Edvania Parra Cesar de Almeida

ANEXO AO PROCESSO 455/2000
Programa - CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
DEFESA - 24/09/2002

Sistema de Informação em Saúde: A Importância e a Prática do Prontuário do Cliente na Faculdade de Medicina de Marília

Marília
2002

unesp

Edvania Parra Cesar de Almeida

1410001426

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA E A PRÁTICA DO PRONTUÁRIO DO CLIENTE NA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

T. 1426

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, na área de concentração: Informação, Tecnologia e Conhecimento, da Faculdade de Filosofia e Ciências da Unesp – Campus de Marília, para obtenção do título de mestre em Ciência da Informação, sob a orientação da Drª Bárbara Fadel.

Fac. de Filosofia e Ciências
BIBLIOTECA
Campus de Marília

Fac. de Filosofia e Ciências
BIBLIOTECA
Campus de Marília

Marília
2002

Nº cham. A447/D
Nº Tombo 3426
Aquisição D
Preço 5,00
Data 10/03/03
Proced. Autor

Almeida, Edvania Parra Cesar de

Sistema de informação em saúde: a importância e a prática do prontuário do cliente na Faculdade de Medicina de Marília. Faculdade de Filosofia e Ciências. Unesp – Campus de Marília. Marília: 2002.

120 f.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação – Área de concentração: Informação, Tecnologia e Conhecimento, na Faculdade de Filosofia e Ciências da Unesp – Campus de Marília, sob orientação da Dra. Bábara Fadel.

1. Ciência da Informação. 2. Sistema de Informação em Saúde. 3. Prontuário do Cliente.

Edvania Parra Cesar de Almeida

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA E A PRÁTICA DO PRONTUÁRIO DO CLIENTE NA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Dissertação defendida e aprovada em 24 de setembro de 2002 pela banca examinadora composta por:

_____

Drª Bárbara Fadel – Unesp Marília

_____

Drª Valéria Vernaschi Lima – Famema

_____

Drª Plácida L.V.A. Costa Santos – Unesp Marília

Marília

2002

A Deus pela força divina que recebo para desenvolver o papel de mãe, esposa, profissional e pesquisadora.

A minha orientadora e amiga Drª. Bárbara Fadel pelo carinho, atenção, estímulo e valiosa orientação no desenvolvimento deste trabalho.

A minha chefe e amiga Drª. Sissi pelo carinho, contribuição e compreensão neste período.

Ao meu marido José Luis pelo incentivo e cooperação durante a realização deste trabalho.

As minhas filhas Luana e Lívia pela minha ausência na primeira fase de suas vidas.

Fac. de Filosofia e Ciências
BIBLIOTECA
Campus de Marília

Aos meus pais Nelson e Zoila, por terem me ensinado a lutar pelos meus objetivos, estando sempre presentes na minha história de vida pessoal e profissional.

Agradecimentos

À Drª. Valéria e à Drª. Plácida, pelas importantes observações e contribuições colocadas em relação ao estudo.

À Drª. Regina, à Drª. Roseli e ao Drº. Alfredo, pela participação e colaboração nesta pesquisa.

À Direção da Famema pelo apoio institucional, e aos profissionais de saúde pela disponibilidade em fornecer os dados para a realização da pesquisa de campo.

Ao Núcleo Técnico de Informações – NTI - da Famema, especialmente ao Marconato, Aguinaldo e Neuza que me apoiaram e me substituíram na minha ausência.

Ao Serviço de Prontuário de Paciente – SPP - da Famema e especialmente a Rosana pelo material fornecido e ajuda de suas funcionárias na pesquisa de campo.

À Biblioteca da Famema e funcionários, especialmente à Regina, à Helena e à Mara, que contribuíram no levantamento da bibliografia e na revisão das referências bibliográficas.

À Biblioteca da Unesp – Marília e funcionários, especialmente à Ilma, ao Lair e à Luzinete pela atenção no levantamento da bibliografia.

Ao Drº. Gilson, ao Drº. Francisco, ao Drº. João, ao Dr. Rubens, ao Enfº. Luis, à Enfª. Maria Julia, à Psicóloga Silvana, à Márcia e à Simone pelo carinho e atenção.

À todos os professores e funcionários da Unesp - Marília, professores e colegas de mestrado pelo apoio e incentivo ao longo do curso.

À Maria de Lourdes da Fundep pelo carinho e contribuição na revisão deste trabalho.

Ao CCI da Famema, especialmente à Lúcia e à D. Marli pela compreensão, carinho e atenção.

Aos meus irmãos, especialmente a Edlaine e o Sérgio, pela atenção e carinho com minha filha Luana neste período.

Às minhas amigas Ana Vitória, Angela, Cibele, Claudia, Ester, Luzia, Marisa, Marizélia, Roseley e Silvia pelo carinho e incentivo.

unesp

RESUMO

Na construção de um Sistema de Informação em Saúde, tem-se o Prontuário do Cliente como sua principal fonte, sendo necessário o conhecimento de sua valorização e utilização por profissionais da área, permitindo-se inferir a qualidade do cuidado à saúde. Para tanto, procurou-se analisar o prontuário do cliente na Faculdade de Medicina de Marília – Famema - com o propósito de evidenciar e comparar a valorização atribuída com a prática referida pelos profissionais de saúde. Buscou-se, ainda, oferecer subsídios para a melhoria de sua utilização e ainda, para a reformulação do modelo de prontuário do cliente existente, adequando-o ao novo modelo de assistência, bem como para a construção do prontuário eletrônico institucional, a ser desenvolvido no futuro. Utilizou-se da técnica de escalonamento, aplicada através de questionário, para alcançar os objetivos. Os resultados apurados mostram que a maioria dos profissionais de saúde pesquisados valorizam o prontuário do cliente através de suas funções, estando de acordo com a literatura estudada. Com relação a prática referida, a maioria das situações refletem a sua valorização, porém apresentam algumas deficiências nas atividades institucionais, bem como no preenchimento e utilização dos profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Ciência da Informação; Sistema de Informação em Saúde; Prontuário do Cliente.

unesp

ABSTRACT

The patient's record is the main source to build a Health Information System.Therefore the health professionals must recognize the record value and use. In this paper we analysed the patients' records at Famema - Faculdade de Medicina de Marília - to check how the staff dealt with them and recognized their importance for the health care quality. We also wanted to give data for records improving and change to meet a new records' pattern which could fit an institutional electronic record system to be developed in the future. In order to reach our objectives we used a staggering technique by applying a questionnaire. The results showed that most professionals in the research considered the patients' records very important theoretically. However, the professionals' practice was different from their theory: the records were not filled up properly so they could not be adequately used by the institution.

