

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

DÉBORA CRISTINA PELISSARI

**O registro em prontuários pelo Terapeuta Ocupacional em um ambulatório
infanto-juvenil**

SÃO CARLOS
2014

DÉBORA CRISTINA PELISSARI

**O registro em prontuários pelo Terapeuta Ocupacional em um ambulatório
infanto-juvenil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Terapia Ocupacional no 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 obtenção do
Título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina Silveira Palhares

SÃO CARLOS
2014

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

P384rp

Pelissari, Débora Cristina.

O registro em prontuários pelo terapeuta ocupacional em um ambulatório infanto-juvenil / Débora Cristina Pelissari. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
99 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Terapia ocupacional. 2. Documentação. 3. Registros médicos. 4. Assistência ambulatorial. I. Título.

CDD: 615.8515 (20^a)

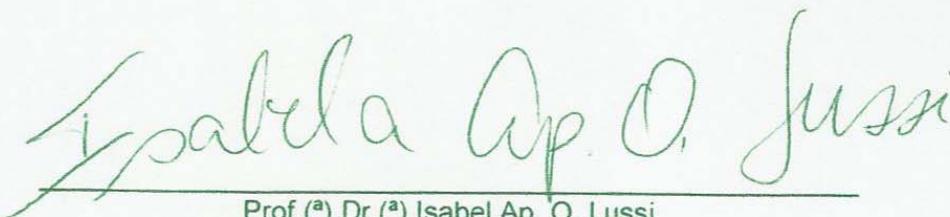
FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DO(A)
ALUNO(A) DÉBORA CRISTINA PELISSARI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM
27 DE FEVEREIRO DE 2014.



Prof.(ª) Dr.(ª) Marina Silveira Palhares
Orientador(a) e Presidente
Universidade Federal de São Carlos



Prof.(ª) Dr.(ª) Cristina Y. Toyoda
Universidade Estadual Paulista



Prof.(ª) Dr.(ª) Isabel Ap. O. Lussi
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª Reunião no dia

____/____/____

*A Deus, pelo dom da vida! E
aos meus amados pais,
dedico todas as minhas
conquistas!*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Deus pelas bênçãos em minha vida, por me ouvir quando tanto pedia pela aprovação no Mestrado, por guiar e iluminar minha vida a todo momento.

Aos meus pais maravilhosos, que me apoiam em cada decisão e estão ao meu lado todo o tempo. Vocês só têm um defeito: não serem eternos!

À minha orientadora Prof^a. Dr^a Marina Silveira Palhares, pela paciência e pelo cuidado com esta pesquisa. Pela confiança em mim depositada.

Aos meus irmãos, Gustavo e Lucas que amo tanto e que me alegram sempre. Vocês são parte de mim!

Aos meus amigos - os melhores que alguém poderia ter - que me fazem sorrir e me divertem, fazendo com que eu esqueça qualquer pressão acadêmica e/ou profissional.

Ao meu namorado, obrigada por me incentivar para que eu chegasse à conclusão deste trabalho.

As amigas/companheiras de Mestrado, pela ajuda e conforto em meio ao desespero, pelos momentos compartilhados em sala de aula e pela troca de idéias e sugestões sempre muito valiosas.

Às professoras doutoras Cristina Y. Toyoda e Isabela Ap. Oliveira Lussi, por aceitarem compor minha banca de defesa. É uma honra.

Aos profissionais que aceitaram a realização da pesquisa sobre os registros. Muito obrigada pelo consentimento e por colaborar com o estudo.

Ao ambulatório que acreditou e permitiu a realização da minha pesquisa, às funcionárias que levantaram os prontuários e estavam sempre dispostas a esclarecer minhas dúvidas.

Meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

A qualidade dos registros efetuados em prontuário é reflexo da qualidade da assistência ofertada, podendo informar acerca do serviço prestado em saúde. A literatura levantada para este estudo é enfática ao apontar que o registro do profissional, escrito, é a única prova aceitável da intervenção no tratamento. Esta pesquisa é um estudo transversal, descritivo e exploratório, baseada na técnica de análise documental. O estudo teve como objetivo descrever o que os Terapeutas Ocupacionais atuantes em serviço ambulatorial infanto-juvenil estão registrando em prontuário. Para a coleta de dados foi utilizado um “check-list”, que contem informações relativas à: Avaliação; Intervenção; Resultados/alta. Os prontuários analisados foram aqueles de pacientes que receberam atendimento terapêutico ocupacional no período de junho de 2012 a junho de 2013; deste período foram selecionados apenas aqueles que receberam alta, a fim de não trazer qualquer problema no aspecto ético. Foram analisados 15 prontuários e possível constatar que a avaliação inicial (93, 3%) foi o subtipo de avaliação mais utilizado pelos profissionais do ambulatório e o método para o registro foi o uso de roteiro pré definido pela instituição (80%). As informações mais encontradas no momento da avaliação foram: identificação pessoal do paciente; condição de saúde e histórico clínico (86%), seguidas de informações sobre o encaminhamento, queixas e objetivos do paciente (80%). Para os registros de intervenção, o subtipo de registro utilizado foi a evolução diária (100%), sendo a narrativa livre (100%) o método utilizado para o registro das evoluções. Foram analisados 269 registros de evoluções. As informações mais encontradas foram sobre o tipo de procedimento técnico utilizado (100%) na intervenção. Já para o registro da alta, foi observado que todos os profissionais usam um modelo de registro (100%), como subtipo de registro da alta, e em todos os prontuários (100%) o método utilizado para o registro da alta foi o Roteiro pré-definido pela instituição. Informações para identificar o registro e informações para identificar o paciente foram as mais encontradas (93%), seguidas por informações quanto aos objetivos pretendidos e se foram alcançados ou não (26%). O estudo possibilitou maior aproximação com o tema pouco abordado na literatura brasileira e pôde apontar para uma ausência de informações importantes nos prontuários, sugerindo que essa questão precisa ser melhor investigada, em outros contextos de intervenção, estimulando a busca pela capacitação acerca do assunto. A pesquisa também forneceu conhecimentos que poderão orientar a prática dos terapeutas ocupacionais, possibilitando maior acuidade ao se realizar registros em prontuários.

Palavras- chave: Terapia ocupacional. Documentação. Registros médicos. Assistência ambulatorial.

ABSTRACT

The quality of records conducted on medical record reflects the quality of care provided, and can inform about the health service. The literature raised for this study is emphatic when saying that the record of the professional writing is the only acceptable proof of intervention in treatment. This research is a transversal study, descriptive and exploratory based on technique of documentary analysis. The study aimed to describe what occupational therapists who work in outpatient service are registering in the medical records. For data collection was used a "check-list", which contains information on: Assessment, Intervention and Results. The records analyzed were those of patients who received occupational therapy treatment between June 2012 to June 2013. There were selected only those who were discharged, in order not to bring any bother. 15 medical charts were analyzed. It was found that the initial assessment (93, 3%) was the subtype most frequently used by professionals of the clinic and the method for recording was the use of pre-defined roadmap for the institution (80%), followed by information about the routine, complain and goals of the patient (80%). For intervention records, the subtype record used was the daily evolution (100%), being the narrative (100%) the method used to record the evolutions. Were analyzed 269 records of evolutions. There were found more information about the type of technical procedure used (100%) in the intervention was a free annotation, without a pattern. As for the discharged record it was observed that all professionals use a registry model (100%) as subtype to discharged record and all records (100%) the method used to discharged record was the guide pre- defined by the institution. Information to identify the record and information to identify the patient were the most frequent (93%), followed by information about the intended objectives and if they had been reached or not (26%). The study suggests a closer relationship with the subject rarely discussed in Brazilian literature and may point to a lack of important information in the records, suggesting that this issue needs to be better crafted, stimulating the search for capacity building on the subject. This research also provided knowledge that may guide the practice of occupational therapists, enabling greater accuracy when performing patient records.

Keywords: Occupational Therapy. Documentation. Medical records. Outpatient assistance.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Informações ausentes nos prontuários quanto aos registros de Avaliação	40
Gráfico 2	Informações ausentes nos prontuários quanto aos registros de Intervenção	45
Gráfico 3	Informações ausentes nos prontuários quanto aos registros de alta	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Subtipos de registros de Avaliação encontrados nos prontuário	36
Tabela 2	Métodos encontrados para registrar avaliação	37
Tabela 3	Informações presentes nos prontuários quanto aos registros de Avaliação	38
Tabela 4	Distribuição do uso de subtipos de registros para a intervenção/acompanhamento	41
Tabela 5	Informações presentes nos prontuários quanto aos registros de Intervenção/Acompanhamento	43
Tabela 6	Informações presentes no prontuário quanto aos registros de Alta	50

QUADRO

Quadro 1 - Procedimentos técnicos e atividades específicas registradas nas evoluções	44
--	----

LISTA DE SIGLAS

AOTA	ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL
CFM	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CIF	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE
COFFITO	CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
INMETRO	INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, NORMALIZAÇÃO E QUALIDADE INDUSTRIAL
PCR	PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS
SOAP	SUJEITO, OBJETIVO, AVALIAÇÃO E PLANO.
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TO	TERAPIA OCUPACIONAL
UFSCAR	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO 14

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS ACERCA DOS REGISTROS 15

1.2 CONCEPÇÕES ATUAIS ACERCA DO PRONTUÁRIO E QUALIDADE DOS REGISTROS 18

1.3 A DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA EM TERAPIA OCUPACIONAL 24

2 OBJETIVOS 29

2.1 Objetivo geral

2.2 Objetivos específicos

3 MÉTODO 29

3.1 Local 30

3.2 Instrumento de coleta 30

3.3 Aspectos Éticos 31

3.4 Procedimentos 32

3.4.1 Coleta de dados 32

3.4.2 Análise de dados 33

4 RESULTADOS 34

4.1 REGISTROS DE AVALIAÇÃO 34

4.1.1 SUBTIPOS DE REGISTROS DE AVALIAÇÃO ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS 34

4.1.2 MÉTODOS DE REGISTROS DE AVALIAÇÃO ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS 35

4.1.3 INFORMAÇÕES ENCONTRADAS NOS REGISTROS DE AVALIAÇÃO 36

<u>4.2 REGISTROS DE INTERVENÇÃO</u>	39
4.2.1 SUBTIPOS DE REGISTROS DE INTERVENÇÃO ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	39
4.2.2 MÉTODOS DE REGISTROS DE INTERVENÇÃO ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	41
4.2.3 INFORMAÇÕES ENCONTRADAS NOS REGISTROS DE INTERVENÇÃO	41
<u>4.3 REGISTROS DE ALTA</u>	47
4.3.1 SUBTIPOS DE REGISTROS DE ALTA ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	47
4.3.2 MÉTODOS DE REGISTROS DE ALTA ENCONTRADOS NOS PRONTUÁRIOS	47
4.3.3 INFORMAÇÕES ENCONTRADAS NOS REGISTROS DE ALTA	47
4.3.3.1 <u>Registros de Alta compiladas dos prontuários</u>	51
5 DISCUSSÃO	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS	74

APRESENTAÇÃO

O projeto desta pesquisa foi inicialmente intitulado “O terapeuta ocupacional e a prática da documentação clínica no contexto hospitalar infantil” e apresentava como foco central a análise de prontuários dentro do contexto de enfermarias pediátricas. Em cumprimento às exigências éticas, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFSCar. Após a aprovação do projeto foram realizadas diversas tentativas de aplicá-lo em hospitais de referência que atendem a população infantil com o serviço terapia ocupacional, mas não se obteve a autorização necessária para o manuseio de prontuários hospitalares. A negativa levou a uma alteração no trajeto da pesquisa, passando a coleta de dados e análise para a situação de ambulatório infanto-juvenil, mantendo os mesmos princípios éticos. A pesquisa foi aprovada pelo comitê interno do ambulatório, onde foi realizada a coleta de dados.

Após esta alteração houve a adequação do título da pesquisa para: “O registro em prontuários pelo Terapeuta Ocupacional em um ambulatório infanto-juvenil.”

A questão da divulgação da terapia ocupacional sempre foi algo muito gritante para mim, e o registro seria uma forma de “propaganda” da profissão, portanto sempre me deparei com a preocupação de deixar documentado em prontuário algo de qualidade e claro, para que todos pudessem ler e ter conhecimento sobre o que o terapeuta ocupacional faz ali.

A temática deste estudo foi apresentada a mim logo nas primeiras orientações do mestrado. Algo novo e não necessariamente o que havia pensado como ideia inicial para meu projeto de pesquisa. Entretanto, ao ouvir minha orientadora e após ter conhecimento do trabalho de uma outra pesquisadora, também discente do programa no qual faço parte e que também pesquisava acerca dos registros, ampliei meu olhar sobre a questão a mim apresentada e notei como seria importante ser uma das primeiras pesquisadoras brasileiras a adentrar este assunto na terapia ocupacional, visto ser objeto de estudo tão pouco abordado em nossa área e no nosso país.

Sempre atuei com atendimento domiciliar sem nenhum vínculo a convênio de saúde, todos os pacientes são particulares (exceto um, no qual existe a cobrança do Home Care de relatórios e evoluções constantes). Talvez por isso a preocupação de ter um prontuário para cada paciente passava despercebida por mim, as anotações que eu

realizava estavam apenas em uma agenda particular, constando hora e datas das sessões realizadas, informações que até então bastavam para mim.

Refletindo acerca da minha trajetória como terapeuta ocupacional percebo que antes de começar a ter contato com este assunto, vejo como não levava em consideração aspectos tão enfatizados na literatura acerca da documentação clínica, visto que foram questões não suficientemente apresentadas a mim durante a graduação, ou às quais não dei a devida importância, não sendo dada ênfase e relevância ao assunto. Lembro-me que, durante os estágios, o que fazíamos era manter a estrutura de registro utilizada pelo estagiário anterior daquele serviço. Alguns supervisores dos estágios que realizei liam nossas evoluções antes de as passarmos para o prontuário.

Hoje, quando me deparo com os prontuários do local em que atuo, escola especial, observo-os com outros olhos e isto tem refletido em minha prática, pois tenho percebido a necessidade de algumas mudanças quanto à documentação do local, e sinto necessidade de discutir e propor algumas adequações à diretoria do serviço.

Posso considerar que esta pesquisa irá agregar conhecimentos para a área da terapia ocupacional, mas quando paro e reflito sobre o quanto acrescentou em minha prática profissional, além da minha prática como pesquisadora, noto que me reestruturei em qualidade e conteúdo quanto à questão da documentação clínica, adquirindo hábitos antes não praticados.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa aborda a prática dos registros em prontuários, realizados por Terapeutas Ocupacionais atuantes em ambulatório infantil. O termo “registro” aqui utilizado, significa o ato dos profissionais anotarem suas intervenções.

Silva e Tavares Neto (2007, p.114) ressaltam que “registrar informações é dever diário de todos os profissionais da área da saúde”.

Navaes, Machiavelli e Patrício (2011), apontam que a palavra “prontuário” origina-se do latim *promptuarium* e significa “lugar onde são guardadas coisas de que se pode precisar a qualquer momento” ou “manual de informações úteis” ou ainda “ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa”.

É importante lembrar que o registro do profissional, escrito, é a única prova aceitável da intervenção no tratamento. Se algo não está escrito, aos olhos de quem consulta (por exemplo, pagadores ou jurados) é algo que não aconteceu (MATTHEWS; JABRI, 2004).

Pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país, é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação (MARIN; MASSAD; AZEVEDO, 2003).

Para a revisão de literatura foram utilizadas as bases de dados nacionais e internacionais: CAPES, LILACS, IBECs, MEDLINE, BIBLIOTECA COCHRANE E SCIELO, visto que a Biblioteca Virtual da Saúde (BVs) as considera fontes de informações da literatura científica e técnica das ciências da saúde em geral; além da consulta em sites de periódicos de Terapia Ocupacional. A pesquisa abrange o período compreendido entre os anos 2000 a 2012. Foram utilizados os seguintes descritores, selecionados a partir do banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), versão 2012 (disponível no site: <<http://decs.bvs.br>>): terapia ocupacional, documentação, registros médicos, assistência ambulatorial.

Na literatura nacional, até o momento, foi identificado um estudo que aborda a documentação da Terapia Ocupacional. Trata-se de uma pesquisa de mestrado de Carla

Panzeri, no ano de 2012, em que se investigou a prática da documentação clínica sob a ótica dos Terapeutas Ocupacionais. Também foi encontrado um capítulo do livro “Prontuário do Paciente”, de Ricarte e Galvão (2012) que debate sem maiores aprofundamentos o registro em prontuário na Terapia Ocupacional.

Não foram identificadas outras produções científicas que abordem especificamente a documentação das intervenções da Terapia Ocupacional no Brasil, entretanto tem sido observada a exigência cada vez maior das instituições de saúde pela qualidade dos registros, impulsionada pelos sistemas de certificação de qualidade.

Bertolli Filho (2006, p.15) evidencia a relevância dos prontuários quando afirma que os mesmos, nos arquivos médicos, afloram como peças preciosas que possibilitam confirmar saberes, viabilizando novas possibilidades de apreensão da memória da Saúde.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional COFFITO divulgou, em 23 de maio de 2012, a resolução de número 415, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo Terapeuta Ocupacional.

1.1 ASPECTO HISTÓRICO DO REGISTRO CLÍNICO

Os registros clínicos se iniciaram no contexto hospitalar. Os primeiros registros hospitalares foram encontrados no Antigo Egito, há cerca de dois mil anos. Na Grécia Antiga encontraram-se traços de prontuários de hoje, mas foi Hipócrates quem fez os primeiros registros sobre as doenças de seus pacientes no ano de 460 antes de Cristo (DYNEWICS; LUZ; MARTINS, 2007).

