapêuticos ou estabelecimento de prognósticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

Hipócrates, no século V a.C., estimulou os médicos a fazerem registros escritos, referindo que eles tinham dois propósitos: refletir de forma exata o curso da doença e indicar suas possíveis causas (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003). Sciliar (2007), ao discorrer sobre a história do conceito de saúde, refere que nos escritos atribuídos a Hipócrates existem diversos casos clínicos registrados, que trazem informações do paciente em si e do ambiente, revelando uma visão epidemiológica do problema saúde-enfermidade.

A partir do séc. XVIII, a forma, conteúdo e significado dos registros médicos se modificam como parte das transformações do conhecimento e das práticas médicas que caracterizaram o início da denominada medicina moderna e do "nascimento da clínica". Anteriormente, não possuíam um padrão definido e eram caracterizados por relatos de caso que buscavam, principalmente, registrar aqueles excepcionais. Com o surgimento da medicina moderna passam a ser atividade inerente à prática médica, configurando-se como "o relato sistematizado, elaborado pelo médico, durante ou após o atendimento a um paciente, das informações obtidas e das decisões tomadas" (NOVAES, 2003, p.39).

Tal transformação decorre da profunda mudança na compreensão da doença, que passa a ser entendida como um processo, que só pode ser

diagnosticada mediante observação sistemática, minuciosa e constante dos sintomas e sinais relatados e apresentados pelo paciente. Desta forma, passa a ser necessário o registro de todos os encontros entre médico e paciente (NOVAES, 2003).

Segundo Novaes (2003), para realização desta nova concepção de prática médica era preciso manter os pacientes sob vigilância constante, o que se tornou possível nos também novos hospitais, que passaram a ter por finalidade fazer as pessoas viverem, e não mais ajudá-las a morrer. O autor ainda refere que a partir daí se estabelece uma forte associação entre o registro médico e a atenção hospitalar.

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*), e vem de *hospes* – hóspedes, pois inicialmente o termo se referia as casas de assistência que recebiam diversos grupos de populações, como peregrinos, pobres e enfermos. Após, o termo hospital passou a ter a mesma aceção de *nosocomium*, palavra de origem grega que significa tratar os doentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

Em relação à documentação clínica, Marin e Azevedo (2003) referem que no Hospital São Bartolomeu, fundado na Inglaterra em 1137, já havia registros referentes aos pacientes internados para tratamento.

Já em 1580, na Itália, Camilo de Lellis¹ realizou significativas alterações no sistema de assistência aos pacientes e na administração dos hospitais, e em relação aos documentos dos pacientes, passou a exigir que constasse a prescrição médica individual, prescrição do regime alimentar, passagem de plantão e relatórios de enfermagem em cada plantão (MEZZOMO, 1991b).

No século XIX, Florence Nightingale (1820-1910), precursora da Enfermagem Moderna, no período em que tratava feridos na Guerra da Criméia² (1854-1856) já relatava que a documentação das informações

¹ Camilo de Lellis foi padre e fundador da irmandade Companhia dos Servidores Enfermos, e dedicou grande parte da sua vida ao cuidado de doentes em hospitais, sendo posteriormente declarado santo e tido como protetor de todos os enfermos e hospitais do mundo católico e patrono dos enfermeiros (BEZERRA; BACELAR, 2009).

² A Guerra da Criméia resulta de uma disputa entre Rússia e Turquia, devido ao interesse russo em tornar a Turquia sua província. Esta fora ajudada por Inglaterra e França e se saiu vitoriosa do conflito (SAVELLE, 1968).

relativas aos doentes era de fundamental importância para a continuidade dos cuidados prestados, enfatizando sua importância à assistência de enfermagem (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

No mesmo século, em 1877, o Hospital Geral de Massachussets, nos Estados Unidos, passa a arquivar os documentos clínicos, e em 1897 organiza um Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) (MEZZOMO, 1991b).

O SAME é o responsável pela identificação, controle, estudo e guarda de prontuários do paciente, isto é, por intermédio da 'matrícula' e 'registro' inicia e identifica o prontuário, depois por intermédio da 'estatística' faz-se a classificação nosológica, e finalmente pelo 'arquivo', eles são guardados e controlados. (MACHADO, 1971 apud POSSARI, 2007, p. 21)

No entanto, em 1880, também nos Estados Unidos, William Mayo observou que os registros de anotações de consultas de todos os pacientes eram mantidos, pela maioria dos médicos, em um documento único em forma cronológica, o que trazia grande dificuldade para localizar informações específicas sobre um determinado paciente. Após, em 1907, passa a adotar em sua clínica o registro individual para cada paciente, que passa a ser arquivado separadamente, dando origem ao prontuário médico centrado no paciente, e mantendo a orientação de forma cronológica, utilizada até o momento (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003).

Em 1910 foi publicado o primeiro documento sobre os registros e funções e conteúdo do prontuário do paciente, o relatório Flexner (STUMPF; FREITAS, 1997).

Pagliosa e Da Ros (2008) referem que esse relatório é fruto de pesquisa encomendada ao seu autor, Abraham Flexner, para avaliar a qualidade do ensino da medicina nos Estados Unidos e Canadá. O autor propôs um modelo de educação médica que apresentou grande repercussão em todo o mundo, sendo ainda utilizado em diversas escolas, embora atualmente seja bastante criticado. Tal modelo de educação é baseado no modelo biomédico e positivista, que já estava sendo adotado pelos profissionais da saúde naquela época, e considera o hospital como a principal instituição de transmissão do

conhecimento médico. Um dos aspectos apontados como positivo em seu modelo foi a introdução da racionalidade científica para a formação e prática médica. No entanto, ao focar somente este aspecto, deixa de abordar os demais fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Tais características influenciaram a realização e organização dos registros clínicos.

Pouco tempo depois, entre 1913 e 1918, o prontuário passa a ser reconhecido como o quarto de cinco “Padrões Mínimos de Assistência Hospitalar”. Tais padrões foram estabelecidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões e deveriam ser alcançados pelos hospitais que pretendessem sua aprovação. Para atingir o padrão, o corpo clínico do hospital deveria elaborar um prontuário do paciente que fosse acessível, atualizado e que contivesse todas as observações clínicas, exames e diagnósticos (ASANUMA, 1963 apud POSSARI, 2007).

A partir dessa iniciativa, foi despertado o interesse pelos SAMEs nos hospitais, inicialmente nos norte-americanos, e após difundindo-se por todo o mundo, inclusive no Brasil (ASANUMA, 1963 apud POSSARI, 2007). Em 1928 foi fundada a Associação Americana de Arquivo Médico e em 1966 a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico (MEZZOMO, 1991b).

No Brasil, a implantação do primeiro SAME, baseado no modelo norte-americano, ocorreu em 1943, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MEZZOMO, 1991b). Segundo Asanuma (1963 apud POSSARI, 2007), este serviço serviu de modelo para outros hospitais brasileiros e estrangeiros.

A partir de 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a valorizar e atribuir pontos segundo o nível de organização do SAME das instituições na classificação dos hospitais. Com isso, ocorreu um estímulo para que os hospitais introduzissem e organizassem tal serviço, pelo menos de forma incipiente (MEZZOMO, 1991b).

Além da forma inicial de registro e armazenagem em papel, a informática passa a ser utilizada nas práticas de saúde, e também irá influenciar a história

da documentação clínica. A partir da década de 60 observam-se os primeiros Sistemas de Informação Hospitalares, que possuíam como principal objetivo a comunicação entre diversas funções do hospital, como prescrição médica, controle de estoque e faturamento. E logo adiante os sistemas se expandiram e passaram a armazenar alguns itens do prontuário (FIGUEIREDO et al., 2007). Stumpf e Freitas (1997) referem que tais sistemas apresentavam como função inicial a comunicação e processamento de ordens médicas.

Em 1972 aconteceu um congresso nos Estados Unidos com o objetivo de estabelecer uma estrutura para os registros médicos ambulatoriais, e pouco tempo depois começaram a aparecer os primeiros Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP) (FIGUEIREDO et al., 2007). Stumpf e Freitas (1997) apontam que os PEPs são considerados mais do que versões automatizadas dos registros em papel: eles devem ser focados no paciente e conter informações relevantes para a sua assistência no decorrer do tempo; ser baseados em computador, mas não reproduzir fielmente o registro em papel, isto é, devem utilizar dos recursos da tecnologia da informação que permitam a inserção, armazenamento, recuperação, integração e disponibilização *on-line* dos dados; e ser a parte fundamental do Sistema de Informações em Saúde de cada organização, contribuindo eventualmente para um sistema nacional de informações em saúde.

Possari (2007) refere que a partir das transformações ocorridas em relação à medicina e aos modelos de atuação em saúde, e do aumento progressivo da complexidade do ambiente hospitalar no século XX, o conjunto de impressos e informações sobre o paciente se transformou em um elemento imprescindível a qualquer instituição hospitalar: o prontuário do paciente. Novaes (2003) aponta que as mudanças nos serviços de saúde, como a ampliação da assistência ambulatorial, também acarretaram mudanças nas práticas dos registros médicos.

1.2 CONCEPÇÕES ATUAIS SOBRE A DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

Como já apontado, a documentação clínica compreende todas as informações registradas sobre um cliente/paciente/usuário que irão compor o denominado prontuário.

Desta forma, faz-se pertinente a apresentação do conceito e da discussão sobre os termos utilizados para designar o prontuário, além da exposição de suas finalidades e outros aspectos envolvidos.

1.2.1 Conceito de prontuário do paciente/cliente/usuário

A palavra prontuário vem do latim *promptuarium*, e significa “lugar onde se guardam ou depositam as coisas de que se pode necessitar a qualquer instante” (NOVAES, 2003, p.43). Em relação à assistência a saúde, diferentes autores apresentam um conceito para o prontuário.

Stumpf e Freitas (1997, p. 75) dizem que é “o conjunto de documentos gerados, a partir do paciente, por todos os profissionais do hospital envolvidos em seu atendimento, quer seja ambulatorial ou de internação”. Schout e Novaes (2007, p. 937) referem que é “o documento onde devem estar registrados todos os episódios de atendimento ao paciente no serviço, de qualquer natureza e tipo de profissional”.

Na literatura brasileira, alguns autores utilizam a definição de prontuário do Conselho Federal de Medicina, presente na Resolução CFM 1.638/2002 (POSSARI, 2007; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Em tal resolução, o prontuário é denominado de prontuário médico e definido como:

[...] o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p.184)

Nas diferentes definições atuais, destaca-se a centralidade do indivíduo assistido, a unicidade do prontuário e a participação de todos os diferentes profissionais envolvidos com a assistência.

1.2.2 Terminologia adotada

Observa-se na literatura o uso de diferentes terminologias para denominar o prontuário, assim como algumas discussões sobre qual termo mais apropriado a ser utilizado.

Possari (2007) refere que o termo prontuário médico não é adequado. Primeiramente pela modificação internacional da visão da assistência em saúde, que infere que o usuário é o provedor de todas as informações constantes no prontuário e principal beneficiário deste; e segundo pela produção dos seus registros não ser realizada exclusivamente por médicos, mas por todos os profissionais envolvidos com a assistência. Desta forma defende o termo prontuário do paciente.

Teixeira (2008) também apresenta discussão sobre a terminologia e apoia o termo prontuário do paciente e não prontuário médico pelo fato de diversos profissionais da equipe interdisciplinar atuarem junto ao paciente e registrarem informações no documento.

Novaes (2003) reforça que a mudança do termo prontuário médico para prontuário do paciente vem acontecendo progressivamente devido ao reconhecimento dos direitos dos pacientes nos serviços de saúde. Corroborando com esta visão, Reis et al. (2009), ao discorrerem sobre o prontuário em relação à assistência em saúde mental, apresentam a discussão sobre a visão atual de considerar o usuário o proprietário de fato do prontuário, e as instituições seu guardião. Schout e Novaes (2006) também informam que o termo prontuário médico, historicamente utilizado, vem sendo substituído por prontuário do paciente.

Silva e Tavares-Neto (2007) citam diversas denominações: prontuário médico, do paciente ou do cliente e registro médico, mas não discutem o termo e acabam por utilizar em seu texto somente prontuário, que inclusive é definido

como uma das palavras-chaves. Outros autores também adotam simplesmente o termo prontuário (FIGUEIREDO et al., 2007; LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; REIS et al., 2009) e alguns optam pelo uso de prontuário do paciente, inclusive como palavra-chave (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003; STUMPF; FREITAS, 1997).

Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) utilizam o termo registro em saúde, e o uso do termo registro de enfermagem foi observado em textos específicos sobre esta profissão (MATSUDA et al., 2006; SANTOS; PAULA; LIMA, 2003).

Em relação ao prontuário em formato eletrônico, alguns autores adotam o termo prontuário eletrônico do paciente (PEP) (FIGUEIREDO et al., 2007; SILVA; TAVARES-NETO, 2007;) e outro utiliza o termo prontuário eletrônico (STUMPF; FREITAS, 1997).

No Brasil, a lista “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), publicada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde³, na versão mais atual, de 2012, apresenta os seguintes termos relacionados à documentação clínica: registros médicos, registros de enfermagem, registros odontológicos e sistemas computadorizados de registros médicos. Para o primeiro, registros médicos, define como sendo “registros de informações referentes às doenças dos pacientes”, e apresenta como sinônimos os termos: história clínica do paciente, registro de caso, prontuários e transcrição médica. Já em relação ao último termo, sistemas computadorizados de registros médicos, é apontado como opção para o termo prontuário eletrônico.

No presente estudo, por concordar com a visão de que o paciente/cliente/usuário é proprietário e maior beneficiário do prontuário, e

³ O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, destinado à cooperação técnica em informação científica em saúde. Ele também é conhecido pelo seu nome original: Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Anualmente publica a lista DeCS “para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) como LILACS, MEDLINE e outras” (informações disponíveis no endereço eletrônico oficial da instituição: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2012.htm> – acesso em 4 junho 2012)

partindo da perspectiva de assistência em saúde, será utilizado o termo prontuário do paciente/cliente/usuário sempre que o texto representar idéia de própria autoria. Quando a idéia for de outra autoria, o termo adotado pelo autor será mantido.

1.2.3 Funções do prontuário do paciente/cliente/usuário

Diversos autores discorrem sobre as funções do prontuário do paciente/cliente/usuário, sendo compiladas a seguir:

- a) Apoio à assistência, atenção à saúde: serve como fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisões; auxilia no raciocínio clínico; é um meio de comunicação entre todos os profissionais e atores envolvidos (FEARING, 1993; MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003; NOVAES, 2003; POSSARI, 2007; TEIXEIRA, 2008; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).
- b) Apoio à pesquisa: fornece dados para estudos clínicos, epidemiológicos e de avaliação da qualidade (FEARING, 1993; MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003; NOVAES, 2003; POSSARI, 2007; TEIXEIRA, 2008; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).
- c) Apoio ao ensino: auxilia na formação profissional (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003; POSSARI, 2007; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).
- d) Apoio à gestão dos serviços: fornece dados para cobranças, reembolsos e autorização dos seguros; oferece suporte para aspectos organizacionais, como informar acerca dos processos de trabalho, gerenciamento de custos e avaliação da qualidade do serviço prestado (MASSAD; MARIN;

AZEVEDO NETO, 2003; NOVAES, 2003; POSSARI, 2007; TEIXEIRA, 2008; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

- e) Apoio aos aspectos ético-legais: exerce papel de registro legal das ações dos diferentes profissionais que prestaram assistência ao paciente/cliente/usuário e documenta demandas legais (MASSAD; MARIN; AZEVEDO NETO, 2003; POSSARI, 2007; TEIXEIRA, 2008; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).
- f) Apoio à gestão pública: fornece dados para a implantação de políticas públicas (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Além das funções dos prontuários dos pacientes/clientes/usuários, são apontados como seus diferentes usuários: o próprio paciente/cliente/usuário e seus familiares, os profissionais diretamente envolvidos com os cuidados e gestão e os docentes e alunos de cursos da saúde (BART et al., 2011; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

Mezzomo (1991a) e Possari (2007) descrevem a finalidade do prontuário para os diferentes usuários, destacando-se aquelas para os pacientes/clientes/usuários: maior rapidez, eficiência e economia para atendimento, obtenção de diagnóstico e tratamento, com simplificação ou dispensa dos interrogatórios e exames e facilitação da continuidade do tratamento e comunicação entre diferentes equipes em caso de transferência de cuidados; servir como instrumento de defesa em caso de possíveis prejuízos e de reivindicações de direitos perante os profissionais envolvidos, as instituições prestadoras de serviço e os poderes públicos.

1.2.4 Diferentes aspectos envolvidos com a documentação clínica

Diferentes aspectos envolvidos com a documentação clínica são apontados na literatura, demonstrando a complexidade desta atividade.

Por se tratar de uma forma de comunicação, a linguagem apresenta-se como um desses aspectos. Sala (1998) ressalta que os registros possuem uma linguagem própria, com nomenclaturas e significados específicos.

Outra questão envolvida é a diversidade de pessoas que participam de sua construção, o que implicará em:

“[...]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, no sentido de dar transparência aos procedimentos realizados na assistência aos usuários dos serviços, melhorando a qualidade e a eficácia da atenção ao paciente. (MESQUITA; DESLANDES, 2010, p. 666)

Neste sentido, Darzins, Fone e Darzins (2006) relatam que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, fornece um quadro referencial conceitual e linguagem comum para todos os envolvidos com os cuidados em saúde, contribuindo para uma documentação, comunicação e conseqüente trabalho em equipe mais eficientes.

Mângia, Muramoto e Lancman (2008) reforçam que um dos objetivos da CIF diz respeito justamente à melhora da comunicação entre os diferentes indivíduos que a utilizam, como profissionais de saúde, pesquisadores, planejadores de políticas públicas e população em geral, através do estabelecimento de uma linguagem comum para a descrição da saúde e suas condições correlatas.

Já Farias e Buchala (2005) apontam que a incorporação do uso da CIF nas diferentes práticas de atenção à saúde ainda deve ser mais amplamente explorada no que diz respeito a maior aceitabilidade e validade em diferentes áreas, no impacto dos cuidados da saúde, no seu potencial em medir o estado funcional dos pacientes/clientes e no seu uso pelos sistemas de informação para elaboração de estatísticas da saúde.

Alguns autores descrevem métodos de registros que visam fornecer uma estrutura para o registro das intervenções em saúde. Um deles é o formato denominado anotações SOAP, sendo este termo um acrônimo para as quatro partes que irão compor o registro: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano. Tal

formato pode ser utilizado pelos diferentes profissionais da saúde (MATTHEWS; JABRI, 2004; RADOMSKI, 2005), e pode ser utilizado para registros de avaliação, intervenção e alta (PERINCHIEF, 2008).

Um sistema de documentação, denominado Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP), também é referido. Tal método favorece um modelo interdisciplinar no qual todos os serviços em atendimento de saúde integram a informação em um documento único. Neste modelo, os registros de evolução seguem o formato SOAP (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2008; RADOMSKI, 2005). Tal método foi criado em 1968, por Lawrence Weed, que influenciou o raciocínio médico sobre a documentação da assistência prestada. Neste modelo, o registro de informações é realizado centrado nos problemas detectados, associados a procedimentos diagnósticos e terapêuticos adotados, sendo que os registros ficam organizados de modo a serem indexados por cada problema médico do paciente (FIGUEIREDO et al., 2007; STUMPF; FREITAS, 1997).

Timby (2007), ao discorrer sobre os métodos de registro de enfermagem, cita alguns que são utilizados por profissionais de saúde de forma geral, como o registro narrativo. Este método envolve a escrita de informações sobre o paciente e as intervenções em ordem cronológica, não existindo um formato pré-estabelecido, assemelhando-se a um diário ou jornal. Como desvantagem para seu uso, aponta o tempo necessário para sua redação e leitura, assim como a dificuldade para busca de informações específicas e, dependendo da habilidade de quem o faz, podem ser omitidas informações pertinentes ou serem incluídas anotações não significativas.

Quanto à qualidade da documentação clínica, alguns estudos são observados na literatura brasileira demonstrando, em geral, qualidade aquém da esperada nos registros de diferentes profissionais e serviços (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; MATSUDA et al., 2006; SILVA; TAVARES-NETO, 2007). Silva e Tavares-Neto (2007) ressaltam que se não houver boa qualidade dos registros poderá haver o comprometimento do ensino e pesquisa clínica e do desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema de saúde do Brasil e da assistência a população.

Matsuda et al. (2006) desenvolveram um estudo para avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, analisando 124 anotações realizadas em prontuários de hospital-escola. Observaram que os dados não são redigidos de maneira sistemática e que os registros apresentaram diversos problemas, como falta de informações obrigatórias, rasuras e ilegibilidade. Discutiram que, neste sentido, os sistemas de informação informatizados poderiam contribuir para melhora destes aspectos. Também observaram dificuldade para compreensão das informações registradas e que muitas não refletiam a atuação dos profissionais, sugerindo que fossem feitos mais investimentos para melhoria da qualidade, como programas de orientação e treinamento dos profissionais na prática e uso de estratégias mais eficientes na formação profissional, buscando a realização de registros que retratem o mais fielmente possível a prática profissional.

Luz, Martins e Dynewicz (2007) também avaliaram os registros de enfermagem em prontuários de um hospital-escola, em unidades de internação de planos de saúde privados, para verificar a qualidade em contas hospitalares. Ao total, 144 prontuários foram analisados por meio de um *checklist* elaborado de acordo com a literatura, legislação e normas de enfermagem institucionais. Diversos problemas foram identificados em relação aos registros, sugerindo que fosse implantado programa de educação continuada no cotidiano da equipe de enfermagem, e que fossem realizados contínuos estudos nas instituições de saúde para “[...] medir a fidedignidade e as limitações de dados em prontuários, realizados por todos os profissionais que a ele têm acesso” (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007, p.360).

Silva e Tavares-Neto (2007) realizaram um estudo para investigar a qualidade de prontuários de hospitais que servem de campos de prática de cursos de graduação em medicina brasileiros. Foram analisados prontuários de 77 hospitais e observaram que a qualidade dos registros mostrou-se aquém da desejada. Além disso, dos possíveis registros profissionais, os de terapia ocupacional foram os menos freqüentes, inexistindo em 97,4% dos prontuários, embora não tenham informado se havia serviço de terapia ocupacional em

todos os hospitais que participaram do estudo. Também consideraram que a informatização poderia auxiliar na qualidade dos registros.

Quanto aos aspectos relacionados à organização, conteúdo e armazenamento dos prontuários do paciente/cliente/usuário, Stumpf e Freitas (1997) apresentaram um estudo que buscou a definição do conteúdo essencial do prontuário (que seriam as informações mais importantes do paciente a constar em arquivo de mais fácil acesso), como parte de um projeto que levaria a construção de um futuro prontuário eletrônico em um hospital escola. Como metodologia utilizaram grupos de discussão com os diferentes usuários envolvidos com o prontuário, sendo que da área da saúde participaram profissionais da medicina e enfermagem. Definiram as informações que seriam armazenadas no prontuário essencial, as que seriam armazenadas em um prontuário inativo, as que seriam substituídas por resumos consolidados, como resultados de exames, e as que seriam eliminadas. Apontaram que a forma de armazenamento em papel dificulta a adequada recuperação e utilização das informações, e que um criterioso registro e uso de tecnologia da informação para seu armazenamento e recuperação atenderiam mais prontamente às necessidades dos usuários.

Em relação à adoção de registros informatizados, observa-se nos diferentes estudos supra-citados vantagens para sua implantação. Figueiredo et al. (2007) desenvolveram um estudo de revisão de literatura que corrobora com esta afirmativa. Após análise de 18 referências nacionais e internacionais concluíram que o PEP facilitaria o trabalho dos profissionais da saúde, gerando informações seguras, confiáveis e mais facilmente acessíveis e compartilhadas sobre a vida clínica dos clientes/pacientes.

Em estudo desenvolvido por Santos, Paula e Lima (2003) para verificar os fatores relacionados à compreensão que enfermeiros têm frente ao sistema manual de registro de informações em instituições hospitalares, alguns apontamentos contribuem para a discussão ampla da prática de registros em saúde. Eles observaram que os enfermeiros mostraram-se insatisfeitos com o sistema de registro manual utilizado, que eram favoráveis às mudanças tecnológicas e de sistematização dos registros para viabilizar esta atividade,

mas que ao mesmo tempo estavam inseguros com tais mudanças. A insatisfação estava associada, em muito, ao tempo gasto para realizar o atual método de registro manual, além de não privilegiar a complexidade da assistência prestada, gerando desmotivação. A insegurança se relacionava ao pouco conhecimento sobre o sistema informatizado de informação. Consideraram que para mudar a forma de realização dos registros seria preciso uma mudança de paradigma, e que para isso seria importante compreender e interpretar a perspectiva do usuário dos registros e sistemas de informação, para extrair suas reais necessidades e realizar propostas que efetivamente apoiassem as intervenções clínicas e gerenciamento dos serviços.

Sala (1998) desenvolveu um estudo para compreender como se efetivava o registro médico em dois serviços diferentes de trabalho ambulatorial. Entrevistou sete gerentes e dez médicos e também utilizou dez registros médicos como objeto de estudo, mas buscou apreender menos a objetividade do que estava escrito e mais a representação que os médicos e gerentes construíam acerca do trabalho, da organização, da produção dos cuidados em saúde e do próprio registro. Observou que a forma de abordagem e atuação era bastante distinta nos dois serviços, mas que isso não se refletia nos registros, que eram constituídos considerando apenas os elementos biomédicos, sendo documentadas apenas as informações clínicas consideradas significativas para a tomada de decisão médica.

Em relação à percepção da utilidade dos prontuários, Reis et al. (2009) desenvolveram um estudo para verificar a percepção dos coordenadores de serviços de saúde mental infantil do estado de São Paulo. Identificaram que a utilidade para a equipe foi muito expressiva, sendo os prontuários percebidos como importantes instrumentos de trabalho para a intervenção clínica e comunicação entre equipes. No entanto, não foi percebida a utilidade do prontuário para o usuário, sugerindo que, apesar dos avanços obtidos nos planos ético e político, em relação aos prontuários ainda persiste um entendimento de que eles são voltados exclusivamente para a equipe técnica ou para o setor administrativo.

Quanto às questões ético-legais, diversos estudos apontaram documentos jurídicos brasileiros que norteiam o prazo de armazenamento dos prontuários e acesso as informações, e que direcionam qual conteúdo deve ser registrado no prontuário, como leis, resoluções e Códigos de Ética das diferentes categorias profissionais (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; MESQUITA; DESLANDES, 2010; REIS et. al., 2009; STUMPF; FREITAS, 1997).

Além disso, Klück e Guimarães (2002) realizaram pesquisa em documentos jurídicos brasileiros contidos no Código Civil, Código Penal, Código de Ética Médica, Código de Ética de Enfermagem e Resoluções do Conselho Federal e Regionais de Medicina, para elaborar um manual do prontuário para uso em um hospital universitário. Os achados foram organizados e compilados no manual em quatro seções: conceito, finalidades e usuários do prontuário; registro das informações: obrigatoriedade, conteúdo, qualidade, identificação; guarda dos prontuários: segurança, prazos de armazenamento, informática; e sigilo e privacidade: direitos e deveres dos diferentes usuários dos prontuários em relação à consulta e cópias dos documentos.

1.3 DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA E A TERAPIA OCUPACIONAL

A documentação clínica em terapia ocupacional compreende toda informação registrada sobre o cliente, desde o encaminhamento até a alta, podendo ser incluída nos registros médicos/clínicos ou servir de apoio para a prática exclusiva da terapia ocupacional (MATTHEWS; JABRI, 2004). Nela registra-se o raciocínio sobre o diagnóstico, planos de tratamento, ações e resultados da intervenção terapêutica ocupacional (ROGERS; HOLM, 1991).

A documentação clínica precisa ser realizada sempre que o serviço de terapia ocupacional é oferecido a um cliente, seja este um indivíduo, grupo, organização ou população (AOTA, 2008a). Ela constitui uma das mais importantes funções que sustentam a intervenção clínica, e os terapeutas

ocupacionais utilizam importante parte do horário diário de trabalho para realizá-la (PERINCHIEF, 2002; PIERRE; SONN, 1999).

Fearing (1993) refere que documentar o processo de terapia ocupacional é uma responsabilidade profissional, mas que seu aprendizado é geralmente uma experiência desorganizada e, muitas vezes, insatisfatória para os terapeutas ocupacionais.

Hedberg-Kristensson e Iwarsson (2003) ressaltam que a documentação realizada de forma incorreta pode influenciar negativamente o tratamento terapêutico ocupacional. Além disso, omissões e erros podem causar dúvidas a respeito da precisão de todo o registro, cabendo ao terapeuta ocupacional certificar-se de que todas as exigências para sua execução sejam satisfeitas em tempo hábil (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2002). Já a falta de documentação deve ser vista como uma prática inadequada (FEARING, 1991).

Darzins, Fone e Darzins (2006) afirmam que as práticas de registro muitas vezes podem ser ineficientes por não mostrarem o que é realmente importante para o cliente e os benefícios da intervenção, que podem levar a uma desvalorização do processo de reabilitação em geral e da terapia ocupacional em particular.

Já McGuire (1997) enfatiza que, independentemente do público-alvo a quem esta documentação se destina, o terapeuta ocupacional deve fazer registros que estejam de acordo com os valores e conceitos fundamentais da terapia ocupacional, e com as reais necessidades do cliente.

Em relação às finalidades dos registros clínicos para a terapia ocupacional, a literatura aponta as mesmas referidas para o prontuário de forma geral, incluindo apoio à assistência, à educação, à gestão dos serviços e aos aspectos éticos (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2002; PIERRE; SONN, 1999; RADOMSKI, 2005).

Matthews e Jabri (2004, p.99) destacam que “a documentação é a via principal por onde os provedores de saúde comunicam a outros informações sobre um cliente ou paciente”, e que ela é consultada por um grande número de pessoas com objetivos diversos, servindo a diferentes fins, incluindo pesquisa e ensino. A importância dos registros para assegurar o pagamento

dos serviços de terapia ocupacional pelas fontes financiadoras é outro ponto bastante enfatizado na literatura consultada (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2002; RADOMSKI, 2005).

Os registros clínicos são realizados para documentar diferentes momentos do processo terapêutico. A Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) realizou diversas publicações que orientam a prática da documentação clínica. Na referência mais atual: “Diretrizes para a Documentação em Terapia Ocupacional” (tradução nossa), publicada em 2008, os registros são descritos segundo três áreas do processo terapêutico: avaliação, intervenção e resultados. Para cada tipo de registro⁴, recomenda quais informações são pertinentes e fundamentais para sua elaboração com qualidade (AOTA, 2008a).

Em relação à avaliação inclui registros referentes à triagem e aos relatórios de avaliação inicial e reavaliação periódica. Em relação à intervenção inclui plano de intervenção, notas de contato do serviço de terapia ocupacional, relatório de progresso e plano de transição (realizado quando o cliente precisa ser transferido para outro serviço de terapia ocupacional). Em relação aos resultados inclui o relatório de alta (AOTA, 2008a).

1.3.1 Diferentes aspectos envolvidos com a documentação clínica para a terapia ocupacional

Perinchief (2002) refere que a documentação, por se tratar de uma forma de comunicação, precisa utilizar uma linguagem correta, com terminologia apropriada para o ambiente e pertinente ao terapeuta ocupacional. Neste sentido, observam-se propostas desenvolvidas no exterior que, dentre outros propósitos, auxiliam os terapeutas ocupacionais a utilizarem uma linguagem comum à profissão.