Key Words: Information Science; Health Information System; Patient's record.

unesp

SUMÁRIO

Lista de Tabelas 08

Lista de Figuras 11

Introdução 12

Capítulo 1 – A Ciência da Informação 22

1.1 A história da Ciência da Informação 30

1.2 As profissões e os profissionais da informação 36

Capítulo 2 – O Prontuário do Cliente como fonte de um Sistema de Informação em Saúde 41

2.1 História do Prontuário do Cliente 54

2.2 Prontuário Orientado para Problemas – P.O.P. 57

2.3 A importância do Prontuário do Cliente 60

Capítulo 3 – A Pesquisa do Prontuário do Cliente 70

3.1 Caracterização do Universo da Pesquisa 70

3.2 Procedimentos Metodológicos 80

Capítulo 4 – Os Profissionais de Saúde da Famema e o Prontuário do Cliente .. 91

4.1 Caracterização dos Profissionais de Saúde Pesquisados 91

4.2 Análise do prontuário do cliente 102

Considerações finais 123

Referências bibliográficas 135

APÊNDICE A – Contribuição bibliográfica 139

APÊNDICE B – Questionário 142

APÊNDICE C – Termo de Consentimento 144

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da Famema 145

unesp

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição do universo potencial por área de atuação	81
Tabela 2	Profissionais de saúde segundo sexo	91
Tabela 3	Profissionais de saúde segundo faixa etária	92
Tabela 4	Profissionais de saúde segundo área de graduação	93
Tabela 5	Profissionais de saúde segundo tempo de graduação	94
Tabela 6	Profissionais de saúde segundo área e tempo de graduação	94
Tabela 7	Profissionais de saúde segundo nível de titulação	95
Tabela 8	Profissionais de saúde segundo área de atuação	96
Tabela 9	Área de atuação: universo potencial e profissionais pesquisados	96
Tabela 10	Profissionais de saúde segundo área e tempo de atuação	97
Tabela 11	Profissionais de saúde segundo área de atuação 2	97
Tabela 12	Profissionais de saúde segundo área e tempo de atuação 2	98
Tabela 13	Profissionais de saúde segundo tempo de Instituição	99
Tabela 14	Profissionais de saúde segundo faixa etária e sexo	99
Tabela 15	Profissionais de saúde segundo tempo de graduação e titulação	100
Tabela 16	Profissionais de saúde segundo tempo de graduação e tempo de Instituição	100
Tabela 17	Profissionais de saúde segundo áreas de graduação e de atuação	101
Tabela 18	Funções do prontuário do cliente apresentadas de forma positiva: instrumento de comunicação, fonte de informação para a assistência, documento jurídico e fonte de informação para o ensino acadêmico	104

Tabela 19 Funções do prontuário do cliente apresentadas de forma negativa: instrumento de integração, de avaliação e, fonte de informação para pesquisas científicas..... 106

Tabela 20 Prática institucional na organização e atualização do prontuário do cliente..... 109

Tabela 21 A prática dos profissionais de saúde na utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para o cuidado à saúde..... 112

Tabela 22 A prática dos profissionais de saúde na utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos..... 114

Tabela 23 A prática dos profissionais de saúde no preenchimento do prontuário do cliente..... 117

Tabela 24 Valorização dos enfoques do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde..... 119

Tabela 25 Valorização do uso jurídico do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde..... 122

Tabela 26 Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente uma fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos 125

Tabela 27 Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que discordam da existência de treinamento e instruções para o preenchimento do prontuário do cliente 125

Tabela 28 Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente com uma organização adequada ao processo de trabalho 126

Tabela 29 Profissionais de saúde segundo sexo que realizam anotação no prontuário do cliente preocupado com letra legível 126

Tabela 30 Prática na busca de informação e preenchimento referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente um instrumento de comunicação 128

Tabela 31 Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente um instrumento de integração 129

Tabela 32 Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente fonte de informação na assistência 130

Tabela 33 Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente um documento jurídico 130

Tabela 34 Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos 131

Tabela 35 Prática de anotação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente fonte de informação no ensino acadêmico 132

Lista de Figuras

Figura 1	Profissionais de saúde segundo sexo.....	92
Figura 2	Profissionais de saúde segundo área de graduação.....	93
Figura 3	Profissionais de saúde segundo tempo de graduação.....	94
Figura 4	Profissionais de saúde segundo nível de titulação.....	95
Figura 5	Profissionais da saúde segundo área de atuação.....	96
Figura 6	Profissionais de saúde segundo área de atuação 2	98
Figura 7	Profissionais de saúde segundo tempo de Instituição.....	99

Introdução

A informação referente às ciências, às técnicas, às indústrias e ao Estado, associada às respectivas tecnologias constitui a base da Ciência da Informação. Ciência esta que se originou da Biblioteconomia e tornou-se mais importante na atualidade pós-industrial quando a natureza, o conceito e os benefícios da informação passam a ser questionados.

A Ciência da Informação visa o estudo das propriedades gerais da informação (natureza, gênese e efeitos), isto é, a análise dos processos de construção, comunicação e uso, além da concepção dos produtos e sistemas de informação.

Um dos primeiros conceitos sobre a Ciência da Informação foi estabelecido por Borko (1968, p. 3), que a define como "disciplina que investiga as propriedades e comportamento da informação, as forças que regem o fluxo de informação, a fim de alcançar acessibilidade e utilização ótimas". [1]

Saracevic (1992, p. 8) define a Ciência da Informação como:

> campo devotado à investigação científica e prática profissional que trata dos problemas de efetiva comunicação de conhecimentos e de registro de conhecimento entre seres humanos, no contexto de usos e necessidades sociais, institucionais e/ou individuais de informação. No tratamento desses problemas tem interesse particular em usufruir, o mais possível, da moderna tecnologia da informação.

A necessidade de informação surge da existência de um problema a resolver, um objetivo a atingir, ou da constatação de um conhecimento insuficiente ou inadequado. Essa necessidade pode provir do conhecimento (desejo de saber) e da ação (atividades profissionais e pessoais – trabalhar, ir de um lugar para outro, comer, dormir, reproduzir-se).

---

[1] Trad. do A. "Information science is a discipline that investigates the properties and behavior of information, the forces governing the flow of information, and the means of processing information for optimum accessibility and usability".

unesp

Para Takahashi (2000, p. 59) "a informação, as telecomunicações, as novas mídias, a informática, em geral, e a indústria eletrônica passaram a ocupar lugar central no processo de acumulação de capital". Os produtos e serviços de informação são identificados na rede como conteúdos. Conteúdo é tudo aquilo que é operado na rede.

É através da operação de conteúdos na rede que a sociedade da informação se desenvolve. Portanto, os conteúdos devem atender às necessidades de informação dos cidadãos e as tecnologias de informação e comunicação devem ser adequadas de modo que possa aumentar a disseminação da Internet.

Para Takahashi (2000, p. 61), a construção de uma sociedade da informação, no Brasil, depende do apoio à pesquisa em tecnologia de produção e comunicação de conteúdos (dados, textos, imagens, sons e software) e da condição de capacitação universal dos cidadãos para usarem as novas tecnologias. É preciso romper as barreiras relativas ao processo de difusão, especialmente o de natureza tecnológica, educacional e lingüística para que os conteúdos sejam de alcance universal.

Portanto, cabe à sociedade da informação planejar ações que conduzam à produção e distribuição de conteúdos que sirvam aos interesses das identidades culturais do país. Como há várias identidades culturais, a produção de conteúdos deve expressar a cultura das diversas regiões do país.