Buscando nas origens da medicina contemporânea, Foucault (1982) mostra de que modo a reorganização do espaço hospitalar, na Europa, no final do século XVIII, fez nascer um espaço destinado não mais à exclusão dos indivíduos situados à margem da sociedade, mas como um novo espaço, reorganizado e destinado ao tratamento médico. Até meados do século XVII os hospitais europeus não eram locais de cura, eram ‘morredouros’. O hospital era essencialmente uma instituição voltada para a assistência material, salvação espiritual e segregação dos pobres que estavam morrendo e ameaçavam a saúde da população. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos

perigosos para a saúde geral da população. O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII. Somente depois do século XVIII, os médicos passaram a ser o principal responsável pela organização hospitalar, transformando o sistema antes dominado pelos religiosos. De imediato as mudanças ocorreram baseadas numa técnica predominantemente militar: a disciplina.

Ainda segundo Foucault (1982), é a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua disciplinarização. Assim, individualizar-se-ão e serão distribuídos os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. O autor também vem destacar que com esta reorganização do espaço hospitalar aparece uma série de registros que acumulam e transmitem informações: registro geral das entradas e saídas em que se anota o nome do doente, o diagnóstico do médico que o recebeu, (...); registro do médico que manda anotar, durante a visita, as receitas e o tratamento prescritos, o diagnóstico.

Tal transformação acontece devido a uma grande mudança na compreensão da doença, que passa a ser entendida como um processo que necessita ser detalhadamente observado, através de um olhar minucioso e sistemático dos sintomas do paciente. Assim, passa a ser necessário o registro de cada encontro entre médico e usuário do serviço de saúde (NOVAES, 2003).

Em 1137, no Hospital São Bartolomeu, em Londres, já havia registros referentes aos internos para o tratamento, segundo Marin, Massad e Azevedo (2003).

Em 1580, na Itália, houve grandes alterações na administração dos hospitais e em relação aos registros dos pacientes passou a ser obrigatória prescrição médica individual, prescrição de regime alimentar, passagem de plantão e relatório de enfermagem de cada plantão (MEZZOMO, 1991b).

No século XIX, Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, já declarava a importância de se ter os registros para a continuidade da assistência dos serviços de enfermagem (MARIN, MASSAD, AZEVEDO, 2003).

Ainda no mesmo século, em 1877, o Hospital Geral de Massachussets, nos EUA, passa a arquivar os documentos clínicos e em 1897 cria um Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) (MEZZOMO, 1991b).

Entretanto, em 1880, também nos EUA, Willian Mayo observou que os registros de todos os pacientes eram mantidos em um único documento de maneira cronológica, o que dificultava o acesso a determinadas informações específicas de cada paciente, portanto, em 1907, começou a utilizar o registro individual para cada paciente, que passa a ser arquivado separadamente, originando o prontuário médico, mantendo a orientação cronológica que é utilizada até hoje (MARIN; MASSAD; AZEVEDO, 2003).

Mezzomo (1991b) condena a situação em que as diferentes áreas possuem seus próprios prontuários, pois aponta a dificuldade de conhecimento global do paciente, a necessidade de mais espaço para armazenamento e maior custo de manutenção.

De acordo com a proposta do HumanizaSUS da construção do prontuário como objeto transdisciplinar, práticas fragmentadas estimulam a desmotivação do profissional de saúde, pois, quando o seu trabalho fica restrito a uma pequena parcela do processo terapêutico, o profissional não consegue ter uma dimensão do resultado global do estado de saúde do seu paciente (BRASIL, 2004).

Desta forma, segundo SLEE, SLEE e SCHMIDT (2000), localmente, o prontuário representa o mais importante veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Em 1928 foi fundada a Associação Americana de Arquivo médico, e em 1966 a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico. No Brasil, a implantação do primeiro SAME ocorreu em 1943 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MEZZOMO, 1991b).

Nos EUA, 1972 ocorreu um congresso com o objetivo de estabelecer uma estrutura para os registros ambulatoriais, e pouco depois surgiram os primeiros prontuários eletrônicos do paciente (PEP) (FIGUEIREDO, et al., 2007).

Com o tempo, chegou-se ao consenso de quão indispensáveis são os registros sobre o cuidado ao paciente e, assim surgiu o prontuário conhecido hodiernamente. A denominação inicial de “Prontuário Médico” foi substituída por “Prontuário do

Paciente”, devido às transformações na relação médico-paciente, com ênfase na defesa dos direitos dos pacientes (NAVAES; MACHIAVELLI; PATRÍCIO, 2011).

Possari (2007) afirma que decorridas as transformações na medicina no século XX e no modelo de atuação em saúde, o conjunto de informações e impressos sobre o paciente se tornou objeto imprescindível a qualquer instituição.

Por isso, pode-se afirmar que o prontuário do paciente foi desenvolvido por médicos e enfermeiros para garantir que se lembrassem de forma sistemática dos fatos clínicos, de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção a saúde poderiam também ter as mesmas informações (SLEE; SLEE; SCHMIDT, 2000).

A análise conjunta dos dados dos prontuários deveria ser capaz de fornecer, por exemplo, informações sobre pessoas atendidas, quais tratamentos foram realizados, quais formas terapêuticas tiveram resultados positivos, como os pacientes responderam e quanto custou cada forma de tratamento por procedimento ou para todos os procedimentos de um paciente ou de toda uma população (MARIN; MASSAD; AZEVEDO, 2003).

Estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, portanto, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho (VASCONCELLOS, GRIBEL e MORAES, 2008).

1.2 CONCEPÇÕES ATUAIS ACERCA DO PRONTUÁRIO E QUALIDADE DOS REGISTROS

O prontuário é definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução no. 1638/2002 como sendo o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É no prontuário

do paciente que estão contidas as informações escritas que refletem o atendimento e tratamento prestado durante todo seu acompanhamento no serviço de saúde (MALAMAN, *et.al*, 2011).

Vasconcellos (2008, p. 173) vem nos apontar também que o prontuário:

Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais. Os usuários dos prontuários são, portanto, os profissionais diretamente envolvidos na prestação do cuidado e na gestão, pesquisadores, docentes, alunos do campo da saúde e o próprio paciente. Todos os registros preenchidos e organizados de forma a permitir sua localização, leitura e identificação de autoria deverão ser completos, acurados, objetivos e concisos. Dessa forma, potencializam o uso de bases de dados administrativas, que tem prontuários como fonte de dados, na avaliação da qualidade da assistência à saúde (VASCONCELLOS, 2008, p. 173)

Diversos autores apresentam as finalidades do prontuário em seus estudos, tais como:

a) Comunicação entre equipes: O Prontuário na saúde estimula e fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais, favorecendo troca de conhecimentos, inclusive com os doentes e familiares. Contribui também para a produção de vínculos e para o fortalecimento do sentido de grupo, que visa a sustentar as construções que foram elaboradas coletivamente, além de estimular o empenho no trabalho (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003; MOLINA; LUNARDELI, 2010).

b) Apoio à pesquisa: Fornece dados para pesquisas e aprimoramento da profissão (PERINCHIEF, 2002; MATTHEWS; JABRI, 2004; RADOMSKI, 2005; MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003).

c) Indicador de qualidade da atenção ofertada: Possibilita a identificação de possíveis deficiências, gerando discussões que subsidiem ações educativas com vistas ao aprimoramento dos registros e da qualidade da assistência prestada (MEDEIROS; ANDRADE, 2007; MALAMAN, *et.al*, 2011).

d) Apoio legal: Registra as obrigações éticas e legais da atuação do profissional da saúde (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

e) Gestão de serviços: Fornece dados para pagamentos, cobranças e controle de custos (BACELAR; ALMEIDA; ANDRADE, 2002; MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003; DINEWICZ; LUZ; MARTINS, 2007; PERINCHIEF, 2008; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

O levantamento de estudos científicos para esta pesquisa permitiu encontrar diversas pesquisas que apontaram para os problemas de baixa qualidade das anotações em prontuários.

Nos anos 1980, Lotufo e Duarte, tratando da programação local em Mato Grosso, constataram diagnósticos ilegíveis, incoerências de registros e ausência de diagnóstico.

Da mesma forma, Modesto; Moreira; Almeida-Filho (1992), observaram em seus estudo elevada proporção (76%) de prontuários que não possuíam itens considerados básicos, ao analisarem a Reforma Sanitária na Bahia, por intermédio da qualidade dos registros médicos.

Em 1994 Scochi, estudou a qualidade dos prontuários em serviços ambulatoriais no Paraná e apontou seu funcionamento precário como fonte de informação, tanto para acompanhamento dos pacientes como para avaliação dos serviços prestados.

Munhoz Júnior, Fontes e Meirelles (1997), observaram registro inadequado das informações dos pacientes em mais da metade dos prontuários analisados, avaliando o Programa de controle da hanseníase no Mato Grosso do Sul.

Outro estudo realizado por Setz e D’Innocenzo (2009), teve como objetivo avaliar por meio da auditoria, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes atendidos em unidades de um hospital universitário do município de São Paulo. Os itens avaliados no prontuário foram: Preenchimento do levantamento de dados; Folha de centro cirúrgico; Folha de custo do centro cirúrgico; Evolução de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição de enfermagem; Checagem da Prescrição de enfermagem; Checagem da prescrição médica; Anotação de enfermagem;

anotação de alta hospitalar e anotação de óbito. Com relação aos itens avaliados, foi utilizado o seguinte critério para pontuá-los:

- 1) ótimo (4 pontos): quando contemplou de 90% a 100% dos critérios de avaliação;
- 2) bom (3 pontos): quando contemplou de 70% a 89% dos critérios de avaliação;
- 3) regular (2 pontos): quando contemplou de 50% a 69% dos critérios de avaliação;
- 4) ruim (1 ponto): quando contemplou igual ou menos que 49% dos critérios de avaliação;
- 5) ausente (0 pontos): quando estava implantado mas não havia sido feito.

O resultado da pesquisa mostra que:

Dos 424 prontuários analisados entre novembro de 2006 a janeiro de 2007, em diferentes unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário, 43,9% se referiam a óbitos e 56,1% a altas. Verificaram-se os itens: Preenchimento do levantamento de dados; Folha de centro cirúrgico; Evolução de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição de enfermagem; Checagem da prescrição de enfermagem; Checagem da prescrição médica; Anotação de enfermagem; Anotação de alta hospitalar e Anotação de óbito. Na análise qualitativa dos prontuários 26,7% foram considerados ruins; 64,6% regulares e 8,7% bons (SETZ e D'INNOCENZO, 2009, p. 316)

Essa pesquisa possibilitou apontar vários desvios que foram analisados junto à Diretoria do hospital em estudo, propiciando propostas de novas metas e estratégias para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem como do registro dessa assistência (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Bacelar, Almeida e Andrade em 2002, realizaram um estudo acerca das falhas comuns no uso do prontuário do paciente e encontraram erros e dúvidas habituais em seu uso. Tendo em vista a importância do prontuário e o grande número de irregularidades em seu uso, concluíram ser necessário que suas normas sejam divulgadas nas instituições por meio de educação contínua, sobretudo nos hospitais-escola.

Em outro estudo realizado por Torreão *et al.* (2000), teve como objetivo descrever as características de pacientes com parada cardio-respiratória que não foram reanimados com manobras específicas em um hospital escola pediátrico de nível terciário e caracterizar como foi feito o registro da não ressuscitação no prontuário bem como avaliar os aspectos éticos e legais envolvidos na ressuscitação cardiopulmonar. Foi feito um estudo tipo exploratório e observacional de todas as paradas cardiorrespiratórias (PCR) neste período. Os médicos que atenderam cada PCR foram entrevistados, geralmente nas primeiras 24h após o evento. Posteriormente, foi revisto o prontuário para confrontar a informação referente à ressuscitação cardiopulmonar com o fato registrado no prontuário, chegando-se a conclusão de que o registro inverídico no prontuário em relação aos procedimentos de ressuscitação ocorreu com muita frequência.

Uma outra pesquisa realizada em um hospital por Mesquita e Deslandes (2010), verificou que, na prática, o uso do prontuário está muito aquém do desejável. Dos 77 hospitais investigados, 97,4% a inexistência era da ficha de terapia ocupacional, além de 81,8 de ausência de ficha de fisioterapia; em 27,3% identificou-se a falta de formulário da enfermagem; em 80,5% não constavam relatório do serviço social; em 94,8% não havia impresso de psicologia. Posteriormente os autores descobriram que os profissionais mantinham agendas à parte dos prontuários, esses profissionais privilegiavam o “sigilo”, justificado para preservar a individualidade. Os autores ressaltaram que os prontuários, enquanto relato de práticas dos profissionais de saúde, podem estar indicando o esgotamento de um modelo de prática de assistência modelada pela clínica convencional, assim como o esgotamento de um sistema de registros, cujos objetivos escapam à lógica da humanização proposta pela saúde pública e pelo SUS.

Os prontuários são também fontes de dados possíveis de serem analisadas em auditorias, como forma de avaliar a qualidade do serviço prestado. É o que mostra o estudo de Malaman *et.al* (2011), e apresenta como resultado a necessidade da implementação de espaços de discussão com os profissionais sobre a realização de registros em prontuário com qualidade seguindo as exigências de seus conselhos de classe.

Na auditoria em saúde busca-se aferir de modo contínuo a adequação, a eficiência, a eficácia e os resultados dos serviços de saúde, identificar distorções,

promover correções e buscar aperfeiçoamento do atendimento prestado, procurando obter melhor relação custo-benefício na política de atendimento das necessidades do paciente e promover processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento em busca da satisfação do usuário (BRASIL, 2002).

A auditoria tem ampliado seu campo de atuação para a análise da assistência prestada, tendo em vista a qualidade e seus envolvidos, conferindo os procedimentos executados com os valores cobrados, para garantir um pagamento justo. Essa análise envolve aspectos quantitativos e qualitativos da assistência, ou seja avaliação da eficácia e eficiência do processo de atenção à saúde, afinal, todos os procedimentos geram custos e o meio mais seguro para se comprovar e receber o valor gasto da assistência prestada, evitando glosas, é o registro, principalmente em se tratando de um convênio do hospital com operadoras de saúde (DYNEWICZ; LUZ MARTINS;, 2007).

Diversos autores apontam para a transformação que tem havido na denominação de Prontuário Médico para Prontuário do paciente devido à mudança de visão da assistência em saúde, que aponta para o direito de acesso do paciente a todas as informações contidas no prontuário, sendo as instituições apenas as guardiãs. O paciente é o único beneficiário deste documento, além de estar havendo um progressivo reconhecimento dos direitos do usuário nos serviços de saúde (POSSARI, 2007; TEIXEIRA, 2008; REIS, et.al, 2009; SCHOUT; NOVAES, 2007).

Navaes, Machiavelli e Patrício (2011), realizaram um estudo acerca das vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico, e se este formato eletrônico implicaria em uma qualidade maior dos registros. Como conclusão do estudo, obteve-se que o prontuário eletrônico pode otimizar o trabalho, pois permite o acesso mais veloz às informações do paciente e a documentação dos atendimentos prestados ao longo da vida; também proporciona legibilidade dos dados e integração com outros sistemas de informação. No entanto, também são relatadas dificuldades para sua implementação, principalmente no que se refere aos aspectos éticos, à falta de padronização entre os sistemas e ao manuseio dos *softwares*. Apesar das dificuldades relatadas, as pesquisadoras acreditam que é de suma importância a criação de sistemas de informação que incluam o Prontuário Eletrônico do Paciente no âmbito do sistema de saúde brasileiro, a fim de identificar os usuários, facilitar a gestão dos serviços, a

comunicação, o compartilhamento das informações e, o mais importante, melhorar a qualidade da assistência prestada à população.

Em outro estudo realizado por Molina e Lunardeli (2010), as autoras indicaram a primazia do Prontuário Eletrônico e o caracterizam como um elemento preponderante no que diz à melhoria dos sistemas e serviços de saúde de um país.

1.3 A DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA EM 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).

A documentação constitui, de acordo com Perinchief (2002), umas das mais importantes funções que é a de sustentar a intervenção com o cliente, e os terapeutas ocupacionais utilizam importante parte do horário diário de trabalho para realizá-la.

Outro aspecto envolvido na documentação é a relevância ética, sendo que omissões e erros podem causar dúvidas a respeito da precisão de todo o registro. A importância dos registros para assegurar o pagamento dos serviços de Terapia Ocupacional pelas fontes financiadoras é outro ponto bastante enfatizado na literatura. (PERINCHIEF, 2002; MATTHEWS; JABRI, 2004; RADOMSKI, 2005). Os autores enfatizam ainda que a documentação serve a muitos fins, como: comunicar o estado do paciente e sua resposta ao tratamento ao médico e a outros membros da equipe; promover a continuidade do tratamento quando ocorrerem mudanças no quadro de funcionários; oferecer um método para assegurar os direitos e a defesa legal do paciente; avaliar a eficácia da intervenção da Terapia Ocupacional; fornecer dados para pesquisas e aprimoramento da profissão.

A documentação incorreta pode influenciar o tratamento de uma forma negativa, por isso é importante que os Terapeutas Ocupacionais saibam a importância e o significado de uma documentação apropriada (IWARSSON; KRISTENSSON, 2003).

De acordo com Perinchief (2008), existem quatro propósitos principais da documentação: Facilitar uma intervenção eficaz; justificar o reembolso; criar um

documento legal e estabelecer uma comunicação entre os profissionais, os pacientes e a família. Portanto, a documentação tem ramificações legais, éticas e econômicas.

Independentemente do método de documentação é fundamental que todas as anotações sejam claras. O conteúdo da documentação é regido por lei. O relatório escrito é o meio principal de justificar o tratamento adequado. Para garantir os direitos do paciente, o relatório deve ser factual, sem incluir julgamentos de valores que possam ser prejudiciais ao paciente. Além disso, o cliente tem o direito de saber o que consta nos registros e pedir para vê-los (MATTHEWS; JABRI, 2004).

Perinchief (2008) considera que, pela diversidade de exigências, muitos profissionais podem achar esta tarefa cansativa. Não há na profissão, um método padrão ou exclusivo para documentar os serviços da TO (MATTHEWS; JABRI, 2004).