Nos Estados Unidos, a AOTA publicou, em 1994, um documento denominado “Terminologia Uniforme da Terapia Ocupacional”, que foi

⁴ O termo tipo de registro doravante utilizado refere-se sempre a descrição da AOTA (2008a) segundo as três áreas do processo terapêutico, sendo somente substituído o termo “resultados” por “alta” por considerá-lo mais próximo do utilizado em nossa prática clínica.

aprimorado, dando origem ao documento “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo”, publicado pela primeira vez em 2002 e revisado em 2008 (DRUMMOND, 2007).

Estes documentos foram desenvolvidos a partir do foco da profissão no estudo da ocupação, na tentativa de delinear uma linguagem comum dos constructos que sustentam a terapia ocupacional, independente da área de atuação. Eles são considerados referência, principalmente no país de origem, para que o profissional possa comunicar com mais facilidade o seu trabalho em equipe, em eventos e publicações, e para esclarecer como se aplicam os conhecimentos específicos da terapia ocupacional (DRUMMOND, 2007).

Oliveira et al. (2012) referem, na primeira publicação brasileira identificada específica sobre o tema, que os registros e anotações realizados por terapeutas ocupacionais em prontuários devem seguir as orientações propostas por tal documento da AOTA, utilizando as categorias nele descritas para classificar as diferentes ocupações e atividades para descrever o desempenho ocupacional do seu cliente/paciente/usuário.

No entanto, em estudo desenvolvido com 94 terapeutas ocupacionais americanos em 2005, com o objetivo principal de verificar o nível de concordância entre a categorização dos termos básicos utilizados pelos terapeutas ocupacionais e os apresentados na “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo” (versão 2002), foi observado mais discordância do que concordância entre os termos e concluiu-se que a terminologia e sistema de categorização propostos não estavam mostrando-se úteis para a prática, educação e pesquisa. Recomendaram, inclusive, que a AOTA abstivesse-se de desenvolver sistemas de classificação até um consenso dos profissionais das diferentes áreas (BUTTS; NELSON, 2007).

Na Europa, a Rede Européia de Terapia Ocupacional no Ensino Superior constituiu um grupo com representantes de seis países, que falam seis línguas diferentes, para desenvolver um projeto que buscasse encontrar uma terminologia comum para os principais termos utilizados pela profissão. Tal projeto tinha por propósito auxiliar na harmonização da educação em terapia ocupacional na Europa. O projeto culminou com a publicação de um

livro em 2010, *The Core Concepts of Occupational Therapy: a Dynamic Framework for Practice*, no qual se apresenta uma estrutura conceitual construída a partir de termos chaves usados pelos terapeutas ocupacionais para descreverem e explicarem sua prática (CREEK, 2010).

Ambas as propostas foram desenvolvidas sob influência do novo modelo de saúde proposto pela CIF (AOTA, 2008b; CREEK, 2010). Darzins, Fone e Darzins (2006) referem que os terapeutas ocupacionais apresentam mais facilidade para entender os conceitos da CIF devido ao papel central da ocupação em sua proposta, mas que sua terminologia não deve substituir a linguagem específica da terapia ocupacional, e sim coexistirem e serem empregadas conforme conveniência.

Outro aspecto destacado pela literatura é a influência dos modelos teóricos adotados pelo terapeuta ocupacional para o desenvolvimento da documentação clínica. Kyle e Wright (1996, p. 193, tradução nossa) referem que “o desenvolvimento de qualquer ferramenta, avaliação ou técnica de intervenção deve começar com a seleção de um modelo teórico”. Já Watson (1992) refere que os registros precisam refletir o modelo adotado pelo serviço e promover a prática da profissão.

Além disso, para documentar as intervenções da terapia ocupacional não há um método exclusivo ou padrão; porém, independentemente do método adotado, é fundamental que as informações sejam claras, concisas, objetivas e completas (MATTHEWS; JABRI, 2004). Ao realizá-las, deve-se considerar o público-alvo a quem este registro se destina (RADOMSKI, 2005).

Alguns autores discorrem sobre o uso das anotações SOAP pelos terapeutas ocupacionais, que pode ser utilizado para registros de avaliação, intervenção e alta. O método de Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP) também é referido (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2008; RADOMSKI, 2005).

Quatro estudos foram identificados apontando o desenvolvimento de modelos específicos para registros das intervenções terapêuticas ocupacionais, tendo cada um deles adotado referencial teórico distinto para embasamento das propostas desenvolvidas. Todos demonstraram preocupação com o tempo

gasto para o registro, linguagem técnica apropriada e direcionamento das informações a serem registradas, de forma que o conteúdo fosse objetivo e que produzisse as especificidades da terapia ocupacional e possibilidades de mensurar seus resultados de intervenção.

O primeiro, de Watson (1992), apresenta um formato para a documentação de registro de avaliação, desenvolvido em um serviço que atende crianças, mas que pode ser utilizado com outras faixas etárias e em diferentes áreas de atuação. A proposta foi desenvolver um método que refletisse o “Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional”, usando como embasamento teórico para sua proposição tanto as “Diretrizes para Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” quanto a “Terminologia Uniforme da Terapia ocupacional” da AOTA. O formato apresentou as informações a constar, sua organização e a terminologia apropriada, divididos em cinco seções: introdução, avaliação, interpretação, objetivos e recomendação. Concluiu que o formato proposto produziu relatórios de avaliação compreensivos, que permitiram registrar a especificidade da terapia ocupacional e auxiliar no acompanhamento do progresso da intervenção, além de agilizarem possíveis encaminhamentos.

Fearing (1993) apresenta uma proposta para a documentação de todo o processo terapêutico, baseado nas “Diretrizes para Terapia Ocupacional Centrada no Cliente”. A proposta é mais abrangente e está intrinsecamente relacionada à intervenção a partir do modelo teórico adotado, constituindo-se como parte integral do processo terapêutico. Para os registros é dada ênfase no protagonismo do cliente, sendo que cada problema é identificado, nomeado e validado junto com ele, assim como são negociados as responsabilidades e os resultados esperados. Apresenta orientações para o registro de cada etapa do processo terapêutico e, ao final do tratamento, é esperado que o cliente tenha acesso a todo seu registro clínico, e que o leia sem surpresas. Aponta que este modelo esteve em uso por alguns anos em serviço hospitalar e que passou a ser utilizado como base para ensino profissional, identificando-se diversos benefícios, entre eles: melhorar o foco de atuação na performance ocupacional, facilitar o entendimento da equipe do propósito da terapia

ocupacional e refletir seu raciocínio clínico, e promover consistência na qualidade e conteúdo da documentação independente do terapeuta ocupacional que a realizou.

Kyle e Wright (1996) apresentam outro formulário de registro de avaliação. Este foi desenvolvido na área de saúde mental, mas é indicada sua aplicação em outras áreas, com as adaptações necessárias. Para sua construção foi eleito o “Modelo de Ocupação Humana” como referência, mas também se embasaram nas “Diretrizes para Terapia Ocupacional Centrada no Cliente”. O formato é composto por duas partes: a primeira é descritiva e contém comentários gerais, lista de problemas e objetivos do cliente e plano de tratamento; a segunda é constituída por um *checklist* com as habilidades essenciais avaliadas pelo terapeuta ocupacional, com espaço para comentários. Apontam que o formato mostrou-se eficiente para verificar o progresso do cliente ao longo do tempo, e que também auxiliou a identificação do papel e escopo do terapeuta ocupacional para o leitor. Destacam que o uso do modelo teórico é importante, mas que seu papel é maior em relação ao conteúdo, podendo a terminologia adotada ser adaptada para melhorar o entendimento pelo público a quem o registro se destina.

Mais recentemente, Bart et al. (2011) apresentaram um formulário para o registro do processo de intervenção, o “*Documentation of Occupational Therapy Session during Intervention (DOTSI)*”. O estudo foi desenvolvido em contexto de intervenção pediátrica, tanto clínica quanto na área da educação, mas ressalta-se que outros estudos podem ser realizados para validar seu uso com outras populações e contextos. Como referencial teórico o modelo baseou-se na “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo”, da AOTA, e na CIF, da OMS. O *DOTSI* deve ser preenchido ao final da intervenção, informando o nome de cada atividade realizada e tempo de duração, e para cada uma segue uma parte que inclui oito aspectos: contexto físico do tratamento, contexto social do tratamento, tipos de intervenção, fatores do cliente, habilidades de desempenho, padrões de desempenho, áreas de ocupação e estratégias de intervenção. Também há um local para descrever as respostas da criança durante cada atividade. Verificou-se que o *DOTSI*

demonstrou aceitáveis propriedades psicométricas, podendo ser usado como uma medida confiável e válida para a documentação das intervenções terapêuticas ocupacionais. Seu uso pode estimular o desenvolvimento do raciocínio clínico pelo terapeuta ocupacional, e o modelo pode ser adaptado para o uso de outros profissionais da saúde.

Em relação à qualidade, McGuire (1997) definiu alguns princípios gerais para uma documentação de terapia ocupacional ter padrão excelente, destacando: a necessidade de se concentrar nos aspectos da funcionalidade do cliente, envolvendo os níveis prévios, atuais e evolução da função em relação aos objetivos do tratamento; a explicitação das causas que restringem a função; a informação sobre o progresso, seus possíveis motivos de lentidão ou retrocesso, e expectativas do tratamento; a explicitação do nível de segurança e competência para desempenho funcional; e maior enfoque na descrição dos tipos de serviços especializados oferecidos ao invés da descrição detalhada das atividades desenvolvidas nos atendimentos.

Hedberg-Kristensson e Iwarsson (2003) desenvolveram um estudo para avaliar aspectos relacionados à qualidade dos registros, com foco particular no processo de prescrição de tecnologia assistiva. Ao todo, 182 registros, de serviços de dois municípios da Suécia, com rotinas distintas, foram avaliados segundo um protocolo desenvolvido com base na legislação local, recomendações oficiais de órgãos de saúde e de terapia ocupacional, e experiência prática em terapia ocupacional e prescrição de tecnologia assistiva. Os itens avaliados foram: dados administrativos, níveis de anamnese (ou avaliação), níveis de status (padrão funcional), níveis de análise (problemas identificados), níveis de objetivos, níveis de medidas durante acompanhamento e níveis de resultados. Identificaram que nenhum dos dois grupos demonstrou alto nível de qualidade, contendo falhas ou ausência de registros dos diferentes itens avaliados, e concluiu que é necessário o desenvolvimento de qualidade na documentação da terapia ocupacional, de forma geral e especificamente em relação à prescrição de tecnologia assistiva.

Segundo Perinchief (2002), as orientações sobre os registros utilizados pelo terapeuta ocupacional variarão de acordo com a legislação, exigências

institucionais e padrões de certificações de sistemas de qualidade. O autor considera que, pela diversidade de exigências, muitos profissionais podem achar esta tarefa “esmagadora”⁵.

Fearing (1991) também aponta que a prática da documentação, tratada por “papelada”, é frequentemente mencionada como produtora de sentimento de barreira para a satisfação dos terapeutas ocupacionais com o trabalho. Por isso, deve ser tida como um problema que precisa ser examinado para que se identifiquem as causas de insatisfação e que se busquem resolução.

Pierre e Sonn (1999) apresentam um estudo realizado na Suécia com 11 terapeutas ocupacionais, que atuavam em serviço especializado em idosos, com objetivo de identificar os significados associados ao conceito de documentação própria da terapia ocupacional. Cinco diferentes contradições foram percebidas pelos profissionais dentro do processo de realização de documentação própria da terapia ocupacional: entre a linguagem cotidiana e linguagem profissional, entre a documentação altamente estruturada e comunicar uma visão global do paciente, entre as demandas jurídicas e éticas e as condições ambientais de trabalho, entre diferentes expectativas dos vários destinatários dos registros e entre o raciocínio clínico terapêutico ocupacional e médico. Concluem que, apesar do número pequeno da amostra, o estudo fornece informações sobre preocupações dos terapeutas ocupacionais referentes à documentação, e enfatiza a importância de esclarecer a linguagem técnica profissional.

Posteriormente, Pierre (2001) publica uma outra parte do mesmo estudo, com o objetivo de verificar quais práticas os terapeutas ocupacionais valorizam em seu dia-a-dia de trabalho, mas que não são incluídas na documentação clínica. Para isso entrevistaram os 11 profissionais e analisaram o conteúdo de 22 prontuários, com base no Código de Ética e outros documentos locais sobre documentação clínica e terapia ocupacional. Identificaram que, mesmo quando os registros eram realizados de acordo com o processo terapêutico estabelecido, os profissionais poderiam se sentir insatisfeitos com eles, por motivos que iam além dos aspectos ético-legais. Observaram que algumas

⁵ Grifo do próprio autor.

práticas eram valorizadas e realizadas, porém não registradas, como: focar no desempenho ocupacional do paciente; estabelecer contato e diálogo diário com os pacientes, em situações não tidas como de atendimento propriamente dito; supervisionar não formalmente o paciente nas atividades diárias, obtendo informações que serão utilizadas para o processo terapêutico; oferecer apoio emocional e compreender os problemas do paciente. Tais ações foram identificadas como domínios não registrados, principalmente por questões relacionadas à linguagem técnica, apontando grande dificuldade dos terapeutas ocupacionais em nomeá-las. Finalizaram apontando que o próximo grande desafio da profissão seria o estabelecimento de uma “linguagem da ocupação”.

Davis et al. (2008) realizaram um estudo para verificar as opiniões, percepções e atitudes de terapeutas ocupacionais clínicos e de outros profissionais envolvidos com esta prática sobre a comunicação de evidência na documentação, baseada no modelo da Prática Baseada em Evidência (PBE). Para isto, aplicaram questionário on-line com terapeutas ocupacionais clínicos do centro-oeste dos Estados Unidos, com 126 participantes, e metodologia de pesquisa qualitativa, pesquisa Delphi, com 11 profissionais envolvidos (gestores e profissionais de agências financiadoras). Observaram que os profissionais apontam barreiras para a atuação segundo a PBE, tais como restrição de tempo, exigência de produtividade e falta de entendimento das pesquisas publicadas, e que estas barreiras também interferem na documentação das evidências utilizadas para embasar a intervenção nos registros dos pacientes. Além disso, os profissionais consideram necessário comunicar as evidências que embasam suas intervenções quando precisam justificar financiamento do serviço prestado ou quando o serviço/instituição de trabalho exige. Observaram ainda que comunicar evidências nos registros dos pacientes é uma prática inovadora, que não existe modelo ou diretrizes para sua execução, e que seriam necessárias iniciativas organizacionais para dar suporte a esta ação.

Desta forma, na literatura consultada, fica clara a necessidade e utilidade de se registrar as intervenções da terapia ocupacional. No entanto, há

pouca informação, discussão e consenso sobre o processo de se documentar os registros clínicos, assim como estudos que evidenciem quais melhores modelos e diretrizes para sua execução e qual a percepção dos profissionais sobre esta atividade.

Na literatura acessada, majoritariamente estrangeira, observada em capítulos de livros, documentos de associações de classe e artigos científicos, identificou-se, entre outros: tentativa de padronização e estruturação nos processos de documentação; propostas de linguagem técnica com terminologia comum e foco na funcionalidade; sugestões de métodos de registro e apontamentos sobre as impressões dos profissionais sobre a prática dos registros. Evidenciou-se, nas diferentes publicações, o uso de modelos conceituais de terapia ocupacional com foco na ocupação e características políticas, ético-legais e sócio-culturais dos países de origem.

Ao analisar tais publicações, torna-se difícil a aplicabilidade irrestrita de suas orientações sobre a documentação clínica em terapia ocupacional à realidade brasileira, que apresenta características políticas, ético-legais e sócio-culturais distintas das dos países onde foram publicadas.

Em contrapartida, observa-se a exigência cada vez maior das instituições de saúde pela qualidade dos registros, impulsionada pelos sistemas de certificação de qualidade e pelo novo modelo de saúde proposto pela CIF.

Além disso, segundo Drummond (2007, p.16), “[...] no Brasil, tem sido constante a multiplicidade de discursos feitos acerca dos fundamentos da terapia ocupacional, não enveredando no estudo da ocupação propriamente dita”. Refere ainda que alguns terapeutas ocupacionais estão se concentrando no estudo do cotidiano para melhor compreensão do campo da terapia ocupacional, e que esta é uma visão distinta do foco na ocupação. Nota-se que os modelos conceituais utilizados pelos terapeutas ocupacionais brasileiros podem diferir dos utilizados nas publicações internacionais sobre documentação clínica, o que irá interferir nos modelos de registro, conteúdo e linguagem técnica e ser utilizada.

Diante desse panorama, é pertinente indagar como os terapeutas ocupacionais realizam e percebem os recursos que dispõem para o desenvolvimento desta rotineira atividade profissional: a documentação clínica de suas intervenções.

Desta forma, a busca por produção de conhecimento que facilite e viabilize uma documentação em terapia ocupacional mais criteriosa para a realidade brasileira pode contribuir para uma atuação com mais qualidade, que facilite a comunicação entre os terapeutas ocupacionais e destes com a equipe e instituições nas quais atuam.

Para iniciar esta busca, acredita-se ser primeiramente importante identificar a realidade vivenciada pelos próprios terapeutas ocupacionais, assim como suas percepções em relação ao desenvolvimento dos registros, evitando-se a proposição de orientações e metodologias de registro não compatíveis com a prática desenvolvida. Também se mostra relevante identificar quais os parâmetros ético-legais pertinentes à realização desta atividade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar como está sendo realizada e qual a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre a prática da documentação clínica em assistência ambulatorial, no Estado de São Paulo, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os terapeutas ocupacionais e respectivos serviços ambulatoriais onde atuam no Estado de São Paulo;
- Verificar quais os tipos de registros mais utilizados pelos terapeutas ocupacionais;
- Identificar os diferentes modelos/métodos de registro utilizados para a documentação clínica;
- Verificar a avaliação dos terapeutas ocupacionais em relação à satisfação, e dificuldades e facilitadores percebidos para o desenvolvimento dos registros;
- Identificar os aspectos legais/jurídicos envolvidos com a documentação clínica no Brasil.

3 MÉTODO

O presente trabalho refere-se ao desenvolvimento de um estudo transversal, descritivo e exploratório, de pesquisa de campo e documental, com predomínio de abordagem quantitativa, mas com componentes de enfoque qualitativo, desenvolvido no Estado de São Paulo, Brasil, nos anos de 2011 e 2012.

O estudo é considerado exploratório por ser aplicado a um problema de pesquisa ainda pouco conhecido, buscando conhecer um contexto, uma situação (SAMPIERE, COLLADO, LUCIO, 2006). Já a característica descritiva está associada ao modelo transversal descritivo definido por Sampiere, Collado e Lucio (2006, p.228) como aquele que consistirá em “medir ou situar um grupo de pessoas, objetos, situações, contextos, fenômenos, em uma variável ou conceito (geralmente mais de uma variável ou conceito) e proporcionar sua descrição”.

Para responder aos objetivos propostos, a pesquisa foi desenvolvida em duas etapas distintas: pesquisa de campo e pesquisa documental.

Na etapa de pesquisa de campo optou-se por utilizar como fonte de informação os relatos dos terapeutas ocupacionais. Segundo Luna (2003), os relatos verbais, orais ou escritos, podem ser fontes controversas de informação, pois serão um correlato de algum fenômeno. No entanto, para o propósito do estudo, considerou-se ser a fonte mais direta possível o relato dos profissionais sobre a prática da documentação do que, por exemplo, os registros realizados por eles.

Devido à influência descrita por diversos autores dos aspectos legais na realização dos registros clínicos para a terapia ocupacional (MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2002; PIERRE; SONN, 1999; RADOMSKI, 2005) e por somente ser obtido, por revisão de literatura, estudos que abordassem este foco de forma não específica para a terapia ocupacional (KLUCK;

GUIMARÃES, 2002; LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; MESQUITA; DESLANDES, 2010; REIS et. al., 2009; STUMPF; FREITAS, 1997), optou-se por realizar pesquisa documental complementar ao tema. Esta etapa objetivou identificar os documentos jurídicos brasileiros que abordam a documentação clínica de forma geral e especificamente para a terapia ocupacional, de abrangência nacional ou na unidade federativa do local da pesquisa de campo, São Paulo. Com estes dados pretendeu-se uma melhor contextualização e obtenção de subsídios para discussão dos resultados da pesquisa de campo.

3.1 PESQUISA DE CAMPO

Descreve-se a seguir os procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa de campo.

3.1.1 Participantes

Participaram do estudo terapeutas ocupacionais ativos do Estado de São Paulo, Brasil, que estavam atuando em instituições de saúde, públicas ou privadas, que ofereciam assistência ambulatorial⁶. Foram excluídos os indivíduos inativos ou que não atuassem diretamente em atividades clínicas em assistência ambulatorial.

Esta população foi eleita por duas razões. Em relação ao local, o Estado de São Paulo é a unidade federativa que concentra o maior número de profissionais do Brasil. De acordo com dados disponibilizados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO/3),

⁶ Segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96 NOB) a assistência constitui um dos campos de atenção à saúde, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar. Nela enquadra-se todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde: atenção básica, especializada (média complexidade) e alta complexidade (BRASIL, 1996).

dos 13.752⁷ terapeutas ocupacionais registrados no Brasil até 30 de junho de 2012, data final para coleta dos dados, 4.507⁸ (32,8%) estavam vinculados ao CREFITO/3, que hoje responde exclusivamente pelo Estado de São Paulo.

Em relação ao recorte específico, observa-se grande número de variáveis envolvidas na prática profissional de terapeutas ocupacionais, o que dificultaria a análise dos dados obtidos. Assim, sabendo-se que as práticas de documentação variam de acordo com os ambientes da prática profissional (AOTA, 2008a; PERINCHIEF, 2008), foram eleitos os profissionais que atuassem em serviços ambulatoriais, pois neste ambiente percebe-se maior oportunidade de desenvolvimento dos diferentes tipos de registros pelos terapeutas ocupacionais, considerando a possibilidade do paciente/cliente/usuário permanecer maior tempo em tratamento e serem desenvolvidas diferentes modalidades de intervenções, conforme observado em prática clínica.

Para a determinação do número da amostra foi realizada consulta estatística para que os dados produzidos fossem potencialmente significativos, e permitissem generalização dos resultados obtidos. Devido à inexistência da informação do número de terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial em São Paulo, ou de outras informações relativas aos registros, para o cálculo da estimativa da amostra foi indicada a utilização de dados preliminares da coleta de dados, para que o cálculo fosse baseado na distribuição das respostas de variáveis primordiais para o estudo.

Para o cálculo, deve-se eleger uma variável considerada primordial na busca do objetivo do estudo. Neste caso, a eleita foi a satisfação com a própria documentação clínica, tendo por parâmetro o percentual de respostas correspondente ao conceito insatisfeito. Esta informação foi considerada como de extrema relevância para identificar as atitudes e atributos inferidos pelos profissionais diante da prática dos registros.

⁷ Informação disponível no endereço eletrônico oficial do COFFITO (<http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>), acessada em 30 de junho de 2012, mas informado que a última atualização dos dados foi realizada em 09 de abril de 2012.

⁸ Informação disponível no endereço eletrônico oficial do Crefito/3 (http://www.crefito.com.br/app_site/webgovpes.htm), acessada em 30 de junho de 2012, não sendo informada a data da última atualização dos dados.

Desta forma, o cálculo da estimativa foi realizado em 04 de junho de 2012, após término do prazo inicial para a coleta, com dados apresentados por 61 respondentes na variável adotada. As estimativas ($n(0,05)$) foram calculadas com estipulação de erro máximo, para mais ou para menos, de 5 pontos percentuais, respeitado o intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Assim, chegou-se ao valor mínimo da amostra de 72 respondentes, o que fez com que o questionário fosse divulgado e disponibilizado por um período maior para que se atingisse o número mínimo pretendido.

3.1.2 Instrumento

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com questões predominantemente fechadas desenvolvido pela pesquisadora. “Um questionário consiste em um conjunto de questões com relação a uma ou mais variáveis a serem medidas” (SAMPIERE; COLLADO; LUCIO, 2006, p. 325).

Segundo Alvarenga e Rosa (2001) o questionário possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja, sendo o instrumento mais utilizado para a coleta de dados. Os autores ressaltam que as questões que o constituem devem estar sempre relacionadas diretamente com o problema central.

Para a construção do questionário, foram utilizadas as seguintes etapas, adaptadas do estudo de Cardoso (2009), que desenvolveu questionário a ser aplicado com terapeutas ocupacionais para investigar as ações e realidade das práticas destes profissionais em relação à inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais:

- a) Pesquisa bibliográfica: visou a identificação de instrumentos já desenvolvidos e utilizados em pesquisas semelhantes ou a identificação de informações relevantes para a documentação clínica em terapia ocupacional para nortear a construção de questionário;
- b) Elaboração das questões: realizada com base nos dados e instrumentos encontrados na literatura;

- c) Validação do questionário: realizada através de submissão a juízes, buscando terapeutas ocupacionais de referência na área. Foram encaminhados convites, por correio eletrônico, a seis profissionais, tendo como critérios de escolha: referência em pesquisa com instrumentos como questionários; referência em atuação e/ou pesquisa clínica; referência em pesquisa junto aos profissionais terapeutas ocupacionais; e referência em atuação em gestão. Três profissionais aceitaram o convite, sendo encaminhado a eles o instrumento e mensagem com breve descrição do projeto e itens a serem observados, englobando: conteúdo (abrangência e especificidade em relação ao objetivo do estudo), linguagem, formato das questões e extensão/tempo de resposta. As sugestões foram realizadas por escrito, e com dois deles foi possível agendar reunião para aprofundar a discussão. Um convidado mostrou-se disponível, porém não poderia participar no período determinado para esta etapa. Dois não responderam ao convite.
- d) Correção e complementação do questionário: após sugestões encaminhadas por juízes e apontadas em reunião com estatístico para potencializar análise posterior dos dados, foram realizadas adequações no instrumento. O ponto unanimemente abordado foi a longa extensão do questionário, sendo realizadas diversas observações visando a melhor adequação das questões em relação ao objetivo proposto. Com isso, algumas questões não relevantes para o objetivo ou redundantes foram desconsideradas e outras ajustadas. Em especial, uma parte que seria dedicada à identificação das principais informações inseridas pelos profissionais em cada tipo de registro, organizadas como um *checklist*, foi considerada pelos juízes um produto relevante para o estudo diretamente dos prontuários, sendo desaconselhado seu uso no momento, mas indicado que seja utilizado em estudos posteriores ou como recurso auxiliar na gestão e avaliação de prontuários (APÊNDICE A). Além disso, algumas

alterações foram realizadas em relação à clareza e adequação de termos, e seqüência de apresentação e formatação das questões.

- e) Montagem do instrumento em plataforma virtual: inserção do instrumento em *site* que disponibiliza serviço de aplicação *on-line* de questionário, o “SurveyMonkey”⁹. Os formatos das questões tiveram que ser adequados às opções existentes na plataforma. Também foram utilizados recursos disponíveis para facilitar o preenchimento do instrumento, como direcionamento para próxima pergunta segundo a resposta dada em questão anterior, obrigatoriedade de preenchimento de questões para prosseguimento, entre outros, buscando facilitar o preenchimento pelos respondente e maior aproveitamento dos dados obtidos.
- f) Aplicação teste do questionário: realizada através de aplicação com terapeutas ocupacionais que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão do projeto, buscando profissionais com perfis diferentes em relação a tempo de formado, área de atuação, natureza da instituição, perfil do público-alvo e número de habitantes da cidade de trabalho. Tais profissionais foram eleitos por indicação de contatos pessoais do pesquisador, selecionando cinco sujeitos para os quais foram encaminhados convites, por correio eletrônico. Três responderam aceitando, sendo encaminhados a estes, também por correio eletrônico, mensagem contendo o *link* que dava acesso ao endereço eletrônico do instrumento, a ser preenchido já na plataforma virtual da coleta, e as instruções dos aspectos a observar, sendo eles: clareza das questões, tempo de preenchimento e acesso ao site/instrumento. Além disso, eles poderiam fazer outras observações e sugestões que julgassem pertinentes. Dois deles encaminharam as sugestões por correio eletrônico, e um deles por contato telefônico. Um sujeito respondeu ao convite após o prazo

⁹ O “SurveyMonkey” é uma empresa que disponibiliza através da *internet* questionários para os mais diversos fins, sendo possível seu uso de forma gratuita ou a partir de planos pagos. O usuário monta o próprio questionário com os recursos disponíveis no *site*, que gera um *link* para acesso *on-line* ao instrumento.

determinado para esta etapa e o outro não respondeu, mesmo após segunda tentativa de encaminhamento de mensagem. No entanto, com as sugestões encaminhadas foi considerado o teste satisfatório para prosseguimento do estudo.

- g) Finalização do instrumento: Após as sugestões recebidas no teste piloto foram feitas as últimas adequações do instrumento: alterada a redação de duas questões buscando melhorar a clareza do enunciado e incluído, ao final, um campo para que os respondentes pudessem inserir outras informações e comentários que julgassem pertinentes sobre a documentação clínica, pois dois participantes referiram necessidade de incluir informações específicas sobre sua prática que não foram contempladas nas questões do instrumento.

O instrumento final (APÊNDICE B) apresentou a seguinte composição:

- a) Caracterização do sujeito: incluiu as variáveis: idade, sexo, formação acadêmica e número de empregos em exercício à época da resposta ao questionário;
- b) Caracterização do trabalho: incluiu a caracterização do emprego atual, da instituição de forma geral e especificamente do serviço ambulatorial. Em relação ao emprego incluiu as variáveis: tempo no emprego, tipo de vínculo e jornada semanal de trabalho. Caso o participante trabalhasse em mais de um local, foi solicitado que respondesse às questões baseado em apenas um deles, no qual atuasse necessariamente em assistência ambulatorial. Em relação à instituição, apresentou as variáveis: quantidade de habitantes da cidade onde está localizada e qual natureza, se pública ou privada, e especificações. Em relação ao serviço ambulatorial: qual a faixa etária da população atendida, tipo de unidade ambulatorial, vínculo com atividade de ensino profissional, atuação em equipe multi ou interprofissional, quantidade

de terapeutas ocupacionais, hierarquia do serviço, sistema de qualidade e modelos de atuação adotados.

- c) Caracterização da documentação clínica no serviço ambulatorial: incluiu as variáveis: forma de registro, local de armazenamento, tempo previsto na rotina de trabalho para sua prática, registro de todas as intervenções e motivos de não registrar, recomendações oferecidas pela instituição e treinamento para execução dos registros e necessidade de realizar registros administrativos. Além desses, seguiu-se a caracterização dos registros segundo três tipos principais: avaliação, intervenção/acompanhamento e alta; sendo verificados os subtipos de cada item, a frequência com que são realizados e os métodos utilizados para desenvolvê-los.
- d) Caracterização da percepção dos profissionais em relação à documentação clínica: incluiu as variáveis: onde adquiriu conhecimento, finalidade atribuída à documentação, aspectos que considera facilitadores ou dificultantes da realização dos registros, avaliação de conhecimento suficiente para a prática e satisfação com a própria documentação. Além destes, no início do instrumento foi utilizada uma escala para medir atitude, a do diferencial semântico, para verificar os valores atribuídos pelos terapeutas ocupacionais à prática da documentação clínica. Este instrumento foi desenvolvido por Osgood, et al. em 1957, para mensurar atitudes ou crenças. A escala consiste de uma lista de pares de adjetivos opostos extremos, com uma graduação de sete pontos entre eles, perante os quais se solicita a reação do indivíduo, que deve selecionar o ponto que melhor descreva sua visão do conceito que está sendo examinando (SAMPIERE; COLLADO; LUCIO, 2006).

3.1.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada mediante preenchimento de questionário diretamente em sítio próprio da *internet*, no período de 22 de março a 30 de

junho de 2012. Como vantagem para a auto-aplicação do questionário, Alvarenga e Rosa (2001) ressaltam que os respondentes podem se sentir mais confiantes devido ao anonimato, o que sugere informações e respostas mais reais que em entrevistas, porém possui limitação em sua extensão e finalidade.