Para Takahashi (2000, p. 65), construir uma sociedade da informação no Brasil significa concentrar esforços de natureza pública e privada, no sentido de: facilitar o acesso aos acervos culturais nacionais; registrar manifestações culturais nas mais diferentes mídias, em formato digital; registrar, de forma sistemática, a produção científica e tecnológica; criar mecanismos para a produção de conteúdos por parte da comunidade e promover igualdade de oportunidades de acesso às novas tecnologias.

Cunha (2000, p. 160) afirma que a Sociedade da Informação vem desencadeando uma diversificação de categorias de profissionais que lidam com a

unesp

informação. Em sua pesquisa realizada em 1998, como tese de doutorado, que diz respeito ao perfil do profissional brasileiro e francês da informação, as tendências ficam bem evidenciadas.

Segundo Cunha (2000, p. 162-163), a pesquisa a respeito do perfil do novo profissional da informação demonstra que o desenvolvimento da Internet abre novos campos de trabalho, sendo que o diferencial reside no fato de se acrescentar algo mais à informação tratada e dar-lhe valor, oferecendo soluções aos problemas dos usuários. Para tanto, exigem-se novas competências, novos conhecimentos e, principalmente, novas interações. A educação continuada é necessária.

As mudanças que estão sendo vivenciadas na profissão e nas unidades de informação, no contato com os usuários - reforçadas e impulsionadas por novas tecnologias e, principalmente, pela Internet - representam um desafio sem precedentes.

O profissional da informação é aquele que adquire informação registrada em diferentes fontes, organiza, descreve, indexa, armazena, recupera e a distribui em sua forma original ou como produto elaborado através dela.

Para Le Coadic (1996, p. 107-108), há três grupos de profissionais da informação: os especialistas, os empresários e os cientistas da informação. Os especialistas da informação estão voltados para a análise, comunicação e o uso da informação. Os empresários da informação criam empresas de fabricação e venda de produtos ou serviços de informação. E os cientistas da informação são as comunidades científicas que estudam as propriedades e desenvolvem novos sistemas e produtos de informação.

A expressão "novo profissional da informação" provém das mudanças, da valorização e da diversificação das atividades no mercado de trabalho. Essas mudanças estão ligadas à qualidade do trabalho, ao profissionalismo, à maior consciência profissional e à diversificação das funções e do espaço de atuação desse profissional.

unesp

Na área da Saúde, as atividades de administração do arquivo médico em hospitais, definição e organização do modelo de prontuário e implantação de sistema de informação são atividades exercidas pelo profissional da informação. Este profissional também deve estar consciente dessas mudanças, buscando conhecimento nas diversas áreas de atuação, uma vez que Informação em Saúde corresponde a toda informação referente às condições gerais de vida e trabalho das sociedades humanas, ou seja, alimentação, moradia, saneamento, etc.

Informação em Saúde é a representação simbólica de fatos ou idéias, capazes de gerar conhecimento. A informação tem potencial para gerar conhecimento e deve implicar uma decisão e, conseqüentemente, uma ação.

Informação em Saúde é um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade sócioeconômica, demográfica e epidemiológica, para o planejamento, gestão, organização e avaliação dos serviços de saúde. Já o Indicador em Saúde é a quantificação de determinados fenômenos (eventos) da realidade, utilizado para avaliar o grau de saúde de uma população e planejar ações que interfiram na própria realidade.

A produção da informação em Saúde consiste em: confronto dos indicadores com os padrões existentes, análise das discrepâncias e detecção de suas causas prováveis. Para tanto, um sistema de informação é imprescindível na obtenção dos indicadores.

Moraes (1994, p. 26) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como sendo um processo que envolve a coleta, o processamento, a análise e a transmissão da informação necessária para se organizarem e operarem os serviços de saúde e também para investigá-los e planejá-los com vistas ao controle de doenças.

Carvalho e Eduardo (1998, p. 27) mencionam que os Sistemas de Informação em Saúde podem ser classificados conforme sua natureza, em informações estatístico-epidemiológicas, administrativas e clínicas. As informações clínicas referem-se a dados do cliente: sua identificação, problemas de saúde relatados,

unesp

diagnóstico médico, exames clínicos, laboratoriais, radiológicos, gráficos, procedimentos cirúrgicos, medicamentos prescritos, entre outros.

Considera-se, portanto, o Prontuário do Cliente uma importante fonte num Sistema de Informação em Saúde. No prontuário é registrada toda a informação clínica, referente à assistência à saúde de um cliente. O Prontuário do Cliente é o conjunto de documentos padronizados que se destinam ao registro da assistência prestada, desde a admissão até a saída de cada cliente de um determinado serviço de saúde, quer de assistência ambulatorial ou de internação. Trata-se de um documento de grande valor, elaborado e utilizado por diversos profissionais de saúde.

Na literatura, encontram-se diversas denominações do Prontuário do Cliente, tais como: prontuário médico, prontuário do paciente e registro médico, entre outros. Nesta pesquisa optou-se pela denominação "Prontuário do Cliente" considerando que:

a. O prontuário médico surgiu e recebeu este nome numa época em que a medicina era a única profissão reconhecida na área da saúde, e, atualmente, o prontuário é o resultado das anotações de diversos profissionais da saúde e não mais só do médico;

b. O prontuário tem diversas funções, não está restrito ao registro do ato médico, é um documento que pertence ao cliente e não ao profissional de saúde ou instituição responsáveis por seu preenchimento, utilização e guarda.

c. Paciente origina-se do latim *patiens,* significando aquele que sofre, padece, atura. "Pessoa resignada, conformada, que espera serenamente um resultado, vítima de abuso ou de ilegalidade do poder, que padece, doente." (FERREIRA, 1999, p. 1470).

d. Cliente origina-se também do latim *cliente*: é aquele que usa os serviços ou consome os produtos de determinada empresa ou de profissional, doente em relação ao médico habitual. (FERREIRA, 1999, p. 486).

unesp

e. Soar Filho (1998, p. 35) cita que paciente é sobretudo um cliente, ou seja, um usuário, um comprador de serviços, qualquer que seja o contexto em que é atendido e que a palavra "paciente" traz implícita a idéia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior, que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico e o termo "cliente" caracteriza o paciente como sujeito ativo e co-construtor da relação, no sentido daquele que busca ajuda e não no sentido de quem necessita de tratamento.

Embora o uso da expressão "paciente" seja ainda muito utilizada nos hospitais e serviços de saúde por razões culturais, a denominação adotada "Prontuário do Cliente" parece ser a mais adequada atualmente.

Um prontuário origina-se quando um cliente passa pelo serviço de saúde, durante uma simples consulta no ambulatório, um atendimento de urgência e emergência ou uma internação.

No Brasil, o desenvolvimento do prontuário do cliente foi decorrente da estruturação das escolas médicas. Em 1943, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo implantou o Serviço de Arquivo Médico e Estatística – denominado SAME, com objetivo de, pela primeira vez, no país, apresentar um prontuário padronizado do cliente. Desde então, com a evolução dos conhecimentos da administração, cresceu o valor e a importância de prontuários e arquivos organizados.