Outros autores descrevem métodos de registros que visam fornecer uma estrutura para o registro das intervenções em saúde. Um deles é o formato 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 e pode ser utilizado para registros de avaliação, intervenção e alta (MATTHEWS; JABRI, 2004; RADOMSKI, 2005).

Timby (2007), ao discorrer sobre os métodos de registro de enfermagem, cita o registro narrativo. Este método assemelha-se a um diário e envolve a escrita de informações sobre o paciente em ordem cronológica. Como desvantagem para seu uso, aponta o tempo necessário para sua redação, assim como a dificuldade para busca de informações específicas e, dependendo da habilidade de quem o faz, podem ser omitidas informações pertinentes ou ser incluídas anotações não significativas.

Um estudo realizado por Iwarsson e Kristensson em dois municípios suecos, teve como objetivo pesquisar aspectos da documentação em prontuários dos Terapeutas Ocupacionais que trabalhavam em comunidades. Na conclusão do estudo, os resultados mostraram que:

Há uma necessidade considerável de desenvolvimento da qualidade da documentação em geral, sendo verificado que partes essenciais estavam ausentes dos registros. Verificou-se, ainda, que os Terapeutas Ocupacionais consideravam suas ações importantes, mas não as colocam nos prontuários (IWARSSON e KRISTENSSON, 2003, p.77).

Sendo o prontuário um instrumento mediador na comunicação entre os profissionais, é necessário que a linguagem siga uma “ordem” que seja padronizada, para que todos que tenham acesso aos registros consigam compreender o conteúdo anotado. Neste sentido, a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), publicada pela Organização Mundial da Saúde em 2001, fornece conceito e linguagem comum para os envolvidos com o cuidado em saúde, podendo melhorar a comunicação através do estabelecimento de uma linguagem comum para a descrição da saúde e suas condições correlatas (MÂNGIA; MURAMOTO; LANCMAN, 2008).

Farias e Buchala (2005, p. 192) ressaltam que,

A incorporação do uso da CIF nas práticas de atenção à saúde, tendo em vista que se trata da incorporação de uma nova tecnologia, embora já venha sendo adotada por diversos setores e equipes multidisciplinares, deve ser ainda amplamente explorada em relação à sua aceitabilidade e validade em diferentes áreas e seu impacto nos cuidados de saúde (FARIAS e BUCHALA, 2005, p. 192)

Como corpo de conhecimento a crescer e se expandir, uma profissão requer o desenvolvimento de um sistema para classificar e organizar informações para fornecer conceitos compreensíveis e úteis (BUTTS; NELSON, 2007).

Youngstrom (2002 *apud* BUTTS e NELSON, 2007) argumentou que nos últimos anos tem havido uma constante transformação nos padrões de prática de terapia ocupacional, incluindo a expansão dos locais de serviços e uma importância crescente atribuída ao valor terapêutico da ocupação na vida humana. Entretanto, segundo esta autora, tanto a documentação como a questão de uma terminologia uniforme não vem acompanhando esta expansão.

O levantamento bibliográfico inicial realizado em bases de dados científicos, com publicações nacionais e internacionais, mostrou uma pequena quantidade de publicações em relação à documentação clínica em Terapia Ocupacional.

Na literatura estrangeira, principalmente em capítulos de livros ou documentos de associações de classe, identificou-se, entre outros: tentativa de padronização e estruturação nos processos de documentação (AOTA, 2008a); propostas de linguagem técnica com terminologia comum (AOTA, 2008b; CREEK, 2010); sugestões de metodologia de registro (MATTHEWS; JABRI, 2004; RADOMSKI, 2005; PERINCHIEF, 2008).

Na literatura nacional não foram, até o momento, identificados produções científicas que abordem especificamente a documentação das intervenções da Terapia Ocupacional, exceto o estudo já citado de PANZERI (2013), sendo que tem sido observada a exigência cada vez maior das instituições de saúde pela qualidade dos registros, impulsionada pelos sistemas de certificação de qualidade.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em uma de suas publicações mais recentes, divulgou em 23 de maio de 2012, a resolução de número 415, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências.

Pela pertinência ao tema, esta resolução, na íntegra, pode ser encontrada no anexo 1 desta dissertação.

As informações dos registros agregadas e sistematizadas são necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde. Em termos gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país, é estabelecido perante ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação (MARIN; MASSAD; AZEVEDO, 2003).

Frequentemente, as atividades de atendimento ao paciente acontecem em diferentes locais, tais como: sala de cirurgia, enfermarias, ambulatórios, unidade de cuidado intensivo (UTI), casa de repouso, entre outros. Para a realização destas atividades, são necessárias múltiplas informações de diferentes fontes. Por outro lado, os procedimentos realizados pelos profissionais individualmente também geram outras tantas informações, que vão garantir a continuidade do processo de cuidado. São fontes diferentes de dados, gerando conseqüentemente uma grande variedade de informações (MARIN; MASSAD; AZEVEDO, 2003).

Sob outro enfoque, é possível afirmar que a importância dos prontuários aumenta de forma substancial se as instituições, além dos tratamentos realizados, dedicarem-se também ao uso e compartilhamento das informações geradas nos seus prontuários, como fonte de estudo, de pesquisa (MOLINA; LUNARDELLI, 2010).

Atendimentos sem prontuário ou sem anotações equivalem a não-atendimentos e a desfalque de arrecadação financeira em instituições com vínculos a convênios e regimes semelhantes (BACELAR; ALMEIDA; ANDRADE, 2002).

Bertolli Filho (2006, p. 15) evidencia a relevância dos prontuários ao afirmar que,

[...] no rol de documentos constitutivos dos arquivos médicos, afloram como peças preciosas que possibilitam fixar cenários, confirmar saberes e desvelar sensibilidade, enfim, viabilizar novas possibilidades de apreensão da memória da Saúde [...]

Dentro desse cenário, portanto, torna-se consensual que o registro das informações nos prontuários são elementos importantes para o atendimento do paciente uma vez que possibilita a implantação de medidas que proporcionem ações de prevenção na área da saúde. Sob outro enfoque, permite ainda, o resgate da história da instituição e dos tratamentos empregados. Serve, também, como suporte à gestão e como valiosa fonte de informações para geração de conhecimento, pesquisa e estudo. Nesse sentido, os prontuários, sejam eles em formato impresso ou eletrônico, devem ser elaborados, organizados e tratados adequadamente (MOLINA; LUNARDELLI, 2010).

Importa mencionar o grande número de variáveis envolvidas na prática profissional de terapeutas ocupacionais, o que dificultaria a análise dos dados obtidos. Por isso, ao saber que as práticas dos registros variam de acordo com os ambientes da prática profissional (AOTA, 2008a; PERINCHIEF, 2008), elegeu-se como fonte de dados para esta pesquisa os prontuários de Terapeutas Ocupacionais dentro do ambiente ambulatorial infanto-juvenil. Considerou-se ainda que na maioria dos trabalhos pesquisados sobre o atendimento ambulatorial em terapia ocupacional não há a descrição e caracterização do modo como essa prática é registrada, gerando uma lacuna que se bem trabalhada poderá ampliar a qualidade da atuação do terapeuta ocupacional, a comunicação destes com a equipe, bem como o processo de ensino e pesquisa. Muitos autores realizaram estudos sobre terapia ocupacional ambulatorial, mas nenhum dos estudos aqui tomados como exemplo abordou os registros terapêuticos: TAKATORI, 1999; NAKAGAWA, 1991; JURDI, 2006; COPPINI, 1998; JACOB, 1988.

Diante do exposto e como forma de caracterizar os prontuários dos Terapeutas Ocupacionais, se faz pertinente perguntar, o que, especificamente, estes profissionais

estão registrando em seus documentos, dentro do ambulatório em que atuam, e qual o conteúdo desses registros, já que essa prática favorece o próprio profissional, bem como os demais envolvidos nesse processo: paciente, equipe, família, instituição e profissão.

Assim, a busca por produção de conhecimento que viabilize uma documentação em terapia ocupacional mais sistematizada e adequada à realidade brasileira pode contribuir para um aprofundamento da atuação na área com maior visibilidade das ações do Terapeuta Ocupacional e facilitar a comunicação entre os profissionais e com as instituições.

É importante mencionar que o fato de existir recentemente uma publicação pelo COFFITO da resolução número 415/ 2012, que trata da documentação clínica, reforça a atualidade e a pertinência dessa pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os registros em prontuários da prática dos Terapeutas Ocupacionais atuantes em um ambulatório na área da infância e adolescência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os registros realizados na avaliação, intervenção e alta;
- Verificar à luz da literatura internacional e nacional se os registros dos terapeutas ocupacionais estudados estão consonantes com os preceitos estabelecidos.

3 MÉTODO

O presente estudo refere-se ao desenvolvimento de um estudo transversal, descritivo e exploratório, no qual utilizou-se a técnica de análise documental.

Em relação à classificação, conforme Sampiere; Collado e Lucio (2006), o estudo será baseado na técnica de análise documental porque será feita uma análise cautelosa das fontes de informações: os prontuários. Já a característica descritiva, está

ligada ao modelo transversal descritivo como aquele que consistirá em se apresentar e se descrever uma visão do estado de um objeto/contexto/situação em determinado momento e proporcionar sua descrição. Em relação ao caráter exploratório, este se deve ao fato de ser um estudo aplicado a um problema de pesquisa ainda pouco conhecido, que buscará conhecer um contexto, uma situação, um objeto.

Os Terapeutas Ocupacionais que tiveram os registros analisados foram previamente consultados, consentiram e autorizaram a pesquisa. Ao todo foram 6 profissionais e todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitindo a pesquisa sobre os registros em prontuários

3.1 Local

O local escolhido configura-se como um ambulatório de média complexidade e atende especialmente aos municípios da região central do Estado de SP. Os atendimentos são realizados por docentes, profissionais de saúde da Unidade e, principalmente, por estagiários dos cursos de saúde. Para este estudo foram considerados apenas prontuários de profissionais, sendo excluídos da amostra o dos estagiários.

O ambulatório tem como missão formar e qualificar profissionais na área de saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia, além de prestar assistência qualificada e gratuita a todo cidadão dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, de forma articulada com a rede pública de saúde.

3.2 Instrumento de coleta

Para a coleta de dados foi utilizado um *check-list* (anexo 2), aprovado por juízes e que faz parte de um estudo desenvolvido por outra pessoa do qual a pesquisadora faz parte¹. Neste check list foram coletadas as informações relativas à: Avaliação; Intervenção; Resultados/alta.

¹ Trata-se de um *check list* desenvolvido pela pesquisadora Carla Benevides, sob supervisão da Prof^a. Dra. Marina S. Palhares, vinculado à dissertação de mestrado.

O instrumento contém critérios relacionados propriamente a documentação clínica, enfocando: os subtipos de registros utilizados; a metodologia utilizada para o registro e as principais informações colocadas em cada categoria.

O “*check-list*” foi criado com base em uma publicação da AOTA. Na referência mais atual: “Diretrizes para a Documentação em Terapia Ocupacional”, os registros são descritos segundo três áreas (categorias) do processo terapêutico: avaliação, intervenção e alta. Para cada tipo de categoria recomenda quais informações são fundamentais para sua elaboração com qualidade.

Em relação à avaliação inclui: registros referentes à triagem e aos relatórios de avaliação e reavaliação. 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 TO); já em relação aos resultados inclui o relatório de alta (AOTA, 2008a).

3.3 Aspectos Éticos

Foi garantido o anonimato da instituição e elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais autores dos registros dos prontuários do ambulatório. Não foi observado nenhum dano aos envolvidos direta e indiretamente na pesquisa e não foi remunerada a participação.

Quanto ao manuseio dos prontuários, este foi realizado, exclusivamente pela pesquisadora, em local definido pela instituição de origem dos dados, sem retirada do mesmo daquele espaço e sem a identificação dos pacientes ou terapeutas ocupacionais que fizeram as anotações, apenas dados gerais, de interesse desta pesquisa foram coletados, de maneira a não permitir outros usos a partir do manuseio dos prontuários, tratados como devidamente sigilosos.

A preocupação com os aspectos éticos foi norteadora de toda a pesquisa, desde sua concepção, pela busca de tema de investigação que ainda foi pouco explorado e que poderá contribuir para o avanço do conhecimento na área da Terapia Ocupacional, e com isso beneficiar indiretamente a população por ela atendida.

A pesquisadora se comprometeu a desenvolver com dedicação e empenho esta pesquisa, assim como a divulgar os resultados obtidos.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos dados da pesquisa. Em relação ao critério de inclusão a pesquisadora selecionou apenas os prontuários de pacientes que receberam atendimento no período de junho de 2012 a junho de 2013 e que já tivessem recebido alta, além dos registros serem realizados por T.O já graduado. Quanto aos critérios de exclusão, os prontuários eliminados do estudo foram aqueles de pacientes que receberam atendimento no período citado acima, mas que foram preenchidos por estagiários do ambulatório.

A escolha de um período precisou ser determinada por alguns fatores como: o tempo disponível para a realização da pesquisa; serem prontuários já disponíveis no arquivo morto, ou seja, pacientes já fora do atendimento; e por que a pesquisadora necessitava travar contato com as profissionais que haviam atuado naquele período, considerando que a rotatividade de terapeutas ocupacionais do ambulatório é alta, devido aos profissionais serem voluntários. Estes fatores levaram a estabelecer um recorte de período que possibilitasse o acesso aos profissionais responsáveis pelos registros.

Antes de levantar os prontuários que se enquadravam nos recortes do estudo, a pesquisadora entrou em contato via e-mail com a supervisora do ambulatório, para que a mesma apontasse os nomes dos Terapeutas Ocupacionais atuantes na unidade. Após este contato inicial e de posse do endereço eletrônico de cada profissional do ambulatório a pesquisadora solicitou, via e-mail a autorização para a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram utilizados apenas os prontuários de crianças que não estavam em atendimento no momento da pesquisa, a fim de não trazer qualquer incômodo para os profissionais da equipe ou para as crianças e famílias. Selecionados os prontuários, todas as anotações foram coletadas.

A pesquisadora coletou os dados, analisando cada prontuário mediante a ordem e os critérios estabelecidos no instrumento de coleta (*checklist*).

Os dados foram registrados pela pesquisadora diretamente no instrumento preparado para este fim, sendo uma cópia do instrumento para cada prontuário investigado.

3.4.2 Análise de dados

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão dessa pesquisa, foram analisados todos os prontuários que se enquadraram no recorte deste estudo, totalizando 15 prontuários, sendo analisados 269 registros (evoluções). Como cuidado ético, não foram identificadas as crianças, nem os profissionais ou instituição.

Os dados foram organizados através de uma planilha eletrônica, do tipo Excel para facilitar descrição e análise dos mesmos. Como forma de se responder aos objetivos da pesquisa, a análise dos dados foi feita mediante as categorias (avaliação/intervenção/resultados e alta).

Foi analisado o que, de cada categoria, estava registrado, como por exemplo: Estava documentada a triagem, avaliação inicial, reavaliação do paciente? Foram utilizados instrumentos padronizados específicos da Terapia Ocupacional ou são utilizados instrumentos padronizados interdisciplinares? Qual tipo de metodologia de registro foi utilizada: roteiro(s) pré-determinado(s) desenvolvido(s) na própria instituição, narrativa livre ou outro? Existe relatório de alta? Quais anotações foram inseridas no registro? Entre outros itens presentes no *check-list* que não foram contemplados no registro.

A análise dos dados forneceu respostas a essas perguntas, para que fosse possível descrever o conteúdo encontrado nos prontuários.

4 RESULTADOS

Os registros foram analisados e serão apresentados de acordo com a ordem do check-list e seguindo as três categorias principais analisadas neste estudo: Avaliação, Intervenção e Alta. Para cada categoria foram coletados: Subtipo de registro; Frequência do registro (apenas para a categoria Intervenção); Metodologia de registro e Informações inseridas no registro.

4.1 REGISTROS DE AVALIAÇÃO

4.1.1 Subtipos de registros de avaliação encontrados nos prontuários

Quanto aos principais subtipos de registros de avaliação a serem desenvolvidos pelos Terapeutas Ocupacionais, foram verificados que estavam presentes nos prontuários, de um total de 15 prontuários:

- ✓ *Avaliação Inicial* em 14 prontuários (93,3 %);
- ✓ *Triagem* em 3 prontuários (20%);
- ✓ *Outro* tipo de registro em 3 prontuários (20%), sendo este o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)²;
- ✓ *Reavaliação* do paciente em 1 prontuário (6%).

Na Tabela 1 está a distribuição de respostas para cada um dos subtipos de registro de Avaliação. Cada item desta tabela se refere ao total de 15 prontuários.

² O SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades) foi construído em 1997 por Goodman e validado no Brasil em 2000 por Fleitlich, Cartázar e Goodman. É um instrumento que rastreia problemas de saúde mental infantil em cinco áreas: problemas no comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento (STIVANIN; SCHEUER; ASSUMPCÃO JR, 2008).

Tabela 1 – Subtipos de registros de Avaliação encontrados nos prontuário

	n (15)	%
Registros de Triagem (realizada para identificar clientes/pacientes/usuários potenciais para o serviço de Terapia Ocupacional)	3	20
Registros de Avaliação Inicial (realizado para avaliar um novo cliente/paciente/usuário do serviço)	14	93,3
Registro de Reavaliação periódica (realizado para rever status do cliente/paciente/usuário para orientar conduta terapêutica)	1	6
Outro, qual?	3	20

4.1.2 Métodos de registro da avaliação encontrados nos prontuários

Quanto aos métodos para realizar os registros de avaliação, a Tabela 2 apresenta a distribuição. Foi observado que a predominância do método para se registrar a avaliação (triagem e/ou avaliação inicial) é a do Roteiro pré-definido desenvolvido no ambulatório, sendo que dos 15 prontuários analisados, 13 (80%) continham essa metodologia para o registro de avaliação.