Para abordagem dos participantes, foi adotada estratégia adaptada de Cardoso (2009), que demonstrou êxito para obtenção de questionários respondidos em estudo de método semelhante. Neste estudo foi solicitado ao CREFITO/3 que intermediasse o contato do pesquisador com os terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo, sendo utilizadas duas estratégias para contato com os profissionais: por correio eletrônico e por correio tradicional, para aqueles sem endereço eletrônico válido; e três possibilidades para coleta de dados: resposta em arquivo do programa *Microsoft Word* encaminhado por correio eletrônico, resposta em questionário impresso encaminhado por correio tradicional ou resposta diretamente em questionário inserido em plataforma digital de um site. No presente estudo foi optado por utilizar somente os recursos em meio digital, sendo o contato exclusivo por correio eletrônico e a coleta de dados prioritariamente realizada através de questionário inserido em plataforma digital de um site.

Desta forma, foi solicitado ao CREFITO/3 que encaminhasse mensagem por correio eletrônico a todos os terapeutas ocupacionais cadastrados, com endereço eletrônico atualizado, com breve explicação e convite para participar da pesquisa, sendo incluído no corpo da mensagem o *link* que dava acesso ao questionário (APÊNDICE C). Além disso, caso a pessoa preferisse, ela poderia encaminhar mensagem à pesquisadora para que o questionário fosse disponibilizado em outro formato (por correio tradicional ou em arquivo do *Software Microsoft Word*). Tal procedimento foi realizado em dois momentos, 22 de março e 11 de junho de 2012. A mensagem foi encaminhada a 2788 endereços eletrônicos.

Além disso, uma mensagem semelhante foi encaminhada, em diversos momentos, entre 12 de abril e 01 de junho de 2012, para os contatos pessoais da pesquisadora, solicitando também a sua divulgação (APÊNDICE D).

Com o acesso ao *link*, a pessoa era direcionada para uma primeira questão: “Você atua como terapeuta ocupacional em assistência ambulatorial?”, visando selecionar apenas os sujeitos que atendessem ao critério de inclusão do estudo. Aqueles que respondiam “sim” eram direcionados para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após, para o questionário propriamente dito. Os que assinalavam “não” eram direcionados para uma mensagem de agradecimento e poderiam deixar alguma mensagem ou contato para recebimento da divulgação dos resultados.

Os dados obtidos foram disponibilizados para a pesquisadora pelo servidor em diferentes formatos, incluindo planilha do programa *Microsoft Excel*, sendo então organizados e tabulados em uma nova planilha do mesmo programa, o que possibilitou a construção de um banco de dados, para posterior análise estatística.

3.1.4 Análise de Dados

A análise dos dados obtidos foi realizada pela pesquisadora, com auxílio da orientadora e de consultoria estatística. Foram adotadas técnicas estatísticas adequadas para o tratamento das variáveis com a função de descrevê-las, compará-las e correlacioná-las.

Para a caracterização dos sujeitos, das instituições e serviços ambulatoriais onde atuam os terapeutas ocupacionais, e da prática e percepção dos profissionais em relação à documentação clínica, a análise de dados seguiu a seguinte estratégia:

- a) Para a descrição das variáveis quantitativas (correspondem a valores que expressam quantidade ou intensidade) foram usadas técnicas estatísticas descritivas, incluindo o cálculo das médias, medianas e desvios-padrão, e a aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade da distribuição.

- b) Para a descrição das variáveis qualitativas (correspondentes a atributos ou categorias) foram apresentadas suas freqüências de ocorrência, expressas em proporção.

Além disso, para identificar quais aspectos interferem na percepção dos terapeutas ocupacionais sobre a prática da documentação clínica, foram realizadas comparações de média e correlações, elegendo-se duas variáveis dependentes para a análise, sendo elas: satisfação com a própria documentação e finalidades atribuídas a documentação clínica, ambas qualitativas. A análise de dados para isso seguiu a seguinte estratégia:

- a) Para comparação entre as variáveis foram utilizados testes com base de comparação de médias (ANOVA e o teste t-Student).
- b) Para a correlação entre as variáveis foram utilizados os métodos de correlação de Pearson e de Spearman; e o teste de análise multivariada foi o de regressão linear múltipla escalonada.

O tipo de teste a ser escolhido dependeu da variável dependente ter ou não distribuição aproximadamente normal. Desta forma foi aplicado um teste paramétrico (distribuição normal) ou não-paramétrico.

Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para os resultados de todos os testes utilizados.

3.2 PESQUISA DOCUMENTAL

Para esta etapa foram investigados documentos jurídicos brasileiros que tratam da documentação clínica de forma geral, para todos os profissionais da saúde, ou específicos para o terapeuta ocupacional, no período de janeiro a maio de 2012.

O conceito de documento jurídico utilizado foi o descrito na NBR 6023:2002, publicada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas, que

refere que são aqueles compostos por legislação (Constituição, emendas constitucionais e textos legais infraconstitucionais e normas emanadas das entidades públicas e privadas) e jurisprudências (decisões judiciais). Foram eleitos os documentos jurídicos em vigor no momento da coleta, sendo a seleção feita da seguinte forma:

- a) Documentos citados nos sítios eletrônicos oficiais da *internet* das instituições oficialmente representativas da terapia ocupacional ou daquelas de outras áreas observadas na literatura com papel de destaque em relação à documentação clínica no Brasil, de abrangência nacional ou específicas da unidade federativa onde se realizou a pesquisa de campo, São Paulo, sendo elas: COFFITO, CREFITO/3, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina (CFM)¹⁰ e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Em todos esses sítios foi identificado conteúdo específico sobre legislação (que também continha jurisprudências) e a busca foi realizada diretamente nestes locais. Além destes, foi tentado busca nos sítios eletrônicos de duas associações representativas dos profissionais terapeutas ocupacionais, a Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) e a Associação de Terapia Ocupacional do Estado de São Paulo (ATOESP), porém não disponibilizavam conteúdo sobre legislação.
- b) Documentos citados em literatura científica consultada ou em outros documentos jurídicos, fazendo busca direta para acessá-los também em sítios da *internet* dos órgãos oficiais de autoria.

A partir dos documentos apontados, foi acessado o documento oficial na íntegra. Foi realizada leitura da ementa e, para aqueles que pudessem abordar a documentação clínica, leitura do texto completo e posterior classificação e análise dos mesmos.

¹⁰ No sítio eletrônico do CFM era possível selecionar conteúdo específico dos diversos Conselhos Regionais de Medicina, sendo inserido na pesquisa o conteúdo referente ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

Os documentos selecionados foram lidos e classificados em: específico, indireto e nada consta. Os “específicos” foram considerados aqueles que fazem referência direta a documentação clínica, como informações a constar nos registros, local específico para armazenamento, entre outros. “Indiretos” foram considerados aqueles que trazem informações que podem colaborar para a realização dos registros clínicos, como terminologia apropriada e informações que serão utilizadas para inclusão em programas específicos de atenção e que serão extraídas dos prontuários dos pacientes/clientes/usuários. Os classificados como “nada consta” não trazem informações que direcionem a prática da documentação clínica.

Para facilitar a análise, as informações obtidas foram inseridas em uma tabela do programa *Microsoft Excel*, contendo: tipo de documento; origem; número; ano; descrição; classificação (segundo critério anteriormente descritos) e observações. Para análise de dados foram utilizados apenas os documentos considerados “específicos”, que traziam referências diretas a documentação clínica.

A análise de dados foi realizada de forma qualitativa, através da comparação entre os achados, apontando semelhanças e diferenças e contextualizando os documentos.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Sorocaba (UNISO), por indicação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, devido à greve no período dos profissionais técnico-administrativos da Universidade Federal de São Carlos. Foi aprovado no parecer 20/2011 (ANEXO A) e foi desenvolvido segundo as deliberações previstas na Resolução CNS 196/96.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deveria ser preenchido pelos participantes no momento de acesso ao *link*, antes de iniciar o preenchimento do questionário (APÊNDICE E). Uma cópia do TCLE foi posteriormente encaminhada para todos os participantes, por correio

eletrônico, no endereço por eles informado. Não foi previsto nenhum dano aos sujeitos e não foi remunerada a participação. O anonimato aos participantes foi e será garantido em todas as etapas e divulgações posteriores da pesquisa.

Além disto, a preocupação com os aspectos éticos foi norteadora de todo o estudo. Desde sua concepção, pela busca de tema de investigação que ainda foi pouco explorado e pode contribuir para o avanço do conhecimento na área da terapia ocupacional, e com isso beneficiar indiretamente a população por ela atendida. Assim como no contato com o orientador, com os profissionais e instituições envolvidos com a execução do projeto, com os terapeutas ocupacionais participantes, no tratamento das informações colhidas, e no empenho empreendido para divulgação dos resultados obtidos.

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

4.1.1 Composição da amostra

Devido aos fatores previamente explanados sobre a estimativa da amostra, considerou-se pertinente apresentar como resultados a sua composição.

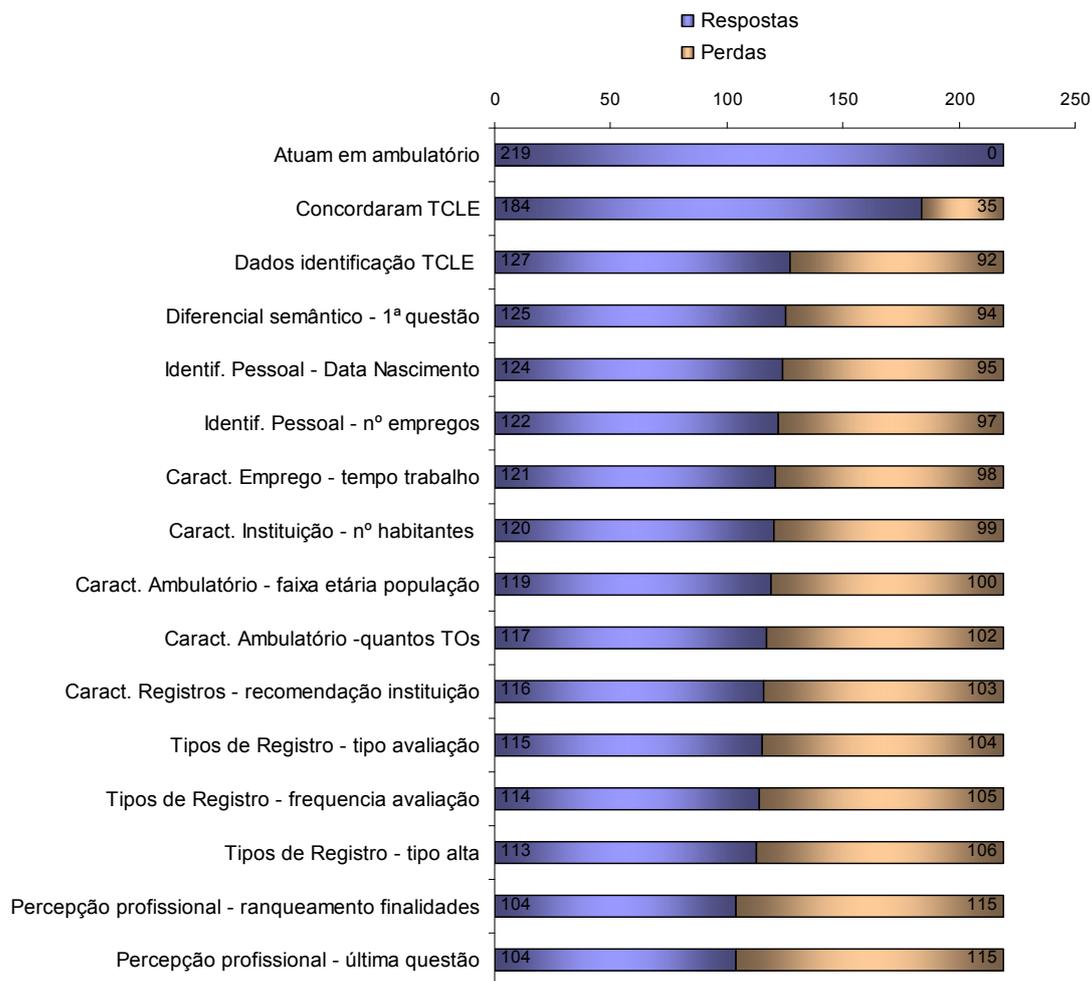
O questionário foi inicializado 336 vezes. Destes, 219 (65,2%) referiram atuar em assistência ambulatorial e 117 (34,8%) informaram não atuar. No entanto, o *site* utilizado não possui recursos para verificar o número total de acessos realizados a *home page* do instrumento, sendo este possivelmente maior que o número de respondentes constatado.

Dos 219, 184 (84,0%) concordaram em participar da pesquisa, dois (0,9%) discordaram e 33 (15,1%) desistiram sem informar se concordavam ou não com o TCLE.

Dos 184, 127 continuaram, completando os dados de identificação para o TCLE. Um sujeito respondeu duas vezes, sendo excluída a versão em que não finalizou o questionário. 56 não chegaram a se identificar. Dos 127, dois sujeitos forneceram os dados de identificação, mas não iniciaram o questionário propriamente dito.

Dos 125 que iniciaram o questionário, dois responderam somente a primeira questão, 19 desistiram em outros diferentes momentos do instrumento, e 104 sujeitos responderam até o fim.

No Gráfico 1 observam-se as perdas de respondentes de acordo com a parte ou questão do instrumento onde parou. Percebe-se que a maior perda, de 92 sujeitos, que corresponde a 80% de um total de 115 desistências, acontece no início, no momento de decidir participar da pesquisa e fornecer os dados para a identificação do TCLE. No questionário propriamente dito as perdas estão diluídas, tendo sido mais evidentes em uma única questão, a que solicitava que fossem ranqueadas as finalidades da documentação clínica, com nove desistências nesse momento.

Gráfico 1 - Composição da amostra a partir do acesso ao instrumento

Para a composição da amostra considerou-se imprescindível que o respondente tivesse terminado o preenchimento do questionário, devido às últimas questões conterem informações extremamente relevantes para a pesquisa. Desta forma, dos 219 participantes que atenderam ao critério de inclusão, 104 (47,5%) resultaram em respostas válidas para o presente estudo, compondo, desta forma, sua amostra. Ressalta-se que este número foi considerado suficiente pelo cálculo de estimativa da amostra, que previa um mínimo de 72 respondentes.

4.1.2 Caracterização dos participantes

As características sócio-demográficas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1. Observa-se grande predominância do sexo feminino, representando 94,2% da amostra, o que fez com que os dados não fossem tratados segundo o gênero. A idade média dos participantes foi de 32,4 anos, variando de 21 a 59 anos. Já o tempo médio de obtenção do título de graduação em terapia ocupacional foi de 10 anos, variando de 1 a 39 anos.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e de formação profissional

	n	
Sexo	104	
Feminino	98	94,2%
Masculino	6	5,8%
Idade (anos)	103 ^(a)	32,4 (±8,7; 21/59) ^(c)
Tempo de graduação em Terapia Ocupacional (anos)	103 ^(b)	10,0 (±9,3; 1/39) ^(c)

(a) Um participante informou uma data inválida

(b) Um participante não informou

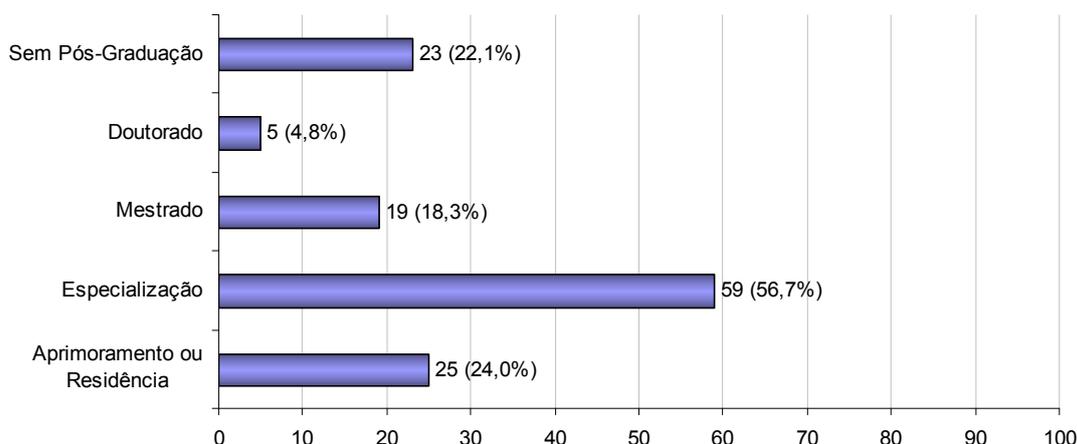
(c) Valor representado em média, desvio padrão, mínimo e máximo

Em relação à graduação em terapia ocupacional, a Tabela 2 apresenta os locais de formação. Apenas dois sujeitos se formaram em cursos localizados fora do estado de São Paulo. Além disso, constatou-se que os participantes se formaram em 17 instituições de ensino diferentes.

Tabela 2 – Caracterização das instituições de ensino de obtenção de graduação em terapia ocupacional

Instituição	Localização	n (104)	%
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)	São Carlos – SP	30	28,8
Universidade de São Paulo (USP)	São Paulo – SP	12	11,5
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp)	Campinas – SP	11	10,6
Centro Universitário São Camilo	São Paulo – SP	9	8,7
Centro Universitário Católico Salesiano <i>Auxilium</i> (UNISALESIANO)	Lins – SP	7	6,7
Universidade Estadual de São Paulo (UNESP)	Marília – SP	7	6,7
Universidade de Sorocaba (UNISO)	Sorocaba – SP	6	5,8
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	Santos – SP	4	3,8
Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)	São José dos Campos – SP	4	3,8
Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (USP-RP)	Ribeirão Preto – SP	3	2,9
Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP)	Piracicaba – SP	3	2,9
Centro Universitário Claretiano	Batatais – SP	2	1,9
Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF)	Fernandópolis – SP	2	1,9
Centro Universitário Padre Anchieta (Unianchieta)	Jundiaí – SP	1	1,0
Sociedade Unificada Augusto Motta (UNISUAM)	Rio de Janeiro – RJ	1	1,0
Universidade do Sagrado Coração	Bauru – SP	1	1,0
Universidade Estadual de Ciências de Saúde de Alagoas (UNCISAL)	Maceió – AL	1	1,0

Quanto à pós-graduação, o Gráfico 2 revela a formação em cursos *stricto sensu*, mestrado ou doutorado, e *lato sensu*, aprimoramento/residência ou especialização, sendo que mais de uma opção poderia ser fornecida. Além desses, nove participantes informaram ter uma segunda especialização. Havia também a possibilidade de referirem outros cursos, sendo apontados, além das segundas especializações, um curso de MBA e 11 outros cursos sem titulação acadêmica especificada. Dos cinco participantes com curso de doutorado, três não informaram os demais títulos que possuem.

Gráfico 2 - Formação em Pós-Graduação

Ao agruparmos os dados, obtivemos que dos 81 participantes com pós-graduação, 22 (27,2%) possuem cursos *stricto sensu*, totalizando 24 cursos referidos, e 72 (88,9%) possuem cursos *lato sensu*, totalizando 93 cursos referidos (incluindo as nove segundas especializações). Os cursos realizados localizam-se em diferentes áreas do conhecimento, conforme apresentado nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Áreas de realização de cursos *stricto sensu*

Área	Sub-áreas	n (24)	%
Educação	Educação, Ensino da Educação Brasileira, Educação e Interdisciplinaridade	4	16,7
Saúde Coletiva	Saúde na Comunidade, Enfermagem e Saúde Pública, Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade	4	16,7
Necessidades Educacionais Especiais	Educação Especial	3	12,5
Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional	3	12,5
Área Física	Reabilitação Clínica	1	4,2
Ciências Biológicas	Ciências Biológicas	1	4,2
Ciências da Saúde	Ciências da Saúde	1	4,2
Desenvolvimento Infantil	Distúrbios do Desenvolvimento	1	4,2
Engenharia	Engenharia Biomédica	1	4,2
Gerontologia	Gerontologia Social	1	4,2
Inespecífico	Estudos Profissionais	1	4,2
Medicina	Medicina Translacional	1	4,2
Psicologia	Psicologia escolar e do desenvolvimento	1	4,2
Saúde Mental	Saúde Mental	1	4,2

Tabela 4 – Áreas de realização de cursos *lato sensu*

Área	Sub-áreas	n (91) ^(a)	%
Área Física	Reabilitação Física, Neurologia (Adulto e Infantil), Traumatologia e ortopedia, Terapia da Mão e Reabilitação do Membro Superior, Intervenção nas Doenças Neuromusculares, Reabilitação Neuromusculoesquelética, Residência na AACD ^(b)	33	36,3
Gerontologia	Atendimento Interdisciplinar em Gerontologia, Gerontologia, Terapia Ocupacional em Gerontologia, Gerontologia Social, Psicogeriatria	8	8,8
Saúde Mental	Saúde Mental (Geral e específico para Terapia Ocupacional), Psiquiatria, (Geral e Infanto-Juvenil), Farmacodependência	8	8,8
Técnicas e Recursos Terapêuticos	Acupuntura, Tui-ná, Arteterapia, Grupo Operativo, Intervenção Familiar	6	6,6
Contextos Hospitalares	Terapia Ocupacional Hospitalar / em Contextos Hospitalares / no Hospital Geral	5	5,5
Saúde Coletiva	Saúde Coletiva, Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família, Saúde da Família, Educação e Saúde Pública	5	5,5
Inespecífico	Terapia Ocupacional inespecífico, Não informou	4	4,4
Outras Doenças, Situações Clínicas ou Contextos de atendimento específicos	Hipertensão Arterial Sistêmica e <i>Diabetes Mellitus</i> , Terapia Ocupacional em Cirurgia Plástica e Queimaduras, Atendimento Domiciliar	4	4,4
Psicopedagogia	Psicopedagogia, Psicopedagogia Clínica e Institucional	4	4,4
Tecnologia Assistiva	Tecnologia Assistiva, Órteses e Próteses	3	3,3
Administração/Gestão	Administração Hospitalar, Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde	2	2,2
Desenvolvimento Infantil	Terapia Ocupacional em Desenvolvimento Infantil	2	2,2
Necessidades Educacionais Especiais	Atuação da Terapia Ocupacional na Educação Especial, Educação Inclusiva	2	2,2
Psicomotricidade	Psicomotricidade, Educação e Reeducação Psicomotora	2	2,2
Educação	Educação Essencial	1	1,1
Modelos ou Métodos de Atuação	Método Terapia Ocupacional Dinâmica	1	1,1
Saúde do Trabalhador	Terapia Ocupacional em Empresas	1	1,1

(a) Dois participantes não forneceram dados sobre segundo curso de especialização

(b) Nas sub-áreas referentes a área física alguns cursos eram específicos sobre a atuação da Terapia Ocupacional e outros não

Outro aspecto observado foi a relação entre o tempo de formado e formação em pós-graduação. O tempo médio de formado dos participantes sem pós-graduação foi de 5,2 anos. Já a média de tempo de formado dos terapeutas ocupacionais com cursos de pós-graduação foi de 11,4 anos, sendo que para os que possuem cursos *lato sensu* foi de 10,1 anos, e para os com curso *stricto sensu* 16,5 anos.

Conforme previsto pelo critério de inclusão, todos os participantes estavam trabalhando no momento da coleta de dados, sendo que praticamente metade dos participantes (52,9%) possuía apenas um emprego, e o restante mais de um. A distribuição do número de empregos por participante está apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 – Número de empregos no momento da coleta de dados

	n (104)	%
1 emprego	55	52,9
2 empregos	37	35,6
3 ou mais empregos	12	11,5

4.1.3 Caracterização do trabalho

Os dados referentes à caracterização do trabalho deveriam ser fornecidos baseados no principal emprego em que o sujeito atuasse em assistência ambulatorial, independente do número de empregos que possuísse. Eles são apresentados a seguir segundo três agrupamentos: caracterização do emprego, caracterização da instituição de forma geral e caracterização específica do serviço ambulatorial em que atua.

4.1.3.1 Caracterização do emprego

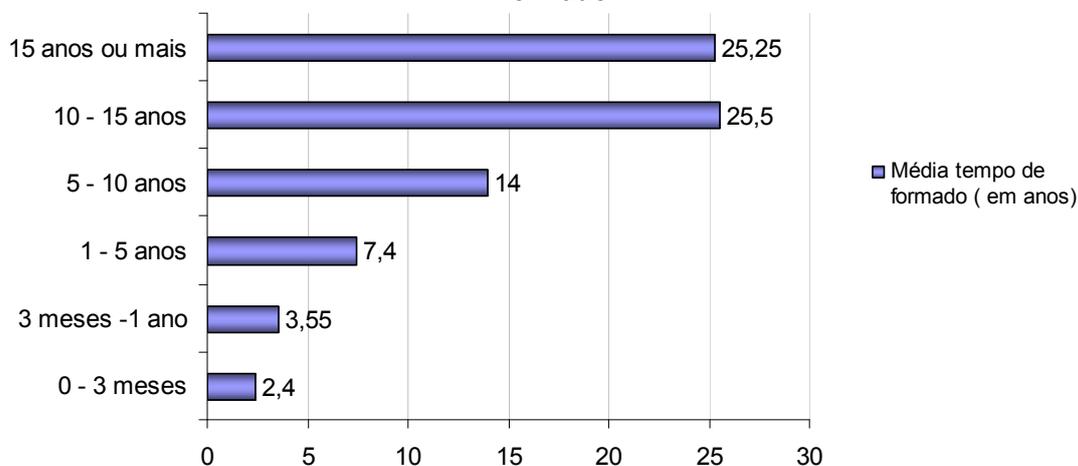
Em relação ao emprego, foi observado que a maioria dos terapeutas ocupacionais estava contratada em regime CLT (42,3%) ou era servidor público (38,5%), com distribuição semelhante entre essas duas variáveis. Já em relação ao tempo de trabalho no local, quase metade dos participantes (48,1%) refere ser entre um e cinco anos, 24,0% estão no local há menos de um ano e 27,9% há mais de cinco (Tabela 6).

Tabela 6 – Características do emprego

	n (104)	%
Vínculo empregatício		
Empregado – regime CLT	44	42,3
Servidor público – “concurado”	40	38,5
Autônomo	14	13,5
Contratado temporário	4	3,8
Voluntário	2	1,9
Há quanto tempo trabalha neste local		
0 a 3 meses (período experiência)	5	4,8
3 meses a 1 ano	20	19,2
1 a 5 anos	50	48,1
5 a 10 anos	13	12,5
10 a 15 anos	8	7,7
15 ou mais anos	8	7,7

Quando comparado o tempo de trabalho no mesmo local com o tempo médio de formado dos terapeutas ocupacionais, observa-se no Gráfico 3 que o tempo médio de formado aumenta conforme aumenta o tempo de trabalho no mesmo local, sendo esta relação praticamente a mesma entre o grupo de 10 a 15 anos de emprego ou com 15 anos ou mais, com ambos apresentando tempo médio de formado aproximado de 25 anos.

Gráfico 3 - Relação entre tempo de trabalho e média de tempo de formado



Quanto a carga horária semanal de trabalho, a média foi de 28,1 horas, com desvio-padrão de 7,1, sendo a mínima carga referida seis e a máxima 40 horas. Ressalta-se que 13 participantes (12,5%) informaram carga horária semanal superior a 30 horas, sendo que cinco deles informaram ter mais de um emprego.

4.1.3.2 Caracterização da instituição

A Tabela 7 apresenta o número de habitantes da cidade onde a instituição está localizada. Observou-se maior número de instituições em cidades mais populosas, chegando a quase metade da amostra, em um total de 44,2%, aquelas localizadas em cidades com mais de 500.000 habitantes.

Tabela 7 – Número de habitantes da cidade onde a instituição está localizada

	n (104)	%
até 10.000	2	1,9
entre 10.001 e 30.000	9	8,7
entre 30.001 e 50.000	9	8,7
entre 50.001 e 100.000	6	5,8
entre 100.001 e 200.000	13	12,5
entre 200.001 e 500.000	19	18,3
entre 500.001 e 1.000.000	17	16,3
mais de 1.000.000	29	27,9

Quanto à natureza da instituição, 70,2% eram públicas, e 29,8% particulares. O Gráfico 4 revela as esferas de governo das públicas e o Gráfico 5 os tipos de instituições privadas.

Gráfico 4 - Distribuição das instituições públicas segundo esfera de governo

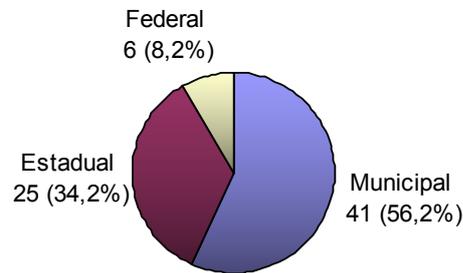
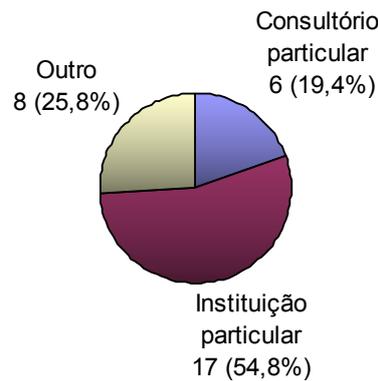


Gráfico 5 - Distribuição das instituições privadas segundo tipo



4.1.3.3 Caracterização do serviço ambulatorial

Outro aspecto estudado foi a caracterização específica do serviço ambulatorial em que atua, visto que instituições maiores podem contar com diferentes serviços organizados.

Quanto à faixa etária da população atendida, seguem na Tabela 8 as informações segundo as faixas etárias individualmente citadas e também a quantidade de serviços por agrupamento das diferentes faixas etárias. As categorias eram: criança (0-12 anos incompletos), adolescente (12-18 anos incompletos), adulto (18-60 anos incompletos) e idoso (60 anos ou mais).

Tabela 8 – Faixa etária da população atendida no serviço ambulatorial

	n (104)	%
Faixa etária individual		
Adulto	72	69,2
Criança	66	63,5
Adolescente	60	57,7
Idoso	50	48,1
Faixa etária por agrupamento		
Todas as faixas	28	26,9
Criança e adolescente	15	14,4
Somente adulto	15	14,4
Adulto e idoso	11	10,6
Somente criança	12	11,5
Criança, adolescente e adulto	10	9,6
Adolescente, adulto e idoso	6	5,8
Somente idoso	5	4,8
Criança e adulto	1	1,0
Adolescente e adulto	1	1,0

Notou-se que a faixa etária mais atendida pelos serviços ambulatoriais foi a de adultos, com 69,2%. Já quando verificado o conjunto de faixa etária por serviços, observou-se uma variedade de possibilidades, sendo o atendimento de todas as faixas etárias o mais freqüente, com 26,9%. Trinta e dois (30,8%) respondentes referiram que o serviço ambulatorial atende somente uma faixa etária, sendo que nenhum serviço mostrou-se especializado no atendimento somente de adolescentes.

Quanto ao tipo de ambulatório, 31,7% informaram ser geral, e 68,3% especializado. Dos especializados, as respostas estão apresentadas na Tabela 9 e foram agrupadas segundo as categorias mais recorrentes. Na categoria outros, estão agrupados seis serviços de especialidades bastante distintas, sendo elas: práticas corporais, reabilitação profissional, infectologia, queimados, tecnologia assistiva e adequação postural, cuidados paliativos e oncologia, e um que não ficou claro a especialidade, sendo referido apenas como pessoas com deficiências.