O grupo de profissionais que fornecem assistência ao cliente denomina-se equipe de saúde, e eles são os autores do Prontuário do Cliente. Agem com autonomia profissional, mas por meio de ações integradas: setor de internação, serviço social, profissional médico, enfermagem, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, cirurgião, anestesista, fisioterapeuta, radiologista, laboratorista e técnicos em traçados gráficos.

Mezzomo (1991, p. 245) cita que o Prontuário do Cliente é um instrumento da mais alta valia, não só do ponto de vista técnico como também administrativo, estatístico, educacional, ético e legal. É um dos instrumentos mais importantes para

unesp

avaliar-se a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde e pela Instituição. A elaboração, a manipulação e a utilização do prontuário devem ser preocupação constante dos envolvidos na assistência ao cliente.

O prontuário organizado tem a função de registrar a vida do cliente sob o ponto de vista clínico, facilitando o tratamento atual e futuro e favorecendo as pesquisas e trabalhos científicos. Representa, ainda, um importante subsídio para a justiça, pois, num processo jurídico, a culpa ou a inocência pode ser inferida pela análise do prontuário.

Em relação à importância atribuída ao Prontuário do Cliente, tanto para a Instituição como para o profissional de saúde, observa-se uma distância entre o que é apontado na literatura e o que é verificado na prática. Os profissionais dos serviços de saúde valorizam, realmente, o prontuário do cliente como um instrumento indispensável na assistência à saúde, conforme demonstram os estudos realizados? Sua prática reflete a valorização atribuída ao prontuário do cliente?

Com o propósito de evidenciar e comparar a valorização atribuída ao prontuário do cliente pelos profissionais de saúde e a prática por eles referida, esta pesquisa objetiva analisar como os profissionais de saúde da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, utilizam o prontuário do cliente. Busca, ainda, contribuir para a melhoria de sua utilização, fornecendo informações para uma futura reformulação do modelo de prontuário do cliente existente, adequando-o ao novo modelo de assistência, bem como, oferecer subsídios para a construção do prontuário eletrônico institucional, a ser desenvolvido no futuro.

Elegeu-se a Famema como universo da pesquisa, por ser um centro formador de profissionais de saúde, tanto de graduação como de pós-graduação; por contar com residência em diversas áreas; possuir unidades de referência regional em assistência de alta complexidade como as do Hospital das Clínicas de Marília, Hospital Materno-Infantil de Marília e Hemocentro; e, ainda, pelo fato de a pesquisadora atuar na Instituição como analista de informação, há 7 anos.

unesp

A Faculdade de Medicina de Marília encontra-se num intenso e profundo processo de melhoria dos cursos de graduação em medicina e enfermagem, cujo objetivo é a formação de profissionais de saúde capazes de atuar, técnica e politicamente, na sociedade, pela melhoria da saúde da população e pela justiça social. Paralelamente, na área assistencial da Famema, um dos campos práticos na formação dos profissionais de saúde, vem ocorrendo uma adequação na infra-estrutura e funcionamento da Instituição que também está voltada para a melhoria na qualidade da assistência à saúde.

A análise do Prontuário do Cliente permite conhecer a realidade referida e vivenciada pelos seus usuários, na valorização e utilização, viabilizando o levantamento das possíveis deficiências a qual contribuirá na reformulação de seu novo modelo permitindo uma assistência à saúde com melhor qualidade.

A análise do Prontuário do Cliente busca-se:

a) detectar a valorização atribuída ao prontuário do cliente pelos profissionais de saúde da Famema;

b) caracterizar a prática de utilização do prontuário do cliente referida pelos profissionais de saúde segundo preenchimento, organização interna e atualização;

c) comparar a valorização atribuída por profissionais de saúde da Famema com a prática de utilização do prontuário do cliente.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizadas as pesquisas bibliográficas e de opinião, junto aos profissionais de saúde da Famema. A análise da pesquisa foi realizada de forma estatístico-descritiva, a partir do levantamento da valorização e prática de utilização, organização e atualização do Prontuário do Cliente, por meio de aplicação de questionário. Na análise foi permitido comparar a respostas referentes a valorização com as respostas referentes a prática, bem como, entre as referentes as situações práticas e entre as opiniões de valorização.

unesp

Para sistematizar a pesquisa bibliográfica e as ações desenvolvidas, o trabalho foi estruturado em 4 (quatro) capítulos:

No primeiro capítulo reuniram-se as abordagens teóricas que tratam de temas referentes à Ciência da Informação, seus conceitos e suas primeiras disciplinas. Referiu-se à Ciência da Informação como indústria, como Ciência Social e como Ciência Interdisciplinar, bem como, sua institucionalização e sua história. Apresentou-se também a Sociedade da Informação, suas profissões e profissionais da Informação.

No segundo capítulo procurou-se descrever o Prontuário do Cliente como fonte de um Sistema de Informação em Saúde, expressando-se os conceitos de Informações em Saúde e do Prontuário do Cliente com sua história e seus componentes. Apresentou também a Comissão de Prontuário, os autores e os responsáveis pelo Prontuário do Cliente e o Prontuário Orientado para Problemas – POP – e finalmente mostrou-se a importância do Prontuário do Cliente.

O terceiro capítulo descreveu a caracterização e definição do universo, os procedimentos metodológicos empregados e a operacionalização da pesquisa sobre o Prontuário do Cliente.

No capítulo quarto, procurou-se sistematizar e interpretar os dados coletados sobre os profissionais de saúde da Famema e do Prontuário do Cliente, expressando a caracterização dos profissionais de saúde pesquisados e a análise do Prontuário do Cliente.

Nas Considerações Finais são apresentadas: a valorização do Prontuário do Cliente atribuída pelos profissionais de saúde da Famema, através das opiniões em relação as suas funções; a prática de utilização, organização e atualização do Prontuário do Cliente da Famema e a relação entre a valorização e a prática referida pelos profissionais de saúde, bem como, proposições e sugestões.

Finalizando, são apresentadas: as referências bibliográficas, as contribuições bibliográficas (Apêndice A), o questionário utilizado como instrumento da pesquisa

unesp

(Apêndice B), o termo de consentimento (Apêndice C), onde se expressa a participação espontânea do pesquisado e ainda a aprovação da pesquisa no CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Famema (Anexo A).

O Prontuário do Cliente, como a principal fonte de um Sistema de Informação em Saúde, objeto de investigação desta pesquisa, e a Ciência da Informação, responsável pela análise dos processos de construção, comunicação e uso da informação contida no prontuário, além da concepção dos produtos e sistemas de informação, buscam ambos atender às necessidades sociais, institucionais e individuais de informação.

Capítulo 1 – 1. A Ciência da Informação

O desenvolvimento da produção de informações (gerais, científicas e técnicas) e de sistemas de informação favoreceu o desenvolvimento de uma ciência que tivesse por objeto de estudo a informação, ou seja, uma Ciência da Informação. Wersig (1993, p. 229-230) cita que a Ciência da Informação nasceu da Biblioteconomia; a leitura pública e a história do livro foram a matéria dos primeiros estudos realizados. Atualmente a informação referente às ciências, às técnicas, às indústrias e ao Estado associada às tecnologias constitui-se na base informacional da Ciência da Informação.