Tanto para a triagem quanto para a avaliação inicial, o método mais utilizado foi o roteiro pré determinado na instituição, sendo que existe um roteiro para cada finalidade: triagem ou avaliação inicial. Estes documentos estão anexados na pesquisa como forma de melhor ilustrar seus conteúdos, sendo o roteiro da triagem (anexo 3); roteiro da Entrevista Inicial (anexo 4); e o Roteiro da Avaliação (anexo 5).

O segundo método mais utilizado para o registro de avaliação é a narrativa livre, constando em 26,6 % dos prontuários, seguidos da lista de verificação/*check list* em 20% dos prontuários.

Tabela 2 - Métodos encontrados para registrar avaliação

	n (15)	%
Roteiro pré - determinado desenvolvido na instituição	13	80
Lista de verificação/check list	3	20
Instrumento padronizado da Terapia Ocupacional	0	0
Instrumento padronizado interdisciplinar	0	0
Narrativa livre	4	26,6
Registro Médico Orientado para o Problema	0	0

Foi observado, também, que em 6 prontuários havia a combinação de mais de um tipo de metodologia de registro, estas combinações se distribuíram igualmente, sendo que o roteiro pré-definido em conjunto com a lista de verificação/*check-list*, estava presente em 3 prontuários (20%), assim como a Narrativa livre em conjunto com o roteiro pré definido.

4.1.3 Informações encontradas nos registros de Avaliação

Quanto às informações geralmente inseridas nos registros de Avaliação, pode-se afirmar que as mais encontradas foram: informações para identificar o paciente (86%); informações acerca das condições de saúde e do histórico clínico (86%); queixas e objetivos do paciente (80%); encaminhamento para o serviço de TO, como quem encaminhou, motivo e recomendações realizadas (80%) e histórico ocupacional do paciente (73%).

A tabela 3 apresenta a distribuição completa de todas as informações inseridas nos registros de avaliação.

Tabela 3 – Informações presentes nos prontuários quanto aos registros de Avaliação

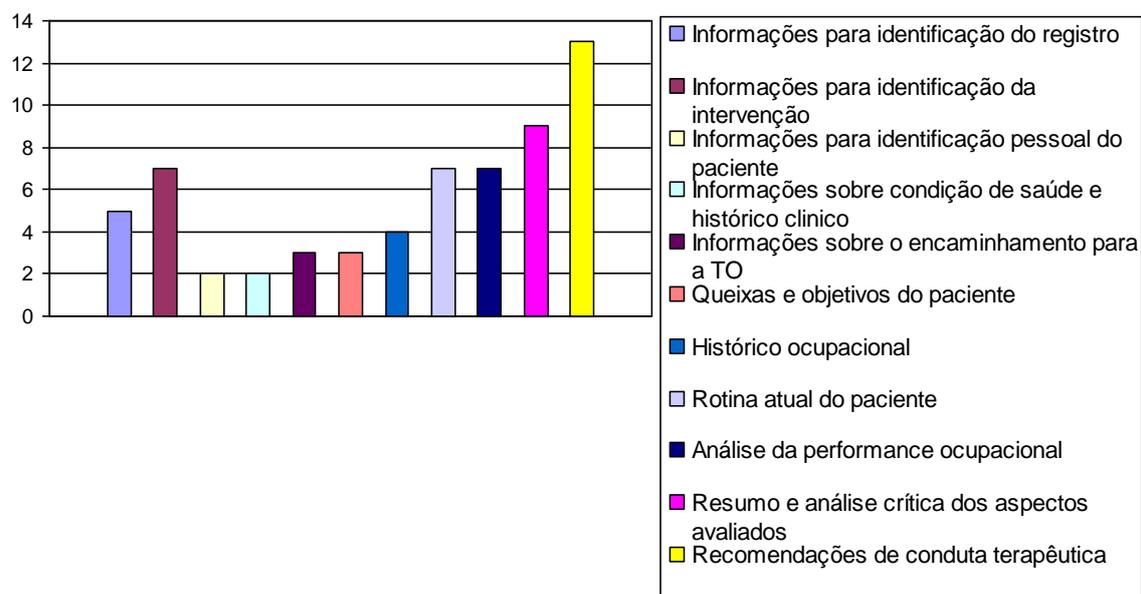
	N (15)	%
Informações para identificação do registro, como data, hora, nome do terapeuta ocupacional responsável, formação e carimbo ou número de registro profissional	10	66,6
Informações para identificação da intervenção, como data, hora, local, quem estava presente e terapeuta ocupacional responsável	8	53
Informações para identificação pessoal do cliente/paciente (nome, número de prontuário, data de nascimento, gênero, escolaridade)	13	86
Informações sobre condição de saúde e histórico clínico, como diagnósticos, medicação em uso, precauções e contra-indicações	13	86
Informações sobre o encaminhamento para o serviço de TO, como, quem encaminhou, motivo e recomendações realizadas	12	80
Queixas e objetivos do cliente/paciente	12	80
Histórico ocupacional do paciente/cliente, com informações da trajetória pessoal e histórico de atividades de lazer, estudo e trabalho	11	73
Rotina atual do paciente/cliente	7	46
Análise da performance ocupacional, contendo	8	53

avaliação de estruturas e funções corporais (funções neuromusculoesqueléticas, perceptocognitivas 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	6	40
Recomendações de conduta terapêutica, como tipo de intervenção, frequências e encaminhamento para outros serviços	2	13
Outros, quais?	0	0

Os dados também apontam para o que não é registrado nos prontuários. Informações como: hora, formação do profissional ou carimbo, quem estava presente no momento da avaliação, nome do terapeuta ocupacional responsável pela avaliação e número do conselho regional não estavam constando em todos os prontuários, ou seja, apenas em 8, sendo que são informações que deveriam ou poderiam ser úteis na identificação do registro. As informações sobre condição de saúde e sobre as informações pessoais do paciente foram as que menos se ausentaram (em 2 prontuários não existiam estas informações; o que corresponde a 13% do total).

A resolução 415/2012 do COFFITO, já mencionada neste estudo dispõe que os registros das informações do paciente devem ser minimamente compostos de: identificação do cliente/paciente/usuário; história clínica e descrição do estado de saúde, da qualidade de vida.

O gráfico 1 apresenta a distribuição das informações ausentes.

Gráfico 1 – Informações ausentes nos prontuários quanto aos registros de Avaliação

4.2 REGISTROS DE INTERVENÇÃO

4.2.1 Subtipos de registros de intervenção encontrados nos prontuários

Foram analisados 269 registros de evoluções nos prontuários. No caso do ambulatório em que a pesquisa foi realizada, os atendimentos são todos individuais e todos os pacientes recebem atendimento 1 vez por semana.

Na análise dos prontuários quanto aos subtipos de registros utilizados para documentar a intervenção, obteve-se que, a evolução é a forma mais usada para registrar a intervenção terapêutica ocupacional, estando presente em todos os prontuários analisados (100%). Em 1 prontuário, apenas, foi observado o registro de plano de intervenção (6%). O registro de progresso também apareceu em apenas 1 prontuário (6%).

Na tabela 4 está a distribuição do uso de subtipos de registros para a intervenção/acompanhamento.

Tabela 4 - Distribuição do uso de subtipos de registros para a intervenção/acompanhamento

	n (15)	%
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)	1	6
Nota de contato diário ou evolução (realizado para documentar cada atendimento realizado a um grupo ou indivíduo)	15	100
Registro de progresso (realizado periodicamente para descrever a evolução do cliente/paciente em um período de atendimentos, costuma ser utilizada para indivíduos que são atendidos em grupos ou com grande número de atendimentos por semana)	1	6
Plano de transição (realizado quando o cliente/paciente precisa ser encaminhado a outro serviço de TO)	0	0

Quanto à frequência do registro dos tipos da tabela acima, observou-se que, em todos os prontuários a evolução era registrada 1 vez por semana, após sessão terapêutica ocupacional. Para o plano de intervenção que foi encontrado apenas em 1 prontuário, observou-se que foi realizado apenas uma única vez, quando o paciente entrou para o

serviço. Em 1 único prontuário foi observado a documentação constando Plano de intervenção, junto da nota de contato diário, além do registro de progresso.

4.2.2 Métodos de registro de intervenção encontrados nos prontuários

Em relação à metodologia utilizada para o registro da intervenção, 100% dos métodos para registrar a intervenção foram observados constando como narrativa livre.

4.2.3 Informações encontradas nos registros de intervenção

Quanto às informações que foram encontradas ao que diz à intervenção, a tabela 6 irá apresentar quais informações estavam presentes nos registros de intervenção/acompanhamento.

Tabela 5 - Informações presentes nos prontuários quanto aos registros de Intervenção

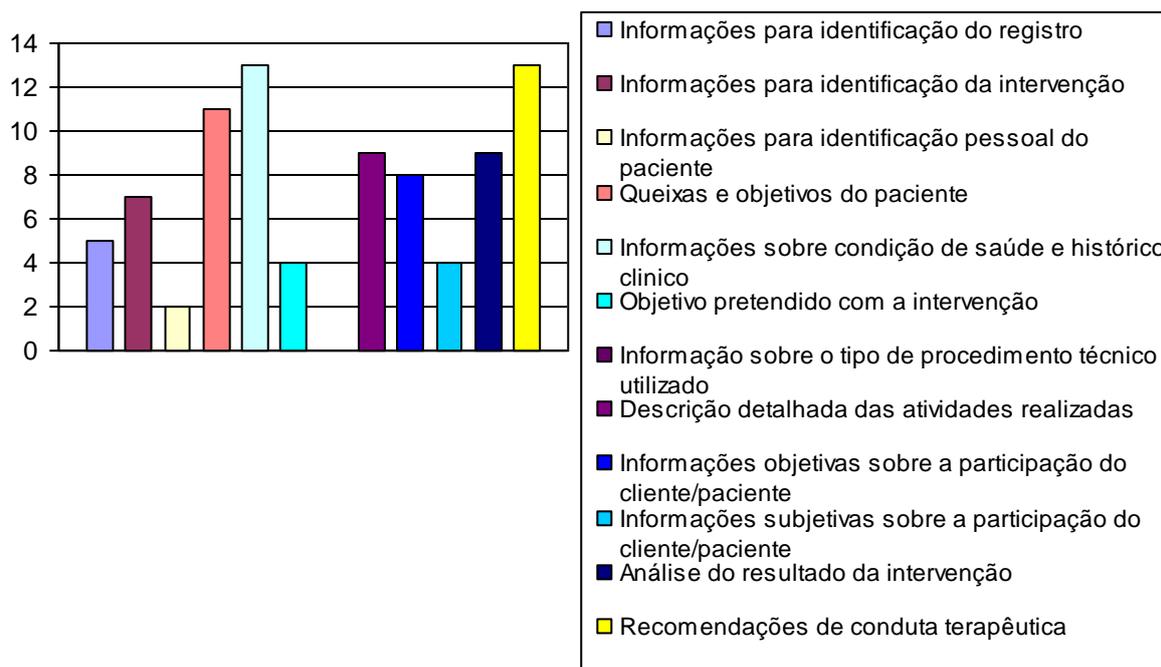
	N(15)	%
Informações para identificação do registro, como data, hora, nome do terapeuta ocupacional responsável, formação e carimbo ou número de registro profissional	14	93
Informações para identificação da intervenção, como data, hora, local, quem estava presente e terapeuta ocupacional responsável	14	93
Informações para identificação pessoal do cliente/paciente (nome, número de prontuário, data de nascimento, gênero, escolaridade)	13	86
Queixas e objetivos do cliente/paciente	4	26
Informações sobre	3	20

condição de saúde e histórico clínico, como diagnósticos, medicação em uso, precauções e contra-indicações		
Informações sobre objetivo pretendido com a intervenção	11	73
Informação sobre o tipo de procedimento técnico utilizado, como treino de atividade de vida diária, confecção de equipamento de tecnologia assistiva, orientação ao cuidador, uso de técnica de estimulação visual, entre outros.	15	100
Descrição detalhada das atividades realizadas, informando os materiais, as diferentes tarefas que constituem a atividade, modificações propostas, forma de execução, entre outros	6	40
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	7	46
Informações subjetivas sobre a participação do cliente/paciente na atividade, se demonstrou satisfação ou descontentamento, impressões sobre aspectos emocionais	11	73

Análise do resultado da intervenção, se conseguiu ou não atingir o objetivo proposto	6	40
Recomendações de conduta terapêutica se mantém ou não o número e tipo de atendimento determinado.	2	13

Estavam ausentes dos prontuários pelo menos um tipo de informação. O gráfico 2 mostra a distribuição da ausência de cada informação.

Gráfico 2 - Informações ausentes nos prontuários quanto aos registros de Intervenção



Como forma de demonstrar e apontar melhor a relação dos procedimentos técnicos observados nos prontuários e as atividades específicas realizadas por cada profissional, o quadro a seguir apresentará estas informações, sendo que cada faixa da tabela corresponde a um prontuário.

Quadro 1 - Procedimentos técnicos e atividades específicas registradas nas evoluções

<ul style="list-style-type: none"> - Orientação à mãe e à criança nas etapas das atividades; treino de coordenação motora fina, global e visuomotora; atenção em atividades de leitura e escrita - Treino de escrita, pingar colírio, escovar os dentes - Massa de modelar, alongamentos e jogo de boliche - Atividades lúdicas
<ul style="list-style-type: none"> - Orientações quanto aos medos - Conversas - Reflexões - Jogos - Atividades expressivas com foco no contexto familiar
<ul style="list-style-type: none"> - Orientações quanto às condutas socialmente aceitáveis em escola - Visitas na escola (9 visitas – 1 vez por semana – 4 horas semanais) - Atividades lúdicas e musicais - Na escola foi conversado com a professora sobre a confecção do cartaz de coisas que podiam e não podiam fazer.
<ul style="list-style-type: none"> - Atividade de casinha, desenho, jogos - massinha (fez bolo, anel, esfirra, pão, pulseira, festa de aniversário) - instrumentos musicais - revistas - Brincadeiras no parque - boliche - sala de integração sensorial - pintar quadro
<ul style="list-style-type: none"> - Conversa sobre planos e rotinas - Orientações - Tricô - Tabela de rotinas - Planos em curto prazo - Jogo competitivo Can-can - Jogo de memória - Mímicas - Desenho - Fazer a carteirinha de uma biblioteca
<ul style="list-style-type: none"> - Encaixe - Reconhecimento de figuras - Desenhos - Máscaras - Carimbos - quebra gelo - memória

- bonecos
- maquiagem
- fazer massa de modelar com farinha de trigo e suco
- porta retrato com EVA
- tintas para desenhar no painel
- faz de conta (fantoques)
- bexigas d'água

- Conversa com o pai de W
- Devolutivas para a família
- Conversa sobre o período de férias, escola e sua família
- Paciente trouxe medos que persistem para a conversa, conversa sobre o assunto
- Conversa sobre a alta do paciente
- Como me vejo no passado/ presente e futuro
- Pessoas e sentimentos (quais as pessoas importantes em sua vida e quais sentimentos (bons e maus) ele sente por elas)
- O tema da sessão aprofunda a dualidade de sentimentos Amor e Ódio pela mãe que abandonou o filho
- Desenhos e frases
- Atividade sobre o cotidiano e tarefas
- Atividades expressivas
- Atividades com jogos
- Atividades sobre família e amigos
- Trabalho sobre responsabilidade e autonomia

- Devolutiva da avaliação para a mãe;
- Devolutiva e finalização dos atendimentos do semestre;
- Conversa com a secretaria municipal de Educação
- Jogos em dupla;
- Atividade na área externa

- Rotina (estruturação da rotina);
- Conversas sobre as diferenças individuais e da necessidade de habilidades sociais para viver em sociedade
- Carta de encaminhamento para avaliação psiquiátrica (pois paciente relata insônia, desânimo);
- Orientações para o ENEM.
- Orientações sobre as possíveis indicações e seu uso do novo medicamento prescrito pela psiquiatra.
- Atividade do diário com a descrição da rotina
- Caderno de horário.

- Conversa sobre sentimentos e pessoas
- Orientações sobre hidroginástica e hidroterapia
- Orientação sobre alimentação
- Caderno de horários e alimentação

- Visitas a escola

- Orientações e conversas com o avô
- Jogos apropriados para a idade (pareamento, formas geométricas e seqüência)

- Trabalhar a sensibilidade;
- Colocar figuras de EVA no espelho,
- Brinquedos de encaixe e de cores diferentes;
- Encaixe com som;
- Texturas;
- Desenho
- Brincar de casinha;
- Boneca;
- Massinha

- Pensamentos e reflexões de J;
- Atividades visando conhecer as relações pessoais de J;
- Caderno de atividades
- Coisas que incomodam J
- Chuva de pensamentos;
- O que gostaria de fazer e não pode
- Fotos pessoais (trouxe foto da cachorra);

- Coordenação visuo motora, noções de cor e número, noção espacial.
- Atenção e criatividade;
- Atividades de vida diária;
- Esquema corporal;
- Estimulo da fala;
- Faz de conta
- Sequência;
- Atendimento a mãe;
- Atividade de encaixe;
- Jogos

- Conversa em conjunto com mãe de A;
- Conversa sobre auto controle;
- Conversa sobre a importância da assiduidade no processo terapêutico
- Moldes com papel cartão
- Painel com desenhos que o representassem
- Confecção de moldes que representam os sentimentos mais presentes na vida de A.
- Imagem e ação
- Colagem (continua)
- Conversa sobre as férias de A;
- Lista de objetivos para o 2º semestre
- Jogo para falar sobre sentimentos
- Jogo expressivo com uso de figuras
- Jogo de perguntas e respostas sobre amizades rotinas e vontades
- Jogo de perguntas e respostas com intuito de autoconhecimento e comunicação

- Can- can (jogo competitivo)
- Boliche, basquete, argola

4.3 REGISTROS DE ALTA

4.3.1 Subtipos de registros de alta encontrados nos prontuários

Para todos os prontuários analisados para este estudo, foi observado que os profissionais fizeram uso de um Modelo de Registro de Alta (anexo 6), no qual constavam alguns itens a serem preenchidos após o processo de alta ter sido concluído. Todos os prontuários (100%) continham este modelo de registro que é um roteiro desenvolvido na instituição, portanto, todos os profissionais deveriam documentar ali o processo de alta.