Tabela 9 – Tipos dos serviços ambulatoriais especializados

	n (71)	%
Saúde Mental	30	42,3
Geral	19	26,8
Álcool e Drogas	6	8,5
Infantil	4	5,6
Autismo	1	1,4
Reabilitação Física	22	31,0
Geral	8	11,3
Neurologia	5	7,0
Infantil	3	4,2
Terapia da Mão	2	2,8
Neurologia + geriatria	2	2,8
Neurologia + desenvolvimento	1	1,4
Neurologia + Terapia da Mão	1	1,4
Deficiência intelectual e outros associados	5	7,0
Idoso	3	4,2
Necessidades Educacionais Especiais	3	4,2
Outros	8	8,5

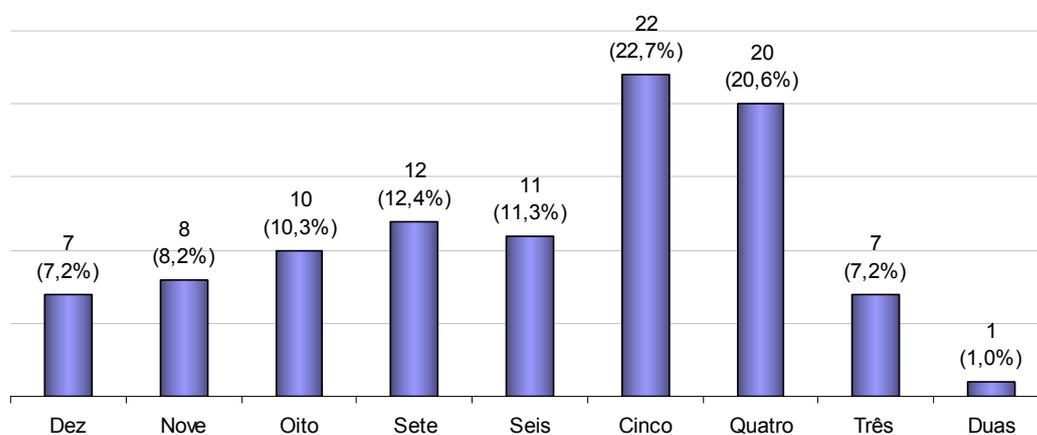
Quanto à equipe multi ou interprofissional, 93,3% (97) dos serviços ambulatoriais citados possuíam uma equipe, e 6,7% (7) não. Por se tratar de um estudo com terapeutas ocupacionais, em todos os serviços investigados a equipe contava com este profissional. Além dele, foram investigados quais outros profissionais compunham as equipes, estando os dados apresentados na Tabela 10. Identificou-se que o profissional mais presente nas equipes ambulatoriais onde atua o terapeuta ocupacional foi o psicólogo, presente em 90,7% delas, e o menos presente foi o dentista, compondo 19,6% das equipes.

Tabela 10 – Profissionais que compõem a equipe dos serviços ambulatoriais onde atuam terapeutas ocupacionais

	n (97)	%
Psicólogo	88	90,7
Médico	73	75,3
Assistente social	65	67,0
Enfermeiro	62	63,9
Fisioterapeuta	59	60,8
Fonoaudiólogo	59	60,8
Nutricionista	30	30,9
Educador físico	29	29,9
Dentista	19	19,6

Além disso, o Gráfico 6 apresenta o número de categorias profissionais por equipe, contando com o terapeuta ocupacional. Foi verificado que a média é de 6,0 categorias profissionais, sendo a menor equipe constituída por duas categorias profissionais e a maior por 10.

Gráfico 6 - Quantidade de categorias profissionais por equipe do serviço ambulatorial



Em relação ao número de terapeutas ocupacionais que atuam nos serviços ambulatoriais, verificou-se que a média foi de aproximadamente três profissionais por equipe, sendo um o menor número apresentado e 24 o maior número de terapeutas ocupacionais no serviço.

Outra variável estudada foi a chefia imediata do terapeuta ocupacional dentro do serviço ambulatorial. Dos 104 respondentes, 19 (18,3%) informaram

que não possuem um superior imediato e as categorias profissionais apontadas como de chefia imediata dos demais estão apresentadas na Tabela 11, sendo que um sujeito referiu dois chefes de formação distinta. Observou-se que das categorias profissionais explicitadas, a mais apontada foi a do próprio terapeuta ocupacional (26,7%), seguida pelas de enfermeiro e médico, com 14,0% cada.

Tabela 11 – Categoria profissional dos superiores imediatos dos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais

	n (86)	%
Terapeuta ocupacional	23	26,7
Enfermeiro	12	14,0
Médico	12	14,0
Fisioterapeuta	9	10,5
Psicólogo	7	8,1
Assistente social	6	7,0
Gestor sem formação específica	6	7,0
Fonoaudiólogo	5	5,8
Psicopedagogo	2	2,3
Dentista	1	1,2
Administrador público	1	1,2
Pedagogo	1	1,2
Não especificou	1	1,2

Também foi verificado se o serviço ambulatorial estava vinculado à atividade de formação profissional específica de terapia ocupacional, recebendo regularmente alunos de graduação ou pós-graduação. Obteve-se que a maior parte, 73,1%, não estava vinculada a esse tipo de atividade.

Outra variável estudada foi se o serviço ambulatorial trabalhava com certificação de sistemas de qualidade. A resposta negativa foi prevalente, com 77,9%.

Por último, foi verificado se os terapeutas ocupacionais utilizavam um ou mais modelos teóricos específicos para embasamento da prática no serviço ambulatorial. Dos 104, 67 (64,4%) informaram que utilizam algum modelo e 35,6% que não. Dos que informaram que utilizam, seguem na Tabela 12 os modelos apontados. O modelo mais apontado foi o da Reabilitação

Psicossocial (43,3%), seguido pelo Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (35,8%). Na categoria outros, 17 respondentes especificaram modelos não abordados no instrumento, sendo os mais referidos o Modelo de Integração Sensorial, com quatro citações, e o Modelo Biomecânico, com três citações.

Tabela 12 – Modelos teóricos utilizados para embasamento da prática dos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais

	n (67)	%
Reabilitação Psicossocial	29	43,3
Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional	24	35,8
Modelo Filosófico da CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	22	32,8
Modelo de Ocupação Humana	22	32,8
Terapia Ocupacional Psicodinâmica	15	22,4
Reabilitação Baseada na Comunidade	8	11,9
Terapia Ocupacional Social	8	11,9
Outros	17	25,4

4.1.4 Caracterização da documentação clínica

Em relação à documentação clínica, os dados foram analisados e serão apresentados segundo dois grupos: rotina e informações gerais sobre os registros no serviço ambulatorial e tipos de registros desenvolvidos.

4.1.4.1 Caracterização da rotina e informações gerais sobre os registros no serviço ambulatorial

Quanto à rotina de registro, a Tabela 13 apresenta as variáveis forma e local de armazenamento. Foi identificado que a maioria dos terapeutas ocupacionais realiza registro somente em papel (64,4%) e que os que realizam exclusivamente em meio digital é de 9,6%. Quanto ao local de armazenamento,

o mais freqüente foi exclusivamente no prontuário multi ou interprofissional (57,7%), e 12,5% armazenam em prontuário exclusivo de terapia ocupacional.

Tabela 13 – Rotina de registro dos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais

	n (104)	%
Forma de registro		
Somente em papel	67	64,4
Misto (em papel + informatizado)	27	26,0
Somente informatizado	10	9,6
Local de armazenamento dos registros		
Somente prontuário multi ou interprofissional	60	57,7
Parte em prontuário multi e parte em prontuário específico da TO	31	29,8
Somente prontuário específico da TO	13	12,5

Outra variável investigada foi se o terapeuta ocupacional possuía horário previsto em sua rotina de trabalho para o desenvolvimento da documentação clínica. Praticamente a distribuição foi uniforme entre os que possuem e os que não, com 51,9% e 48,1% respectivamente. Dentre os que possuem, 57,4% informam que o tempo previsto é suficiente para realizar os registros, e 42,6% apontam que não.

Quanto ao registro das intervenções terapêuticas dos terapeutas ocupacionais, 77 (74,0%) informaram que todas as intervenções eram registradas, e dos 27 que apontaram que não, 15 (55,6%) referiram ser por motivo de falta de tempo, 7 (25,9%) por fatores institucionais e 5 (18,5%) por fatores individuais.

Foi observado que 57,7% dos terapeutas ocupacionais receberam recomendações da instituição de trabalho para a realização dos registros, sendo os tipos de recomendações oferecidas apresentadas na Tabela 14. A recomendação mais freqüente foi sobre a organização interna do prontuário (68,3%), e a menos freqüente o uso de termos e siglas específicos (31,7%)

Tabela 14 – Recomendações institucionais recebidas pelos terapeutas ocupacionais para a realização dos registros

	n (60)	%
Organização interna do prontuário	41	68,3
Informações obrigatórias a constar nos registros	40	66,7
Prontuário específico para armazenamento	40	66,7
Prazo para a realização	32	53,3
Impressos ou softwares (em registros informatizados) específicos a serem preenchidos	31	51,7
Uso de termos e siglas específicos	19	31,7
Outro	1	1,7

Em relação ao treinamento para a execução dos registros nos serviços ambulatoriais, 79 (76,0%) informaram que não receberam qualquer treinamento. Dos 25 que receberam, 16 foram treinados por terapeutas ocupacionais, seis por profissionais da área de informática e três por profissionais da área da qualidade ou do SAME da instituição.

Por último, foi investigado se além de registros clínicos os terapeutas ocupacionais precisam realizar registros administrativos nos serviços ambulatoriais. Identificou-se que 72,1% dos respondentes realizam registros administrativos, sendo a frequência por tipo apresentada na Tabela 15. Observou-se também que a média é de 2,1 tipos de registros administrativos realizados por respondente, sendo um tipo o mínimo e cinco tipos o máximo.

Tabela 15 – Tipos de registros administrativos realizados por terapeutas ocupacionais em serviços ambulatoriais

	n (75)	%
Produção do número de atendimentos	63	84,0
Informações sobre materiais utilizados pelo serviço de TO	33	44,0
Para cobrança, pagamentos e reembolsos	24	32,0
Banco de dados para indicadores de qualidade assistencial	20	26,7
Outros	20	26,7

4.1.4.2 Caracterização dos tipos de registros de documentação clínica realizados pelos terapeutas ocupacionais nos serviços ambulatoriais

Os registros da documentação clínica foram investigados e serão apresentados segundo os três tipos principais utilizados neste estudo: avaliação, intervenção/acompanhamento, e alta. Para cada um foi verificado o subtipo, a frequência com que é realizado e os métodos de registro utilizados.

A proposta inicial era que as frequências fossem apontadas segundo os subtipos de registros realizados pelos terapeutas ocupacionais. No entanto, verificou-se pelos dados que a indicação do subtipo, quando apresentada sua definição segundo este estudo, não necessariamente coincide com a frequência relatada pelos terapeutas ocupacionais. Desta forma, os dados serão apresentados isoladamente, sem buscar correlacioná-los entre si.

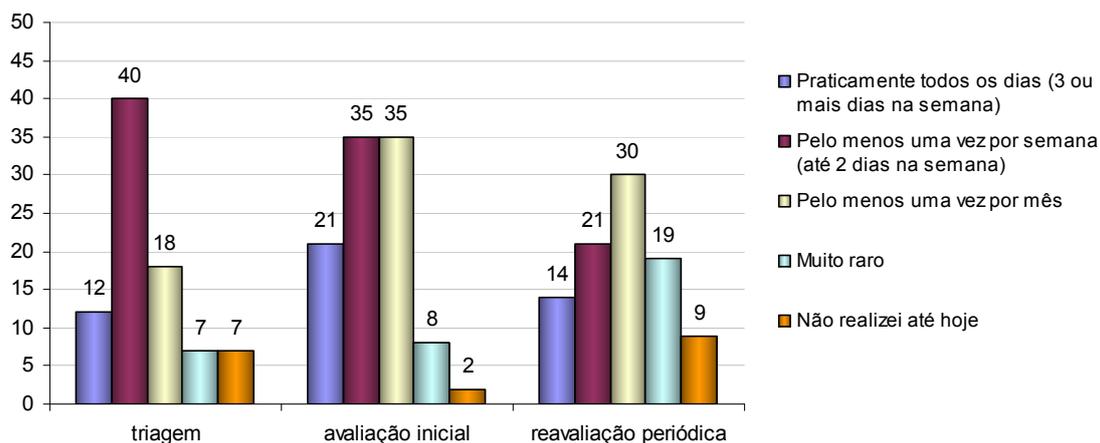
Em relação aos registros de avaliação, foi verificado que todos os respondentes realizam ao menos um subtipo deste registro, dentre as opções: triagem, avaliação inicial e reavaliação periódica. Na Tabela 16 está a distribuição de respostas por subtipo de registro de avaliação, segundo o conceito apresentado no estudo.

Tabela 16 – Subtipos de registros de avaliação realizados por terapeutas ocupacionais em serviços ambulatoriais

	n (104)	%
Registros de Avaliação Inicial (realizada para avaliar um novo cliente/paciente/usuário do serviço)	97	93,3
Registro de Avaliação Periódica (realizada para rever "status" do cliente/paciente/usuário para orientar conduta terapêutica)	82	78,8
Registro de Triagem (realizada para identificar clientes/pacientes/usuários potenciais para o serviço de terapia ocupacional)	74	71,2

Já as frequências referidas para a realização dos subtipos de registro de avaliação estão apresentadas no Gráfico 7, ressaltando-se que as informações diferem quando comparadas aos subtipos destes registros que referem realizar no serviço ambulatorial.

Gráfico 7 - Frequencia de realização de tipos de registros de avaliação



Quanto aos métodos utilizados para realizar os registros de avaliação pelos terapeutas ocupacionais, a Tabela 17 apresenta a sua distribuição. Foi verificado que todos os respondentes relataram ao menos um método de registro.

Tabela 17 – Métodos utilizados pelos terapeutas ocupacionais para realizar os registros de avaliação

	n (104)	%
Roteiro(s) pré-determinado(s) desenvolvido(s) na própria instituição	65	62,5
Narrativa livre (sem impresso ou roteiro específicos)	55	52,9
Instrumento(s) padronizado(s) específicos da terapia ocupacional	45	43,3
Instrumento(s) padronizado(s) interdisciplinar	34	32,7
Lista de verificação / "checklist"	24	23,1
Registros por recursos audiovisuais,	9	8,7
Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP)	5	4,8

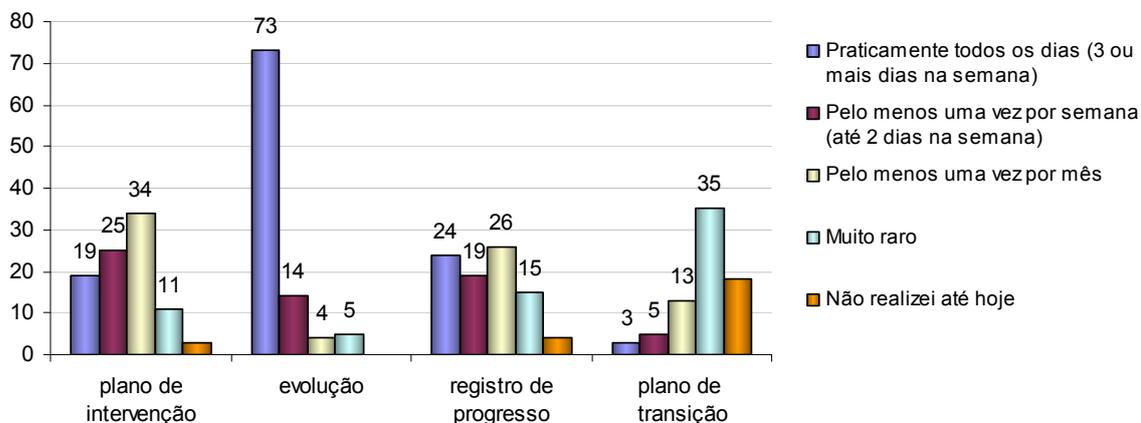
Em relação aos registros de intervenção/acompanhamento, um único sujeito referiu que não faz nenhum, e 103 informaram realizar ao menos um subtipo deste registro, sendo as opções: plano de intervenção, nota de contato diário ou evolução, registro de progresso e plano de transição. Na Tabela 18 está a distribuição de respostas por subtipo de registro de intervenção/acompanhamento, segundo o conceito apresentado no estudo.

Tabela 18 – Subtipos de registros de intervenção/acompanhamento realizados por terapeutas ocupacionais em serviços ambulatoriais

	n (103)	%
Nota de contato diário ou evolução (realizado para documentar cada atendimento realizado a um grupo ou indivíduo)	86	83,5
Plano de Intervenção (realizado após avaliação para descrever objetivos pretendidos no serviço de TO, pode estar junto ao registro de avaliação ou constituir um documento separado)	71	68,9
Registro de progresso (realizado periodicamente para descrever a evolução do cliente/paciente/usuário em um período de atendimento, costuma ser utilizado para indivíduos que são atendidos em grupo ou com grande número de atendimentos por semana)	66	64,1
Plano de transição (realizado quando o cliente/paciente/usuário precisa ser encaminhado a outro serviço de TO)	38	36,9

As frequências referidas para os subtipos de registro de intervenção/acompanhamento estão apresentadas no Gráfico 8, ressaltando-se novamente que as informações diferem se observadas as indicações de subtipos deste registro que informam realizar, sendo para os registros de intervenção/acompanhamento ainda maior a discordância que para os de avaliação.

Gráfico 8 - Frequencia de realização de subtipos de registros de intervenção/acompanhamento



Em relação aos métodos utilizados para realizar os registros de intervenção/acompanhamento pelos terapeutas ocupacionais, a Tabela 19 apresenta a sua distribuição. Foi verificado que dos 103 respondentes que informaram realizar, todos relataram ao menos um método de registro. Um sujeito apontou outro método, informando utilizar recursos audiovisuais para os registros.

Tabela 19 – Métodos utilizados pelos terapeutas ocupacionais para realizar os registros de intervenção/acompanhamento

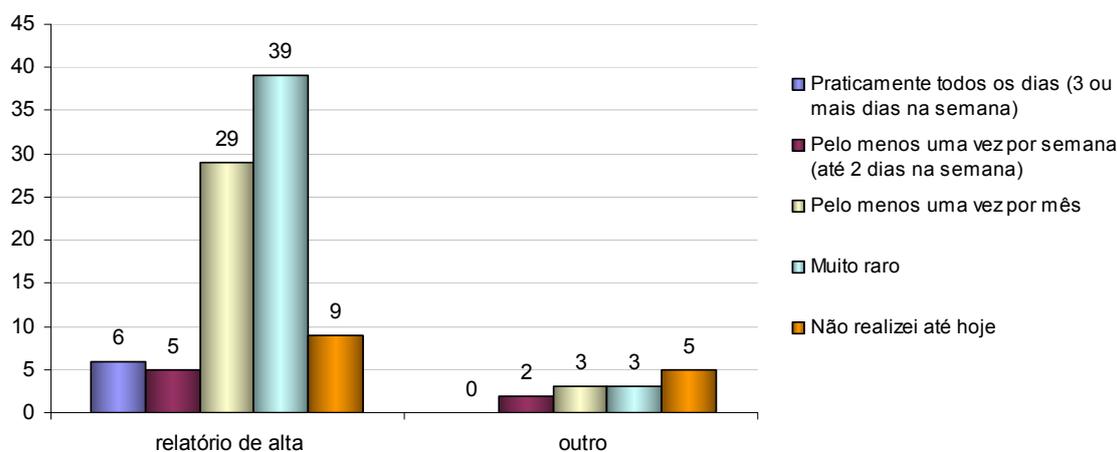
	n (103)	%
Narrativa livre (sem formulário específico)	78	75,7
Roteiro pré-definido pela instituição de tipos de informações a constar	36	35,0
Instrumento(s) padronizado(s) específicos da TO	31	30,1
Instrumento(s) padronizado(s) interdisciplinar	22	21,4
Anotações SOAP	3	2,9
Outro	1	1,0

Em relação aos registros de alta, 14 (13,5%) informaram que não fazem nenhum, e 90 referiram realizar ao menos um subtipo deste, distribuídos em relatório de alta (80,8%) e outro (3,8%), sendo duas respostas desconsideradas. O relatório de alta foi definido como aquele realizado quando ocorre a descontinuidade do serviço, seja por alta terapêutica ou por outros

motivos, como abandono do tratamento. Em outros todos os 4 sujeitos informaram fazer somente anotação simples em prontuário, e não um relatório estruturado.

Quanto à frequência referida para os subtipos de registros de alta, segue no Gráfico 9 sua distribuição. Também para este a frequência não se correlaciona com os subtipos informados.

Gráfico 9 - Frequencia de realização de subtipos de registros de alta



Por fim, seguem na Tabela 20 os métodos referidos pelos terapeutas ocupacionais para a confecção dos registros de alta. Todos os respondentes que referiram fazer algum subtipo de registro de alta informaram ao menos um método de registro.

Tabela 20 – Métodos utilizados pelos terapeutas ocupacionais para realizar os registros de alta

	n (91)	%
Narrativa livre (sem formulário específico)	69	75,8
Roteiro pré-determinado desenvolvido na própria instituição	29	31,9
Lista de verificação / "checklist"	14	15,4
Outro	3	3,3

4.1.5 Caracterização da percepção do terapeuta ocupacional sobre a documentação clínica

Para estudar a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre a documentação clínica foram investigadas diversas variáveis para buscar compreender como é a relação dos profissionais com esta atividade. Elas serão apresentadas a seguir segundo os grupos: formação profissional específica, impressões pessoais sobre o desenvolvimento dos registros e valores atribuídos a documentação clínica.

4.1.5.1 Formação profissional específica para o desenvolvimento da documentação clínica

Verificou-se que dentre as onze possibilidades de fontes onde os terapeutas ocupacionais poderiam ter recebido ou buscado conhecimento específico para a prática da documentação clínica, a média referida foi de 3,7 fontes de conhecimento, sendo um o mínimo de fonte informada e oito o máximo. Além disso, uma pessoa informou que não recebeu ou buscou conhecimento sobre o tema até o momento.

Na Tabela 21 estão apresentadas as ocorrências de cada fonte de conhecimento específica para a prática da documentação clínica. A mais citada foi o curso de graduação (75%), seguida por observação dos registros de colegas terapeutas ocupacionais (63,5%) ou dos registros de outros profissionais da saúde (57,7%). A menos citada foram documentos de associação de classe internacionais, com apenas uma indicação.

Tabela 21 – Fontes de conhecimento específico para a prática da documentação clínica por terapeutas ocupacionais

	n (104)	%
Curso de graduação	78	75,0
Observando registros de colegas terapeutas ocupacionais	66	63,5
Observando registros de outros profissionais da saúde	60	57,7
Cursos de extensão ou pós-graduação	58	55,8
Treinamento específico nas instituições onde já trabalhou	38	36,5
Bibliografia técnica específica da terapia ocupacional	37	35,6
Bibliografia técnica de outras áreas da saúde	21	20,2
Legislação vigente	12	11,5
Documentos de associação de classes profissionais brasileiras	6	5,8
Documentos de associação de classes profissionais internacionais	1	1,0
Até o momento não recebeu ou buscou conhecimento específico	1	1,0

4.1.5.2 Impressões pessoais sobre o desenvolvimento dos registros

Investigaram-se quais as finalidades atribuídas à documentação clínica, sendo oferecida uma lista com nove opções e solicitado que elas fossem ranqueadas, recebendo uma “posição” de 1 a 9 segundo o grau de importância atribuída, sendo 1 a mais importante e 9 a menos.

Servir de apoio à intervenção do terapeuta ocupacional foi a finalidade apontada de forma geral como a mais importante, com média 3,0, tendo sido classificada em primeiro lugar por 48,1% dos participantes. Já assegurar o credenciamento junto a sistemas de qualidade foi a pior posicionada, com média 8,0 e sendo apontada em nona posição por 45,2% dos terapeutas ocupacionais. Na Tabela 22 estão apresentadas as médias de pontuações

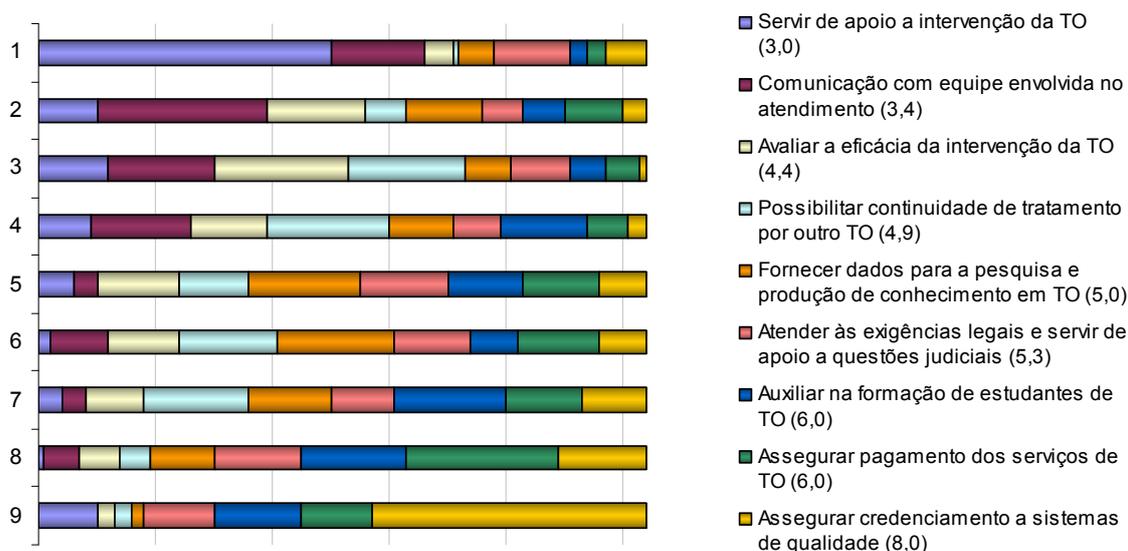
obtidas em cada finalidade, reforçando que quanto menor a pontuação, mais importante a finalidade.

Tabela 22 – Média de posição atribuída pelos terapeutas ocupacionais a cada finalidade da documentação clínica, sendo que quanto menor o valor maior a importância

FINALIDADE	MÉDIA
Servir de apoio à intervenção da TO	3,0
Comunicação com equipe envolvida no atendimento	3,4
Avaliar a eficácia da intervenção da TO	4,4
Possibilitar continuidade de tratamento por outro TO	4,9
Fornecer dados para a pesquisa e produção de conhecimento em TO	5,0
Atender às exigências legais e servir de apoio a questões judiciais	5,3
Auxiliar na formação de estudantes de TO	6,0
Assegurar pagamento dos serviços de TO	6,0
Assegurar credenciamento a sistemas de qualidade	8,0

Além disso, foi verificado que todas as finalidades apresentadas ficaram em todas as posições possíveis por pelo menos uma vez, exceto o item “Comunicação com equipe envolvida no atendimento”, que não apareceu nenhuma vez na posição 9, a menos importante. No Gráfico 10, pode ser observada a distribuição de cada finalidade em cada posição, sendo possível identificar finalidades que foram atribuídas as diferentes posições de forma mais uniforme, como “Atender às exigências legais e servir de apoio a questões judiciais” e outras com distribuição mais focalizada em um dos extremos do ranque, como “Servir de apoio à intervenção da TO” e “Assegurar credenciamento a sistemas de qualidade”.

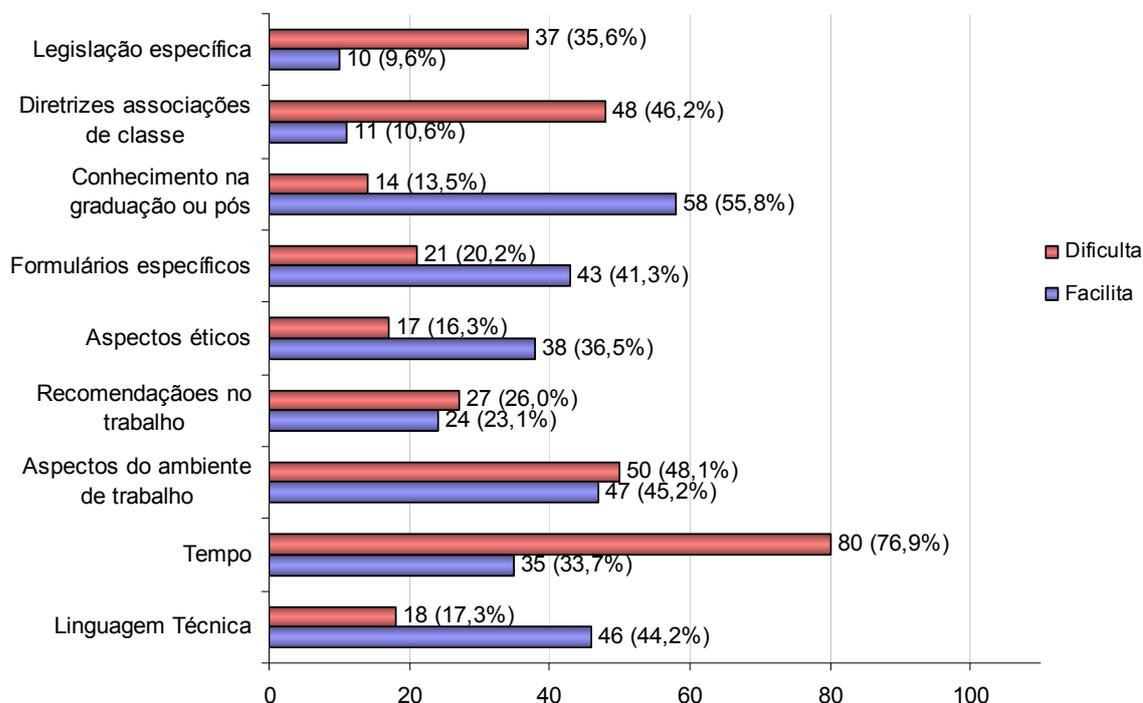
Gráfico 10 - Distribuição das finalidades atribuídas à documentação clínica em cada posição possível do ranque



Também foi investigado junto aos terapeutas ocupacionais o que eles consideram que mais facilita e o que mais dificulta o desenvolvimento da documentação clínica. Em uma lista com nove opções, sendo as mesmas para as duas variáveis estudadas, cada um deveria apontar três itens. Segue no Gráfico 11 a frequência das respostas.

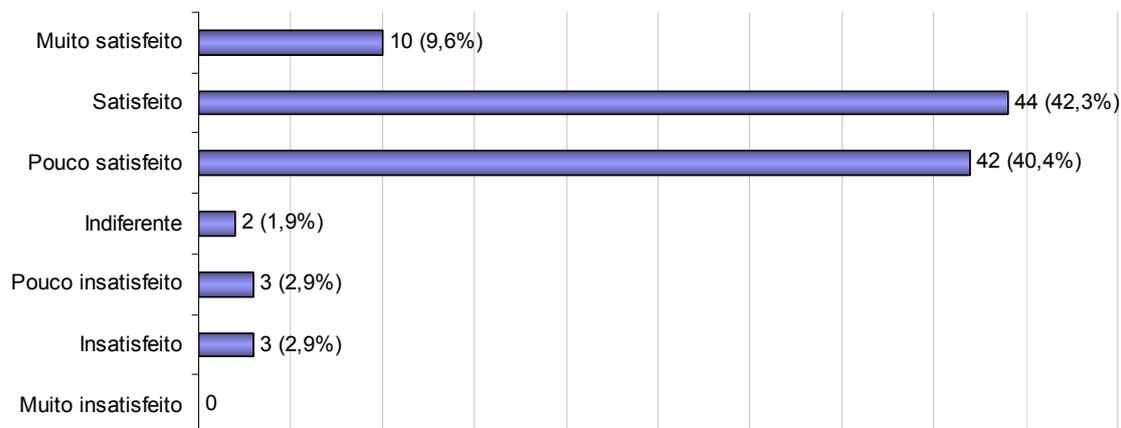
Observou-se que todos os itens foram apontados tanto como facilitadores quanto como dificultadores. Em relação aos facilitadores, os três mais apontados foram: conhecimento específico durante curso de graduação ou pós-graduação sobre técnicas e metodologias para a documentação clínica (55,8%), seguido por aspectos do ambiente de trabalho (45,2%) e uso de linguagem técnica (44,25). Quanto aos dificultadores, os mais frequentes foram: tempo (76,9%), aspectos do ambiente de trabalho (48,1%) e diretrizes fornecidas por associações de classe (46,2%).