A informação tem a sua definição ainda em construção e vários teóricos[2] tem discutido o seu conceito e a sua definição. Ela pode ser considerada uma medida de organização de um sistema, de uma mensagem ou/e de um ser vivo. Pode também, ser um elemento organizador que referencia o homem no seu caminho. A informação passou a ter maior importância na atualidade pós-industrial que passou a questionar, a sua natureza, seu conceito e os benefícios que pode trazer tanto para o indivíduo como na sua relação com o mundo.

A informação é o resultado da relação estática entre objetos materiais, independente da ação de seres humanos (Barreto, 1994 p. 3). Esta definição está relacionada à mensagem em si, sendo a informação considerada um símbolo gerado para uma transferência sem menção do receptor.

Já a informação como produtora de conhecimento é aquela que é percebida, aceita e assimilada pelo indivíduo, modificando sua consciência em benefício à liberdade e ao desenvolvimento próprio, bem como, de seu grupo de convivência e da sociedade como um todo.

Segundo Barreto (1999, p. 374), a informação é acumulada em estoques. Estes estoques emitem ondas de informação para atingir o sujeito e cumprir sua missão de transformar cristais de informação em chamas de conhecimento. O cristal

[2] Le Coadic, Saracevic, Bouche, Machlup e Mansfield, entre outros.

unesp

representa a invariância à regularidade da estrutura pelo seu facetado preciso e sua capacidade de refratar a luz, enquanto que a chama representa a agitação interna de reflexão do indivíduo, em sua individualidade, sensibilidade e percepção na recepção da informação.

Barreto (1994, p. 7) menciona que o volume e crescimento dos estoques de informação são contínuos e lineares em relação ao tempo, enquanto que o homem que reflete e assimila a informação não o faz de maneira pontual. Este processo é realizado por meio das experiências do passado e das expectativas do futuro, sem ser possível definir um começo ou um fim absolutos.

Bouche (1998, p. 99-100) cita que a comunicação é um processo de troca de informações entre as pessoas, sendo a comunicação um ato, um processo, um mecanismo e a informação um produto, uma substância, uma matéria.

Existe uma relação entre informação como fenômeno e comunicação como processo. Essa relação entre ambos é que vai determinar a relação entre Comunicação e Ciência da Informação (SARACEVIC, 1992, p. 17-18).

A Ciência da Informação é a ciência do condicionamento a uma forma e da adaptação a um canal, isto é, a informação deve corresponder aos objetivos visados e às características do canal escolhido. A Ciência da Informação é uma parte da ciência da comunicação que diz respeito ao ato completo da comunicação, em particular seus aspectos humano, econômico, jurídico e social (BOUCHE, 1988, p. 99-104).

A comunicação eletrônica da informação associada à interatividade e interconectividade modificou a delimitação de tempo e espaço da informação, bem como a relação dos receptores com a informação. A interatividade representa o acesso à informação em tempo real e a interconectividade é referida à mudança de um espaço de informação para outro, a qualquer momento. A comunicação eletrônica liberta a informação dos atravessadores dos estoques de informação e possibilita uma nova interação entre os geradores e consumidores de informação (BARRETO, 1999, p. 371-382).

unesp

As primeiras disciplinas da Ciência da Informação são caracterizadas pelo grande interesse aos suportes da informação e não à própria informação. São elas: Biblioteconomia, Museologia e Documentação.

A Biblioteconomia vem da união de duas palavras: biblioteca (caixa de livros) e economia (organização, administração e gestão), sendo considerada uma prática de organizar: a arte de organizar bibliotecas. Responde aos problemas de:

- acervo (formação, desenvolvimento, classificação, catalogação, conservação);
- serviço organizado (regulamento, pessoal, contabilidade, local, mobiliário);
- leitores, usuários (deveres recíprocos do pessoal e do público, acesso aos livros, empréstimo).

Analisando a Biblioteconomia e a Ciência da Informação, Machlup e Mansfield (1983, p. 22) colocam que, embora a tecnologia aplicada às funções tradicionais de bibliotecas não evidencie novos meios de manipulação de estoque de conhecimento, os bibliotecários passaram a administrar centros de informação não-bibliográficos, a participar de redes e a recuperar base de dados eletrônicos.

A Museologia é uma prática de organizar: a arte de organizar museus. Responde aos problemas de:

- acervos e reservas técnicas (formação, desenvolvimento, classificação, conservação, utilização pelos pesquisadores não-museólogos e exposições para o público);
- serviço organizado (regulamento, pessoal, contabilidade, local, mobiliário);
- visitantes e usuários (deveres recíprocos do pessoal e do público, acesso às coleções).

A Documentação é um conjunto de técnicas para organizar, analisar os documentos, descrevê-los e resumi-los. A documentação surgiu no final do século XIX, pela necessidade dos pesquisadores que não encontravam nas bibliotecas os meios de acesso a documentos variados. Criou-se, então, o Instituto Internacional de Bibliografia por Otlet e a Federação Internacional de Documentação.

unesp

O desenvolvimento tecnológico, que anunciou o nascimento da Ciência da Informação, foi o cartão perfurado IBM, utilizado para analisar o conteúdo dos documentos e extrair a informação que continha.

A sociedade da informação necessita de uma ciência que estude as propriedades da informação e os processos de sua construção, comunicação e uso.

O desenvolvimento da produção e das necessidades de informações científicas e técnicas, o surgimento das indústrias de informação e das tecnologias eletrônicas influenciaram, para que as unidades de informação deixassem de ser apenas um depósito de livros, documentos, objetos e artefatos e se tornassem depósitos de conhecimento e meio de comunicação de informações atingindo cada vez mais um número maior de pessoas, para se tornarem multimídia de massa.

Segundo Le Coadic (1996, p. 20), a indústria da informação eletrônica ocupa um lugar cada vez mais importante na economia dos países industrializados. A taxa de crescimento do setor é de 20% a 40% ao ano.

A Ciência da Informação, com a preocupação de esclarecer o problema social, voltada para o ser social que procura informação, coloca-se no campo das ciências sociais (do homem e da sociedade) como meio de compreender o social e cultural.

A pesquisa em Ciência da Informação responde a uma necessidade social: a demanda de tecnologia da informação, de máquinas de comunicar. Os pesquisadores se preocupavam com a utilidade, a eficácia, o prático e a prática, e muito pouco com o teórico e a teoria.

A demanda social crescente, os objetivos sociais e os avanços econômicos tornam-se a prática da Ciência de Informação uma ciência social rigorosa.

A Ciência da Informação é uma nova interdisciplina, um novo campo de conhecimento onde colaboram entre si, principalmente, a psicologia, a lingüística, a sociologia, a informática, a matemática, a lógica, a estatística, a eletrônica, a economia, o direito, a filosofia, a política e as telecomunicações. Os temas atuais de

unesp

pesquisa em Ciência da Informação nas diversas disciplinas descrevem sua estrutura. A interdisciplinaridade é a colaboração entre diversas disciplinas a qual leva à interação e à reciprocidade, implicando em enriquecimento mútuo.