4.3.2 Métodos de registros da alta encontrados nos prontuários

Em todos os prontuários (100%) o método utilizado para o preenchimento do Modelo de registro da alta foi o uso do Roteiro pré-definido pela instituição, o qual consistia em uma folha de cor diferente anexado à primeira página do prontuário. Este roteiro está no anexo 6 na pesquisa.

4.3.3 Informações encontradas nos registros de alta

Nos registros de alta, foram observados que em 13 prontuários (93%) havia informações como data, nome do terapeuta, carimbo e número do conselho profissional, bem como informações que identificavam o paciente.

Em apenas 2 prontuários (13%) foram encontradas as 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 e conduta terapêutica adotada não foram encontradas em nenhum dos registros de alta.

A análise da performance ocupacional inicial e final foi encontrada apenas em 1 prontuário (6%). Esta análise se configura como um processo de reavaliação do paciente durante o tratamento ou na fase final do mesmo. A resolução 415/2012 do COFFITO dispõe no seu artigo VII sobre a obrigatoriedade da descrição da evolução da condição de saúde do paciente, o que sugere uma falta de contato dos profissionais com a nova resolução do órgão da profissão e suas obrigações com a documentação em prontuário.

A reavaliação é uma mensuração do sucesso ou insucesso da intervenção no tratamento. Os novos resultados são uma ferramenta importante, pois justificam a continuidade do tratamento ou alteração do procedimento que estava em vigor (MATTHEWS; JABRI, 2004).

Não foram encontradas informações sobre rotina prévia e atual do paciente/cliente e sobre os principais problemas enfocados pelo serviço de terapia ocupacional.

Foi verificado que em 4 prontuários havia registros para os objetivos pretendidos e se estes foram alcançados ou não. Não foram observadas informações quanto à justificativa para objetivos não alcançados e recomendações de conduta terapêutica, como tipo de intervenção, frequências e encaminhamento para outros serviços. Também observou-se que dos 15 pacientes, 11 tiveram alta por desistência do tratamento, e apenas 4 receberam alta pelo alcance dos objetivos no tratamento.

Quanto às informações inseridas neste modelo de registro de alta, a Tabela 6 apresentará a distribuição.

Tabela 6 - Informações presentes no prontuário quanto aos registros de Alta

	N(15)	%
Informações para identificação do registro, como data, hora, nome do terapeuta ocupacional responsável, formação e carimbo ou número de registro profissional	14	93
Informações para identificação pessoal do cliente/paciente, como nome, número de prontuário/registo do serviço, data de nascimento, gênero, escolaridade	14	93
Informações sobre condição de saúde e histórico clínico, como diagnósticos, medicação em uso, precauções e contraindicações	2	13%
Informações sobre o encaminhamento para o serviço de TO, como quem encaminhou, motivo e recomendações realizadas	0	0
Queixas e objetivos iniciais do cliente/paciente	0	0
Conduta terapêutica adotada	0	0
Análise da performance ocupacional inicial e final, contendo avaliação de estruturas e funções corporais (como funções neuromusculoesqueléticas, percepto-cognitivas e emocionais), atividades de vida diária, participação social e aspectos ambientais	1	6

Informações sobre rotina prévia e atual do paciente/cliente	0	0
Principais problemas enfocados pelo serviço de TO	0	0
Objetivos pretendidos e se foram alcançados ou não	4	26
Justificativa para objetivos não alcançados	0	0
Recomendações de conduta terapêutica, como tipo de intervenção, frequências e encaminhamento para outros serviços.	0	0

Os dados também apontam para as informações que não estavam presentes.

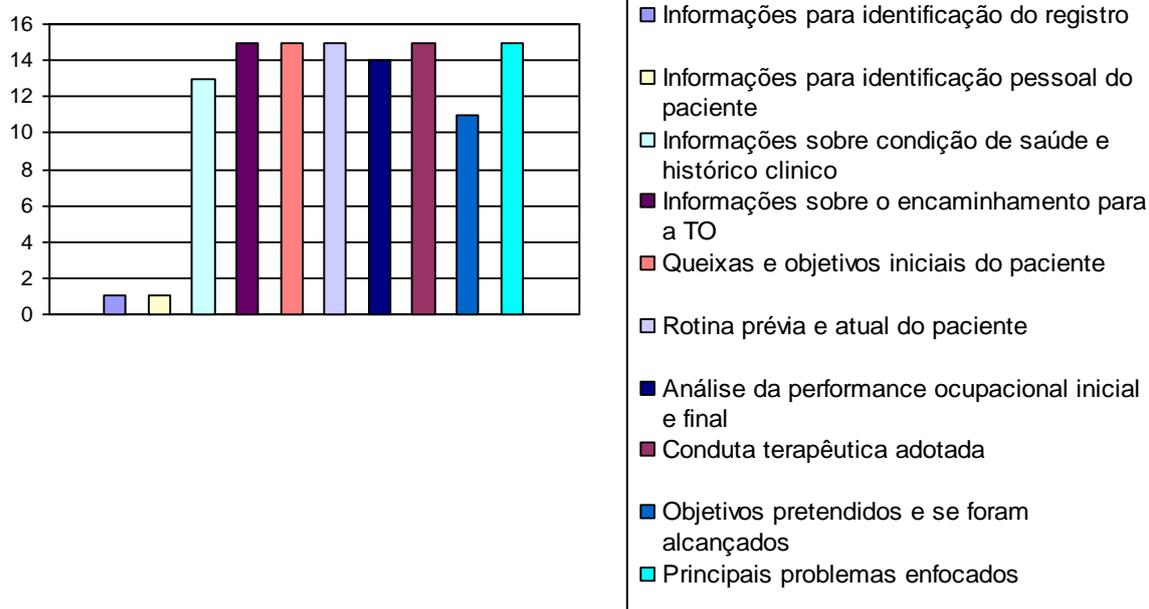
Informações sobre condição de saúde e histórico clínico se ausentaram em 13 prontuários, visto que são informações comumente registradas no momento da avaliação inicial, de acordo com os dados da pesquisa. Os objetivos pretendidos e se foram alcançados também não estavam registrados na alta, ausentando-se em 11 prontuários. Os pacientes, em sua maioria, recebiam alta por desistência do próprio paciente e/ou cuidador, e isto acarretava em um tratamento interrompido antes do tempo, gerando metas não alcançadas.

A análise da performance ocupacional inicial e final também não estava documentada em 14 prontuários. De acordo com os dados da pesquisa, a análise da performance inicial estava presente no momento da avaliação inicial, mas a análise da performance final não constava nos registros de alta, o que sugere que os profissionais não avaliam ganhos ou perdas no momento da alta do paciente.

Já as informações para identificar o registro e para identificar o paciente não estavam presentes em apenas 1 prontuário (6%).

O gráfico 3 abaixo apresenta a distribuição da ausência de cada informação.

Gráfico 3 – Informações ausentes nos prontuários quanto aos registros de alta



4.3.3.1 Registros de Alta compilados dos prontuários

Serão apresentados a seguir alguns dos registros compilados pela pesquisadora para demonstrar a maneira que os terapeutas ocupacionais documentaram quanto à alta do paciente. Será apresentado pelo menos 1 trecho de cada profissional. Cada citação corresponde à pacientes e prontuários diferentes.

Profissional 1:

“A mãe ligou para a estagiária e relatou que não teria como trazer mais o filho, devido ao chefe não liberar ela para trazer o filho. Ressalta ainda que o horário que ela trazia a criança era seu horário de almoço e este horário passou para as 11h da manhã”.

Profissional 2:

“Finalização do processo terapêutico. O usuário encontra-se bem psicologicamente e não apresenta mais os sintomas físicos decorrentes da ansiedade e medo”.

“Finalização do processo terapêutico e evolução do quadro”.

“Desistência”.

Profissional 3:

“Criança não veio aos atendimentos por mais de 1 mês. Entramos em contato com a mãe várias vezes, esta relatava problemas pessoais e dizia que voltaria aos atendimentos. Em julho marcamos uma conversa de finalização dos atendimentos devido às faltas, porém a mãe não compareceu e não atendeu o telefone. Assim o paciente será desligado dos atendimentos”.

Profissional 4:

“Falta de horários disponíveis do usuário”.

“Ausência frequente as sessões”.

“Mudança para outra cidade”.

Profissional 5:

“Paciente recebe alta do serviço porque não está bem devido à troca de medicamentos e quando ela quiser retornar aos atendimentos a mãe entrará em contato novamente”.

Os trechos apresentados são referentes ao item “Motivo da alta”, visto que os demais itens existentes na ficha de alta não estavam preenchidos em nenhum prontuário.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados será feita segundo a ordem das categorias de registros (avaliação; intervenção; alta) analisadas nos prontuários.

Na literatura científica consultada sobre o assunto, foi possível observar o uso de abordagens diferentes sobre o tema investigado. Nas produções específicas da Terapia Ocupacional, majoritariamente internacional, o foco da abordagem esteve voltado para a elaboração de modelos para o desenvolvimento dos registros (FEARING, 1993; BART *et al.*, 2011).

Na literatura nacional, especificamente na Terapia Ocupacional existe o trabalho de Panzeri (2013), em que a pesquisadora investigou, através de um questionário, a

percepção que os Terapeutas Ocupacionais tem sobre a documentação. Outra obra nacional encontrada foi o capítulo do livro “Prontuário do paciente” de Ricarte e Galvão (2012) que apresenta uma reflexão acerca da terapia ocupacional, mas não traz uma contribuição específica para a anotação de prontuário. Em maio de 2012 o COFFITO publicou a resolução nº 415 que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, sendo este o primeiro documento legal exclusivo sobre o tema no Brasil, fornecendo subsídios para a prática de registros.

A citada resolução relata que os registros em prontuário podem ser feitos a mão ou por meio eletrônico, destacando a identificação profissional ao término do registro. Na literatura nacional desenvolvida em áreas próximas, o foco dos estudos se volta para a avaliação da qualidade dos registros; conteúdo; organização e armazenamento (DYNEWICZ; LUZ; MARTINS, 2007; SILVA; TAVARES-NETO, 2007).

Nos prontuários estudados no presente trabalho o formato de registro era o manuscrito, em papel, formulários ou folhas brancas pautadas, tamanho ofício padronizadas, com a identificação do ambulatório, sendo as anotações registradas a próprio punho. Verificou-se que, dos 269 registros analisados todos estavam legíveis e sem rasuras.

Este dado extremamente positivo merece destaque quando comparado com alguns estudos que apontam aspectos negativos quanto ao formato manual da documentação, visto que a ilegibilidade pode comprometer todo o processo de atenção em saúde (BACELAR; ALMEIDA; ANDRADE, 2002)

O estudo de Panzeri (2013) mostra que 64,4% dos profissionais do Estado de SP atuantes em ambulatório e que participaram daquela pesquisa, usam a escrita manual, sendo minoritários os registros eletrônicos. Outros estudos apontam para a tendência atualmente da informatização dos registros. Hoje é cada vez mais frequente o uso de computadores no ambiente de trabalho. Nesses casos o computador torna mais rápido e legível uma recuperação das informações, sendo também possível o envio e armazenamento de imagens.

Um estudo verificou falhas no uso do prontuário médico e foram constatados entre outros erros, incorreções gramaticais e ilegibilidade, sendo concluído que as normas quanto ao uso destes documentos precisam ser melhor divulgadas nas instituições de saúde. O estudo também apontou que boa caligrafia faz parte das boas

normas profissionais. Na área da enfermagem ou medicina, por exemplo, ilegitimidade das prescrições pode ser fatal para o paciente e motivar penalidades judiciais (BACELAR; ALMEIDA; ANDRADE, 2002).

De acordo com Matthews e Jabri (2004) para aqueles que atuam em equipe multi/interdisciplinar o prontuário é a maior via de comunicação entre as diversas áreas, além de poder divulgar o trabalho e favorecer o reconhecimento da profissão

No ambulatório em que a presente pesquisa foi realizada, todos os prontuários são mantidos juntos aos prontuários multi/interdisciplinar. Mezzomo (1991b) também defende que os prontuários que são mantidos juntos aos de outras áreas favorecem o reconhecimento total do paciente, além de economizar espaço e custo de manutenção.

Quanto a guarda e descarte do prontuário, o único documento da área que abarca o assunto é a resolução 415/2012 do COFFITO que aponta um período de guarda de, no mínimo, 5 anos a contar da alta do paciente, informando que o tempo pode ser maior em casos previstos por lei, sendo a instituição e/ou o terapeuta ocupacional responsáveis pela guarda do documento. O ambulatório em que esta pesquisa foi desenvolvida não possui internamente um prazo para o descarte dos prontuários, especialmente devido à característica interdisciplinar de tais documentos, na qual dificultaria adotar padrões para todas as áreas. Por enquanto, todos os prontuários abertos desde 2005 continuam arquivados na Unidade, inclusive o montante que foi herdado da Terapia Ocupacional, referentes aos atendimentos realizados em período anterior ao funcionamento do atual ambulatório. A discussão já foi iniciada pela Comissão de Prontuários, porém, ainda depende de orientações jurídicas para estabelecer definitivamente um prazo. Por essa razão, especificamente para o momento presente, o ambulatório considera o tempo mínimo de 20 anos para a guarda dos prontuários.³

A literatura aponta para uma transformação na relação entre serviço e usuário, a começar pela mudança da nomeação de prontuário médico para prontuário do paciente, entretanto, não se sabe o quanto estas mudanças estão se efetivando na prática e se estão chegando a quem de fato deve alcançar: os usuários do serviço da saúde.

Refletindo acerca dos aspectos sigilosos e éticos que devem nortear a relação entre paciente e terapeuta não se pode afirmar como e de que maneira estes aspectos de fato se efetivam, visto tamanha rotatividade de pessoas que podem ter contato e acesso

³ Informações obtidas com a funcionária responsável pelo setor de prontuários do ambulatório.

às informações documentadas. A partir daí surge uma questão aparentemente contraditória: como controlar o sigilo das informações, mas ao mesmo tempo, como favorecer a comunicação plena com a equipe? Sugere-se que exista a necessidade de um debate entre os profissionais e gestores acerca do sigilo profissional *versus* a construção de saúde como algo coletivo, capacitando os mesmos a respeito dos direitos e deveres que devem nortear as questões relacionadas ao prontuário, o que poderia favorecer a integração das ações das equipes de saúde.

Com relação aos dados da pesquisa quanto aos registros de **avaliação**, em todos os prontuários analisados (15) existia algum subtipo de avaliação do paciente.

Quanto aos métodos de registros utilizados pelos terapeutas ocupacionais, verificou-se que o roteiro pré-definido pela instituição e a narrativa livre são os mais utilizados. Também observou-se o uso de mais de 1 metodologia para registrar a avaliação, o que sugere que o uso de mais de um tipo de avaliação pode proporcionar ao profissional maior segurança e maior visibilidade para planejar o tratamento.

Para o registro da avaliação e da alta os roteiros pré-determinados foram os mais utilizados e para o registro das intervenções foi a narrativa livre. Pode-se pensar que ao se criar um roteiro da própria instituição para ser utilizado ao se receber um novo usuário do serviço, é possível que se mantenha melhor organização e controle dos fatos, para uma oferta do serviço com maior qualidade.

A literatura aponta que a narrativa livre consiste no ato de redigir cronologicamente informações acerca das intervenções realizadas e sobre o cliente. Por ser uma narrativa, não existe formato pré estruturado, podendo existir variáveis de acordo com o profissional que o faz. Além disso, considera-se mais difícil a busca por informações específicas neste modelo (TIMBY, 2007).

O Roteiro pré definido pela instituição para a realização da triagem está apresentado na pesquisa como Anexo 3. No ambulatório em estudo, existem dois roteiros: entrevista inicial – Anexo 4 e Avaliação – Anexo 5; para que os profissionais façam a avaliação após a triagem, não sendo obrigatório o uso dos dois roteiros ao mesmo tempo.

Os baixos números de triagem observados e a grande quantidade de registros quanto à avaliação inicial podem estar relacionados com o fato da maioria dos pacientes

ser encaminhado de outros serviços, ou por outras especialidades do próprio ambulatório, nestes casos a triagem não se faz necessária, visto que o paciente é encaminhado diretamente ao profissional solicitado, momento em que o terapeuta ocupacional parte para a avaliação inicial.

Para esta pesquisa foram quantificados como subtipos de registros de avaliação apenas os prontuários que continham claramente documentos que apontassem ser a triagem e/ou a avaliação inicial documentadas no roteiro próprio para este fim, pois ao realizar a leitura das evoluções diárias foi percebido que havia registros que documentavam aspectos de triagem e também aspectos que poderiam estar contidos na avaliação inicial em 4 prontuários, o que aponta que o profissional tenha feito a triagem em narrativa livre, não documentando no roteiro pré-definido pela instituição, impedindo uma visibilidade mais imediata no prontuário.

Segundo Bacelar, Almeida e Andrade (2002), anamnese insuficientemente anotada dificulta as avaliações nas consultas subsequentes, e inviabilizam questões legais, os autores também enfatizam que:

É falta não anotar, no prontuário, todos os procedimentos decorrentes da assistência [...] Torna-se conveniente elaborar o prontuário com o maior número possível de dados, com escrita legível, estendendo-se essa obrigação aos profissionais que lidam com o paciente. Importa lembrar que uma ação judicial entre médico e paciente pode-se agravar e tornar-se duradoura por insuficiência de documentação no prontuário e acarretar pesados danos psicossociais e financeiros às partes. É, portanto, imprescindível o médico anotar detalhes, justificar as condutas, descrever o estado do paciente durante o atendimento, relatar diagnósticos, pareceres, dificuldades durante o atendimento. Evitar rasuras, que comprometem o valor judicial do que foi escrito (BACELAR, ALMEIDA, ANDRADE, 2002, p.2)

A ausência das reavaliações em 14 prontuários sugere que não é dada importância para essa questão no tratamento, sendo apenas importante triar, avaliar inicialmente e prosseguir com os atendimentos.