Gráfico 11 - Facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento da documentação clínica por terapeutas ocupacionais



Outro aspecto estudado foi a auto-avaliação do profissional sobre a prática da documentação clínica. Em relação a considerar se possui conhecimento técnico suficiente para a confecção dos registros, 63,5% informaram que sim, e 36,5% que não. Quanto à satisfação com a própria prática de documentação clínica, segue no Gráfico 12 a distribuição das repostas. Verificou-se que 96 (91,9%) respondentes referem algum grau de satisfação, dois informaram indiferença e 6 (5,8%) mostraram algum nível de insatisfação.

Gráfico 12 - Satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria prática da documentação clínica



4.1.5.3 Valores atribuídos à documentação clínica

O estudo dos valores atribuídos à documentação clínica foi realizado com a escala de diferencial semântico com 5 pares de adjetivos bipolares, na qual o respondente deveria se posicionar em relação ao que ele considerava sobre a prática da documentação clínica ambulatorial para terapeutas ocupacionais.

Os Gráficos de 13 a 17 apresentam a distribuição das respostas nos cinco atributos verificados: necessidade, desgaste, dificuldade, complexidade e utilidade. Observou-se que nos atributos necessidade e utilidade somente aparecem respostas posicionadas mais próximas aos adjetivos considerados positivos, no caso, “útil” e “necessária”. Nos demais atributos as respostas estão mais distribuídas entre as diferentes possibilidades, mostrando proximidade com ambos adjetivos opostos, sendo que o atributo complexidade foi o único em que o maior número de participantes se posiciona no extremo do adjetivo tido como mais negativo, sendo este “complexa”.

Gráfico 13 - Atributo necessidade

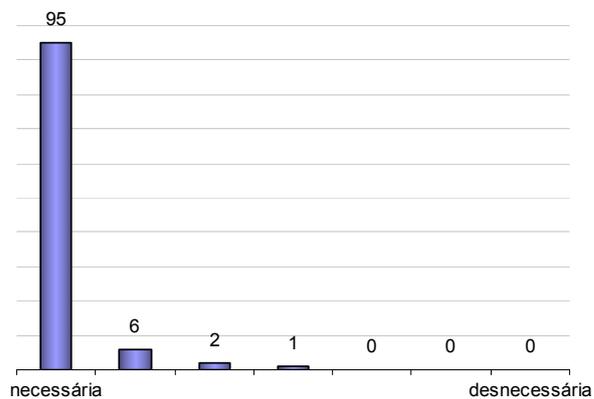


Gráfico 14 - Atributo desgaste

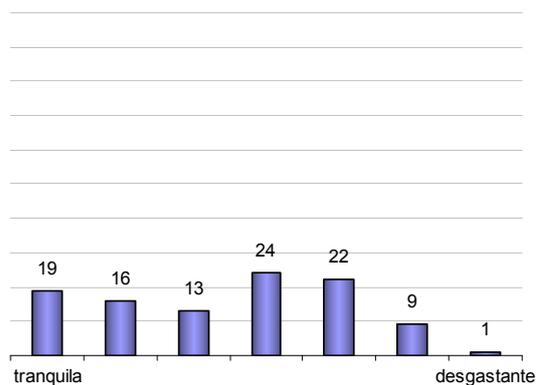


Gráfico 15 - Atributo dificuldade

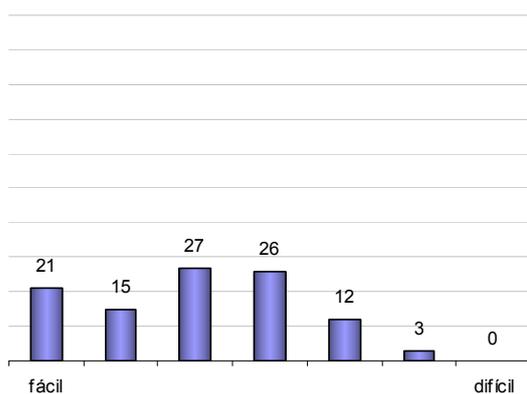


Gráfico 16 - Atributo utilidade

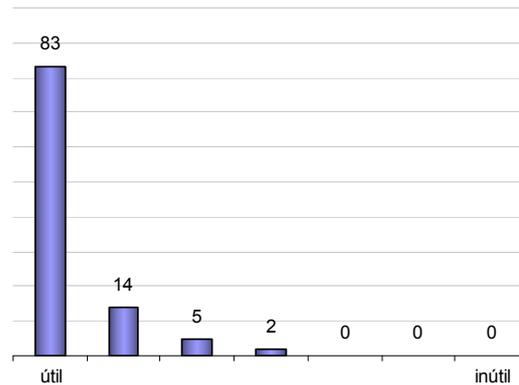
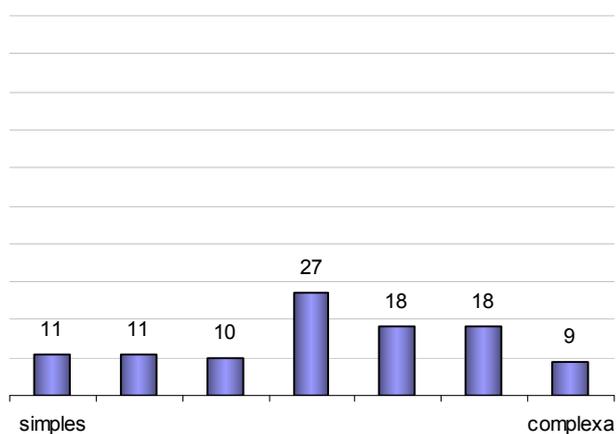


Gráfico 17 - Atributo Complexidade



4.1.6 Aspectos que interferem na percepção dos terapeutas ocupacionais em relação à documentação clínica

A fim de identificar fatores que interferem na percepção dos terapeutas ocupacionais em relação à própria prática da documentação clínica, diferentes variáveis independentes foram investigadas tomando como variáveis dependentes primeiramente a satisfação com a própria documentação e posteriormente as finalidades atribuídas a ela.

Em relação à satisfação com a própria documentação, verificou-se que as variáveis tempo de formado, formação em pós-graduação, vínculo no emprego, tempo no emprego, natureza da instituição, tipo de ambulatório, quantidade de terapeutas ocupacionais na equipe, formação do superior imediato, desenvolvimento de atividade de ensino profissional no serviço, atuação com sistema de qualidade, horário para desenvolvimento dos registros, recomendações para desenvolvimento dos registros e realização de registros administrativos não mostraram associação com a primeira ($p>0,05$). No entanto, a variável horário para o desenvolvimento do registro revelou uma tendência ($p=0,093$), sendo que o grupo que refere possuir um horário previsto na rotina para a realização dos registros tende a ter uma avaliação mais positiva quanto à satisfação com a própria documentação do que aqueles que não a possuem.

Já a variável conhecimento suficiente percebido para o desenvolvimento dos registros demonstrou se relacionar de forma significativa com a satisfação com a própria documentação ($p<0,001$), sendo que o grupo que refere ter conhecimento suficiente avalia de forma mais positiva a satisfação que o que refere não ter.

Além dessas, foram verificadas as variáveis referentes aos valores atribuídos à prática da documentação clínica, observando que os atributos necessidade e utilidade não apresentaram relevância estatística. Já os atributos desgaste, facilidade e complexidade revelaram correlação significativa com a satisfação com a própria documentação, conforme observado na Tabela 23.

Tabela 23 – Correlação entre os valores atribuídos à documentação clínica e a satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria documentação

Variável independente	r ^a	p
Atributo necessidade	0,024	0,810
Atributo desgaste	0,248	0,011*
Atributo facilidade	-0,256	0,009*
Atributo complexidade	0,253	0,010*
Atributo utilidade	0,113	0,255

(a) coeficiente de correlação

* p < 0,05

Ao se procurar estabelecer, através da regressão linear múltipla escalonada (Tabela 24), qual a importância relativa das variáveis independentes identificadas previamente como correlacionadas com a satisfação com a própria documentação clínica, verificou-se que o conhecimento suficiente percebido para o desenvolvimento dos registros tem o maior peso, seguido pelo atributo complexidade. As demais variáveis, atributos desgaste e facilidade, não revelaram interferir de forma significativa quando consideradas as primeiras duas variáveis, sendo portanto excluídas do modelo proposto.

Tabela 24 – Importância relativa de cada variável independente para a satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria documentação

Variável independente	R ² ^a	R ²
	(%)	incremento
Conhecimento suficiente	11,8	-
Conhecimento suficiente + atributo complexidade	15,4	3,6

(a) coeficiente de determinação

Quanto às finalidades atribuídas à documentação clínica, observou-se que as variáveis independentes atuação com sistema de qualidade e utilização de modelo teórico para a atuação não demonstraram interferir de forma significativa ($p > 0,05$).

A variável tempo de formado revelou, pelo teste de correlação de Pearson, estar correlacionada de forma significativa ($p = 0,009$) com a finalidade atribuída “comunicar informações sobre o cliente/paciente/usuário à equipe envolvida em seu atendimento”. Nesta observa-se que a correlação encontrada ($r = -0,255$) demonstra que quanto maior o tempo de formado,

menor a posição no ranque atribuída a esta finalidade, o que revela a maior importância a ela atribuída.

A variável formação do superior imediato revelou, pelo teste ANOVA, estar associada de forma significativa ($p = 0,009$) com a finalidade atribuída “avaliar a eficácia da intervenção da terapia ocupacional”, verificando-se que a diferença mais significativa ocorreu entre os grupos dos que possuem o terapeuta ocupacional como superior imediato e daqueles que possuem outros profissionais como seu superior ($p = 0,002$), sendo que estes últimos atribuem uma importância maior à finalidade em questão do que o outro. Também foi verificada uma tendência em relação à finalidade “fornecer dados para a pesquisa e produção de conhecimento em terapia ocupacional” ($p = 0,067$), sendo que a maior diferença também se deu entre os grupos que possuem o terapeuta ocupacional como superior imediato e os que possuem outros profissionais como seu superior ($p = 0,053$), revelando que os que possuem um terapeuta ocupacional como superior tendem a atribuir maior importância a esta finalidade.

Além dessas, a variável desenvolvimento de atividade de ensino profissional no serviço também demonstrou, pelo teste *t de Student*, estar associada de forma significativa com a finalidade atribuída “avaliar a eficácia da intervenção da terapia ocupacional”, sendo que o grupo que possui atividade de ensino atribui menor importância a esta finalidade do que o que não a possui ($p=0,004$). Além disso, observou-se uma tendência ($p= 0,081$) em relação à finalidade “fornecer dados para a pesquisa e produção de conhecimento em terapia ocupacional”, sendo que os que possuem atividade de ensino tendem a atribuir maior importância a esta finalidade que o grupo que não a possui, conforme observado na Tabela 25.

Tabela 25 – Associação entre a atividade de ensino profissional no serviço ambulatorial e as finalidades atribuídas à documentação clínica pelos terapeutas ocupacionais

Finalidade	Atividade de ensino	n	média	epm ^a	p
Atender às exigências legais e servir de apoio a questões judiciais TO	possui	28	5,071	2,761	0,656
	não possui	76	5,329	2,553	
Fornecer dados para pesquisa e produção de conhecimento em	possui	28	4,393	2,061	0,081 **
	não possui	76	5,211	2,112	
Servir de apoio a intervenção da TO, refletindo o raciocínio clínico do terapeuta ocupacional e fornecendo dados sobre o cliente/paciente e sua evolução em relação ao tratamento oferecido	possui	28	3,607	3,023	0,141
	não possui	76	2,750	2,445	
Auxiliar na formação de estudantes de terapia ocupacional	possui	28	5,357	2,147	0,102
	não possui	76	6,184	2,313	
Comunicar informações sobre o cliente/paciente a equipe envolvida em seu atendimento	possui	28	3,464	2,117	0,807
	não possui	76	3,355	1,978	
Assegurar o pagamento dos serviços de TO pelas fontes financiadoras, como os convênios médicos e o SUS	possui	28	5,679	2,722	0,380
	não possui	76	6,132	2,162	
Avaliar a eficácia da intervenção da TO	possui	28	5,357	1,768	0,004 *
	não possui	76	4,013	2,126	
Possibilitar a continuidade do tratamento quando ocorrerem alterações em relação ao terapeuta ocupacional responsável pelos atendimentos	possui	28	5,143	2,138	0,510
	não possui	76	4,868	1,776	
Assegurar o credenciamento da instituição a sistemas de qualidade, como ISO e <i>Joint Commission International</i>	possui	28	6,929	2,748	0,679
	não possui	76	7,158	2,400	

(a) erro padrão da média

* p < 0,005 ; ** tendência

4.2 RESULTADOS DA PESQUISA DOCUMENTAL

Ao total, foram selecionados 123 documentos para a realização da análise da pesquisa documental. Para apresentação dos seus dados, eles foram divididos em grupos segundo o órgão de origem do documento, independente da fonte por onde foi localizado, visto que um mesmo documento poderia estar citado em mais de uma fonte consultada. Desta forma, os órgãos de origem estão divididos em: COFFITO, CREFITO/3, CFM, CREMESP, COFEN, Ministério da Saúde e outros.

As principais orientações localizadas, que dizem respeito à prática da documentação clínica pelos terapeutas ocupacionais, foram organizadas segundo os aspectos: informações obrigatórias a constar, outros tipos de documentos clínicos, forma de registro, guarda e descarte, aspectos éticos e outros.

4.2.1 COFFITO

Foram identificados 32 documentos de origem do COFFITO que abordavam especificamente a documentação clínica, todos eles Resoluções. Dentre estes, 20 eram exclusivos da fisioterapia, 9 da terapia ocupacional e dois destinados às duas categorias profissionais. Para análise, foram excluídos aqueles exclusivos da fisioterapia, visto que os documentos eram publicados sobre o mesmo tema, com redação muito semelhante, sendo um para cada categoria profissional. O número dos da fisioterapia mostrou-se superior, pois possuem mais documentos que tratam das especialidades profissionais. Desta forma, foram selecionados 11 documentos, apresentados na Tabela 26.

Tabela 26 – Documentos jurídicos sobre a documentação clínica de origem do COFFITO

(n)	Tipo documento	Identificação	Ementa
1	Resolução	10/1978	Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
2	Resolução	81/1987	Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do TERAPEUTA OCUPACIONAL, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências.
3	Resolução	123/1991	Fixa critérios e atenção nos campos da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, a serem observados pelas empresas de Saúde de Grupo ou análogas, que ofereçam estas práticas terapêuticas e dá outras providências.
4	Resolução	382/2010	Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Terapeuta Ocupacional de atestados, pareceres e laudos periciais.
5	Resolução	383/2010	Define as competências do Terapeuta Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências.
6	Resolução	405/2011	Disciplina o exercício profissional do Terapeuta Ocupacional na Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências.
7	Resolução	406/2011	Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências.
8	Resolução	407/2011	Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências.
9	Resolução	408/2011	Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde Mental e dá outras providências.
10	Resolução	415/2012	Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências
11	Resolução	417/2012	Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional como auditor e dá outras providências.

4.2.2 CREFITO/3

Dois documentos de origem do Crefito/3 foram localizados. Tratava-se de duas Resoluções sobre o mesmo tema, sendo uma exclusiva da terapia ocupacional e a outra da fisioterapia, que também foi excluída da análise.

O selecionado é a Resolução 21/2006, que “Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Terapeuta Ocupacional de atestados, pareceres e laudos periciais laborais”.

4.2.3 CFM

A partir dos mecanismos de busca previamente descritos, três resoluções do CFM foram selecionadas para a análise por atender aos critérios de inclusão, abordando a documentação clínica de uma forma mais ampla, e não somente de forma específica para a categoria médica. Outras duas também foram selecionadas por, apesar de tratarem especificamente em relação à categoria médica, trazerem conteúdo muito explícito sobre a documentação clínica, que pode contribuir com a discussão. Os cinco estão apresentados na Tabela 27.

Tabela 27 – Documentos jurídicos sobre a documentação clínica de origem do CFM

(n)	Tipo documento	Identificação	Ementa
1	Resolução	1605/2000	Trata da impossibilidade do médico não poder revelar conteúdo do prontuário sem consentimento do paciente.
2	Resolução	1638/2002	Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.
3	Resolução	1821/2007	Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.
4	Resolução	1833/2008	Regulamenta a organização dos Serviços Médicos em instituições esportivas e dá outras providências.
5	Resolução	1931/2009	Aprovação do Novo Código de Ética Médica, revogando o de 1988.

Além destes, 42 Pareceres, Notas Técnicas ou Despachos tratam da documentação clínica. Apesar de terem sido formulados com base, em sua maioria, por questionamentos de profissionais médicos, com relação à dúvidas específicas desta categoria, considerou-se pertinente sua análise por também fomentar discussões importantes sobre o tema que extrapolam aquela categoria. Na tabela 28 estão descritas as principais categorias de temas levantados a partir da leitura dos documentos.

4.2.4 CREMESP

Duas Resoluções de origem do CREMESP foram selecionadas para a análise. A primeira é a 70/1995, que “Cria a Comissão de Revisão de Prontuários Médicos”, e a segunda é a 226/2000, que “Regulamenta a adoção de princípios para a proteção de pessoas portadoras de transtornos mentais, passíveis de serem submetidas a psicocirurgias”. Ambas falam especificamente da categoria médica, mas trazem informações que contribuem para a discussão mais ampla.

Além delas, 61 Pareceres também foram identificados e, assim como os de origem do CFM, foram selecionados para análise e discussão no presente trabalho, tendo sido descritas, também na Tabela 28, as categorias identificadas de abordagem sobre a documentação clínica.

Tabela 28 – Principais categorias identificadas de abordagem do tema documentação clínica em Notas, Pareceres Técnicos ou Despachos do CFM e do CREMESP

	CFM	CREMESP
Acesso a informação/conteúdo do prontuário	29	33
Tempo, local de guarda e descarte do prontuário	7	9
Procedimentos, métodos e rotina de registro	4	15
Prontuário/Registro eletrônico	3	3
Documentos relacionados à perícia médica	2	0
Extravio de prontuário	0	2
Outros	1	2

4.2.5 COFEN

De origem do COFEN dois documentos foram selecionados por apresentarem informações que, apesar de específicas para esta categoria, podem contribuir com sua discussão sobre os registros de forma geral. O primeiro, a Resolução 272/2002, “Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras”, o

segundo, a Resolução 311/2007, “Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”.

4.2.6 Ministério da Saúde

Sete documentos de origem do Ministério da Saúde foram selecionados por trazerem informações gerais sobre os registros, que abarcam todos os profissionais que atuam na situação especificada em cada um deles. Eles estão apresentados na Tabela 29.

Tabela 29 – Documentos jurídicos sobre a documentação clínica de origem do Ministério da Saúde

(n)	Tipo documento	Identificação	Órgão	Ementa
1	Portaria	1278/1999	GM	Aprova os critérios de indicação e contra-indicação de Implante Coclear e as normas para cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear.
2	Resolução	101/2001	ANVISA	Estabelece regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como comunidades terapêuticas, parte integrante desta resolução.
3	Portaria	391/2005	SAS	Define que as redes estaduais de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade serão compostas por unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e centros de referência de alta complexidade em neurocirurgia.
4	Portaria	492/2007	SAS	Define unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave.
5	Portaria	1820/2009	GM	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
6	Resolução - RDC	07/2010	ANVISA	Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.
7	Resolução	29/2011	ANVISA	Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

4.2.7 Outros

Além dos já citados, outros dois documentos de diferentes origens, farão parte da análise. O primeiro é de origem do Ministério da Educação, tratando-se da Resolução CNE/CES 06/2002, que "Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional". O segundo é Decreto 1.651/1995, que "Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde".

5 DISCUSSÃO

Na literatura técnico-científica consultada sobre a documentação clínica, alguns aspectos se destacam para uma breve discussão.

Primeiramente, foi observado o uso de diferentes termos e de focos distintos de abordagem sobre o tema investigado.

Na literatura específica de terapia ocupacional, majoritariamente estrangeira, o termo documentação clínica ou simplesmente documentação foi comumente utilizado, e apresentou-se relacionado à idéia de transferência de conhecimento para pessoas diferentes sobre o processo de intervenção (BART et al., 2011; SAMES, 2005), por isso sua utilização no presente trabalho. Além disso, nas pesquisas identificadas o foco da abordagem esteve mais voltado para identificação/elaboração de modelos para o desenvolvimento dos registros por terapeutas ocupacionais (BART et al., 2011; FEARING, 1993; KYLE; WRIGHT, 1996; WATSON, 1992) e para a investigação sobre a percepção e prática dos terapeutas ocupacionais em relação ao desenvolvimento dos registros (DAVIS et al., 2008; PIERRE, 2001; PIERRE; SONN, 1999).

Na literatura desenvolvida por profissionais de áreas distintas, especialmente na brasileira, observou-se uma maior utilização diretamente do termo prontuário, ou de suas variáveis. Já o foco dos estudos revelou-se de forma geral mais específico sobre o objeto em si do que para o processo de documentar, como a avaliação da qualidade dos registros presentes nos prontuários do paciente/cliente/usuário (LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007; MATSUDA et al., 2006; SILVA; TAVARES-NETO, 2007) e investigação de aspectos relacionados a organização, conteúdo e armazenamento dos prontuários do paciente/cliente/usuário (KLUCK; GUIMARÃES, 2002; STUMPF; FREITAS, 1997).

Em relação específica ao termo empregado para designar o prontuário do paciente/cliente/usuário, também foram verificadas divergências e algumas discussões, sendo que as referências apresentadas levam a considerar o termo prontuário do paciente como o mais atual (NOVAES, 2003; OLIVEIRA et al., 2012; POSSARI, 2007; REIS et al., 2009; SCHOUT; NOVAES, 2006).

No entanto, na lista utilizada no Brasil como referência para os termos adotados na literatura científica, o DeCS, o termo atualmente utilizado é

“registros médicos”, e o define como “registros de informações referentes às doenças dos pacientes”. Desta forma, nota-se uma visão ainda baseada no modelo biomédico, com ênfase em termos que valorizam os aspectos da doença em detrimento das informações sobre os aspectos de saúde do paciente em seu contexto mais amplo, e com nítida discrepância entre o valor atribuído aos diferentes profissionais da saúde, delegando ao médico papel preponderante na documentação clínica.

Além disso, observou-se que a utilização, denominação e sistematização da documentação clínica, que se reflete nos termos adotados, demonstram acompanhar o desenvolvimento da área da saúde e suas diversas profissões. Isto é percebido ao verificarmos na literatura que seu desenvolvimento e reconhecimento mostram-se paralelos ao surgimento das práticas clínicas mais sistematizadas, que se iniciam a partir do desenvolvimento da área médica, após enfermagem e depois das demais profissões da área da saúde, e também em relação à construção histórica dos papéis e hierarquias dentro das equipes, além dos modelos de atenção à saúde adotados ao longo dos anos.

Por fim, observou-se que na literatura específica de terapia ocupacional foi encontrada uma única produção nacional (e não tradução de obra estrangeira) sobre a documentação clínica, publicada em 2012, após o início desta pesquisa, referente a um capítulo de livro. Também no ano de 2012 foi publicado o primeiro documento jurídico que trata exclusivamente dos registros clínicos dos terapeutas ocupacionais, a Resolução COFFITO 415/2012.

No entanto, não foram localizados estudos nacionais sobre o tema e tampouco publicações de associações de classe que orientem a prática desta atividade profissional, diferentemente do perfil encontrado nas publicações estrangeiras.

5.1 DISCUSSÃO SOBRE A PESQUISA DE CAMPO

Em relação à composição da amostra do estudo, a metodologia utilizada para abordagem dos sujeitos não permitia o controle sobre os acessos a *home page* do questionário, o que poderia trazer dificuldade para confiabilidade dos dados obtidos. Desta forma, optou-se por manter o pedido de dados de identificação para o TCLE para aumentar a confiabilidade das informações.

Com isso, previu-se uma possível perda de respondentes, não obstante se reafirmasse a garantia de sigilo e a vedação ao uso de tais informações para sua identificação. No entanto, ainda assim ocorreu uma perda expressiva de sujeitos neste momento, o que pode sugerir uma falta de familiaridade dos terapeutas ocupacionais com a metodologia de pesquisa adotada, ou falta de confiança ou interesse na proposta de estudo em particular. Porém, a estratégia mostrou-se eficiente para alcançar dados confiáveis, visto que poucas informações apresentaram inconsistência para a construção do banco de dados para a análise.

Já em relação às desistências ocorridas durante o preenchimento do questionário propriamente dito, observou-se que foram mais evidentes em uma única questão, a de ranqueamento das finalidades. Tal questão já havia sido apontada durante o teste piloto como de difícil compreensão e seu enunciado fora modificado buscando maior clareza. No entanto, pelas desistências apresentadas, demonstra-se que ela se manteve como de difícil compreensão. Sugere-se que, caso o questionário venha a ser replicado, tal enunciado e/ou formato da questão sejam reelaborados.

Também se mostrou relevante a reflexão sobre o número de participantes do estudo. Do universo de 4507 terapeutas ocupacionais ativos do Estado de São Paulo, 2788 receberam o e-mail encaminhado pelo CREFITO/3, além dos que receberam o convite por e-mail da lista de contatos pessoais da pesquisadora e seus possíveis reencaminhamentos, o que não permite a identificação precisa da quantidade. Obteve-se ao menos 336 acessos ao instrumento, apesar de mais pessoas poderem ter acessado o endereço eletrônico do questionário e desistido de participar antes de iniciar as respostas. Assim, podemos inferir de forma rudimentar um retorno de 12,05% aos convites encaminhados, se considerados os 2788 e-mails certamente enviados.

Em relação ao uso de recursos de tecnologia da informação e composição da amostra, encontram-se na literatura dois estudos recentemente desenvolvidos com terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo, que também fizeram uso de plataforma virtual para aplicação de instrumento, porém com estratégias de abordagem diferenciadas, tendo mais opções, além do uso da *internet*, para o convite e coleta dos dados.

No primeiro, Cardoso (2009) utilizou, além do contato por correio eletrônico, estratégia de abordagem por correio tradicional, visando também abranger todos os terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo. Seu foco era realizar estudo junto a profissionais que já haviam atuado com Inclusão Escolar. Conseguiu 127 respondentes, sendo que 76 deles responderam diretamente o questionário na plataforma virtual, e os demais em documento do programa *Microsoft Word*, posteriormente encaminhado por correio eletrônico à pesquisadora. No segundo, Bregalda (2012) realizou convite por e-mail e por contato telefônico a uma população específica e bem delimitada de terapeutas ocupacionais que atuam no Instituto Nacional de Seguridade Social, no Estado de São Paulo, com um universo de 43 profissionais. Conseguiu um retorno de 93% (40 participantes), sendo que apenas 10 responderam o instrumento diretamente na plataforma virtual, o restante foi realizado mediante preenchimento do instrumento em documento do programa *Microsoft Word*, posteriormente encaminhado por correio eletrônico à pesquisadora, ou de forma impressa, encaminhado por correio tradicional.

Diante do exposto, observamos que no presente estudo um número maior de participantes respondeu o questionário diretamente na plataforma virtual. Tal informação corrobora com o apontamento realizado por Cardoso (2009) que indicava que o uso desta estratégia, com a ampliação de acesso à *internet* no Brasil, poderia facilitar o desenvolvimento de pesquisas, tornando-as mais ágeis e econômicas. Ressalta-se ainda que foi dada a opção de encaminhamento do instrumento por outros meios no convite de participação na pesquisa. No entanto, nenhum profissional entrou em contato com a pesquisadora fazendo esta solicitação.

Assim, a amostra final, constituída por 104 participantes, mostrou-se adequada aos propósitos do presente estudo e foi constituída por profissionais com características sócio-demográficas e de formação diversas, que atuam em serviços ambulatoriais também bastante diversificados, revelando um panorama abrangente dos profissionais atuantes em serviços ambulatoriais do Estado de São Paulo.

Em relação às características sócio-demográficas e de formação profissional, observamos algumas características semelhantes e outras distintas às encontradas em demais estudos com terapeutas ocupacionais.

Quanto ao gênero predominantemente feminino (94,2%), o estudo de Cardoso (2009) também encontrou distribuição semelhante, com apenas 4 participantes do sexo masculino (3,1%). No de Bregalda (2012) todos os participantes eram do sexo feminino. Além disso, no I Censo Profissional realizado pelo CREFITO/3, com análise de dados divulgada em 2008, de 2148 terapeutas ocupacionais respondentes, apenas 3,1% eram do sexo masculino (MALERBI; CASTRO, 2008).

Quanto à idade média de 32,4 anos, Bregalda (2012) encontrou população semelhante, com 31,2 anos. Já Cardoso (2009) não informa a média de idade, mas obteve que 59,6% dos profissionais possuíam entre 26 e 45 anos.

Em relação à formação profissional, a média obtida foi de 10 anos de formado. Cardoso (2009) não apresenta a média, mas encontrou maior concentração de terapeutas ocupacionais formados há 2-5 anos (28,6%) ou com mais de 15 anos (31,8%). Em estudo desenvolvido nos Estados Unidos com 126 terapeutas ocupacionais, sobre uso de evidência na documentação clínica, não foi caracterizado o tempo de formado, mas sim de prática de atuação, revelando que mais da metade possuía 15 ou mais anos de atuação (63,5%) (DAVIS et al, 2008).

No presente estudo apenas 21,2% possuíam mais de 15 anos de formado, revelando um grupo mais jovem que os acima citados. Um dos motivos desta diferença pode estar na estratégia de coleta de dados adotada, supondo-se que profissionais mais jovens tenham mais familiaridade com os recursos de informática. Outro motivo pode ser que as pessoas com mais tempo de formado não possuam endereço de *e-mail* cadastrado ou atualizado junto ao CREFITO-3, visto que a coleta deste tipo de informação para cadastro é uma prática mais recente e o órgão pode não ter adotado estratégias efetivas para obtê-la, haja vista a discrepância entre o número de profissionais cadastrados e o de *e-mails* enviados. Dados do I Censo Profissional corroboram com isso, apontando que 51,3% dos terapeutas ocupacionais não costumam visitar o *site* do CREFITO/3 e 78,0% nunca visitaram sua sede física (MALERBI; CASTRO, 2008), demonstrando pouco contato dos profissionais com a instituição.

Em relação ao local de formação, obteve-se na amostra a prevalência de graduados em cursos localizados no próprio Estado de São Paulo. Lancman (1998) revela que este Estado é historicamente responsável pela formação de maior número de terapeutas ocupacionais no Brasil, informando que em 1998 havia 17 cursos reconhecidos, sendo quatro localizados em São Paulo. Atualmente, segundo os dados disponibilizados pelo Ministério da Educação, em 2012, dos 71 cursos cadastrados em andamento, 22 localizam-se em São Paulo (ANEXO B).