A Ciência da Informação inicia-se com a Biblioteconomia e a história do livro; as primeiras leis e análises são bibliométricas; segue com as teorias das classificações e da indexação, sistemas em linha de recuperação de documentos e dados e estudos descritivos das técnicas respectivas: bancos de informações bibliográficas, textuais, fatuais, pesquisas sobre sistemas de gerenciamento de bibliotecas e centros de documentação (aquisição, circulação, catálogos informatizados em linha) em inglês (OPAC, de Online Public Access Catalog), etc.

Para Le Coadic (1996, p. 23) a Ciência da Informação conta ainda com temas periféricos, tais como:

- psicológicos - comportamentos de comunicação, processos heurísticos, representação dos conhecimentos;
- lingüísticos - semiótica, reformulação, paratexto, morfossintaxe;
- sociológicos – sociologia das ciências, comunidades científicas, produtividade científica, mérito;
- informáticos – base de dados, recuperação, sistemas especialistas, programas para hipertexto;
- matemáticos, lógicos, estatísticos – algoritmos, distribuições não-gaussianas, lógicas booleana e difusa, processos markovianos;
- econômicos, jurídicos e políticos – comercialização da informação, direito das criações imateriais, indústrias da informação, sociedade da informação;
- filosóficos, epistemológicos, históricos.

Com o surgimento de novos conhecimentos, implantou-se um conjunto de estruturas que visa fornecer status científico e social à Ciência da Informação.

As revistas científicas, os bancos de informações, as sociedades científicas e profissionais e os cursos e as unidades de ensino e suas equipes de pesquisa são as estruturas existentes na Ciência da Informação.

A Ciência da Informação tem por objeto o estudo das propriedades gerais da informação (natureza, gênese, efeitos), isto é, a análise dos processos de construção, comunicação e uso da informação, e a concepção dos produtos e sistemas que permitem sua construção, comunicação, armazenamento e uso.

Durante muito tempo, os profissionais da informação tiveram pouca participação em cada um desses processos de construção, comunicação e uso da informação. Suas atividades e técnicas eram desenvolvidas em relação aos problemas de armazenamento dos documentos e objetos e dos desenvolvimentos dos sistemas correspondentes.

Le Coadic (1996, p. 27) menciona que a informação é o sangue da ciência. Sem informação, a ciência não pode se desenvolver e viver, a pesquisa seria inútil e o conhecimento não existiria. A informação é continuamente produzida e renovada, e é necessário que circule livremente. A atividade de pesquisa é a aplicação do raciocínio ao conhecimento acumulado ao longo do tempo e armazenado nas bibliotecas e centros de documentação. O processamento do conhecimento é realizado através das descobertas científicas e inovações técnicas. O sistema de construção do conhecimento integra-se ao desenvolvimento econômico e social, isto é, a industrialização passa pela ciência e a ciência passa pela industrialização.

Segundo Le Coadic (1996, p. 29), o crescimento da ciência é muito ativo e acelerado, assim como o do conhecimento e da informação, devido as seguintes características:

- ampliação dos setores onde se exerce esse conhecimento;
- um movimento de síntese e de unidade, através das fusões de disciplinas dando origem a novas disciplinas, a Ciência da Informação é um exemplo;
- o aparecimento de novos produtos, processos de produção, atividades e empresas, como as indústrias eletrônicas.

unesp

A comunidade científica é constituída pelos atores da construção da informação, é o grupo social formado por indivíduos que têm como profissão a pesquisa científica e tecnológica. Le Coadic (1996, p. 31–32) menciona que cinco etapas balizaram as instituições científicas:

- o cientista isolado desenvolveu a ciência sem apoio institucional;
- o amadorismo científico, através de esforços isolados, reuniu pares para o trabalho coletivo;
- a ciência acadêmica, as academias permitiram aos especialistas dedicar-se integralmente a seus trabalhos;
- a ciência organizada, através de programa de desenvolvimento e de formação para pesquisa;
- a megaciência caracteriza-se pelas dimensões dos laboratórios, extensão dos orçamentos de pesquisa, complexidade dos equipamentos, comunidade profissional nacional e internacional.

A forma de trabalho e organização das instituições científicas atualmente assemelha-se às empresas: divisão mais complexa do trabalho científico, centralização da autoridade, administração da pesquisa, monitoramento das informações, etc.

As comunidades científicas desempenham várias funções e uma delas é a comunicação que tem o objetivo de manter o intercâmbio de informações sobre os trabalhos em andamento colocando os cientistas em contato entre si e de assegurar a difusão e promoção da ciência junto a públicos de não-especialistas.

Para Le Coadic (1996, p. 34), as práticas de comunicação são de aproximadamente 40% do trabalho de pesquisa, considerando-se: leitura, escrita e contatos. Esse processo de comunicação ocorre de duas formas: processo escrito - formal, e processo oral - informal.

A comunicação escrita compreende as publicações e a comunicação oral compreende as conferências, colóquios, seminários que são públicos e as conversas e correspondências que são privadas. Os dois processos - escrito e oral - servem a

fins distintos no trabalho do pesquisador e no funcionamento do conjunto do sistema de informação. Ambos são indispensáveis mas utilizados em momentos diferentes.

Usar a informação é trabalhar com o produto informação para obter um resultado que satisfaça à necessidade de informação.

A necessidade de informação se diferencia das necessidades físicas, como dormir e comer, pois as necessidades físicas são necessidades fundamentais e a necessidade de informação é uma necessidade derivada, isto é, serve para a realização de outros tipos de necessidade. A necessidade surge da existência de um problema a resolver, um objetivo a atingir, ou da constatação de um conhecimento insuficiente ou inadequado.

Os tipos de necessidade de informação são em função do conhecimento (desejo de saber) e em função da ação (atividades profissionais e pessoais – trabalhar, ir de um lugar para outro, comer, dormir, reproduzir-se).

Le Coadic (1996, p. 42) menciona que a análise das necessidades de informação deve responder às seguintes perguntas: Quem necessita de informação? Que tipo de informação? Para qual grupo de pessoas? Por que precisam dela? Quem decide quanto a essa necessidade? Quem seleciona? Que uso é dado ao que é fornecido? Que conseqüências resultam desse uso para o indivíduo, o grupo, a instituição e a sociedade em seu conjunto?

É preciso conhecer as circunstâncias que levam um usuário a iniciar um processo de busca de informações para entender a pergunta que o usuário formulará ao sistema, a interação que ocorrerá entre o usuário e o sistema e a avaliação do resultado dessa interação.

A análise das necessidades de informação compreende cinco etapas, segundo Le Coadic (1996, p. 45):

1. identificar os usuários e os usos da informação;
2. descrever a população-alvo e o ambiente;
3. identificar as necessidades dessa população;

unesp

4. avaliar as necessidades;
5. descrever, comunicar e implementar as soluções.

1.1 A história da Ciência da Informação

A Epistemologia histórica busca elucidar a produção de teorias e dos conceitos científicos a partir de uma análise da própria história das ciências, de suas resoluções e das "démarches" do espírito científico (JAPIASSU, 1977, p. 65). Pesquisa desde a natureza dos fenômenos observados, descritos e explicados, seu corpo de conhecimentos, definições e conceitos, suas leis e teorias, enfim, um conjunto de elementos que a caracterizam como campo do conhecimento.