O ato de não documentar as reavaliações inviabiliza a análise da eficácia da Terapia Ocupacional. O registro de todas as fases do atendimento é bastante enfatizado por diversos autores na literatura (AOTA, 2008a; DYNEWICS; LUZ; MARTINS, 2007; RADOMSKI, 2005; MATTHEWS; JABRI, 2004; PERINCHIEF, 2002).

De acordo com Panzeri (2013), acerca dos resultados de sua pesquisa sobre o tempo de anotação de registros, a ausência de algumas informações nos prontuários pode apontar para a falta de tempo disponível para o registro. A autora reflete que o ato da documentação clínica pode ser algo não pensado pelas instituições ao definir a jornada de trabalho do profissional, visto que ele deve usar parte do seu horário para fazer as anotações.

Pode-se sugerir que o uso e compartilhamento do prontuário por diversos profissionais da saúde deve ser pensado como algo que será o reflexo da qualidade da assistência prestada ao paciente, visto que neste documento estarão registradas informações acerca de todo o processo de atendimento em saúde prestado.

A avaliação é o primeiro momento da interação paciente-terapeuta. Sabe-se que os relatos de avaliação são escritos por terapeutas ocupacionais para registrar a condição inicial do tratamento de terapia ocupacional e sugere-se que o relatório possa mostrar quais ocupações estão limitadas ou em risco de limitação.

Em relação às informações inseridas nos registros no que diz à avaliação tem-se que a identificação do paciente; informações acerca das condições de saúde e do histórico clínico; queixas e objetivos do paciente; encaminhamento para o serviço de TO foram as informações mais documentadas pelos profissionais, o que corrobora com a resolução 415/2012 do COFFITO que ao dispor sobre os registros de informações do paciente, aponta quais itens devem estar anotados, sendo estes: Identificação do cliente/paciente/usuário: nome completo, naturalidade, estado civil, gênero, crença/religião, etnia, orientação sexual/nome usual (opcional), local e data de nascimento, profissão, endereço comercial e residencial. História clínica: queixa principal, hábitos de vida, história atual e pregressa da doença, antecedentes pessoais e familiares, tratamentos realizados. Exame clínico/educacional/social: descrição do estado de saúde, da qualidade de vida e da participação social, e do perfil ocupacional de acordo com a semiologia terapêutica ocupacional. Exames complementares: descrição de exames complementares realizados previamente e daqueles solicitados pelo próprio terapeuta ocupacional.

No presente estudo os dados também apontaram para o que não é registrado nos prontuários. Houve prontuários com avaliações sem assinatura do terapeuta ocupacional

e sem o número do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o que vai contra ao que a resolução 415 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional dispõe, visto que aponta como sendo informações obrigatórias e necessárias para qualquer registro feito pelo profissional. O item VIII do artigo 1º traz estas orientações quanto à identificação do terapeuta ao registrar em prontuário e aponta que deve constar a assinatura do terapeuta ocupacional que prestou a assistência terapêutica ocupacional com o seu carimbo identificando o seu nome completo e o seu número de registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional..

A falta de contato com conteúdos referentes à documentação durante a formação podem levar o profissional a realizar registros inadequados em prontuários, interferindo na qualidade dos mesmos. Soma-se a isto o fato de não existir na Terapia Ocupacional um método padrão para o registro de sua prática.

Também não foram encontrados registros referentes ao prognóstico do paciente, sendo também informações obrigatórias a constar no prontuário de acordo com a resolução do COFFITO de 2012, pois a mesma aponta que além do diagnóstico terapêutico ocupacional deve estar presente um provável prognóstico terapêutico ocupacional que compreende a estimativa de evolução do caso.

De acordo com Matthews e Jabri, (2004), o estabelecimento de metas que sejam significativas e aceitáveis para o terapeuta e para o paciente, é a parte mais importante do processo de avaliação inicial. Estas metas iniciais são os parâmetros que serão utilizados para mensurar a eficácia da intervenção terapêutica.

Deve ser esclarecida na documentação a justificativa do profissional de terapia ocupacional – os motivos do tratamento (SAMES, 2005).

Anotações incompletas ou a ausência destas são indícios de falta de qualidade da assistência, além de um reflexo do que é realizado na prática implicando assim, em questões éticas (DARLI; ROSSI e CARVALHO (1999), *apud* DYNEWICS; LUZ; MARTINS, 2007).

Quanto aos registros de rotina, estes se ausentaram em 7 prontuários. A rotina quando comparada ao histórico ocupacional, foi a informação que mais se ausentou dos registros, apontando para uma preocupação maior dos profissionais quanto ao histórico ocupacional (trajetória do paciente, ocupações básicas, como estudo, trabalho e lazer). É importante que os profissionais saibam que é necessário, além de obrigatório, constar a

documentação acerca dos aspectos da rotina, visto que a atual resolução 415/2012 do órgão regulador da profissão dispõe quanto a obrigatoriedade do registro referente a história clínica, enfocando hábitos de vida, história atual e progressa, antecedentes pessoais, participação social e perfil ocupacional.

Quanto à ausência de análise da performance (avaliação de estruturas e funções corporais, funções neuromusculoesqueléticas, perceptocognitivas e emocionais, atividades de vida diária, participação social e aspectos ambientais), esta pode estar relacionada à ausência do resumo e análise crítica dos principais aspectos avaliados (identificação dos principais problemas a ser focado pelo serviço de TO) pois, se o profissional não analisa a própria avaliação, ficará de mãos vazias para registrar um resumo ou uma análise crítica dos principais aspectos avaliados.

De acordo com Sames (2005), os relatos da avaliação deverão conter dados factuais coletados durante a avaliação e também uma interpretação dos achados da avaliação. A necessidade dos serviços de terapia ocupacional deve ser documentada antes que os tratamentos possam ser iniciados.

O resumo da avaliação é a seção mais importante do prontuário. Os problemas analisados influenciarão a abordagem de tratamento escolhida pelo terapeuta ocupacional. O profissional deve aplicar suas capacidades de raciocínio clínico para prever um ou mais resultados do tratamento para o paciente (MATTHEWS; JABRI, 2004).

As recomendações de conduta terapêutica também não estavam presentes nos registros, sendo tais informais as que mais se ausentaram dos prontuários, levando a pensar que a maneira como esse profissional interpreta a função do prontuário no serviço ambulatorial diverge da definição de prontuário como instrumento de registro de informações, de caráter obrigatório, que funciona como mediador da comunicação entre profissionais e usuáries, preservando a relação ética entre os sujeitos envolvidos.

Em relação à ausência de informações quanto às queixas e objetivos do paciente, isso ocorreu muito possivelmente devido ao fato dos pacientes serem crianças, portanto, quem falava por eles e traziam as queixas eram os responsáveis, geralmente pai ou mãe, o que faz pensar e/ou sugere que a escuta do próprio paciente não seja valorizada como referência para se construir um trabalho pautado na promoção do protagonismo desses sujeitos. Na Terapia Ocupacional, a escuta do paciente pode ser feita indiretamente,

através de uma brincadeira ou uma atividade com propósito para que se avalie o sujeito e a partir daí se construa uma intervenção terapêutica.

A AOTA (2003) recomendou em sua publicação “Estrutura de Prática da Terapia Ocupacional” que a avaliação seja completa e documentada para cada paciente, porém as restrições de tempo podem exigir que o terapeuta ocupacional abrevie o processo da documentação.

Pensando que uma das mais importantes funções do prontuário é favorecer a comunicação entre todos os profissionais do serviço, a informação encontrada, referente a ausência de recomendações de conduta terapêutica é injustificável, visto que aborta uma das primordiais finalidades as quais cabem ao prontuário - a troca de informação, e a comunicação - segundo diversos autores da literatura apontam (MARIN; MASSAD; AZEVEDO NETO, 2003; VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008; MOLINA; LUNARDELI, 2010).

Pode-se sugerir que o uso de diários pessoais como forma de não divulgar informações pessoais do paciente é fator que também inviabiliza a comunicação no serviço por um lado, mas pelo outro assegura o sigilo de informações confidenciais do paciente.

Segundo a proposta do Humaniza SUS, o prontuário transdisciplinar na saúde estimula e fortalece o trabalho em equipe e o diálogo entre profissionais, favorecendo a troca de conhecimentos, inclusive com os doentes e familiares (BRASIL, 2004).

Para Slee, Slee e Schmidt (2000), o prontuário do paciente foi desenvolvido para garantir que se lembrassem de forma sistemática dos fatos clínicos, de forma que todos os demais profissionais envolvidos no processo de atenção em saúde poderiam também ter as mesmas informações. Desta forma, localmente, o prontuário representa o mais importante veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento.

Em relação aos registros de **intervenção** foi observado que a evolução foi o subtipo de registro mais utilizado. Pensando que não existe para a Terapia Ocupacional um método a ser seguido para registrar os atendimentos (MATTHEWS, JABRI, 2004), esperava-se que este subtipo de registro fosse o mais encontrado, visto que baseia-se em

um formato de registro sem roteiros a serem seguidos. Nela, o profissional registra o que considera mais importante após o atendimento, ou então, registra aquilo que lembrar, visto que nem sempre os profissionais documentam em prontuário logo após o fim do atendimento, devido ao tempo, podendo esquecer de informações essenciais.

A pesquisa de mestrado de PANZERI (2013) sobre a percepção que os Terapeutas Ocupacionais tem sobre a documentação clínica mostrou que os participantes do estudo consideraram que o tempo é o maior dificultador para o registro em prontuário, sendo o item mais citado como “empecilho” para o registro.

Em 14 prontuários (93%) não foram encontrados registros quanto ao plano de intervenção, sendo que este indica o caminho que o terapeuta utilizará para ajudar o paciente a atingir suas metas. O plano de intervenção estabelece frequência e a duração do tratamento (MATTHEWS; JABRI, 2004).

Este dado é alarmante e aponta a necessidade da criação de espaços de discussão dentro dos serviços de saúde visando à orientação para a equipe e a instituição quanto ao registro apropriado das ações profissionais, enfatizando que dessa forma se garante o respaldo ético e legal frente aos conselhos, às associações de classe e à justiça e ainda garantindo continuidade e qualidade da assistência.

Poder-se-ia levantar a hipótese de que o profissional mantenha suas anotações ou registros em outros suportes, ou que a preferência do profissional em não manter essas informação em prontuário multidisciplinar, optando por anotar em cadernos pessoais. Esta investigação não foi realizada na presente pesquisa. Cabe aqui apenas registrar o que foi encontrado e apontar a necessidade de novas investigações e ações que possam sanar este problema.

A ausência de registro do plano de intervenção pode levar a uma falta de clareza para o profissional sobre sua própria ação, bem como pode dificultar a comunicação com a equipe e com a família ou responsáveis pelo paciente.

O Ministério da Saúde aponta que o projeto terapêutico (ou plano de intervenção) ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento, no sentido de reforçar e aprimorar as opções na abordagem da seqüência saúde/doença/reabilitação (BRASIL, 2004).

A recente resolução 415/2012 do órgão fiscalizador da profissão dispõe em seu sexto artigo que o plano terapêutico ocupacional deve conter a descrição dos

procedimentos terapêuticos ocupacionais propostos relatando os recursos, os métodos e técnicas a serem utilizados e o(s) objetivo(s) terapêutico(s) a ser(em) alcançado(s), bem como o quantitativo provável de atendimento.

Quanto ao que diz respeito às informações presentes nos prontuários em relação à intervenção, na maioria dos prontuários constavam informações que identificavam o registro, o sujeito e a intervenção, contendo: data, nome do terapeuta ocupacional responsável, formação e carimbo ou número de registro profissional. Em todos os prontuários estavam presentes informações quanto ao tipo de procedimento técnico utilizado. Informações como a descrição detalhada da atividade em suas diferentes tarefas e partes que a constituem não foram encontradas, uma vez que este tipo de anotação faz parte do raciocínio clínico do Terapeuta Ocupacional, sugere-se que não sejam, portanto, registros necessários em um prontuário multidisciplinar.

Um estudo de Pierre, em 2001, demonstrou uma prática escondida da Terapia Ocupacional, em que o profissional não registra todas as suas ações. O autor verificou que partes essenciais estavam ausentes nos registros. Referiu que os Terapeutas Ocupacionais consideram ser de valor, mas não as colocam em registros, omitindo informações.

Quanto aos objetivos pretendidos com a intervenção, estes foram mais registrados (11 prontuários) do que os objetivos e queixas do paciente em si, que foram encontrados em apenas 4 prontuários, o que faz pensar que o sujeito não está sendo protagonista do seu próprio tratamento e história, o que aponta para uma conduta dos terapeutas em que os problemas não são identificados juntos com o paciente, fugindo da idéia proposta pelo SUS da clínica ampliada, que propõe considerar o usuário como sujeito, no sentido de que ele tenha mais autonomia em relação à sua doença e ao seu tratamento.

Também pode-se considerar que as informações quanto às queixas e objetivos sejam anotadas somente na avaliação, não sendo mais documentadas em outros momentos do tratamento, visto que os dados deste estudo apontam que tais informações constam na avaliação do processo terapêutico e não na intervenção.

Quanto às impressões que os profissionais tiveram do paciente ao final da intervenção, foram observados mais registros quanto às impressões subjetivas do

paciente, nas quais eram descritos aspectos emocionais, satisfação ou descontentamento e a participação do paciente de modo geral. As impressões objetivas (sobre a participação do 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) talvez por serem mais detalhistas, foram a minoria, uma vez que para o profissional pode ser mais trabalhoso e requerer mais tempo para o registro. De acordo com Sames (2005), é primordial que a informação objetiva relatada na documentação seja nitidamente diferente da informação subjetiva. A autora cita um exemplo:

Se um profissional diz que um cliente parecia deprimido, esta é uma declaração subjetiva. É uma conclusão tirada a partir das observações do profissional. Para fazer uma declaração objetiva o profissional deve descrever o que foi observado ou escutado que logicamente levaria à conclusão de que o cliente parecia deprimido. Por exemplo, o profissional poderia dizer: “A cliente olhou para o chão durante toda a sessão. Ela ficava inclinada para a frente em sua cadeira, respondia as perguntas com palavras monossilábicas e não iniciava qualquer conversa com seus colegas (SAMES, p.411, 2005).

Nota-se que as informações quanto ao tipo de procedimento técnico utilizado no atendimento estavam presentes em todos os prontuários, por serem informações básicas e que compõem o linguajar diário do terapeuta ocupacional supõe-se que o registro das mesmas expõe objetivamente a idéia do que ocorreu no atendimento de modo geral. Porém, de acordo com Sames (2005), as evoluções devem incluir mais de uma lista de atividades que o paciente tenha realizado durante a sessão. O leitor daquele prontuário desejará saber como o desempenho do cliente se modificou desde a última sessão de tratamento e/ou quais as melhorias funcionais.

Matthews e Jabri (2004), afirmam que:

Anotações semanais de progresso são mais minuciosas e devem resumir o tratamento administrado, a frequência do tratamento, a resposta do paciente ao tratamento e o progresso em direção às metas [...]. Os objetivos devem ser atualizados e o plano de tratamento, revisto. Os novos objetivos e planos de tratamento são estabelecidos para refletir o

resultado esperado para o regime de tratamento da próxima semana (MATTHEWS e JABRI, 2004, p. 104).

A análise do resultado da intervenção foi encontrada em apenas 6 prontuários. Nessa informação era documentado, sucintamente, de que maneira o objetivo proposto foi atingido e/ou se o paciente conseguiu realizar pelo menos parte dos objetivos. Quanto às recomendações de conduta terapêutica, apenas em 2 prontuários estas informações foram observadas, o que inviabiliza a comunicação entre equipe para a qual serve o prontuário, além da omissão de informações pertinentes, podendo gerar problemas legais para o profissional e/ou instituição.

Além da resolução 415/2012, existem outras resoluções do COFFITO que embora não explorem muito o conteúdo das informações que devem constar nos registros, apontam de forma breve o que deve estar presente. Referente à especialidade de saúde mental, a resolução 408/2011 do COFFITO recomenda o registro e a guarda da evolução clínica e de relatórios. A resolução 405/2011, referente à terapia ocupacional em acupuntura, e a 407/2011, sobre saúde da família, apontam que é necessário o registros das consultas, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, intercorrências e alta do serviço. Já a 406/2011, sobre a especialidade em contextos sociais, refere que devem ser anotados os dados dos sujeitos e elaborar encaminhamentos necessários, sem maiores aprofundamentos.

Toda documentação clínica deve ser feita obedecendo os padrões da instituição, bem como aos padrões estabelecidos pela profissão, como afirma Perinchief (2002), as práticas da documentação variam de um ambiente para outro. Às vezes são diferenças que estão definidas pela política pública ou pela preferência do ambiente por tal prática.

Em relação à linguagem utilizada nos registros, o terapeuta ocupacional deve fazer anotações claras, legíveis e coesas com terminologia da profissão, é o que traz a resolução 415/2012, mas não traz um referencial específico para esta terminologia.

O uso de uma concordância sobre a terminologia padronizada pode auxiliar no pagamento, controle e pesquisa já que todos poderão ficar habituados com a terminologia (SAMES, 2005) Ainda segundo a autora, na comunicação profissional se utiliza frases completas e se evita gírias ou palavras emocionalmente carregadas. Os profissionais de Terapia Ocupacional precisam se comunicar entre si e com os outros profissionais e podem fazê-lo por diferentes meios (cartas, emails, ligações). A escolha

das palavras e o tom da escrita ou da fala na comunicação formal são muitos diferentes daqueles utilizados na comunicação informal entre amigos.