Além disso, o estudo revelou um número grande de instituições de ensino responsáveis pela formação, sendo que das 17 citadas, 15 localizavam-se no Estado de São Paulo. Dos cursos referidos pelos respondentes, apenas um não consta no cadastro atual de cursos em andamento, verificando que a amostra foi composta por terapeutas ocupacionais formados na maior parte das instituições do Estado.

Com estes dados pode-se supor que as vagas de terapia ocupacional em assistência ambulatorial do Estado de São Paulo estão sendo preenchidas majoritariamente por profissionais formados na própria unidade federativa.

Quanto à pós-graduação, observou-se na amostra um percentual maior de formação que nos dados obtidos no I Censo Profissional realizado pelo CREFITO/3, onde se identificou que 61,6% dos terapeutas ocupacionais possuíam algum curso *lato sensu* e 14,1% algum curso *stricto sensu* (MALERBI; CASTRO, 2008), já no presente estudo estes dados são 69,2% e 21,2% respectivamente.

Observamos que o perfil de pós-graduados difere de outros estudos identificados. Neste, foi obtido que 77,9% dos terapeutas ocupacionais possuem ao menos uma pós-graduação, e destes 88,9% possuem curso *lato sensu* e 27,2% possuem curso *stricto sensu*.

Bregalda (2012) identificou que 67,5% dos terapeutas ocupacionais atuantes no INSS de São Paulo possuem algum curso de pós-graduação, número inferior ao do presente estudo, apresentando que no mínimo 88,9% possuem curso *lato sensu*, distribuição semelhante ao do presente estudo, e no máximo 14,8% possuem curso *stricto sensu*, percentual inferior.

Já Cardoso (2009) identificou junto aos terapeutas ocupacionais que atuam na área de educação especial um grupo com mais formação, sendo que

89,7% da amostra apresentou ao mínimo um curso de pós-graduação, com distribuição superior especialmente em relação aos cursos *stricto sensu*, apresentado por 36,7% da amostra, e mais semelhante na formação de cursos *latu sensu*, com 90,3%.

Com isso, observamos que os terapeutas ocupacionais pós-graduados do Estado de São Paulo, sob diferentes focos de investigação, demonstram buscar maciçamente cursos *latu sensu*. Mas, em relação à realização de cursos *stricto sensu*, a procura é inferior em todos os grupos e com distribuição irregular, sugerindo que, para este tipo de curso, aspectos como tipo de assistência prestada e foco de atuação podem interferir para sua realização.

Além disso, observamos que os cursos de pós-graduação realizados pelos sujeitos da atual pesquisa se localizavam em diferentes áreas do conhecimento. Por se tratar de um estudo que focava um tipo de assistência, a ambulatorial, e não uma área específica de atuação, tal panorama era esperado. Se comparado com um estudo anterior realizado por Emmel e Lancman (1998) junto a terapeutas ocupacionais docentes, observa-se a realização de cursos *latu sensu* em áreas de interesse já consagradas, como área física e saúde pública, assim como aumento de interesse por cursos na área de saúde mental, gerontologia e educação especial. Também se verifica a realização de cursos *latu sensu* em novas áreas, como administração/gestão em saúde, saúde da família e tecnologia assistiva. Já em relação aos cursos *stricto sensu*, as áreas mais procuradas mostram-se semelhantes, como educação especial, educação e saúde pública/coletiva, uma área reduziu bastante o interesse, a psicologia, e outras novas surgiram, como específico de terapia ocupacional e engenharia biomédica.

Lancman (1998) reflete sobre a influência da pós-graduação na constituição da profissão, revelando que, especialmente em relação aos cursos *stricto sensu*, por não haver, até aquele momento, ofertas de cursos específicos em terapia ocupacional, os profissionais buscavam a formação em áreas afins. No presente estudo, observamos que dos 19 participantes com cursos de mestrado, três foram realizados na área de terapia ocupacional, no Brasil. Os cursos de doutorados foram todos desenvolvidos em áreas afins. Assim, sugere-se que a partir da realização de cursos *stricto sensu* específicos na área da terapia ocupacional, como apontado por Lancman (1998), possa ser

favorecida a consolidação de uma cultura comum e de uma identidade profissional, com uma produção dirigida de linhas de pesquisa na área para o desenvolvimento da profissão, como no caso do presente estudo.

Outro aspecto observado foi a tendência de quanto maior o tempo de formado, maior o nível de formação apresentado pelos terapeutas ocupacionais, sendo que os profissionais que apresentam formação em cursos *stricto sensu* apresentam maior média de tempo de formado. Assim, os profissionais que estão na prática clínica, buscaram desenvolver cursos *lato sensu*, para posteriormente buscar cursos *stricto sensu*.

Quanto ao número de empregos apresentado pelo grupo estudado, observamos um número proporcionalmente maior de terapeutas ocupacionais que atuam em mais de um emprego (47,1%) que o apresentado pelos participantes do I Censo Profissional do CREFITO/3, com 22,7%. No entanto a carga horária média referida no emprego principal nos dois grupos foi semelhante, sendo 28,1 e 26,8 horas respectivamente. Tal média é bastante próxima à jornada máxima de trabalho determinada para a categoria profissional, de 30 horas semanais (BRASIL, 1994). Ressalta-se que 12,5% dos profissionais referiram atuar com carga horária maior que 30 horas e, para aqueles que possuem mais de um emprego, há ainda maior probabilidade em trabalhar mais que o número de horas máximo estipulado.

Observa-se que no grupo estudado quase metade atua em mais de um emprego e com jornada de trabalho elevada, o que pode interferir na qualidade do trabalho e de vida destes profissionais. Tais aspectos não foram privilegiados neste estudo, mas este se mostrou um dado relevante para futuras investigações. Além disso, pode-se inferir que há espaço no mercado de trabalho para um maior número de terapeutas ocupacionais atuarem em assistência ambulatorial, sendo necessário investigar o que leva a esta suposta sobrecarga, como possíveis hipóteses de número insuficiente de profissionais no mercado, baixa remuneração, entre outros.

Em relação à documentação clínica, pode-se supor que esta carga horária elevada interfere na qualidade dos registros desenvolvidos, especialmente para os terapeutas ocupacionais que referiram não ter horário previsto na própria jornada de trabalho para a realização destes (48,1%), ou para aqueles que informaram que o tempo previsto não se mostra suficiente

(42,6% de 51,9%). Estes dados permitem supor que os registros sejam feitos no horário previsto para demais atividades profissionais ou fora do horário de trabalho, já que apenas 14,4% referiram não registrar todas as intervenções por falta de tempo. Os registros podem então implicar em número de horas efetivamente trabalhadas superior àquela constatada, levando possivelmente a menor qualidade das atividades desenvolvidas e/ou a sobrecarga de trabalho.

Em relação à caracterização do trabalho dos terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial no Estado de São Paulo, alguns apontamentos são realizados.

Quanto ao vínculo empregatício no emprego principal em que atuam em assistência ambulatorial, revelou-se uma formalização deste vínculo, com mais de 80,0% contratados em regime CLT (42,3%) ou em regime estatutário (servidores públicos) (38,5%), com poucos autônomos (13,5%) e apenas 1,9% exercendo atividade voluntária. Tais dados diferem dos encontrados no I Censo Profissional do CREFITO/3, que obteve para o principal emprego dos terapeutas ocupacionais 50,3% em regime CLT e 19,8% em regime estatutário, sendo o restante autônomo (19,1%), outro (9,0%), cooperado (1,5%) ou estagiário (0,4%).

Outro aspecto observado foi que o tempo em que está no mesmo emprego mostrou-se diretamente proporcional ao tempo médio de formado, indicando uma tendência dos profissionais permanecerem no mesmo emprego após contratados.

Diante de tais informações, pode-se inferir que a atuação clínica ambulatorial demonstra ser um campo de assistência consolidado na profissão, com mais profissionais contratados em regimes mais formais que para terapeutas ocupacionais em geral, como investigado no I Censo Profissional, e com aparente estabilidade no emprego, conforme revela a relação entre tempo de formado e de vínculo no emprego.

Uma das hipóteses levantadas seria de que tais características viessem a interferir na prática e percepção da documentação clínica pelos terapeutas ocupacionais. Porém, tais informações não revelaram influenciar de forma significativa a percepção dos terapeutas ocupacionais participantes em relação à documentação clínica para as variáveis investigadas.

Quanto à caracterização da instituição de trabalho, observa-se que a maioria atua em instituições públicas (70,2%). Este dado difere do apresentado no I Censo Profissional, onde se obteve que 46,1% dos trabalhos principais eram desenvolvidos em instituições públicas e o restante em privadas.

Já em relação ao tipo de instituição pública, nota-se uma maior concentração administrada pela esfera municipal. Tais dados corroboram o princípio de descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê a maior ênfase na oferta de serviços municipais que estaduais e federais (BRASIL, 1990).

Em relação ao número de habitantes onde a instituição está localizada, observou-se maior concentração em cidades mais populosas, o que pode levar a supor que os terapeutas ocupacionais estão mais presentes nestas cidades que nas cidades com menor número de habitantes. Isto pode ocorrer devido ao número ainda pequeno de profissionais no mercado se comparado a outras profissões, como, por exemplo, de fisioterapeutas¹, fazendo com que os profissionais se estabeleçam em municípios com mais e melhores oportunidades, inclusive de múltiplos empregos, como observado neste grupo. Também se pode supor que nos municípios mais populosos haja maior reconhecimento da profissão e inserção da categoria nas equipes de trabalho que nos pequenos municípios.

Foi verificado se as variáveis natureza da instituição, número de habitantes, faixa etária atendida e tipo de ambulatório apresentavam alguma correlação; porém, não foi identificada nenhuma evidência de correlação entre elas, com distribuição bastante irregular. Também não foi constatada correlação entre elas e a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre a documentação clínica, assim como com a atuação ou não com sistemas de qualidade.

Quanto à prática da documentação clínica pelos terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial no Estado de São Paulo, foram analisados: formato de registro; local de armazenamento; a

¹ Dados disponibilizados no site oficial do CREFITO/3 (http://www.crefito.com.br/app_site/est_prof.asp) informavam que em novembro de 2012 havia 54548 fisioterapeutas e 4524 terapeutas ocupacionais inscritos.

comunicação; tempo gasto no registro; tipos de registros; métodos de registros e satisfação.

Primeiramente, em relação ao formato de registro, este ainda é realizado preponderantemente exclusivamente em papel (64,4%), com apenas 9,6% sendo exclusivamente informatizado. Na literatura são encontrados estudos em que os registros informatizados eram ainda menos freqüentes. No de Silva e Tavares-Neto (2007), de 77 instituições hospitalares investigadas, observou-se que 92,2% utilizavam prontuários exclusivamente de suporte em papel, e os demais eram mistos. Já outros estudos mais antigos, como de Santos, Paula e Lima (2003) e Stumpf e Freitas (1997) foram investigadas instituições que faziam exclusivamente registro em papel, mas com o propósito de virem a adotar recursos de informatização. Outros estudos apontam para a tendência e benefícios de se ter cada vez mais registros informatizados (FIGUEIREDO et al., 2007; LUZ; MARTINS; DYNEWICZ, 2007). Assim, pode-se observar que o aumento do uso de recursos de informática vem ocorrendo de forma gradual.

Quanto ao local de armazenamento dos registros clínicos dos terapeutas ocupacionais, observou-se que a maior parte é mantida junto ao prontuário multi/interdisciplinar. No entanto, ainda 29,8% mantém parte dos registros em prontuário exclusivo da terapia ocupacional e parte em prontuário multidisciplinar, e 12,5% (13 respondentes) em prontuário exclusivo da terapia ocupacional, sendo que sete destes referem atuar em equipe. Apesar da literatura apontar para a possibilidade de se ter um prontuário exclusivo de terapia ocupacional (MATTHEWS; JABRI, 2004), para aqueles que atuam em equipe o prontuário do cliente/paciente/usuário é tido como uma das principais formas de comunicação entre os diferentes atores envolvidos com a assistência prestada (MATTHEWS; JABRI, 2004; MEZZOMO, 1991a; PERINCHIEF, 2002).

Mezzomo (1991b) denomina sistema de prontuário múltiplo como a situação em que os diferentes setores ou especialidades possuem seus próprios prontuários, e considera condenável sua utilização, apontando como desvantagens de seu uso, entre outras, a dificuldade do conhecimento global do paciente, a necessidade de mais espaço para armazenamento e maior custo de manutenção, assim como a dificuldade para o controle pelo serviço de prontuário institucional.

Já para os serviços que contam com sistema misto de armazenagem, ficando parte dos registros em prontuário multidisciplinar e parte em prontuários específicos de cada serviço, Matthews e Jabri (2004) definem como registro legal permanente o prontuário do paciente/cliente/usuário no qual estão as informações de toda equipe de tratamento e que é considerado a única fonte de informação oficial relacionada ao seu atendimento, sendo seu conteúdo determinado por cada instituição. Eles definem que os documentos mínimos de terapia ocupacional a constar são: o encaminhamento médico, a avaliação inicial, as anotações de progresso contínuo (diárias ou semanais), as reavaliações intermediárias e o resumo de alta, sendo que tais itens devem conter informações sobre os objetivos, planos de tratamento e mensurações do progresso em relação às metas estabelecidas. O restante da documentação, como os testes aplicados e atividades realizadas pelos pacientes/cliente/usuários pode permanecer em prontuário específico do setor.

Além disso, no presente estudo, os terapeutas ocupacionais apontaram como uma das funções mais importantes da documentação clínica a comunicação entre todos os envolvidos com a assistência (ficando em segundo lugar de importância de uma lista de nove), e também todos os respondentes identificaram como bastante útil e necessário os registros. Com isso, demonstra-se que os terapeutas ocupacionais valorizam os registros tanto como meio de comunicação como reconhecem sua utilidade e necessidade para a atuação profissional.

Assim, observa-se ser pertinente que se investigue em uma próxima etapa o motivo de não serem inseridos nos prontuários multi ou interdisciplinares de algumas instituições os registros dos terapeutas ocupacionais.

Também se aponta a necessidade de maior conscientização de todos os profissionais envolvidos com a assistência da importância de se utilizar sistemas mais integrados de documentação, incluindo os gestores dos serviços de saúde.

Além da comunicação sobre a assistência prestada através do prontuário, ele pode ser uma forma de divulgar o trabalho e escopo de atuação da profissão, o que favorece seu reconhecimento (FEARING, 1991).

Dois estudos foram identificados que corroboram para esta premissa. O primeiro, de Pereirinha, Bianchi e Carvalho (2011), foi realizado com 14 médicos psiquiatras de ambulatórios de saúde mental para verificar o conhecimento deles acerca da atuação da terapia ocupacional. Identificaram, de forma geral, conhecimento baixo e arcaico a respeito da terapia ocupacional. Discutem que ainda há desinformação da classe médica e da sociedade sobre a terapia ocupacional, sugerindo campanhas de informação e esclarecimento sobre a profissão, assim como maior divulgação, atuação e inserção nas equipes pelos terapeutas ocupacionais. O segundo, de Emmel e Kato (2004), foi realizado junto a estudantes de medicina para verificar o nível de conhecimento acerca da profissão. Um dos aspectos investigados foi onde haviam adquirido conhecimento sobre a terapia ocupacional, sendo que a maior parte dos que respondeu referiu que foi em lugares onde o terapeuta ocupacional atua, mais do que nas aulas de faculdade, por exemplo.

Com estes dois estudos, reforça-se a necessidade de maior divulgação do escopo de atuação da terapia ocupacional junto à equipe. Sugere-se, a partir do estudo de Emmel e Kato (2004), que o ambiente de trabalho do terapeuta ocupacional é um importante local para que isto ocorra. Desta forma, os registros em prontuário, principalmente quando utilizado o sistema integrado, pode constituir, conforme apontado por Fearing (1991), uma importante ferramenta para divulgação e esclarecimento da atuação da terapia ocupacional junto à equipe e à sociedade.

Em relação ao tempo utilizado pelos terapeutas ocupacionais para a realização dos registros, foi observado que, além de praticamente 70% do grupo não possuir tempo previsto em sua rotina de trabalho, ou o tempo não ser considerado suficiente para o desenvolvimento dos registros, 14,4% referem não conseguir realizar todos os registros por falta de tempo. Também foi observada uma tendência em avaliar a satisfação com a própria documentação de forma pior por aqueles que não possuem o tempo na rotina de trabalho.

Além disso, identificou-se que mais de 70,0% dos terapeutas ocupacionais realizam, além dos registros clínicos, registros administrativos de diferentes tipos, o que também exige tempo de trabalho para seu desenvolvimento.

Estes dados revelam que, na maioria das instituições de trabalho investigadas, a documentação clínica não é adequadamente dimensionada na jornada de trabalho dos terapeutas ocupacionais, sugerindo que não é tratada como uma atividade profissional formalmente reconhecida e valorizada. Corrobora com isto o fato de 76,0% dos respondentes referirem que não receberam nenhum treinamento da instituição de trabalho para o desenvolvimento dos registros. Apesar disso, observa-se que é realizada em todas elas, e que muitas fazem recomendações sobre os registros, incluindo prazo para sua realização. Nota-se assim uma possível discrepância entre o que as instituições oferecem de recursos aos profissionais terapeutas ocupacionais e o que é exigido deles em relação ao desenvolvimento desta atividade de trabalho, a documentação clínica.

Apesar de não ter se mostrado estatisticamente significativo para as variáveis investigadas no presente estudo, a questão do tempo e aspectos relacionados à instituição mostram-se como um fator implicado com a prática da documentação clínica. Esta relação pode ser mais explorada em futuros estudos de forma a apreender melhor tais implicações, como verificar a qualidade dos registros e aspectos relacionados à qualidade de vida no trabalho nos diferentes grupos e a visão dos gestores em relação ao desenvolvimento dos registros pelos terapeutas ocupacionais.

Na literatura alguns aspectos desta relação são apontados, como no estudo de Davis et al. (2008), que ao investigarem as opiniões, percepções e atitudes de terapeutas ocupacionais e de outros profissionais envolvidos com a assistência, sobre a comunicação de evidência na documentação clínica, com base no modelo da Prática Baseada em Evidência (PBE). Foram identificados alguns fatores que interferem nas atitudes dos profissionais em relação à documentação. A restrição de tempo e o grande número de tipos de documentos demonstraram piorar a qualidade dos registros para os itens investigados. Já as exigências dos serviços/institucionais revelaram que podem levar a melhor qualidade dos registros.

Quanto aos tipos de registros, obteve-se que dos três principais tipos de registros clínicos a serem desenvolvidos pelos terapeutas ocupacionais em assistência ambulatorial, todos realizam registros de avaliação, apenas um

respondente referiu não realizar registros de acompanhamento/intervenção e 13,5% informaram não realizar registros de alta.

Quanto a não realização de registros de alta por um número expressivo de respondentes, sugere-se que este momento do processo terapêutico não é tão valorizado para a documentação quanto os outros, identificando a necessidade de se investigar com mais profundidade o que interfere para que isto aconteça. No entanto, a necessidade de registros de todas as etapas do processo terapêutico ocupacional é bastante enfatizada na literatura consultada (AOTA, 2008a; FEARING, 1993; MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2002; RADOMSKI, 2005).

Tomando por exemplo o sujeito que referiu não realizar registros de acompanhamento, e analisando de forma mais abrangente suas respostas, pode-se realizar algumas inferências buscando compreender os aspectos que interferem na percepção e atitude do profissional em relação à documentação clínica.

Além de não realizar registros de acompanhamento, ele também não realiza registros de alta e realiza apenas registros de avaliação do subtipo inicial, e de forma rara, revelando uma prática da documentação clínica pouco desenvolvida em sua rotina de trabalho. Nota-se que atua em equipe, que é o único terapeuta ocupacional do serviço e que os registros ficam armazenados parte no prontuário multi/interdisciplinar e parte no de terapia ocupacional. Aponta que não possui horário previsto na jornada de trabalho para o desenvolvimento dos registros e, como motivo da não realização deles, refere a falta de tempo, que também é citada como um dos aspectos que mais dificulta a prática da documentação clínica. Também não possui recomendações da instituição de trabalho, nem treinamento ou atuação com sistema de qualidade. Ressalta-se ainda que não aponta a graduação como fonte de conhecimento para a prática dos registros, mas refere que este fator é um dos facilitadores para seu desenvolvimento. Como finalidade da documentação clínica considera que a principal é para uso em pesquisa, a comunicação com a equipe ficou em penúltimo lugar e a formação de terapeutas ocupacionais em último.

Com este caso pode-se refletir que o tempo e as exigências institucionais ou a falta delas demonstram ter um forte impacto na prática dos registros, que pode levar a práticas consideradas inadequadas, como a não

realização dos mesmos. Além disso, a não exploração de conteúdos relacionados à documentação clínica durante a formação também demonstra implicar em uma percepção e prática menos valorativa desta atividade profissional.

Quanto aos métodos de registros utilizados pelos terapeutas ocupacionais, verificou-se que o roteiro pré-determinado na própria instituição e a narrativa livre são os mais utilizados. Sendo que para os registros de avaliação os roteiros pré-determinados são os mais citados e para os registros de evolução/acompanhamento e alta é a narrativa livre.

Verifica-se que a frequência de uso dos roteiros pré-determinados na própria instituição, chegando a 62,5% dos métodos de registros de avaliação, é semelhante à frequência referida de atuação dos serviços de terapia ocupacional embasada em algum modelo de atuação (64,4%). Com isto pode-se supor que, assim como sugerido pela literatura, que o desenvolvimento de algum método de registro deve estar embasado em algum modelo teórico (FEARING, 1993), os terapeutas ocupacionais podem ter desenvolvido métodos de registro em seus locais de trabalho sob influência dos diferentes modelos de atuação apontados no estudo. Os modelos mais citados foram o de Reabilitação Psicossocial, seguido pelo Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, o Modelo da CIF e o Modelo de Ocupação Humana. Quanto aos três últimos, coincidem com os modelos utilizados para embasamento teórico dos métodos de registro específicos para a terapia ocupacional identificados na literatura (BART et al., 2011; FEARING, 1993; KYLE; WRIGHT, 1996; WATSON, 1992). No entanto, o de Reabilitação Psicossocial, mais citado neste estudo, não foi apontado na literatura. Desta forma, mostra-se interessante investigar alguns roteiros de registro de avaliação que utilizam os diferentes modelos de atuação citados e identificar a influência deles sobre a estrutura definida para os roteiros de registros, assim como suas semelhanças e diferenças.

Além disto, os recursos audiovisuais revelaram-se como métodos utilizados principalmente para registros de avaliação, mas também um sujeito apontou seu uso para registros de evolução/acompanhamento. Apesar de não serem identificados dados de estudos referentes a este método de registro na literatura, com o advento da tecnologia e uso de recursos informatizados para a

documentação clínica este também é um aspecto que pode ser melhor investigado.

Foi observado que 91,9% dos terapeutas ocupacionais relataram algum nível de satisfação com a própria documentação, e apenas 5,8% apontaram algum nível de insatisfação.

Fearing (1991) referia preocupação relacionada à documentação clínica, sugerindo que o abandono da carreira de terapia ocupacional pelos profissionais poderia estar vinculado à insatisfação gerada por sua prática, apontando dois estudos que corroboraram isto. Um realizado no Canadá, em 1989, que apontava que a documentação estava entre os dois aspectos de menor satisfação com o trabalho. Outro, nos Estados Unidos, realizado com 696 terapeutas ocupacionais que deixaram a profissão, que apontou o excesso de documentação como um dos três principais aspectos negativos do trabalho.

Para o desenvolvimento do presente estudo, uma das hipóteses levantadas foi que, devido à percebida ausência de suporte teórico-metodológico e aparente falta de atenção dada pela categoria profissional de forma geral para a prática dos registros, a satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria documentação clínica estivesse baixa. No entanto, notou-se que o desenvolvimento dos registros não é percebido como insatisfatório.

Apesar deste elevado nível de satisfação identificado, buscou-se verificar quais aspectos influenciaram para que os terapeutas ocupacionais realizassem uma avaliação mais positiva da satisfação em relação à prática de sua documentação clínica.

De todas as variáveis investigadas apenas quatro mostraram interferir de forma significativa para esta relação. A primeira, o nível de conhecimento percebido como suficiente para o desenvolvimento desta atividade, demonstrou ter o maior impacto sobre a satisfação. Observou-se que quem avalia o conhecimento como suficiente apresenta níveis maiores de satisfação em relação à prática dos registros. Tal informação revela a importância de se investir no desenvolvimento e divulgação de conhecimento sobre esta atividade junto à categoria profissional, desde sua formação.

Outras variáveis investigadas no próprio estudo apontam para demais aspectos que se relacionam com o nível de conhecimento percebido, e que

demonstram a interferência da formação profissional para a percepção dos profissionais em relação à documentação clínica, como o curso de graduação ser apontado como o local mais freqüente onde buscou conhecimento e o conhecimento adquirido na graduação ou na pós-graduação ser referido como o aspecto que mais facilita o desenvolvimento dos registros clínicos pelos terapeutas ocupacionais.

As demais variáveis que revelaram interferir significativamente na satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria documentação clínica se referem aos valores atribuídos à própria documentação. Observou-se que as pessoas que identificam a prática dos registros clínicos como complexa, difícil e desgastante apresentam uma pior avaliação da satisfação do que aquelas que a consideram simples, fácil e tranquila. Os atributos *utilidade* e *necessidade* não demonstraram interferir de forma significativa, provavelmente devido à maioria dos participantes ter um posicionamento muito semelhante em relação a eles, considerando bastante útil e necessária a documentação.

Observa-se com tais achados que os fatores que influenciaram a satisfação com a documentação dizem respeito também a aspectos da percepção dos terapeutas ocupacionais. Allen et al. (1989 apud PIERRE; SONN, 1999) referiram que as percepções e interpretações de eventos profissionais, incluindo os registros clínicos, podem sofrer influências de motivos inconscientes decorrentes de pensamentos, ideias ou emoções. No presente estudo, tais aspectos não foram aprofundados, mas sugere-se que futuros estudos, de abordagem mais qualitativa, poderiam aprofundar essas questões.

Ressalta-se que nenhuma variável relacionada à caracterização dos sujeitos, do trabalho e da prática dos registros demonstrou, neste estudo, interferir significativamente para a satisfação dos terapeutas ocupacionais com a própria documentação clínica. Com isso se pode considerar que, de fato, os aspectos mais subjetivos é que determinarão a satisfação, ou que o instrumento proposto não atingiu a sensibilidade suficiente para investigar tal aspecto.

Já quanto às finalidades atribuídas à documentação pelos terapeutas ocupacionais, aspectos não subjetivos demonstraram ser significativos. Primeiramente, em relação à finalidade “comunicar informações sobre o

cliente/paciente/usuário à equipe envolvida em seu atendimento”, observou-se que quanto maior o tempo de formado, maior importância dada a esta finalidade, o que pode ser gerado pela própria experiência profissional, com vivências que reforçam a importância dos registros como instrumento de comunicação.

Quanto à finalidade “avaliar a eficácia da intervenção da terapia ocupacional”, dois aspectos demonstraram interferir: a formação do superior imediato do terapeuta ocupacional, sendo que aqueles que possuem como superior um profissional não terapeuta ocupacional atribuem maior importância a esta finalidade; e o desenvolvimento de atividade de ensino profissional no serviço, sendo que os que possuem atribuem menor importância a essa finalidade. Os dois aspectos levam a refletir os motivos de sua interferência. A melhor avaliação por superiores não terapeutas ocupacionais pode corroborar os aspectos anteriormente discutidos, que os registros auxiliam a comunicação e divulgação da atuação do terapeuta ocupacional junto à equipe, sendo que superiores com profissões distintas teriam na documentação clínica um suporte maior para avaliar a eficácia da intervenção dos terapeutas ocupacionais a ele subordinados. Já a atribuição de menor importância a essa finalidade para aqueles terapeutas ocupacionais que atuam em serviços que contam com atividades de formação profissional, a princípio parece incongruente, pois os registros deveriam servir como uma fonte a mais de informação sobre a atuação profissional, sendo importante inclusive para avaliar a eficácia dos atendimentos prestados pelos estagiários.

Já em relação à finalidade “fornecer dados para a pesquisa e produção de conhecimento em terapia ocupacional” os mesmos aspectos acima citados correlacionam-se significativamente com sua avaliação. A formação do superior imediato aponta que os terapeutas ocupacionais com superiores também terapeutas ocupacionais referem uma melhor avaliação dos que os de outras profissões ou os sem superiores, apontando que este grupo pode ser mais estimulado por seus superiores a desenvolverem pesquisas no serviço cujas informações dos registros clínicos sejam utilizadas como fonte de informação. Já os profissionais que atuam em serviços que desenvolvem atividades de formação profissional também avaliam como mais importante esta finalidade que os que não possuem, sugerindo que também para este grupo as pesquisas

podem ser mais estimuladas nos serviços e a contribuição dos registros clínicos para elas seja mais bem percebida.

Em todos os achados envolvendo a finalidade da documentação clínica, observa-se que as variáveis que apresentaram correlação significativa possuem alguma relação com aspecto da formação profissional, como o tempo de formado, formação do superior imediato e desenvolvimento no serviço de atividade de formação profissional, apontando que a percepção sobre a finalidade demonstra estar mais influenciada por questões relacionadas à própria formação do terapeuta ocupacional que de aspectos da caracterização do trabalho. Isto reforça a necessidade de se concentrar os estudos e desenvolvimento de conhecimento sobre o tema, para compreensão da percepção e atitudes dos profissionais, em aspectos relacionados à formação profissional, como a abordagem deste conteúdo nos cursos de graduação e pós-graduação e o desenvolvimento de diretrizes e sistematização de avaliação da qualidade dos mesmos.

5.2 DISCUSSÃO SOBRE A PESQUISA DOCUMENTAL

Outro aspecto investigado neste estudo foram os documentos jurídicos brasileiros que tratassem da documentação clínica e que pudessem ter implicações para a prática da terapia ocupacional.

De forma geral, nas bases de dados consultadas, foram identificados poucos documentos que abordam diretamente a documentação clínica, trazendo informações sobre como se deve proceder para sua execução, uso, guarda e descarte. A maior parte dos documentos, mesmo quando aborda o tema, é de forma complementar a um outro assunto, ou traz informações estritamente pontuais, tornando difícil tanto sua localização quanto sua análise.

Devido a esses fatores, alguns documentos que a princípio não seriam selecionados fizeram parte do estudo, por verificar que poderiam contribuir para maior aprofundamento da discussão sobre o tema.

Verificou-se também que o tema pode estar presente em outros documentos que não foram acessados pela metodologia de busca adotada. No entanto, os dados levantados possibilitaram uma discussão abrangente sobre a

documentação clínica no contexto brasileiro, principalmente relacionada à terapia ocupacional.

Nos documentos específicos da profissão nota-se uma concentração maior do assunto nos últimos dois anos, culminando com o primeiro documento exclusivo sobre o tema, publicado em maio de 2012, a Resolução COFFITO 415, que “Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências”, a qual será abordada em mais profundidade posteriormente. Isto revela a pertinência deste tema de estudo, sendo que a partir desta Resolução teremos mais subsídios legais para a prática de registros, assim como uma ferramenta importante para formação, pesquisa e gestão em terapia ocupacional.

Observou-se também que, de todos os órgãos representativos de classe específicos da terapia ocupacional pesquisados, o COFFITO foi o que mais publicou documentos relacionados ao tema. Já das associações de classe, que em outros países realizam publicações que orientam esta prática profissional, como nos Estados Unidos, Canadá e Suécia, não foram identificadas publicações, revelando no Brasil uma postura diferente de tais entidades, percebendo que não demonstram envolvimento e apoio às práticas profissionais relacionadas à documentação clínica. Desta forma, sugere-se que mais investimentos sejam realizados para que as associações de terapia ocupacional sejam divulgadas, fortalecidas e que consigam exercer papel de liderança e servir de meio para discussões, realizações e divulgações de estudos e avanços científicos, como aponta Lázaro (2007).