As primeiras histórias tiveram como objeto instituições, técnicas e indivíduos pertencentes ao campo da informação e, raramente, idéias, conceitos, métodos ou teorias. Esses estudos estavam inseridos no desempenho das funções de biblioteconomia como ciência. As instituições, predominantemente as bibliotecas e as profissões que são responsáveis pela sua organização, são objeto de numerosos trabalhos históricos. As técnicas têm como objeto de estudo os acervos de livros apreciados pelos historiadores, sem relação com a disciplina informacional, Le Coadic (1996, p. 80) menciona que os cientistas notáveis, bem como suas histórias, são:

- a de Otlet, belga, pioneiro da Ciência da Informação;
- a de Ranganathan, indiano, especialista das classificações;
- a de Bush, norte-americano;
- a de Bradford, pai da lei do mesmo nome e de Brookes, ambos britânicos.

Em 1945 com o enunciado da teoria da informação e o desenvolvimento da cibernética e suas conseqüências, várias pesquisas históricas foram desencadeadas sobre o assunto. Antes da Segunda Guerra Mundial, nos anos 30, surgia um novo conjunto de técnicas de organização, análise e descrição bibliográfica, e um novo conceito de informação. A documentação cedia lugar à informação. O American Documentation Institute (ADI), criado em 1937, tornou-se, em 1968, a American Society for Information Science (ASIS), recebendo uma atenção especial por parte dos governos.

unesp

A história da Ciência da Informação é a história da atividade criadora nesse campo, da formação dos conhecimentos científicos nessa disciplina, de uma ciência em ação, de conceitos, métodos, leis, teorias e idéias.

Um dos primeiros conceitos de Ciência da Informação foi definido por Borko (1968, p. 3) como sendo a "disciplina que investiga as propriedades e o comportamento da informação, as forças que regem o fluxo de informação, a fim de alcançar acessibilidade e utilização ótimas".

Saracevic (1992, p. 8) atribui a recuperação da informação à causa maior do surgimento da Ciência da Informação, relacionando-a, atualmente, aos processos de comunicação humana. Sua definição de Ciência da Informação reflete essa evolução:

> campo devotado à investigação científica e prática profissional que trata dos problemas de efetiva comunicação de conhecimentos e de registro de conhecimento entre seres humanos, no contexto de usos e necessidades sociais, institucionais e/ou individuais de informação. No tratamento desses problemas tem interesse particular em usufruir, o mais possível, da moderna tecnologia da informação.

A história das técnicas da informação é cultural, isto é, revela os laços que unem as técnicas às práticas sociais, as habilidades às artes e as inovações aos modos de vida. Até a década de 1950, o sistema técnico no setor da informação era o papel e o livro. A produção, comunicação e uso da informação recorreram à escrita, cujo suporte material mais difundido é o papel. Como objeto técnico, tinha-se o livro e como instituição, a biblioteca.

Le Coadic (1996, p. 87) menciona que em 1948, com a descoberta do transistor e o desenvolvimento dos primeiros suportes imateriais da informação, ocorre uma mudança na civilização ocidental, substituindo as técnicas de informação pelas técnicas de produção. Os avanços na eletrônica e na informática provocaram mudanças técnicas que marcaram a segunda metade do século XX. Como objeto técnico, tem-se o conjunto das redes de transmissão com seus canais e nós

unesp

inteligentes e como instituição, os laboratórios Bell, a quem se deve a descoberta do transistor.

Na técnica escrita, sobressaem o livro e o periódico, feitos de papel. O periódico foi e continua sendo o meio de comunicação mais privilegiado da informação. A revista científica é um conjunto ordenado, onde os artigos são selecionados segundo seu mérito científico. A seleção é feita por comitês editoriais ou de redação, que são filtros cognitivos e sociais. O resultado é um conjunto formalizado, onde os artigos são revisados até atingirem uma forma perfeita, podendo ser encontrado e citado sem ambigüidades. Esse conjunto torna-se público e a sociedade científica pode submeter um manuscrito a uma revista para sua publicação. Portanto, a revista científica possui qualidades no sentido de validar as prioridades, ser repositório de trabalhos científicos e os tornar públicos.

Como técnica oral, as conferências, encontros, congressos e simpósios reúnem pesquisadores de um determinado campo para debaterem um tema. Também é uma oportunidade de troca de informações entre pesquisadores.

Já as técnicas eletrônicas de informação são fruto de uma fusão da informática, das telecomunicações e dos meios eletrônicos, tais como: banco de informações, de imagens, bases de conhecimentos, cartão inteligente, conferência eletrônica, correio eletrônico, livro eletrônico e revista eletrônica. A economia dos produtos e sistemas de informação eletrônica é mais interessante do que a dos produtos de papel. Os pesquisadores não mais assinam revistas de papel.

A expressão "Sociedade da Informação" refere-se a um desenvolvimento social e econômico, em que os processos de produção da informação, desempenham um papel central na atividade econômica, na geração de novos conhecimentos, na criação de riqueza, na qualidade de vida e satisfação das necessidades dos cidadãos e das suas práticas culturais (LEGEY; ALBAGLI, 2000, p. 1).

O desenvolvimento das técnicas de transmissão e armazenamento de dados e informações a baixo custo, seguidas por inovações organizacionais, sociais e legais caracterizam a Sociedade da Informação.

unesp

O Programa Sociedade da Informação no Brasil conta com um conjunto de propostas que visa disseminar a adoção e o uso das tecnologias de informação no país e, principalmente, evitar que esse processo amplie as desigualdades existentes entre pessoas e regiões – ricas e pobres.

Takahashi (2000, p. 59), em sua obra "Sociedade da Informação no Brasil", cita que os conteúdos são identificados na rede como produtos e serviços de informação – dados, textos, imagens, sons, software, etc., em resumo, são tudo que é operado na rede. O conceito funcional de conteúdos está no conhecimento de como os conteúdos são distribuídos e classificados, como se obtêm grandes conjuntos de conteúdos e metadados (dados que descrevem outros dados), como devem ser tratados para estarem disponíveis e acessíveis, quem são os produtores e quais são as hierarquias que os definem. Por outro lado, o usuário, razão fim dos conteúdos, não é um receptor passivo, pelo contrário, ele é ativo, agente determinante, livre para escolher e interagir, e ainda é produtor e intermediário de conteúdos.

A operação dos conteúdos na rede move a sociedade para uma Sociedade da Informação. Os conteúdos se constituem em meio e fim da gestão da informação e do conhecimento na Sociedade da Informação.

Para que os conteúdos sejam de alcance universal é preciso romper as barreiras quanto ao processo de difusão, especialmente os conteúdos de natureza tecnológica, educacional e lingüística.