Quantos à documentação do processo de **alta** nota-se algumas omissões de registros importantes referentes a este momento do processo terapêutico, o que demonstra um desequilíbrio com o que é pautado na legislação vigente da Terapia Ocupacional. O ambulatório em estudo, especificamente na área da terapia ocupacional contava com profissionais voluntários.⁴ O estudo de Panzeri (2013) aponta que o vínculo profissional menos formal pode influenciar na qualidade dos registros, o que pode também estar ocorrendo nesta pesquisa.

Sabe-se que os registros no prontuário do paciente são de enorme importância, mas os dados, quanto ao que diz ao momento da alta, apontaram para muitas ausências e incompletudes, sendo que estas omissões de informações podem acarretar dificuldades no exercício da proteção dos direitos dos profissionais.

De acordo com Sames (2005), quando o cliente atingir suas metas ou outras circunstâncias exigir que a terapia ocupacional seja encerrada, é preciso escrever um resumo de alta. Segundo a autora, este resumo incluiria:

Informação de identificação e do histórico; resumo da condição funcional do cliente no início do tratamento da terapia ocupacional; resumo das mudanças na condição funcional ao fim do tratamento; recomendações para acompanhamento e assinatura, credenciais e data (SAMES, 2005, p. 412).

Para o registro da alta, o roteiro da instituição contava com os seguintes itens: motivo da alta; encaminhamento para outros serviços (internos ou externos) e orientações para atividades em casa. O item Motivo da alta estava sempre preenchido pelo profissional, contudo era sempre preenchido sucintamente, com informações muito vagas e superficiais. Os demais itens estavam sempre em branco, configurando uma ficha de alta com ausência de informações pertinentes. O único preenchimento era em relação aos motivos de alta, em que o terapeuta fazia um breve resumo, anotando se os objetivos foram ou não alcançados ou então, no caso de abandono do tratamento, os

⁴ Informação recolhida com uma supervisora da Terapia Ocupacional.

motivos que levaram ao desligamento. Os demais itens, não estavam preenchidos em nenhum dos prontuários analisados.

Pode-se pensar que a ausência de registro de dados nos campos a ele destinado em ambulatório onde se trabalha com fichas padronizadas, gera perda de informações, pois o registro acaba ficando restrito a questões pontuais e se torna empobrecido.

Os autores Matthews e Jabri (2004), apontam que:

O resumo de alta é um documento crucial porque reflete todo o progresso e as conquistas obtidas no caso. Os dados podem ser utilizados para muitas finalidades. Comitês de verificação de qualidade podem usar os dados para avaliar a eficácia do tratamento dentro de certas categorias de diagnóstico. Os dados também podem ser usados para estudos futuros para provar a eficácia do tratamento dentro de certas categorias de diagnósticos (MATTHEWS e JABRI, 2004, p. 103 – 104).

Segundo Bacelar, Almeida e Andrade (2002), o abandono do tratamento ou a recusa se não relatados no prontuário, faculta penalidades judiciais, por possibilitar acusação de omissão de atendimento, por isso deve ser preenchido o formulário ou termo de retirada de paciente. Nos casos de evasão sem aviso, fazer anotação minuciosa sobre o evento e comunicar o evento ao administrador da instituição.

A anotação em prontuário de paciente é ato jurídico. Referem-se aos dados necessários à comprovação legal. Outro aspecto envolvido na documentação é a relevância ética, sendo que omissões e erros podem causar dúvidas a respeito da precisão de todo o registro (PERINCHIEF, 2002; MATTHEWS; JABRI, 2004; RADOMSKI, 2005; DYNEWICS; LUZ; MARTINS, 2007).

A documentação não é uma habilidade simples que pode ser adquirida em um ambiente e ser transferida para outro. O conhecimento deve atualizar-se continuamente. A documentação é a evidência do raciocínio clínico do profissional. É o único método que assegura que aconteceu realmente algo antes dos órgãos de reembolso e das entidades de aprovação (PERINCHIEF, 2008).

Os registros analisados nesta pesquisa, embora estivessem de acordo com o artigo 2 da resolução 415/ 2012 do COFFITO que aponta que as anotações devem ser legíveis e sem rasuras, mostraram-se incompletos em relação a alguns conteúdos.

Aponta-se que a ausência de informações no prontuário causa imprecisões no tratamento, por isso, é importante que todas as informações sejam completas e claras.

De acordo com SAMES (2005), dois pontos cruciais que devem ser considerados quanto à documentação: As pessoas criam uma impressão do profissionalismo e inteligência ao ler o que um profissional escreve; e o que ele escreve pode ser usado como evidência em um processo judicial, quer a pessoa esteja em julgamento ou não (SAMES, 2005).

Espera-se que através deste estudo o prontuário seja visto como valor documental, ético e comunicativo, tornando-se um acervo para análise dos discursos dos profissionais da saúde e fonte de acesso às práticas e aos conhecimentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa coletou dados que puderam dar início a uma temática tão pouco abordada em nossa literatura nacional, ao fornecer subsídios para elaboração de registros com mais conteúdo e qualidade, com vistas às finalidades e utilidades que cabem ao prontuário, com destaque nas questões éticas, legais e judiciais. Ficou entendido que o prontuário é uma construção coletiva, que implica em múltiplas ações de registro especializado em um universo de linguagens diferentes e de múltiplas relações as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde, além de promover a transparência dos procedimentos realizados na assistência aos usuários dos serviços, melhorando a qualidade e a eficácia da atenção ofertada.

A metodologia foi considerada adequada de acordo com o que pretendeu investigar, podendo descrever o que está sendo registrado em prontuários sobre a prática dos Terapeutas Ocupacionais atuantes em um ambulatório, identificando nos prontuários o que os Terapeutas Ocupacionais registram em nível de: avaliação, intervenção e alta.

Destacou-se nesta pesquisa a ausência de algumas informações pertinentes nos prontuários, principalmente quanto aos registros de alta, mas não somente neste momento. Espera-se que este estudo, juntamente com a publicação da recente resolução 415/2012 do COFFITO sobre os aspectos relacionados à documentação estimulem os terapeutas ocupacionais a investirem na melhoria da qualidade dos relatos, para que

sejam mais elaborados e mais completos em informações sobre o processo terapêutico ocupacional, favorecendo a comunicação inter equipe e possibilitando a promoção do serviço e divulgação da Terapia Ocupacional.

O tamanho da amostra não permite generalizações, mas uma aproximação do problema. Sugere-se que outras investigações possam ampliar a legitimidade do estudo, com outros ambulatórios ou até mesmo em outros locais de atuação do Terapeuta Ocupacional, para assim se ter um panorama geral da qualidade e conteúdo da documentação clínica na área. Estudos longitudinais também poderão permitir observar a evolução dos registros no tempo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA. Guidelines for documentation of Occupational Therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 6, p.684-690, nov./dec. 2008a.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA. 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.

BACELAR, S; ALMEIDA, W. M; ANDRADE, G. M. Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário médico do paciente. **Brasília Med**, n. 39, p. 42-51, 2002.

BART, O. et.al. Development and validation of the documentation of Occupational Therapy session during intervention. **Research in developmental disabilities**, v. 32, p. 719-726. 2011.

BERTOLLI FILHO, C. Prontuários médicos e a memória da saúde brasileira. **BIS, Memória e História da Saúde em São Paulo**, São Pulo, n. 38, p. 12-15, abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da saúde. **Sistema Nacional de auditoria**. História de auditoria em saúde. Brasília – DF, 2002. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>>. Acesso em agosto de 2013.

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.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFITO. **Resolução nº 415**, de 19 de maio de 2012. Dispõe sobre obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2257&psecao=9>. Acesso em: 2 jun. 2012.

COPPINI, R. Z. O Atendimento terapêutico ocupacional aos pacientes com demência. **Rev. Ter. ocup**: 9(1): 20-5. jan-abr. 1998.

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

DYNEWICZ A. M.; LUZ, A.; MARTINS, A. P.; Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 344 - 361, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acesso em 27 de agosto de 2013.

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.; 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://ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In\; FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 99-111.

GIACOMINI-FILHO, G; PINHEIRO, L. R. D.; SILVA, L.P. Certificação de Qualidade nos Hospitais Públicos da Cidade de São Paulo. Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2007. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/169.pdf>> Acesso em 11 de junho 2012 .

IWARSSON, S.; KRISTENSSON, E. H. Documentation quality in occupational therapy patient records: focusing on the technical aid prescription process. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**. p. 72 – 80, 2003.

JACOB, F. W. Grupo de assistência multidisciplinar ao idoso ambulatorial. In: Anon. **Encontro Nacional de Fonoaudiologia social e preventiva**. P.119-29.1988.

JURDI, A. P. S.; Um olhar para a clínica de crianças e adolescentes: Relato de experiência. **Rev. Ter. ocup**: 17 (1):26-32, 2006.

LOTUFO, M.; DUARTE, E. C. Avaliação dos serviços de saúde do Município de Cáceres, MT (Brasil): contribuições à programação local. **Rev. Saúde Pública**, 1987; 21:427-38.

MALAMAN *et al.* A Qualidade dos registros em prontuários em Unidades Básicas de Saúde de São Paulo. **Congresso Virtual Brasileiro de Educação, gestão e promoção da saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012/61/2012_61_4265.pdf>. Acesso em 18 de agosto de 2013.

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. **Revista de Terapia Ocupacional**. Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-130, maio/ago. 2008.

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

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 Angela Gonçalves Marx. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 10, p. 98-107.

MEDEIROS, U. V.; ANDRADE, J. M. V. **Guia de estudo de auditoria. Apostila do Curso de Especialização em Odontologia do Trabalho**. São Paulo: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Mundi Brasil, 2007.

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

MEZZOMO, A. A. Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica. 4 ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em administração da saúde. cap. 1, p. 7-30, 1991b.

MODESTO, M. G.; MOREIRA, E. C, ALMEIDA-FILHO, N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário Sanitário de Salvador, Bahia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 8 (1): 62-68, jan/mar, 1992.

MOLINA, L. G; LUNARDELI, R. S. A. O prontuário do paciente e os pressupostos arquivísticos: estreitas e profícuas interlocuções. **Inf. Londrina**, v.15, n.1, p.68-84, jan/jun 2010.

MUNHOZ J. R. S, FONTES J. F, MEIRELLES S. M. Avaliação do programa de controle da hanseníase em municípios mato-grossenses, Brasil. **Rev. Saúde Pública** 1997; 31:282-7.

NAKAGAWA, C. S. Resgate de valores: uma opção para os idosos através do programa de terapia ocupacional de ambulatório. **Rev. Ter. ocup**; 2 (4): 211-5, dez. 1991.

NAVAES, M. A; MACHIAVELLI, J. L.; PATRÍCIO, C. M. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Revista Scientia Medica**. Porto Alegre. 2011; v. 21, número 3, p. 121-131.

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. São Paulo: Ed. do Autor. Cap.3. p.39-46, 2003.

PANZERI, C. S. B. **A Prática da documentação clínica sob a ótica de Terapeutas Ocupacionais.** São Carlos. 2013. 116p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional – Universidade Federal de São Carlos.

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.** 10. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2008. Cap. 46, p. 897-905.

PIERRE, B. L. Occupational therapy as documented in patient's Record. 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. Iátria, 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 Desenvol Hum**, v. 19, n.3, p.383-392 , 2009.

RICARTE, I. L. M.; GALVÃO, M, C, B. **Prontuário do paciente.** 1 ed. Guanabara Kooban. 2012.

SAMES, K.M. Documenting occupational therapy practice. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2005.In: **Willard & Spackman Terapia Ocupacional.** 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 39. p. 409 – 416, 2005.

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.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá: um exercício de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, PR – Londrina, 1994; 10:356-67.

SETZ, V. G.; D.INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(3):313-7.

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.

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.

SLEE, V.; SLEE, D.; SCHMIDT, H.J. **The endangered medical record – ensuring its integrity in the age of informatics**, Saint Paul, Minnesota, Tringa Press, 2000.

TAKATORI, M. **O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: privilegiando um olhar para a construção das intervenções em reabilitação**. São Paulo, 1999, 233p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

TEDESCO, S; FERRARI, S. M. Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. **Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional**, n.5, p.32-6, set. 2000.

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**. Tradução Margarita Ana Rubin Unicovsky . 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. Cap. 9 . p. 120-137.

TORREÃO et al. Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário. **J. pediatr.** (Rio J.). 2000; 76(6): 429-433.

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**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

ANEXO 1 – RESOLUÇÃO COFFITO Nº 415 DE 19 DE MAIO DE 2012.

RESOLUÇÃO COFFITO nº 415 de 19 de maio de 2012

(D.O.U. nº 99, seção 1, 23/05/2012)

Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no uso das atribuições conferidas pelo inciso II do Art. 5º da Lei 6.316 de 17 de setembro de 1975, em sua, 223ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 19 de maio de 2012, na sede do CREFITO-8, situada, Rua Jaime Balão, 580, Hugo Lange, Curitiba-PR, deliberou:

CONSIDERANDO o disposto no Artigo 5º, inciso II da Lei 6316 de 17 de dezembro de 1975;

CONSIDERANDO o disposto no Artigo 12 da Resolução COFFITO de 03 de julho de 1978;

CONSIDERANDO a necessidade de haver registro das informações decorrentes da assistência terapêutica ocupacional que possibilite a orientação e a fiscalização sobre o serviço prestado e a responsabilidade técnica adotada;

CONSIDERANDO a necessidade de contemplar de forma sucinta a assistência prestada, a descrição e os procedimentos técnico científicos adotados no exercício profissional;

CONSIDERANDO que o registro documental é instrumento valioso para o Terapeuta Ocupacional, para quem recebe a assistência e para as instituições envolvidas, como meio de prova idônea para instruir processos disciplinares e à defesa legal;

CONSIDERANDO o preceituado no Artigo 5º, inciso X da Constituição Federativa do Brasil nos artigos 153,154 e 325 do Código Penal (Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940), artigo 229, inciso I do Código Civil (Lei nº10.406, de 10 de janeiro de 2002);

CONSIDERANDO que o prontuário do cliente/ paciente/ usuário, em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido – independente do local ou instituição, a quem cabe o dever da guarda do documento;

RESOLVE

Artigo 1º - É obrigatório o registro em prontuário das atividades assistenciais prestadas pelo terapeuta ocupacional aos seus clientes/ pacientes/ usuários;

§ 1º: Para efeito desta Resolução prontuário terapêutico ocupacional é documento de registro das informações do cliente/ paciente/ usuário devendo ser minimamente composto de:

I – Identificação do cliente/ paciente/ usuário: nome completo, naturalidade, estado civil, gênero, crença/religião, etnia orientação sexual/nome usual (opcional), local e data de nascimento, profissão, endereço comercial e residencial;

II – História clínica: queixa principal, hábitos de vida, história atual e pregressa da doença; antecedentes pessoais e familiares, tratamentos realizados;

III – Exame Clínico/ Educacional/ Social: descrição do estado de saúde, da qualidade de vida e da participação social, e do perfil ocupacional de acordo com a semiologia terapêutica ocupacional;

IV – Exames complementares: descrição dos exames complementares realizados previamente e daqueles solicitados pelo próprio terapeuta ocupacional;

VI - Diagnóstico e Prognóstico terapêutico ocupacional: descrição do diagnóstico terapêutico ocupacional considerando a condição de saúde, qualidade de vida e participação social do cliente/ paciente/ usuário estabelecendo o provável prognóstico terapêutico ocupacional que compreende a estimativa de evolução do caso;

VI – Plano terapêutico ocupacional: descrição dos procedimentos terapêuticos ocupacionais propostos relatando os recursos, os métodos e técnicas a serem utilizados e o (s) objetivo(s) terapêutico(s) a ser (em) alcançado(s), bem como o quantitativo provável de atendimento;

VII - Evolução da condição de saúde, qualidade de vida e participação social do cliente/ paciente/ usuário: descrição da evolução da condição de saúde, qualidade de vida e participação social do cliente/ paciente/ usuário, do tratamento realizado em cada atendimento e das eventuais intercorrências;

VIII – Identificação do profissional que prestou a assistência: assinatura do terapeuta ocupacional que prestou a assistência terapêutica ocupacional com o seu carimbo identificando seu nome completo e o seu número de registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO de acordo com os Artigos 54 e 119 da Resolução COFFITO 08/ 1978 e a data de realização de todos os procedimentos.

§ 2º: Em caso de assistência terapêutica ocupacional prestada em regime de estágio obrigatório ou não obrigatório, o registro em prontuário deve constar a identificação e assinatura do Responsável/ Técnico/ Supervisor/ Preceptor que responderá pelo serviço prestado, bem como do estagiário;

I - O Responsável/ Técnico/ Supervisor/ Preceptor deve exigir de seu estagiário o registro em prontuário de todas as atividades realizadas por ele e as prováveis intercorrências;

§ 3º: Quando a assistência terapêutica ocupacional for prestada no âmbito hospitalar, centros de atenção psicossocial, centros de referência em assistência social, centros de reabilitação, entre outros, e, quando o prontuário terapêutico ocupacional for parte

integrante desses locais o terapeuta ocupacional fica dispensado de registrar os dados já contidos nesse prontuário.

Artigo 2º: O registro em prontuário terapêutico ocupacional das informações de que trata o Artigo 1º desta Resolução deve ser redigido de forma legível e clara, com terminologia própria da profissão, podendo ser manuscrito ou em meio eletrônico, a critério da instituição.

Parágrafo Único: quando a instituição adotar o prontuário eletrônico, o terapeuta ocupacional, imediatamente após seu registro, deverá consignar seu nome completo e seu número de registro no CREFITO.

Artigo 3º: O terapeuta ocupacional é obrigado a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário do cliente/ paciente/ usuário.