Quanto aos demais órgãos de origem, observa-se que, nos específicos de outras profissões, como o CFM, CREMESP e COFEN, poucos documentos podem ser compartilhados para além de suas especificidades. No entanto, pela metodologia adotada, não foi localizado um número expressivo de documentos para diretrizes, e sim um número grande de documentos de consultas dos profissionais nos órgãos da categoria médica, gerando os 103 Pareceres, Notas Técnicas ou Despachos, o que revela uma questão geradora de freqüentes dúvidas no cotidiano profissional daquela categoria.

O documento observado como fonte de orientação em todas as categorias consultadas foi o Código de Ética Profissional, sendo que no das três categorias profissionais analisadas (terapia ocupacional, medicina e

enfermagem) eles trazem referências diretas em relação à conduta quanto aos registros.

Já em relação aos documentos identificados de origem do Ministério da Saúde, percebe-se a preocupação com a documentação clínica em Portarias e Resoluções que regulamentam serviços específicos, que trazem além de orientações da organização do serviço, equipe e intervenções, as orientações quanto aos registros, demonstrado que sua prática é entendida como atividade integrada a assistência prestada.

Na legislação de saúde, de forma geral, praticamente não foi encontrada explicitação deste conteúdo.

Nos documentos de outros órgãos, ressalta-se a Resolução CNE/CES 06./2002, que "Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional", trazendo referência à incorporação de conteúdo sobre a prática de documentação nos cursos de graduação, porém de forma não muito estruturada. Nele apresenta-se como diretriz o desenvolvimento de habilidades no futuro profissional para comunicação, envolvendo habilidades de leitura e escrita. Além disto, espera-se que o terapeuta ocupacional graduado guarde segredo das informações a ele confiadas e conheça os principais métodos de avaliação e registro, e formulação de objetivos.

Para melhor apreensão do conteúdo explorado nos diferentes documentos, este foi agrupado segundo alguns grupos temáticos identificados, discutidos a seguir:

Informações obrigatórias a constar

Exclusivamente em relação à terapia ocupacional, a Resolução COFFITO 415/2012, que trata especificamente dos registros em prontuário pelo terapeuta ocupacional, tornando obrigatória sua realização, explicita de forma detalhada o conteúdo mínimo a constar nos prontuários do paciente/cliente/usuário. Informa que, caso os registros clínicos façam parte de um prontuário interdisciplinar, as informações que já constarem nele não precisam ser replicadas. As informações estão compiladas segundo as categorias: identificação do paciente/cliente/usuário, história clínica, exame clínico/educacional/social, exames complementares, diagnóstico e prognóstico terapêutico ocupacional, plano terapêutico ocupacional, evolução da condição

de saúde, qualidade de vida e participação social do paciente/cliente / usuário e identificação do profissional que prestou a assistência. A Resolução COFFITO 81/1987, ao abordar o exercício profissional do terapeuta ocupacional, já trazia algumas informações referentes ao conteúdo, como o diagnóstico terapêutico ocupacional e a prescrição da conduta terapêutica ocupacional, reforçando a necessidade de qualificar e quantificar as condutas propostas.

Já outras Resoluções do COFFITO não exploram muito o conteúdo das informações a constar, mas identificam de forma mais clara os diferentes momentos do processo terapêutico que devem ser registrados. As Resoluções 405/2011, referente à disciplina da especialidade de terapia ocupacional em acupuntura, e a 407/2011, sobre a especialidade em saúde da família, referem que é necessário o registro das consultas, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução interconsulta, intercorrências e alta do serviço de terapia ocupacional. A 406/2011, sobre a especialidade em contextos sociais, refere que devem ser registrados os dados dos sujeitos com os quais atua e elaborar encaminhamentos necessários, sem deixar claro se estes também são armazenados nos prontuários. A 408/2011, sobre a especialidade saúde mental, recomenda o registro e a guarda da evolução clínica e de relatórios.

Na Resolução CFM 1638/2002, que também é exclusiva sobre prontuário, este é definido como um instrumento interdisciplinar e de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos, apesar de ser dada ênfase à responsabilidade e ao papel do médico em relação a ele. Nela são apresentadas informações mínimas a constar, que em sua maioria coincidem com as já citadas na Resolução 415/2012. No entanto, cabe ressaltar que orienta o registro da evolução diária do paciente, com data e hora do atendimento, além de discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido, e identificação do profissional que o realizou.

Os documentos jurídicos de origem do MS, em sua maioria, abordam as informações específicas que devem constar nos prontuários dos pacientes/clientes/usuários, sem diferenciar por categoria profissional, de acordo com as situações clínicas a que se aplicam, sendo elas: assistência ao paciente para realização de implante coclear (MS/GM 1.278/1999), assistência ao paciente neurológico na alta complexidade (SAS 391/2005), assistência ao paciente portador de obesidade mórbida (MS/SAS 492/2007), assistência em

instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (MS/ANVISA 29/2011),

Já os documentos que tratam da assistência em atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (ANVISA 07/2010) e em comunidade terapêutica para pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (MS/ANVISA 101/2001) somente é referido que se deve realizar registros em prontuário, mas não são apresentadas as informações mínimas a constar.

Outros tipos de documentos clínicos

Além dos registros clínicos pertinentes à assistência prestada, a serem armazenados nos prontuários do paciente/cliente/usuário, foram identificados documentos jurídicos que fazem orientações referentes a outros tipos de documentos clínicos, sem explicitar se os mesmos devem ou não ser armazenados, como cópias, nos devido prontuários.

A Resolução COFFITO 123/1991, que “Fixa critérios e atenção nos campos da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, a serem observados pelas empresas de Saúde de Grupo ou análogas, que ofereçam estas práticas terapêuticas e dá outras providências”, refere que os profissionais devem elaborar um laudo profissional especializado, sendo este documento considerado o único e necessário, com validade ética e científica, utilizado para justificar as práticas terapêuticas indicadas junto às empresas de saúde de grupo e análogas.

As Resoluções CREFITO/3 21/2006 e a COFFITO 382/2010 tratam especificamente da emissão de laudos, pareceres e atestados pelos terapeutas ocupacionais, com texto bastante semelhante. Elas definem cada um dos documentos, indicam as informações a constar e as situações que demandam sua realização. Tais documentos são desenvolvidos com foco no desempenho laboral, devendo indicar o grau de capacidade ou incapacidade funcional, transitórias ou definitivas, e seus efeitos no desempenho laboral.

Além destas duas, as Resoluções COFFITO 405/2011, 407/2011 e 408/2011 reforçam a possibilidade de emissão de laudos, pareceres e atestados médicos dos profissionais nas especialidades tratadas, mas não

aprofundam seu conteúdo ou fazem orientações adicionais. E a Resolução COFFITO 383/2010, ao abordar atuação da terapia ocupacional em sistema prisional, refere que o profissional está habilitado para emitir tais documentos em relação específica às habilidades laborais, embora tal situação já esteja prevista na Resolução COFFITO 382/2010.

Forma de Registro

A Resolução do COFFITO 415/2012 refere que os registros em prontuário podem ser feitos de forma manuscritas ou em meio eletrônico, neste caso ressaltando a forma correta de identificação profissional ao término do registro.

A Resolução CFM 1638/2002, que trata especificamente do prontuário, também aponta que ele pode ser realizado em suporte eletrônico ou em papel, e a Resolução CFM 1821/2007, mais atual, aborda especificamente os registros em suporte eletrônico, normatizando o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos prontuários, com atenção a medidas técnicas para segurança das informações mantidas nestes sistemas, e autorizando a substituição integral do registro em papel por informatizado. Até o momento este foi o único documento localizado que aborda a normatização do uso de sistemas de informação para guarda e manuseio dos prontuários, podendo ser utilizado como base para os terapeutas ocupacionais que pretendam utilizar este tipo de suporte.

Guarda e descarte

O único documento específico de terapia ocupacional que trata deste tema é a Resolução COFFITO 415/2012. Ela aponta que a responsabilidade pela guarda do prontuário do paciente/cliente/usuário é do terapeuta ocupacional e/ou da instituição onde a assistência foi prestada, e refere um período de guarda de no mínimo cinco anos a partir do último registro, informando que este tempo pode ser maior em casos previstos por lei, por determinação judicial ou por outros motivos, sem exemplificá-los. A guarda deve ser feita em local que garanta sigilo e privacidade das informações. Quando decorrido o prazo previsto de guarda, o descarte também é de responsabilidade do terapeuta ocupacional e/ou da instituição, sendo

necessário destruí-lo de forma a garantir o sigilo das informações. Em caso específico de atendimento domiciliar, informa que o prontuário do paciente/cliente/usuário deve permanecer no domicílio, podendo o terapeuta ocupacional manter cópia para sua proteção.

Esta última orientação, sobre a manutenção do prontuário no domicílio em situação de atendimento domiciliar, também está contida em um documento mais antigo de outra categoria profissional, a enfermagem, na Resolução 272/2002, que “Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras”.

Aspectos Éticos

Nos documentos específicos de terapia ocupacional, duas Resoluções COFFITO apontam aspectos éticos.

A mais atual, 415/2012, refere que o prontuário pertence ao paciente/cliente/usuário ou ao seu representante legal, sendo obrigação do terapeuta ocupacional manter o sigilo sobre as informações nele contidas, podendo somente divulgá-las mediante autorização do paciente/cliente/usuário ou de seu representante legal, ou por dever legal ou justa causa. Além disso, deve estar permanentemente disponível para acesso pelo paciente/cliente/usuário ou seu representante legal. Pela redação do texto, fica subentendido que, se o paciente/cliente/usuário solicitar ficar com o documento, o terapeuta ocupacional deve tirar cópias idênticas e guardá-las conforme descrito na mesma resolução.

Em relação ao acesso às informações do prontuário, diversos documentos de origem do CFM e CREMESP tratam deste assunto, aparentando ser um dos aspectos de grande atenção da categoria profissional dos médicos, inclusive sendo o assunto relacionado à documentação clínica mais abordado nos Pareceres, Notas Técnicas ou Despachos.

Alguns apontamentos realizados em tais documentos complementam os achados nos documentos específicos de terapia ocupacional, podendo direcionar tomada de decisões e desenvolvimento de futuros documentos específicos para esta categoria profissional.

A Resolução CFM 1.605/2000, que “Fala sobre médico não poder revelar conteúdo do prontuário sem consentimento do paciente” é a que mais

traz contribuições em relação às questões judiciais. Orienta que, quando necessário o uso do prontuário para defesa judicial do médico, deve ser solicitado que a matéria seja mantida em segredo de justiça; pontua que o médico está impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal; e que, quando o prontuário ou ficha médica for solicitado por autoridade judiciária competente, sem a autorização expressa do paciente ou seu representante legal para disponibilizá-lo, o documento nem cópias do mesmo devem ser entregues à justiça, e sim nomeado um perito que irá ao local de atendimento fazer a perícia restrita aos fatos em questionamento. Quanto ao pedido de acesso ao prontuário pelo paciente ou representante legal, a orientação diverge da do COFFITO, e informa que deve ser entregue cópia ao paciente e mantido com o profissional o original.

Na Resolução 10/1978, que aprova o Código de Ética da fisioterapia e terapia ocupacional, dois aspectos são apontados. Primeiramente já apontava que era dever do profissional zelar para que ninguém estranho às atividades assistenciais tivesse acesso ao prontuário e às informações nele contidas, e em segundo informa que é proibido ao profissional assinar trabalho do qual não tenha participado.

No Código de Ética Médica, aprovado na Resolução CFM 1.931/2009, diversos aspectos relacionados à documentação clínica são abordados, envolvendo desde informações a constar nos prontuários até o posicionamento dos médicos diante de questões judiciais. Diversas delas coincidem com o já exposto, mas podem-se inferir novas orientações complementares que direcionem a prática dos terapeutas ocupacionais: é proibido ao médico assinar documentos em branco; utilizar formulários de instituições públicas em instituições privadas; e deixar de fornecer laudo médico quando o paciente é encaminhado ou transferido para garantir a continuidade do tratamento ou em situação de alta.

A Resolução que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, COFEN 311/2007, também faz referência ao registro em prontuário em diversos momentos, pontuando como um direito e um dever do enfermeiro, e reforça orientações já apontadas, como a necessidade de registrar informações completas, claras e fidedignas; não assinar pelo trabalho

que não fez; manter sigilo das informações; e não permitir acesso ao prontuário por quem não é devido.

A Resolução do CREMESP 226/2011, ao regulamentar a adoção de princípios para proteção de pessoas com transtornos mentais possíveis de serem submetidas a psicocirurgias, também traz algumas implicações éticas. Refere que nenhum tratamento deve ser administrado sem o consentimento livre e esclarecido do paciente ou de seu representante legal, somente em condições clínicas excepcionais, que devem ser caracterizadas e justificadas no prontuário. Fica assim reforçada a importância deste instrumento para proteção tanto do profissional quanto para o próprio paciente, sendo importante ter anexado ao prontuário os documentos referentes às autorizações realizadas pelo paciente e/ou representante legal.

Um documento localizado trata especificamente dos direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde: a Portaria MS 1.820/2009. Nele, a documentação clínica é tratada como um direito do usuário, devendo ele ter o registro atualizado e legível das informações pertinentes à assistência recebida. Também refere que o usuário tem direito a um documento para encaminhamento para outro serviço e garante o acesso do usuário ao seu prontuário e recebimento de cópia do mesmo quando se fizer pertinente.

Outros

Para situações específicas de atendimento prestado em instituições esportivas, a Resolução CFM 1833/2008 define que o prontuário ou ficha médica pertence ao atleta, e que este, por ocasião de desligamento da instituição, deve receber uma cópia mediante recibo, preservando-se o original na instituição. Também faz pontuações referentes a aspectos éticos nesta situação, referindo que as informações de diagnóstico e tratamento somente devem ser feitas à comissão técnica da instituição mediante autorização expressa do atleta, que deve ser assinada e anexada ao prontuário. Tais informações podem orientar a atuação de terapeutas ocupacionais que atuem em instituições esportivas, e observa-se novamente a preocupação em manter as autorizações realizadas pelos sujeitos atendidos anexadas ao prontuário.

Além destes, foram encontrados em dois documentos, a Resolução CREMESP 70/1995 e a Resolução CFM 1638/2002, determinações sobre a

criação de comissões para revisão dos prontuários, que devem ser organizadas em todas as instituições onde se preste a assistência médica, e que tem por atribuição: avaliar os itens obrigatórios a constar, assessorar a direção clínica e técnica em assuntos pertinente ao prontuário e manter estreita relação com a comissão de ética médica. Tal comissão terá acesso aos registros de todos os profissionais envolvidos com os atendimentos e é uma forma de se tentar manter a qualidade dos prontuários.

O uso dos registros clínicos para auditorias profissionais é abordado na Resolução do COFFITO 417/2012. Apesar de não ser tão explícito no texto, sugere-se que a documentação clínica é utilizada na execução de auditorias da assistência terapêutica ocupacional prestada ou do ato de terapia ocupacional, buscando averiguar se estão ocorrendo infrações aos preceitos éticos e bioéticos, ou que possam configurar, por ação ou omissão, em ilícito ético.

Quanto à prática de registros clínicos em situação de estágio profissional, obrigatório ou não, a Resolução COFFITO 415/2012 pontua que todas as intervenções realizadas pelo estagiário, e possíveis intercorrências, devem ser registradas no prontuário, e assinadas em conjunto com o profissional responsável pelo atendimento (Responsável/ Técnico/ Supervisor/ Preceptor).

Também foram identificados apontamentos sobre aspectos relacionados a apresentação e linguagem utilizada nos registros. A Resolução COFFITO 415/2012 refere que o terapeuta ocupacional deve fazer registros de forma legível, clara e utilizando terminologia própria da profissão, sem apontar quais referências utilizar quanto à terminologia considerada apropriada.

Quando relacionadas as informações obtidas com a pesquisa documental às identificadas na pesquisa de campo, nota-se que algumas práticas observadas, principalmente em relação ao não registro de informações pertinentes a todos os momentos do processo terapêutico, em especial ao momento de alta, demonstram estar em desacordo com o que é estipulado pela legislação e normatização profissional vigente.

No demais, outros dados não foram privilegiados neste estudo para comparação. No entanto, a partir da compilação realizada das informações contidas nos documentos jurídicos, em especial dos pertencentes à Resolução

COFFITO 415/2012, que trouxe diretrizes mais claras para o desenvolvimento da documentação clínica pelos terapeutas ocupacionais, será possível nas futuras investigações aprofundar a apreensão dos aspectos ético-legais relacionados à documentação clínica desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais brasileiros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerou-se que a metodologia adotada se mostrou adequada ao propósito do estudo, obtendo dados que possibilitaram verificar um panorama geral de como são realizados os registros por terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial e identificar qual a percepção deles sobre essa prática, assim como verificar quais aspectos interferem nesta percepção.

Destacou-se neste estudo que a maioria dos terapeutas ocupacionais apresenta algum nível de satisfação em relação à prática da documentação clínica. Também se destacou que os aspectos que revelaram interferir de forma mais significativa para esta satisfação são o conhecimento percebido para o desenvolvimento da documentação clínica e os valores a ela atribuídos. Assim, nota-se que a percepção sobre a prática da documentação clínica está mais relacionada aos aspectos subjetivos do que aos objetivos, como características sócio-demográficas e das instituições de trabalho.

Também se observou que aspectos relacionados à formação profissional revelaram interferir na percepção dos terapeutas ocupacionais sobre a prática da documentação clínica. Com isso sugere-se a necessidade de se oferecer maior enfoque nos cursos de graduação e pós-graduação, assim como na formação continuada dos terapeutas ocupacionais, de conteúdo específico relacionado à documentação clínica.

Outro aspecto relevante foi o enfoque do estudo não ter sido dado a uma área de atuação específica, e sim a um tipo de assistência. Desta forma possibilitou a apreensão de informações provenientes de terapeutas ocupacionais com atuação bastante diversificada em termos de população atendida, tipo de especialidade de serviço ambulatorial e que fazem uso de diferentes modelos de atuação. Assim foi possível conhecer aspectos em comum relacionados à prática da documentação clínica por terapeutas ocupacionais em assistência ambulatorial, independentemente da área de atuação.

O estudo apresentou-se como uma primeira aproximação com a temática da documentação clínica, tendo sido possível, a partir dele, identificar diversos focos de interesse para futuras investigações, tanto pelos dados apresentados quanto pelas lacunas observadas na revisão bibliográfica

realizada. Também se observou a pertinência da temática do estudo para o momento atual, coincidindo com as primeiras publicações nacionais sobre a documentação clínica em terapia ocupacional, tanto em documentos jurídicos específicos quanto na literatura técnico-científica.

Além disso, foi possível caracterizar os terapeutas ocupacionais e serviços ambulatoriais onde atuam no Estado de São Paulo, trazendo informações que podem contribuir para maior conhecimento da profissão.

A pesquisa documental auxiliou a compreender e contextualizar a prática da documentação clínica no Brasil, especialmente em relação à terapia ocupacional, por serem praticamente as únicas referências encontradas de publicação nacional sobre o tema. E a compilação de seus dados pode auxiliar no desenvolvimento de futuras investigações, assim como orientar a prática e gestão da qualidade da documentação clínica pelos terapeutas ocupacionais.

A partir da revisão de literatura deste estudo foi gerado um *checklist* que permitirá verificar em anotações de prontuário a presença dos itens identificados como necessários nos registros de terapia ocupacional.

Espera-se, a partir dos dados obtidos e com possíveis desdobramentos desta investigação sobre o tema, produzir conhecimento que possa orientar o desenvolvimento da documentação clínica por terapeutas ocupacionais, de forma a gerar, além de satisfação para os profissionais, registros clínicos com melhor qualidade e adequados segundo as diretrizes técnico-científicas e ético-legais.

REFERÊNCIAS

ALLEN, et al. A medical review approach to medicare outpatient documentation. **The American Journal of Occupational Therapy**, v.43, p.793-800, 1989.

ALVARENGA, M.A.F.P.; ROSA, M.V.F.P.C. Técnicas para coleta de dados. In: _____. **Apontamentos de metodologia para a ciência e técnicas de redação científica**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Sergio Afonso Fabris Ed., 2001. cap XXII, p.134-137.

AOTA (American Occupational Therapy Association). Guidelines for Documentation of Occupational Therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 6, p.684-690, nov./dec. 2008a.

_____. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, 2nd Edition (Framework–II). **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 6, p.625-683, nov./dec. 2008b.

ASANUMA, Y. Serviços de arquivo médico e estatística para o hospital: organização e funções. **Rev Paul Hosp**, v.11, n.4, p.29-32. 1963.

BART, O. et al. Development and validation of the Documentation of Occupational Therapy Session during Intervention (D.O.T.S.I.). **Research in Developmental Disabilities**, v. 32, p.719-726. 2011.

BEZERRA, A.J.C.; BACELAR, S.S. Camilo, o protetor dos enfermos. **Brasília Med**, v.46, n.4, p.416-418. 2009.

BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96, de 6 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

_____. Lei nº 8.856 de 01 de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 2 mar. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8856.htm>. Acesso em: 18 set. 2012.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BREGALDA, M. **Terapia Ocupacional e reabilitação profissional**: práticas e concepções de terapeutas ocupacionais no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar, 2012. 217f.

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

CARDOSO, P.T. **Inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais**: práticas e perspectivas de terapeutas ocupacionais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos: UFSCar, 2009. 179f.

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

_____. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. São Paulo: LTr, Ed. Da Universidade de São Paulo, 1973.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da] União**, Seção 1, Brasília, DF, 9 ago. 2002. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/657922/dou-secao-1-09-08-2002-pg-184>>. Acesso em: 03 de julho de 2012.

CREEK, J. **The Core Concepts of Occupational Therapy**: a Dynamic Framework for Practice. London: Jessica Kingsley Publishers, 2010. Section 1, p.15-60.

DARZINS, P.; FONE, S.; DARZINS, S. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy. **Australian Occupational Therapy Journal**, v.53, p.127-131. 2006.

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

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

EMMEL, M.L.G.; KATO, L.G. Conhecimento da terapia ocupacional pelo estudante de medicina. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.12, n. 2, p. 89-100. jul-dez. 2004.

EMMEL, M.L.G.; LANCMAN, S. Quem são nossos mestres e doutores?. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.7, n. 1, p. 29-38. jan-jun. 1998.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 8, n.2, p.187-93. 2005.

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

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

FIGUEIREDO, L.T. et al. Prontuário eletrônico do paciente: a funcionalidade do registro informatizado. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, v.1, n.2, p.229-236, 2007. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/>>. Acesso em: 11 out. 2010.

HEDBERG-KRISTENSSON, E.; IWARSSON, S. Documentation Quality in Occupational Therapy Patient Records: Focusing on the Technical Aid Prescription Process. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v.10, p.72-80. 2003.

KLÜCK, M.; GUIMARÃES, J.R. Questões éticas e legais do prontuário de pacientes: da teoria à prática. In: VIII CBIS - Congresso da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde, 2002, Natal, RN. **Anais ...** São Paulo, SP: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - SBIS, 2002. Não paginado.

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

LANCMAN, S. A influência da capacitação do terapeuta ocupacional no processo de constituição da profissão no Brasil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.7, n. 2, p. 49-57. jul-dez. 1998.

LÁZARO, C.M.C. Conselhos e entidades representativas de classe: Conselhos Federal e Regionais, sindicatos e associações. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap.4, p.21-25.

LUNA, S.V. O planejamento de pesquisa como tomada de decisões. In: _____. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 2003. p.13-79.

LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.344-361, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

MACHADO, O. Serviço de arquivo médico e estatística. **Rev Paul Hosp**, v.19, n.19, p.22-30. 1971.

MALERBI, F.E.K.; CASTRO, Y. **Análise dos dados obtidos no I Censo dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo –**

CREFITO/3, 2008. Documento disponibilizado por: <ouvidoria@crefitosp.gov.br> em 6 jun. 2011.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 2, p. 121-130, maio-/ago. 2008.

MARIN, H.F; AZEVEDO, C.M. Avaliação da informação registrada em prontuários de pacientes internadas em uma enfermaria obstétrica. **Acta Paul Enferm**, v.16, n.1, p.7-13. 2003.

MASSAD, E.; MARIN, H.F., AZEVEDO NETO, R.S. (editores). Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In: _____. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. Colaboradores Antonio Carlos Onofre Lira et al. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. cap.1, p.1-15.

MATSUDA et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 415 – 421. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 07 nov. 2011.

MATTHEWS, M.M.; JABRI, J.L. Documentação dos Serviços de Terapia Ocupacional. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas**. Tradução de Lúcia Speed Ferreira de Mello, Cláudio Assencio Rocha; Revisão científica de Ângela Gonçalves Marx. São Paulo: Roca, 2004. cap. 10, p. 98-107.

MCGUIRE, M. J. Documenting progress in home care. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 51, n.6, p. 436-445. jun. 1997.

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

MEZZOMO, A.A. O prontuário do paciente. In: _____. **Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica**. 4. ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1991a. cap.5, p.245-321.

_____. Introdução. In: _____. **Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica**. 4. ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1991b. cap.1, p.7-30.

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

NOVAES, H.M.D. A evolução do registro médico. In: MASSAD, E.; MARIN, H.F., AZEVEDO NETO, R.S. (editores) **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. Colaboradores Antonio Carlos Onofre Lira et al. São Paulo: H. de F. Marin, 2003. cap. 3, p.39-46.

OLIVEIRA, A.S. Terapia Ocupacional. In: GALVÃO, M.C.B.; RICARTE, I.L.M. **Prontuário do Paciente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. cap. 15, p. 207-221.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.4, p. 492-499. 2008.

PEREIRINHA, C.M.; BIANCHIN, MA.; CARVALHO, A.M.M. Análise do conhecimento médico sobre a atuação da terapia ocupacional na psiquiatria. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v.19, n. 1, p. 7-14. jan-abr. 2011.

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

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

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

PIERRE, B.L. Occupational therapy as documented in patient's records - Part III: Valued but not documented. Underground practice in the context of professional written communication. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v.8, p.174-183. 2001.

POSSARI, J.F. Prontuário do Paciente. In: _____. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Ítátria, 2007. cap. 1, p. 17 – 34.

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

REIS, A.O.A. et al. Prontuários, para quem servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e utilidade dos prontuários. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.19, n.3, p. 383-392. 2009.

ROGERS, J.C.; HOLM, M.B. Occupational Therapy diagnostic reasoning: A component of clinical reasoning. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 45, p. 1045-1053. 1991.

SALA, A. **O registro médico em serviços ambulatoriais: a anotação como componente da técnica em saúde**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1998. 249f.

SAMES, K.M. Use of Language. In:_____. **Documenting occupational therapy practice**. New Jersey: Pearson, 2005. Section 1, p.3-36.

SAMPIERE, R.H.; COLLADO, C.H.; LUCIO, P.B. **Metodologia de Pesquisa**. Tradução Fátima Conceição Murad, Melissa Kassner, Sheila Clara Dystyler Ladeira. Revisão técnica e adaptação Ana Gracinda Queluz Garcia, Paulo Heraldo Costa do Valle. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. 583 p.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. **Rev Latino Am Enfermagem**, v.11, n.1, p. 80-87, jan.-fev. 2003.

SAVELLE, M. (coordenador). A Rússia e o Império Otomano no século XIX: O Império Otomano. In: _____. **LISA – História da Civilização Mundial**. Tradução Milton Amado. Belo Horizonte: Itatiaia, 1968. 3 v. cap. 33, p.163-171.

SCHOUT; D; NOVAES, H.M.D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 935-944. 2007.

SCLIAR, M. História do contexto da Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41. 2007.

SHORTLIFFE, E.H.; BARNETT, G.O. Medical data: their acquisition, storage and use. In: SHORTLIFFE, E.H.; PERREAULT, L.E. **Medical informatics: computer applications in Health care**. New York: Addison-Wesley, 1990.

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

SOARES, L.B.T. História da Terapia ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. cap.1, p.3-9.

STUMPF, M.K.; FREITAS, H.M.R. A gestão da informação em um hospital universitário: o processo de definição do *Patient Core Record*. **Rev. Adm. Contemp**, v. 1, n. 1, abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14156555199700010005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 de nov. 2011.

TEIXEIRA, J. Prontuário do paciente. In: _____. **Prontuário do paciente: aspectos jurídicos**. Goiânia: AB, 2008. cap.1, p.3-34.

TIMBY, B. K. Registro e relato. In: _____. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. Anacira Maria Gerelli (Sup.); Maria Augusta M. Soares (Sup.); Valéria Giordani Araújo (Sup.). Tradução Margarita Ana Rubin Unicovsky . 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 9, p. 120-137.

VASCONCELLOS, M.M; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, p.S173-S182. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2011.

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

APÊNDICE A – *Checklist* de informações a constar nos registros de terapia ocupacional referentes à avaliação, intervenção/acompanhamento e alta

Em relação aos registros de AVALIAÇÃO (registros de triagem, avaliação inicial e reavaliação periódica), qual(is) informações geralmente são inseridas?

- Informações para identificação do registro, como data, hora, nome do terapeuta ocupacional responsável, formação e carimbo ou número de registro profissional
- Informações para identificação da intervenção, como data, hora, local, quem estava presente e terapeuta ocupacional responsável
- Informações para identificação pessoal do cliente/paciente, como nome, número de prontuário/registo do serviço, data de nascimento, gênero, escolaridade
- Informações sobre condição de saúde e histórico clínico, como diagnósticos, medicação em uso, precauções e contra-indicações
- Informações sobre o encaminhamento para o serviço de TO, como quem encaminhou, motivo e recomendações realizadas
- Queixas e objetivos do cliente/paciente
- Histórico ocupacional do paciente/cliente, com informações da trajetória pessoal e histórico de atividades de lazer, estudo e trabalho
- Rotina atual do paciente/cliente
- Análise da performance ocupacional, contendo avaliação de estruturas e funções corporais (como funções neuromusculo-esqueléticas, percepto-cognitivas e emocionais), atividades de vida diária, participação social e aspectos ambientais
- Resumo e análise crítica dos principais aspectos avaliados e identificação dos principais problemas a ser focado pelo serviço de TO
- Recomendações de conduta terapêutica, como tipo de intervenção, frequências e encaminhamento para outros serviços
- Outros, quais? _____

Em relação aos registros de INTERVENÇÃO/ACOMPANHAMENTO (plano de intervenção, nota de contato diário ou evolução, registro de progresso e plano de transição), qual(is) informações geralmente são inseridas?

- Informações para identificação do **registro**, como data, hora, nome do terapeuta ocupacional responsável, formação e carimbo ou número de registro profissional
- Informações para identificação da **intervenção**, como data, hora, local, quem estava presente e terapeuta ocupacional responsável
- Informações para identificação pessoal do cliente/paciente, como nome e número de prontuário/registo do serviço
- Queixas e objetivos do cliente/paciente naquele contato
- Informações sobre condição de saúde e clínicas no momento da intervenção
- Informações sobre o objetivo pretendido com a intervenção

- Informações sobre o tipo de procedimento técnico utilizada, como treino de atividade de vida diária, confecção de equipamento de tecnologia assistiva, orientação ao cuidador, uso de técnica de estimulação visual, entre outros
- Citar as atividades específicas desenvolvidas, como preparar e comer salada de frutas, confecção de suporte de cama para leitura, orientações sobre modificações na oferta de estímulo durante realização de lição de casa, uso de brinquedos luminosos, entre outros
- Descrição detalhada das atividades realizadas, informando os materiais, as diferentes tarefas que constituem a atividade, modificações propostas, forma de execução, entre outros
- Informações objetivas sobre a participação do cliente/paciente na atividade, como número de vezes que conseguiu executar uma tarefa específica, quantidade de auxílio necessária, tempo de permanência conseguido, se apresentou choro ou outros aspectos “observacionais” de comportamento, entre outros
- Informações subjetivas sobre a participação do cliente/paciente na atividade, como se demonstrou satisfação ou descontentamento, impressões sobre aspectos emocionais
- Análise do resultado da intervenção, se conseguiu ou não atingir o objetivo proposto
- Recomendações de conduta terapêutica, se mantém ou não o número e tipo de atendimento determinado.