Artigo 4º: O prontuário terapêutico ocupacional e seus respectivos dados pertencem ao cliente/ paciente/ usuário e só podem ser divulgados com sua autorização ou a de seu responsável legal, ou por dever legal ou justa causa. O prontuário terapêutico ocupacional deve estar permanentemente disponível, de modo que quando solicitado pelo cliente/ paciente/ usuário ou seu representante legal, permita o acesso a ele, devendo o terapeuta ocupacional, fazer cópias autênticas das informações pertinentes e guardá-las nos termos desta Resolução;

Artigo 5º: É vedado ao terapeuta ocupacional negar ao cliente/ paciente/ usuário ou seu responsável legal o acesso ao seu prontuário, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o cliente/ paciente ou a terceiros.

Artigo 6º: A guarda do prontuário do cliente/ paciente/ usuário é de responsabilidade do terapeuta ocupacional e/ ou da instituição onde a assistência terapêutica ocupacional for prestada.

I – O período de guarda do prontuário do cliente/ paciente/ usuário deve ser de, no mínimo, cinco anos a contar do último registro, podendo ser ampliado nos casos previstos em Lei, por determinação judicial ou ainda em casos específicos em que seja necessária a manutenção da guarda por maior tempo.

II – O prontuário do cliente/ paciente/ usuário deve ser mantido em local que garanta sigilo e privacidade.

III – Decorrido o prazo de guarda legal de que trata o Caput deste Artigo e não havendo interesse do terapeuta ocupacional e/ ou da instituição onde a assistência terapêutica ocupacional foi prestada da guarda em maior tempo, é responsabilidade do terapeuta ocupacional e/ou da instituição onde a assistência terapêutica ocupacional foi prestada a destruição deste documento, em forma que garanta o sigilo das informações ali contidas.

IV – Poderá o terapeuta ocupacional ou a instituição onde a assistência terapêutica ocupacional for prestada armazenar a cópia do prontuário de forma digitalizada mesmo depois de decorrido o tempo legal de guarda deste documento.

V- Quando a assistência terapêutica ocupacional for prestada no âmbito domiciliar de seu cliente/ paciente/ usuário, o prontuário deverá ser guardado no próprio domicílio deste, devendo o terapeuta ocupacional orientar a todos os integrantes do núcleo familiar a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário do cliente/ paciente/ usuário.

VI – Em sua proteção, em caso de assistência terapêutica ocupacional domiciliar, o terapeuta ocupacional poderá manter em seu poder, cópia do prontuário do cliente/ paciente/ usuário, bem como a assinatura deste ou de seu representante legal, atestando que a assistência terapêutica ocupacional foi prestada.

VII – Ao final do tratamento terapêutico ocupacional realizado no âmbito domiciliar do cliente/ paciente/ usuário poderá o terapeuta ocupacional, caso queira, tirar cópia de inteiro teor do prontuário e guardá-lo consigo de acordo com o estabelecido nesta resolução.

Artigo 7º: Os casos omissos serão deliberados pela Plenária do COFFITO.

Artigo 8º: Esta Resolução entre em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 2 - CHECK LIST

1. Em relação aos registros de avaliação

1.1 Em relação aos registros de avaliação, assinale:

Os subtipos de registro de avaliação que realiza neste serviço:

registro de triagem (realizada para identificar clientes/pacientes potenciais para o serviço de TO)

registro de avaliação inicial (realizada para avaliar um novo cliente/paciente para o serviço)

registro de reavaliação periódica (realizada para rever *status* do cliente/paciente para orientar conduta terapêutica ocupacional)

outro, qual? _____

nenhum

- Qual (is) metodologia(s) de registro utilizada?

roteiro(s) pré-determinado(s) desenvolvido(s) na própria instituição

lista de verificação / *checklist*

instrumento(s) padronizado(s) específicos da TO

instrumento(s) padronizado(s) interdisciplinar

narrativa livre (sem impresso ou roteiro específicos)

Registro Médico Orientado para o Problema (RMOP)

outro

- Qual(is) informações geralmente são inseridas neste tipo de registro?

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/registro 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? _____

2. Em relação aos documentos de **intervenção/acompanhamento**:

Subtipos de intervenção registrada:

- 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 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 precisa ser encaminhado a outro serviço de TO)
- outro, qual? _____

nenhum

- Com que frequência aparece este tipo de registro?

praticamente todos os dias

pelo menos uma vez por semana

pelo menos uma vez por mês

muito raro

não realizei até hoje

- Qual (is) metodologia(s) de registro utilizada?

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

- Qual(is) informações geralmente são inseridas neste tipo de registro?

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.

3. Em relação aos documentos relacionados aos **resultados/alta**:

Subtipo registro de resultados/alta:

relatório de alta (realizado quando ocorre a descontinuidade do serviço, seja por alta terapêutica ou por outros motivos, como abandono do tratamento)

outro, qual? _____

nenhum

- Qual (is) metodologia(s) de registro ?

roteiro pré-determinado desenvolvido na própria instituição

lista de verificação / *checklist*

narrativa livre (sem formulário específico)

outro

- Qual(is) informações geralmente são inseridas neste tipo de registro?

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 contraindicações

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.

6. QUE ATENDIMENTOS O USUÁRIO RECEBE ATUALMENTE?

<input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA	LOCAL: _____	HÁ QTO TEMPO: _____
<input type="checkbox"/> FONOAUDIOLOGIA	LOCAL: _____	HÁ QTO TEMPO: _____
<input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL	LOCAL: _____	HÁ QTO TEMPO: _____
<input type="checkbox"/> PSICOLOGIA	LOCAL: _____	HÁ QTO TEMPO: _____
<input type="checkbox"/> MÉDICO: _____	LOCAL: _____	HÁ QTO TEMPO: _____
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	LOCAL: _____	HÁ QTO TEMPO: _____

7. COMO TEM LIDADO COM SUA QUEIXA? (Qualquer estratégia usada anteriormente e atualmente, inclusive medicina popular)

PROCUROU OU PROCURARÁ ATENÇÃO EM OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE? NÃO SIM

8. OUTROS RELATOS SIGNIFICATIVOS:

9. IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR (Aspectos físicos e emocionais) / OBSERVAÇÕES: (tem algo a acrescentar)

10. APRECIÇÃO SOBRE O CASO (Encaminhamentos interno (linha de cuidado e ação dentro da linha) ou externos e orientações dadas). No caso de não inclusão na área justificar

11. ENCAMINHAMENTO FINAL: interno _____ e/ou externo. Descrever o processo (se conversou com responsável, outro)

CARIMBO E ASSINATURA DO ENTREVISTADOR

ANEXO 4 ROTEIRO PRÉ-DEFINIDO PELA INSTITUIÇÃO PARA O REGISTRO DA AVALIAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL - ENTREVISTA

Data da entrevista: ____/____/____
 Data de Inscrição: ____/____/____ Encaminhado por: _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do Usuário: _____
 2. Sexo: F() M() 3. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____
 4. Endereço: _____
 Complemento: _____ Ponto de Referência: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
 5. Telefone: () _____ Celular: () _____
 Telefone para contato: () _____ Recado com: _____
 6. Endereço Eletrônico: _____

II. DADOS DO ACOMPANHANTE/RESPONSÁVEL

1. Nome do acompanhante: _____
 2. Grau de Parentesco: _____
 3. Endereço: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
 4. Telefone: () _____ Celular: () _____
 Telefone para contato: () _____
 5. Endereço Eletrônico: _____

III. SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS

P: _____ PA: _____ R: _____ T: _____
 Peso: _____ Altura: _____ Medida cintura: _____ IMC: _____

 _____ Nome / assinatura: _____

Avaliação da Dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 nenhuma dor maior dor sentida

IV. QUEIXA ATUAL

1. Qual é a sua queixa? Por que está procurando os serviços?

2. A que atribui suas queixas?

3. Histórico do problema (Quando começou? Há reincidência do problema?).

4. Tratamentos anteriores (Cirurgias? Internações? Psicoterapia?)

5. Seu estado de saúde atual interfere nas suas atividades diárias? / Rotina.

V. GENOGRAMA

Anexo: SIMBOLOS DO GENOGRAMA

	Homem		Ligação Normal		Casal com Filhos		
	Mulher		Ligação Próxima		Óbito		
	Aborto Sexo Indefinido		Ligação Estreita		Pessoas no Mesmo Lar		
	Aborto Sexo Indefinido Ligação Distante		Ligação Separação		Adoção Gravidez		Gêmeos Idênticos
							Gêmeos

1. Medicamentos de uso diário ou com consumo semanal (com ou sem prescrição médica):

Medicamento	Mg	Prescrição Médica	Posologia	Horário	Há quanto tempo	Observações

2. Você tem algum plano de saúde? Não () Sim ()

Qual (is)? _____

3. Quando foi a sua última consulta médica? _____

4. Em qual especialidade? _____

5. Aspectos clínicos:

Patologia	Atualmente	Antecedentes pessoais	Antecedentes familiares	Observações
1. Hipertensão arterial				
2. Diabetes				
3. Anemia				
4. Alteração no colesterol				
5. Osteoporose				
6. Artropatias				
7. Doença de Parkinson				
8. Insuficiência hepática				
9. Gastrite				
10. Úlcera				
11. Demência				
12. Doença infecto contagiosa (HIV, Hepatite)				
13. Fraturas				
14. Fibromialgia				
15. Complicações cardiovasculares				Qual?
16. Doenças pulmonares crônicas				Qual?
17. Alergias:				

18. Problemas na tireóide				
19. AVC				
20. Problemas renais (insuficiência, infecções, pedras)				
21. Câncer				
22. Epilepsia e/ou Convulsões				
23. Doença de Chagas				
24. LER				
25. Esquizofrenia				
26. Depressão				
27. Transtorno de ansiedade (Pânico, fobia)				
28. Deficiência				Qual?
29. Outros				

Você tem dificuldade para:

	Não	Sim	Se sim, como esta dificuldade se apresenta?
6. Mastigar			
7. Engolir			
8. Ouvir			
9. Falar			
10 Entender			

11. Você faz uso de algum aparelho para lhe auxiliar nas funções e atividades do dia-a-dia?

Não () Sim ()

Se sim, qual dos relacionados abaixo?

- () Bengala () Prótese Dentária
 () Muletas () Prótese/ Órtese. Qual? _____
 () Andador () Óculos
 () Cadeira de Rodas () Aparelho Auditivo
 () Outros _____

12. Aspecto Nutricional

a. Quantas refeições você faz por dia? _____

b. Quais refeições?

() Café () Lanche na manhã () Almoço
 () Lanche da tarde () Janta () Ceia

c. O que você costuma comer diariamente ?

() Pão () Manteiga () Frutas
 () Frios () Verduras () Legumes
 () Carnes () Arroz () Feijão
 () Massas () Frituras () Doces
 () Chocolates () Salgadinhos industrializados () Ovo

d. O que você costuma beber diariamente?

() Água () Refrigerante () Suco
 () Café () Chá () Leite

f. Observou mudanças quanto à alimentação? Não () Sim ()

g. Se sim, qual a mudança? _____

h. Há quanto tempo percebe a mudança? _____

i. A que atribui a mudança? _____

j. Faz uso de vitamina ou suplemento alimentar? Não () Sim ()

Quais? _____

13. Sono

a. Em média, quantas horas tem de sono por dia? _____

b. Como você avalia o seu sono atualmente? () Bom () Mais ou Menos () Ruim

c. Você acorda cansado, com a sensação de não ter dormido bem? () Não () Sim

d. Observou mudança em relação ao sono? _____

e. Há quanto tempo percebe a mudança? _____

f. A que atribui a mudança? _____

14. Sexualidade

14.1 - Sexualidade Feminina

a. Você tinha quantos anos quando menstruou pela primeira vez? _____

b. Data da última menstruação: _____ Não menstrua mais ()

c. Está grávida? Não () Sim () De quantas semanas? _____

d. Está amamentando? Não () Sim ()

- e. Usa métodos contraceptivos? Não () Sim () Quais? _____
- f. Há quanto tempo faz uso? _____
- g. Está no climatério? Não () Sim () Quais alterações tem apresentado? _____
- h. Esta fazendo (ou já fez) reposição hormonal? _____
- i. Você faz exame ginecológico anualmente? _____
- j. Quando foi a última vez que fez o exame ginecológico? _____
- k. Você tem alguma dificuldade em relação à sexualidade? _____

14.2 - Sexualidade Masculina

- a. Você tem problema de próstata? Não () Sim ()
- b. Já fez exame de toque retal? Não () Sim () c. Quantas vezes? _____
- c. Você tem alguma dificuldade em relação à sexualidade? _____

15. Hábitos de vida

- a. Você pratica alguma atividade física? Não () Sim ()
Qual? _____ Com qual frequência? _____
- b. Você participa de alguma atividade de lazer? () Não () Sim

Quais?	Com quem?	Frequência

- c. Você faz uso de álcool? Não () Sim ()
Com qual frequência? _____
- d. Você fuma? Não () Sim () Quantos cigarros/ dia? _____
Já fumou? Não () Sim ()
Por quanto tempo? _____ Parou há quanto tempo? _____
Em média quantos cigarros por dia? _____
- e. Você usa ou já usou droga? Não () Sim ()
Por quanto tempo e qual? _____
Com qual frequência? _____

16. Nas últimas quatro semanas, com qual frequência isto acontece com você:

	Não/Nunca	Às vezes/ raramente	A maior parte do tempo	Observações
a. Chora ou sente uma imensa vontade de chorar.				
b. Sente aperto no peito e nas costas, com dificuldades para respirar.				
c. Tem pensamentos tristes.				
d. Tem palpitações e/ou sudorese.				
e. Sente-se muito sozinho (a).				
f. Tem pensamentos repetitivos que não consegue controlar e que o incomoda.				
g. Apresenta alguns comportamentos estranhos e repetitivos que não consegue controlar				
h. Fica irritado (a).				
i. Chuta e/ou quebra algo quando fica muito irritado.				
j. Perde a paciência com as pessoas próximas.				
k. Fica impaciente com o que acontece com você.				
l. Sente medo.				
m. Pensa em morrer ou tem pensamentos suicidas.				
n. Tem dificuldade de se concentrar e pensar com clareza.				
o. Esquece informações importantes.				
p. Alguma pessoa (chefe, esposa, colega, filho) sistematicamente o(a) persegue.				
q. Consegue concluir as tarefas que planeja fazer.				
r. Às vezes parece ouvir vozes que te dizem para fazer coisas ruins consigo ou com os outros.				

38 J - IX - MORADIA

1. Mora sozinho?

() Não () Sim () Em instituição - Nome: _____ Tempo: _____

2. Quantas pessoas moram com você? _____

3. Quem mora na sua casa? Quem você considera que faz parte de sua família?

Nome	Grau de Parentesco/Relação	Sexo	Idade	Ocupação	Pessoa considerada parte da família

4. Tipo de localidade: () Urbana () Rural

5. Situação: () Próprio () Alugado
() Cedido () Invadido
() Financiada () Arrendado

Possui mais de um imóvel próprio? Quantos? _____

6. Tipo de Moradia: () Casa () Apartamento
() Hotel/ Pensão () República
() Quitinete () Outros

7. Tipo de Construção: () Madeira () Alvenaria/tijolo
() Adobe () Taipa revestida
() Taipa não revestida () Material Aproveitado
() Outro Qual? _____

8. Número de Cômodos: _____

9. Saneamento Básico

ESTRUTURA	TIPO	OBSERVAÇÃO
Água	() Rede Pública () Poço () Carro-Pipa () Outro	
Esgoto	() Rede Pública () Fossa Rudimentar () Fossa Séptica () Vala () Céu Aberto () Outro	
Energia Elétrica	() Relógio Próprio () Sem Relógio () Relógio Comunitário () Lampião () Vela () Outro	
Asfalto	() Com () Sem	
Coleta de Lixo	() Coletado () Queimado () Enterrado () Céu Aberto () Outro	

10. No seu domicílio tem:

Item a ser computado	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro					
Carro					
Rádio					
Geladeira/ freezer					
Televisão					
Video/DVD					
Lavadora de roupa					
Aspirador de pó					
Forno de microondas					
Microcomputador					
Linha telefônica instalada					
Celular					

X. RENDA ¹

1. Qual a sua renda individual total?

() Nenhuma

() Menos de um Salário Mínimo

() Um Salário Mínimo

() Mais de um Salário Mínimo -- Aproximadamente quantos? _____

() Variável – Especifique máximo e mínimo aproximado: _____

¹ Salário Mínimo Vigente: R\$ _____

2. Qual a sua renda familiar?

- Nenhuma
 Menos de um Salário Mínimo
 Um Salário Mínimo
 Mais de um Salário Mínimo – Aproximadamente quantos? _____
 Variável – Especifique máximo e mínimo aproximado: _____

3. Como a sua renda é obtida?

- Pensão
 Recebe dinheiro dos filhos
 Recebe dinheiro dos pais
 Salário Próprio
 Auxílio doença
 Não possui renda
 Salário do marido ou companheiro
 Aposentadoria Própria
 Aposentadoria do marido ou companheiro
 Outros _____

XI. TRANSPORTE

1. Qual transporte utiliza para chegar _____
 2. É adaptado? Não () Sim ()
 3. Conta com a ajuda de alguém? Não () Sim () Quem? _____

XII. OBSERVAÇÕES:

XIII. ENCAMINHAMENTO PARA O PROGRAMA: _____

Assinatura e carimbo do supervisor/profissional

ANEXO 6 - ROTEIRO PRÉ-DEFINIDO PELA INSTITUIÇÃO PARA O REGISTRO DA ALTA**ALTA DA INTERVENÇÃO EM**

Data ____ / ____ / ____

Nome do Usuário: _____ Prontuário n.º: _____

 Alta definitiva Alta temporária (até 6 meses)

Motivo da Alta: _____

Encaminhamentos para outros serviços (internos ou externos): _____

Orientações para atividades em casa: _____

Assinatura do Supervisor / Profissional: _____

Carimbo do Supervisor / Profissional: _____