Em relação aos registros de ALTA (relatório de alta), qual(is) informações geralmente são inseridas?

- Informações para identificação do registro, como data, hora, nome do terapeuta ocupacional responsável, formação e carimbo ou número de registro profissional
- Informações para identificação pessoal do cliente/paciente, como nome, número de prontuário/registo do serviço, data de nascimento, gênero, escolaridade
- Informações sobre condição de saúde e histórico clínico, como diagnósticos, medicação em uso, precauções e contra-indicações
- Informações sobre o encaminhamento para o serviço de TO, como quem encaminhou, motivo e recomendações realizadas
- Queixas e objetivos iniciais do cliente/paciente
- Conduta terapêutica adotada
- Análise da performance ocupacional inicial e final, contendo avaliação de estruturas e funções corporais (como funções neuromusculo-esqueléticas, percepto-cognitivas e emocionais), atividades de vida diária, participação social e aspectos ambientais
- Informações sobre rotina prévia e atual do paciente/cliente
- Principais problemas enfocados pelo serviço de TO
- Objetivos pretendidos e se foram alcançados ou não
- Justificativa para objetivos não alcançados
- Recomendações de conduta terapêutica, como tipo de intervenção, frequências e encaminhamento para outros serviços.

APÊNDICE B – Versão para impressão do instrumento de coleta de dados no
formato da plataforma virtual de aplicação

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Você está atuando como terapeuta ocupacional em serviço que oferece atendimento ambulatorial?

- Sim
 Não

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa: A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica de terapeutas ocupacionais. No caso de você concordar em participar, favor assinalar a opção correspondente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição ao qual ela pertence. Você receberá uma cópia deste termo, por e-mail, no qual consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

NOME DA PESQUISA: A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica de terapeutas ocupacionais
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Carla Simon Benevides Panzeri
ENDEREÇO: Alameda das Cerejeiras, 28 – Cond. Portal de Itu – Itu – S.P.
TELEFONE: 11 – 8159-2542 / 11 – 4013-5200
PESQUISADORES PARTICIPANTES: Profa. Dra. Marina Silveira Palhares
INSTITUIÇÃO / DEPARTAMENTO: Universidade Federal de São Carlos/ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/ Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional
PATROCINADOR: CAPES

OBJETIVOS: este estudo tem por objetivo identificar como está sendo realizada a documentação clínica (registros das diferentes intervenções realizadas junto a um cliente/paciente/usuário) por terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial e qual a percepção desses profissionais sobre a prática desta atividade.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Caso aceite participar da pesquisa, você terá que preencher, através de meio eletrônico (em página da internet), um questionário. O questionário é constituído por questões relacionadas à sua identificação pessoal, como sua formação e dados da instituição onde trabalha, mas sem precisar identificá-la, e questões relacionadas à prática da documentação clínica, como rotina de registro, tipos de registros utilizados, informações mais utilizadas em cada tipo de registro, exigências e facilitadores/barreiras percebidas e avaliação da qualidade. Os dados serão utilizados para que possamos caracterizar a prática da documentação clínica ambulatorial no Estado de São Paulo e identificar o que os terapeutas ocupacionais consideram que dificulta ou que facilita o desenvolvimento desta rotineira atividade profissional.

RISCOS E DESCONFORTOS: O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física, psicológica ou moral para você.

BENEFÍCIOS: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a prática da documentação clínica no Brasil, sem benefício direto para você, mas pode fornecer dados para o desenvolvimento de subsídios técnico-científicos para a realização desta atividade.

CUSTO/REMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Os participantes da pesquisa não terão nenhum custo decorrente de sua participação, assim como não receberão nenhum reembolso ou gratificação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Também não serão identificadas e/ou divulgadas as instituições nas quais os sujeitos da pesquisa at

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa):

- Estou ciente e de acordo em participar desta pesquisa.
 Não concordo em participar da pesquisa.

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Dados de identificação do participante para constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estas informações não serão vinculadas as respostas do questionário e nem divulgadas em qualquer hipótese)

Nome

Documento (RG)

e-mail (para encaminhamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

Page 3

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Esta pesquisa busca conhecer como a documentação clínica está sendo desenvolvida por terapeutas ocupacionais, e também qual a percepção dos próprios profissionais sobre esta atividade. Desta forma, esclarecemos que a documentação clínica refere-se aos registros realizados sobre as intervenções desenvolvidas junto a um cliente/paciente/usuário (que pode ser um indivíduo ou um grupo).

Para iniciar, gostaríamos de saber o que você acha da realização da documentação clínica para a terapia ocupacional. Abaixo estão dispostos cinco pares de adjetivos, opostos entre si, com sete espaços entre eles. Assinale o local que você considera que melhor expressa sua percepção, sendo que quanto mais perto do adjetivo escolhido, maior sua identificação com ele. Segue um exemplo:

Confiável Não confiável

(para a pessoa a documentação clínica parece ser neutra, não confiando e nem desconfiando das informações registradas)

Confiável Não confiável

(a pessoa confia muito nas informações contidas na documentação)

Confiável Não confiável

(a pessoa tende mais a desconfiar que confiar nas informações da documentação clínica)

Para você, a documentação clínica em assistência ambulatorial de terapia ocupacional é:

• Desnecessária Necessária

• Tranquila Desgastante

• ..Difícil.. Fácil

• ..Simples.. Complexa

• ..Útil... Inútil

Page 4

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Data de nascimento

DD MM AAAA
Exemplo: 01/01/1950

Sexo

- Feminino
 Masculino

Formação - Graduação

Instituição
Ano de formação

Formação Pós-Graduação (somente cursos já concluídos)

- Não possuo
 Aprimoramento/Residência
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado
 Outro

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Preencha somente os campos referentes aos cursos já concluídos.

Aprimoramento/Residência

Instituição
Nome do curso/programa
Ano de obtenção do título

Especialização

Instituição
Nome do curso/programa
Ano de obtenção do título

Mestrado

Instituição
Nome do curso/programa
Ano de obtenção do título

Doutorado

Instituição
Nome do curso/programa
Ano de obtenção do título

Outro

Instituição
Nome do curso/programa
Ano de obtenção do título

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Quantos empregos possui neste momento?

- 1
- 2
- 3 ou mais

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Caso tenha mais de um emprego, a partir deste momento escolher o principal que ofereça ATENDIMENTO AMBULATORIAL para embasar as respostas.

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

CARACTERIZAÇÃO DO EMPREGO

Há quanto tempo trabalha neste local/instituição?

- 0 a 3 meses (período experiência)
- 3 meses a 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- 10 a 15 anos
- 15 ou mais anos

Qual tipo de vínculo possui?

- empregado – regime CLT
- contratado temporário
- servidor público – “concursado”
- cooperado
- autônomo
- voluntário

Qual sua carga horária semanal?

(número de horas
semanais)

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE TRABALHO

A cidade onde está localizada possui quantos habitantes?

- até 10.000 habitantes
- entre 10.001 a 30.000 habitantes
- entre 30.001 a 50.000 habitantes
- entre 50.001 a 100.000 habitantes
- entre 100.001 a 200.000 habitantes
- 200.001 a 500.000 habitantes
- entre 500.000 a 1.000.000 habitantes
- mais de 1.000.000 habitantes

Qual a natureza da organização da instituição?

- Pública
- Privada

Se pública, de qual esfera de governo?

- Municipal
- Estadual
- Federal

Se privada, de qual tipo?

- Consultório particular
- Instituição Privada (como clínicas de reabilitação, hospital, etc)
- Cooperativa
- Outro

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO AMBULATORIAL

Informe agora as características solicitadas especificamente sobre o serviço ambulatorial onde atua.

Faixa etária da população atendida (pode assinalar mais de uma opção):

- Criança: 0 – 12 anos incompletos
 Adolescente: 12 – 18 anos incompletos
 Adulto: 18 – 60 anos incompletos
 Idoso: 60 anos ou mais

Qual tipo de unidade ambulatorial?

- Geral
 Especializado (especifique)

O serviço ambulatorial está vinculado a atividades de ensino profissional específicos de terapia ocupacional, recebendo alunos de graduação ou pós-graduação regularmente?

- Sim
 Não

Possui equipe inter/multiprofissional?

- Sim
 Não

Page 11

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Quais profissionais fazem parte da equipe (assinalar todas as opções correspondentes)

- médico
 enfermeiro
 fisioterapeuta
 fonoaudiólogo
 psicólogo
 nutricionista
 assistente social
 educador físico
 dentista

Quantos terapeutas ocupacionais atuam neste serviço ambulatorial?

(número de terapeutas ocupacionais)

Quem é o seu superior imediato na hierarquia do serviço?

- Não possui
 Terapeuta ocupacional
 Outro profissional (especifique qual a profissão)

Trabalha com sistema de qualidade, como ONA (Organização Nacional de Acreditação), Sistemas ISO e Joint Commission International?

- Sim
 Não

Utiliza algum(s) modelo(s) teórico(s) específico(s) para embasamento da prática da terapia ocupacional neste serviço?

- Sim
 Não

Page 12

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Qual(is) modelo(s) utiliza? (assinalar todos os correspondentes)

- Modelo de Ocupação Humana
 - Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional
 - Terapia Ocupacional Psicodinâmica
 - Terapia Ocupacional Social
 - Modelo Filosófico da CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
 - Reabilitação Baseada na Comunidade
 - Reabilitação Psicosocial
 - Outro (especifique)
- _____

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

CARACTERIZAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA NESTE SERVI...

Qual forma de registros realiza?

- em papel
- informatizado
- ambos
- nenhum

Onde ficam armazenados os registros que realiza?

- somente prontuário multi ou interprofissional
- somente prontuário específico da TO
- parte em prontuário multi ou interprofissional e parte em prontuário específico da TO

Está previsto na rotina de trabalho um horário para a realização da documentação clínica?

- Sim
- Não

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

O tempo previsto revela-se suficiente?

- Sim
 Não

Todas as intervenções terapêuticas são registradas?

- Sim
 Não

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Assinale a frase que mais se aproxima do principal motivo de não registrar todas as intervenções:

- Na instituição onde trabalho não tenho exigências em relação aos registros.
 Acho uma tarefa muito chata, por isso só registro o estritamente necessário.
 Somente registro o que pessoalmente considero mais relevante.
 Não tenho tempo suficiente para realizar todos os registros que precisaria.
 Na instituição onde trabalho somente algumas intervenções devem ser registradas.

Na instituição onde trabalha recebe recomendações para a realização dos registros?

- Sim
 Não

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Assinale aquelas recomendações dadas em seu serviço (assinale todas as opções que se aplicam).

- impressos ou softwares (para registros informatizados) específicos a serem preenchidos
- informações obrigatórias a constar nos documentos
- prazo para realização dos registros
- prontuário específico em que será armazenado o registro
- organização interna do prontuário, como local adequado para armazenamento de cada tipo de impresso
- uso de termos ou siglas específicos
- Outro (especifique)

Você recebeu treinamento institucional para realizar os registros?

- Sim
- Não

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Quem ofereceu o treinamento?

- Terapeuta ocupacional
- Outro profissional (especifique)

Além de informações sobre as intervenções clínicas, é preciso fazer registros para finalidades administrativas?

- Sim
- Não

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Quais registros administrativos precisa fazer? (assinale todas as correspondentes)

- registros de produção do número de atendimentos
- registros para cobrança, pagamentos e reembolsos
- preenchimento de banco de dados para indicadores de qualidade assistencial
- registros de informações sobre materiais utilizados pelo serviço de TO
- outros

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Agora vamos abordar os diferentes tipos de registros segundo as categorias:

- AVALIAÇÃO
- INTERVENÇÃO/ACOMPANHAMENTO
- RESULTADOS/ALTA

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

AVALIAÇÃO

Em relação aos registros de AVALIAÇÃO, identifique:

Quais tipos de registro de avaliação realiza neste serviço ambulatorial? (pode assinalar mais de uma opção)

- Registro de triagem (realizada para identificar clientes/pacientes/usuários potenciais para o serviço de TO)
- Registro de avaliação inicial (realizada para avaliar um novo cliente/paciente/usuário do serviço)
- Registro de reavaliação periódica (realizada para rever "status" do cliente/paciente/usuário para orientar conduta terapêutica ocupacional)
- Nenhum

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

AVALIAÇÃO - continuação

Para cada tipo de registro assinalado na questão anterior, indique a frequência em que é realizado neste serviço ambulatorial:

Registro de triagem	<input type="text"/>
Registro de avaliação inicial	<input type="text"/>
Registro de reavaliação periódica	<input type="text"/>

Qual(is) método(s) utiliza para realizar os registros referentes a avaliação?

- Roteiro(s) pré-determinado(s) desenvolvido(s) na própria instituição
- Lista de verificação / "checklist"
- Instrumento(s) padronizado(s) específicos da terapia ocupacional
- Instrumento(s) padronizado(s) interdisciplinar
- Narrativa livre (sem impresso ou roteiro específicos)
- Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP)
- Registros por recursos áudio-visuais, como fotografia, vídeo e gravação de voz
- Outro (especifique)

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

INTERVENÇÃO/ACOMPANHAMENTO

Em relação aos registros de INTERVENÇÃO/ACOMPANHAMENTO, identifique:

Qual(is) tipo(s) de registro de intervenção/acompanhamento realiza neste serviço ambulatorial? (pode assinalar mais de uma opção)

- Plano de Intervenção (realizada após avaliação para descrever objetivos pretendidos no serviço de TO, pode estar junto ao impresso de avaliação ou constituir um documento separado)
- Nota de contato diário ou evolução (realizado para documentar cada atendimento realizado a um grupo ou indivíduo)
- Registro de progresso (realizado periodicamente para descrever a evolução do cliente/paciente/usuário em um período de atendimentos, costuma ser utilizada para indivíduos que são atendidas em grupos ou com grande número de atendimentos por semana)
- Plano de transição (realizado quando o cliente/paciente/usuário precisa ser encaminhado a outro serviço de TO)
- Nenhum

Page 23

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

INTERVENÇÃO/ACOMPANHAMENTO - continuação

Para cada tipo de registro assinalado na questão anterior, indique a frequência em que é realizado neste serviço ambulatorial:

Plano de Intervenção	<input type="text"/>
Nota de contato diário ou evolução	<input type="text"/>
Registro de progresso	<input type="text"/>
Plano de transição	<input type="text"/>

Qual(is) método(s) utiliza para realizar os registros referentes a intervenção/acompanhamento?

- Roteiro pré-definido pela instituição de tipos de informações a constar
- Instrumento(s) padronizado(s) específicos da TO
- Instrumento(s) padronizado(s) interdisciplinar
- Narrativa livre (sem formulário específico)
- Anotações SOAP
- Outro (especifique)

Page 24

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

RESULTADOS/ALTA

Em relação aos documentos relacionados aos RESULTADOS/ALTA, identifique:

Qual(is) tipo(s) de registro de intervenção/acompanhamento realiza neste serviço ambulatorial? (pode assinalar mais de uma opção)

- Relatório de alta (realizado quando ocorre a descontinuidade do serviço, seja por alta terapêutica ou por outros motivos, como abandono do tratamento)
- Nenhum
- Outro (especifique)

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

RESULTADOS/ALTA - continuação

Para cada tipo de registro assinalado na questão anterior, indique a frequência em que é realizado neste serviço ambulatorial:

Relatório de alta

Outro

Qual(is) método(s) utiliza para realizar os registros referentes a alta?

- Roteiro pré-determinado desenvolvido na própria instituição
- Lista de verificação / "checklist"
- Narrativa livre (sem formulário específico)
- Outro (especifique)

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

O PROFISSIONAL EM RELAÇÃO À PRÁTICA DA DOCUMENTAÇÃO...

Onde recebeu ou buscou conhecimento específico para a prática da documentação clínica? (assinale quantas opções forem necessárias)

- No curso de graduação
- Em cursos de extensão ou pós-graduação
- Em bibliografia técnica, como livros e artigos de periódicos específicos da TO
- Em bibliografia técnica, como livros e artigos de periódicos de outras áreas da saúde
- Em legislação vigente
- Em documentos das associações de classe, como Conselhos e Associações profissionais brasileiras
- Em documentos das associações de classe, como Conselhos e Associações profissionais internacionais
- Treinamento específico nas instituições onde trabalhei
- Observando registros de colegas terapeutas ocupacionais
- Observando registros de outros profissionais da saúde
- Até o momento não recebi ou busquei conhecimento específico para a realização dos registros

Page 27

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Apresentamos a seguir 9 diferentes finalidades para a documentação clínica em terapia ocupacional. Classifique-as de 1 a 9, sendo 1 a considerada mais importante e 9 a menos importante em sua opinião. Dica: para facilitar o preenchimento, leia todos os itens e depois pontue do mais importante para o de menor importância. Cada item deve receber uma pontuação diferente.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Atender às exigências legais e servir de apoio a questões judiciais	<input type="radio"/>								
Fornecer dados para pesquisa e produção de conhecimento em TO	<input type="radio"/>								
Servir de apoio a intervenção da TO, refletindo o raciocínio clínico do terapeuta ocupacional e fornecendo dados sobre o cliente/paciente/usuário e sua evolução clínica/terapêutica	<input type="radio"/>								
Auxiliar na formação de estudantes de terapia ocupacional	<input type="radio"/>								
Comunicar informações sobre o cliente/paciente à equipe envolvida em seu atendimento	<input type="radio"/>								
Assegurar o pagamento dos serviços de TO pelas fontes financiadoras, como os convênios médicos e o SUS	<input type="radio"/>								
Avaliar a eficácia da intervenção da TO	<input type="radio"/>								
Possibilitar a continuidade do tratamento por outro terapeuta ocupacional quando acontecerem alterações em relação ao profissional responsável pelos atendimentos	<input type="radio"/>								
Assegurar o credenciamento da instituição a sistemas de qualidade, como ONA, ISO e Joint Commission International	<input type="radio"/>								

Escolha a seguir 3 aspectos que você considera que MAIS FACILITAM a realização da documentação clínica:

- Uso de linguagem técnica
- Tempo
- Aspectos do ambiente de trabalho, como acesso aos prontuários e aos formulários, mobiliário, ambiente
- Recomendações da instituição de trabalho sobre aspectos que devem ser registrados
- Aspectos relacionados ao comprometimento ético com o registro das informações
- Uso de formulários específicos que direcionam o registro
- Conhecimento específico durante graduação e pós-graduação sobre técnicas e metodologias para a documentação clínica
- Diretrizes fornecidas por associações de classe para a execução da documentação clínica
- Legislação específica que oriente a prática da documentação clínica

Page 28

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Escolha a seguir 3 aspectos que você considera que **MAIS DIFICULTAM** a realização da documentação clínica?

- Uso de linguagem técnica
- Tempo
- Aspectos do ambiente de trabalho, como acesso aos prontuários e aos formulários, mobiliário, ambiente
- Recomendações da instituição de trabalho sobre aspectos que devem ser registrados
- Aspectos relacionados ao comprometimento ético com o registro das informações
- Uso de formulários específicos que direcionam o registro
- Conhecimento específico durante graduação e pós-graduação sobre técnicas e metodologias para a documentação clínica
- Diretrizes fornecidas por associações de classe para a execução da documentação clínica
- Legislação específica que oriente a prática da documentação clínica

Considera que possui **informação/ conhecimento técnico suficiente** para a confecção dos registros clínicos?

- Sim
- Não

Quão satisfeito está com a sua prática da documentação clínica?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Pouco satisfeito
- Indiferente
- Pouco insatisfeito
- Insatisfeito
- Muito insatisfeito

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Caso você tenha algum outro comentário ou informação relacionados a documentação clínica em terapia ocupacional, que julgue relevante para a pesquisa e que não foram contemplados nas questões, por favor insira no campo abaixo.

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

Neste momento entrevistaremos somente os terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial, mas sua participação já colaborou para que estimemos o número de profissionais que atuam ou não neste tipo de assistência.

A prática da documentação clínica sob a ótica de terapeutas

O questionário chegou ao fim.

Obrigada por sua participação e colaboração com esta pesquisa.

Caso tenha alguma sugestão, crítica ou comentário, por favor insira no campo abaixo. Também gostaríamos que deixasse seu e-mail para que possamos divulgar os resultados do estudo.

Um abraço,

Carla S.B.Panzeri

APÊNDICE C – Mensagem de divulgação e convite da pesquisa encaminhada aos terapeutas ocupacionais pelo CREFITO/3

Prezado Colega Terapeuta Ocupacional,

A profissional Carla Simon Benevides Panzeri é mestranda do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (PPGTO-UFSCar), e está desenvolvendo a pesquisa intitulada "A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica de terapeutas ocupacionais", sob orientação da Profa. Dra. Marina Silveira Palhares.

Este estudo tem por objetivo principal identificar como é realizada a documentação clínica (registro das diferentes intervenções desenvolvidas junto a um cliente/paciente/usuário) por terapeutas ocupacionais e qual a percepção destes profissionais sobre a prática desta atividade. Como metodologia, empregará questionário *on-line* com terapeutas ocupacionais atuantes no Estado de São Paulo.

Sua participação é opcional. A pesquisadora não terá acesso ao seu endereço eletrônico ou a outros dados de identificação através do CREFITO-3. Ao preencher o questionário, deverá fornecer apenas os dados mínimos constantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, imprimindo valor científico à pesquisa. Tais dados não serão divulgados ou utilizados para outros fins.

Este projeto foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Caso você queira participar desta pesquisa entre no *link* abaixo e responda o questionário *on-line*.

<https://www.surveymonkey.com/s/22NQ5PZ>

O questionário leva entre 20 e 30 minutos para ser respondido, e estará disponível até 20 de maio de 2012. Caso tenha alguma dúvida, sugestão ou prefira receber o questionário em arquivo de *word*, ou pelo correio, encaminhe uma mensagem para a pesquisadora responsável no e-mail: carlasbpanzeri@gmail.com.

Atenciosamente

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 3ª. Região

APÊNDICE D – Mensagem de divulgação e convite da pesquisa encaminhada aos terapeutas ocupacionais pela pesquisadora

Colegas terapeutas ocupacionais!

Estou no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar desenvolvendo a pesquisa "A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica de terapeutas ocupacionais" sob orientação da Profa. Dra. Marina Silveira Palhares.

Este estudo tem por objetivo principal identificar como está sendo realizada a documentação clínica (registro das diferentes intervenções realizadas junto a um cliente/paciente/usuário) por terapeutas ocupacionais e qual a percepção destes profissionais sobre a prática desta atividade.

Empregará como metodologia a aplicação de questionário on-line com terapeutas ocupacionais que atuem necessariamente no **Estado de São Paulo**.

Para participar, basta acessar o link abaixo que dá acesso direto ao questionário.

<https://www.surveymonkey.com/s/22NQ5PZ>

Sua participação é opcional e livre. Ao preencher o questionário, precisará fornecer dados mínimos de identificação constantes do termo de consentimento livre e esclarecido, imprimindo valor científico à pesquisa. Tais dados não serão divulgados ou utilizados para outros fins.

O questionário leva entre 20 e 30 minutos para ser respondido, e estará disponível até **30 de JUNHO** de 2012.

Por favor, me ajudem a divulgar!

Um abraço,

Carla Simon Benevides Panzeri

Terapeuta Ocupacional - Crefito-3/7818 TO
(11) 8159-2542

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3528199089241595>

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa: *A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica de terapeutas ocupacionais*. No caso de você concordar em participar, favor assinalar a opção correspondente. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição ao qual ela pertence.

Você receberá uma cópia deste termo, por e-mail, no qual consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

NOME DA PESQUISA: A prática da documentação clínica ambulatorial sob a ótica de terapeutas ocupacionais

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Carla Simon Benevides Panzeri

ENDEREÇO: Alameda das Cerejeiras, 28 – Cond. Portal de Itu – Itu – S.P.

TELEFONE: 11 – 81592542 / 11 – 40135200

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Profa. Dra. Marina Silveira Palhares

INSTITUIÇÃO / DEPARTAMENTO: Universidade Federal de São Carlos/
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/ Programa de Pós-Graduação em
Terapia Ocupacional

PATROCINADOR: CAPES

OBJETIVOS: este estudo tem por objetivo identificar como está sendo realizada a documentação clínica (registros das diferentes intervenções realizadas junto a um cliente/paciente/usuário) por terapeutas ocupacionais que atuam em assistência ambulatorial e qual a percepção desses profissionais sobre a prática desta atividade.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Caso aceite participar da pesquisa, você terá que preencher, através de meio eletrônico (em página da internet), um questionário. O questionário é constituído por questões relacionadas a sua identificação pessoal, como sua formação e dados da instituição onde trabalha, mas sem precisar identifica-la, e questões relacionadas à prática da documentação clínica, como rotina de registro, tipos de registros utilizados, informações mais utilizadas em cada tipo de registro, exigências e facilitadores/barreiras percebidas e avaliação da qualidade. Os dados serão utilizados para que possamos caracterizar a prática da documentação clínica ambulatorial no Estado de São Paulo e identificar o que os terapeutas ocupacionais consideram que dificulta ou que facilita o desenvolvimento desta rotineira atividade profissional.

RISCOS E DESCONFORTOS: O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física, psicológica ou moral para você.

BENEFÍCIOS: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a prática da documentação clínica no Brasil, sem benefício direto para você, mas pode fornecer dados para o desenvolvimento de subsídios técnico-científicos para a realização desta atividade.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Os participantes da pesquisa não terão nenhum custo decorrente de sua participação, assim como não receberão nenhum reembolso ou gratificação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Também não serão identificadas e/ou divulgadas as instituições nas quais os sujeitos da pesquisa atuem.

Ciência e de acordo do participante (sujeito da pesquisa)

- Estou ciente e de acordo em participar desta pesquisa.
- Não concordo em participar da pesquisa.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Sorocaba

 <p>1</p> <p>Universidade de Sorocaba</p> <p>Sorocaba, 22 de setembro de 2011</p> <p>Protocolo CEP Nº: 20/2011</p> <p>Projeto de Pesquisa: A Prática da Documentação Clínica Ambulatorial Sob a ótica de terapeutas ocupacionais</p> <p>Pesquisador Responsável: Carla Simon Benvides Panzeri</p> <p>Pesquisadores Participantes: Prof. Dra. Marina Silveira Palhares</p> <p>Parecer Consubstanciado CEP – Uniso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado <input type="checkbox"/> Aprovado com recomendação</p> <p>O projeto de pesquisa intitulado A Prática da Documentação Clínica Ambulatorial Sob a ótica de terapeutas ocupacionais*, pertencente à área do conhecimento Ciências da Saúde, sob responsabilidade da pesquisadora Carla Simon Benvides Panzeri, vinculado a Universidade Federal de São Carlos, submetido ao CEP-Uniso, que trata-se de um trabalho mestrado em terapia Ocupacional encontra-se adequadamente elaborado visto cumprir com todas às exigências constantes na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, órgão ligado ao Ministério da Saúde.</p> <p>A autora define como objetivo do estudo identificar com está sendo realizada e qual a percepção dos terapeutas ocupacional sobre a pratica da documentação clínica, junto a profissionais que atuam em assistência ambulatorial , em um contexto brasileiro. Especificamente pretende-se quais os tipos de registros mais utilizados por terapeutas ocupacionais, identificar modelos e métodos de registros, semelhanças e diferenças na prática clínica em diferentes áreas de atuação, dificuldades e facilitadores para o desenvolvimento de registros e identificação de aspectos legais/jurídicos com a documentação clínica no Brasil.</p> <p><small>Sorocaba - Campus Sorocaba (15) 2101-4000 Campus Trujillo (15) 2101-2000 Cidade Universitária (15) 2101-7000 Itobi - Unidade Itobi (15) 3262-5101 www.uniso.br</small></p>
--



A metodologia utilizada partirá da abordagem documental e de campo. Serão investigados documentos jurídicos brasileiros que tratam da documentação clínica em geral e em uma segunda etapa a pesquisa de campo, com a coleta de relatos escritos por questionário - de terapeutas ocupacionais, quer serão profissionais registrados no Crefito 3 ,do Estado de SP, que atuem em instituições de saúde, no âmbito da assistência ambulatorial. Os questionários serão preenchidos através de meio eletrônico , encaminhados por correio eletrônico. Os indivíduos serão previamente contatados e os que aceitarem participar do projeto assinarão TCLE.

Os pesquisadores envolvidos no projeto estão devidamente identificados, sendo estes os responsáveis pela coleta dos dados, que ocorrerá mediante assinatura, por parte dos sujeitos da pesquisa, de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Tal documento encontra-se adequadamente elaborado, cumprindo como as exigências realizadas pela Resolução 196/96, apresentando linguagem clara e objetiva, objetivos e procedimentos da pesquisa em curso, riscos e desconfortos esperados, além de informar sobre a não remuneração pela participação no estudo. Também garante o sigilo das informações fornecidas.

O projeto será encaminhado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) sob processo nº 2001/15721-0 e terá conteúdo idêntico ao projeto apresentado à este comitê.

Frente ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Sorocaba (CEP-Uniso), considera não haver nada que desabone o referido projeto a aprovação. Projeto APROVADO.

Prof. Ana Laura Schliemann
Coordenador do CEP-Uniso

ANEXO B –Listagem de cursos de graduação em terapia ocupacional cadastrados junto ao MEC

30/07/2012 - 13:57:45		Ministério da Educação - Sistema e-MEC						1/1
Relatório da Consulta Avançada								
Resultado da Consulta Por : CURSO								
Total de Registro(s) : 25								
Instituição(IES)	Nome do Curso	Grau	Modalidade	CC	CPC	ENADE	Situação	
(496) UNIFRAN	(1108467) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Extinto	
(737) SAO CAMILO	(79466) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Extinto	
(502) UNIMONTE	(38287) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Extinção	
(7) UFSCAR	(628) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	4	5	5	Em Atividade	
(19) PUC-CAMPINAS	(1632) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	3	SC	3	Em Atividade	
(55) USP	(2919) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Atividade	
(55) USP	(51968) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Atividade	
(56) UNESP	(71073) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	4	4	Em Atividade	
(124) UNIARA	(75260) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	4	3	2	Em Atividade	
(135) CEUCLAR	(21493) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	3	SC	2	Em Atividade	
(137) USC	(20550) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	3	4	3	Em Atividade	
(150) UNISO	(19366) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	4	3	4	Em Atividade	
(224) FMABC	(91811) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	3	3	Em Atividade	
(275) UNIVAP	(18454) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Atividade	
(457) UNIBAN	(1112773) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Atividade	
(496) UNIFRAN	(1132251) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Atividade	
(591) UNIFESP	(94113) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	4	4	Em Atividade	
(737) SAO CAMILO	(19037) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	4	3	3	Em Atividade	
(1129) UNORP	(70991) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	SC	SC	Em Atividade	
(1225) UNIFIA	(98585) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Atividade	
(1281) FAIT	(88904) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	4	SC	SC	Em Atividade	
(1299) FIFE	(80248) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	3	2	1	Em Atividade	
(4017) UNIANCHIETA	(88666) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	4	SC	4	Em Atividade	
(4029) FAP	(117954) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	-	-	-	Em Atividade	
(4522) UNISALESIANO	(8215) TERAPIA OCUPACIONAL	Bacharelado	Presencial	3	2	2	Em Atividade	