O processo de globalização não tem provocado a homogeneização das culturas e das identidades, ao contrário, provocou a multiplicação de diferentes identidades locais como maneira de resistir aos modelos de cultura uniformizante. Portanto, cabe à Sociedade da Informação planejar ações que conduzam à produção e distribuição de conteúdos que sirvam aos interesses das identidades culturais do país, entendendo que identidade cultural é a soma de significados estruturais da vida de um indivíduo ou de um povo e, partindo do princípio que identidade cultural não é única e sim, múltipla.

unesp

A identidade primária no país é representada pela sua língua natural. No caso do Brasil, a língua é única, sendo necessário criar programas específicos em português visando a consolidação dessa língua como idioma privilegiado da Sociedade da Informação Brasileira. A língua é o fator determinante da possibilidade de acesso e da difusão de conteúdo, bem como da veiculação da identidade de uma nação em termos de sua variedade cultural. A presença da língua portuguesa no mundo eletrônico é bastante reduzida, assim como outros idiomas, com exceção do inglês. Apenas 0,7% dos conteúdos estão em português, enquanto 84% estão em inglês.

O desenvolvimento de um país depende da capacidade de organização de conteúdos. A produção e armazenamento de conteúdos ocorrem de forma descentralizada e dispersa, sendo necessário reunir e incorporar como produtos ou serviços. A produção de conteúdos tem problemas pelo alto custo da digitalização de acervos e pelas diferenças técnicas na preparação de bases de dados. A construção de uma Sociedade da Informação no Brasil depende do apoio à pesquisa em tecnologia de produção e comunicação de conteúdos e da condição de acesso e de capacitação dos cidadãos para o uso das novas tecnologias. As instituições culturais públicas devem também ter condições de acesso e uso das tecnologias relativas à produção, difusão e disponibilização de conteúdos.

A Internet vem adquirindo uma importância econômica maior sinalizando uma demanda por conteúdos brasileiros voltados para os negócios eletrônicos. Principalmente as empresas de comunicação e lazer têm investido em conteúdos de grande popularidade com retorno econômico. A oferta de conteúdo acontece em um ambiente determinado pela demanda. Takahashi (2000, p. 61) cita que O Universo On Line (UOL), maior provedor em língua portuguesa, declara contar com 680 mil assinantes de acesso em 146 cidades no Brasil e com um público mensal de 6 milhões de pessoas e que na pesquisa de audiência da Alexa Research, realizada em junho de 2000, para os 100 sites mais visitados no mundo, o UOL está na posição 57. Esse resultado deve-se ao amplo e diversificado conteúdo em língua portuguesa. Considera-se, então, que os sites não podem limitar-se apenas ao acesso gratuíto, precisam ser atraentes aos usuários, ou melhor, aos múltiplos perfis de usuários.



Com exceção dos serviços comerciais, os serviços de informações mais bem estruturados estão na área de ciência e tecnologia, sendo, inclusive, os pioneiros no uso de recursos de informática para automação do serviço de busca e disseminação da informação. Takahashi (2000, p. 62) menciona que o IBICT – Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia no País, desde sua fundação, em 1954, vem desempenhando papel de liderança na introdução de métodos e serviços em biblioteconomia e documentação, e, recentemente, na introdução de sistemas informatizados de serviços de informações científicas e tecnológicas. O desafio atual é a conclusão de um processo de transição, pós Internet, onde as instituições prestarão serviços de forma descentralizada, porém integrada.

Takahashi (2000, p. 63) considera que há diversas iniciativas para o novo modelo, porém três merecem destaque: o Prossiga, o Scielo e o Lattes. O Prossiga é uma iniciativa do CNPq e tem por objetivo favorecer e promover o uso da informação relevante para ciência e tecnologia já disponíveis na Internet ou em arquivos existentes em instituições brasileiras. O Projeto Scielo (Scientific Eletronic Library Online) é uma biblioteca virtual que contém uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros, provém de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde (Bireme). A Plataforma Lattes é um conjunto de sistemas computacionais do CNPq que tem o objetivo de racionalizar o trabalho dos pesquisadores e estudantes no fornecimento das informações requeridas pelo Conselho e resulta do esforço conjunto do MCT, CNPq, Finep e Capes/MEC.

A Sociedade da Informação desenvolve-se por meio da operação de conteúdos, portanto requer esforços para aumentar a disseminação da Internet, pela adequação das tecnologias de informação e comunicação, desenvolvimento de softwares próprios e de fácil uso, e volume de conteúdos que atendam às necessidades de informação dos cidadãos de todas as regiões do país.

Os conteúdos do Governo deverão facilitar o exercício dos direitos e o cumprimento dos deveres públicos dos cidadãos e das instituições para promover uma transparência dos atos do governo.

unesp

Os arquivos, bibliotecas, museus e centros de documentação estão ocupando um papel estratégico ao viabilizarem para as pessoas e comunidades, não diretamente conectadas, o acesso público, gratuito e assistido aos conteúdos da Internet.

Segundo Takahashi (2000, p. 65), para construir a Sociedade da Informação no Brasil, será preciso: facilitar o acesso aos acervos culturais nacionais; registrar manifestações culturais nas mais diferentes mídias, em formato digital; registrar de forma sistemática a produção científica e tecnológica; criar mecanismos para a produção de conteúdos por parte da comunidade; e promover igualdade de oportunidades de acesso às novas tecnologias.

E para tanto será necessário: desenvolver regulamentos, normas técnicas, legislação adequada à utilização; promover a criação e organização de sites, páginas e portais; criar serviços de informação na internet; desenvolver métodos de criação, organização e disseminação de conteúdos na Internet.

1.2 As profissões e os profissionais da informação

A evolução das profissões da informação está ligada ao progresso da ciência e da tecnologia da informação. A partir dos anos 60, desenvolveu-se o conceito de rede e de sistema de informação e nossa idéia de unidade de informação evoluiu para a de biblioteca ou centro de documentação que compartilha informações com todos os componentes desta rede. Atualmente, a unidade de informação está aberta para o mundo e tornou-se um ponto focal de acesso aos sistemas de informação do mundo todo, via Internet.

O profissional da informação tem como função receber a informação de qualquer natureza, e, assim, organizar, descrever, indexar, armazenar, recuperar e distribuir essa informação em sua forma original ou como produto elaborado através dela.

Le Coadic (1996, p. 106-107) menciona que as atividades exercidas pelos profissionais da informação são diversificadas, destacando além das clássicas, as funções relacionadas abaixo:

unesp

- avaliar, planejar, vender e implantar redes locais de comunicação de informação;
- fazer buscas manuais e informatizadas no serviço de documentação de um centro de pesquisa e desenvolvimento;
- implantar programas de gerenciamento de informação na informatização de bibliotecas, museus ou centros de informação;
- implantar serviços eletrônicos de comunicação oral (videoconferência) e escrita (correio eletrônico) em empresas;
- preparar, resumir e editar informações, por exemplo, sobre novos medicamentos em uma empresa farmacêutica, o que, implica saber recuperar e avaliar a informação científica e médica, interpretar e redigir documentos técnicos;
- produzir programas audiovisuais e ser capaz de implantar sistemas de informação multimídia para um conjunto de estabelecimentos escolares;
- administrar as aquisições, formar os acervos de museus ou bibliotecas e informatizá-los;
- dirigir redação de revistas científicas numa empresa editorial;
- implantar a política orçamentária e a política de seleção de pessoal em um centro de documentação.

Le Coadic (1996, p. 107-108) aponta três grupos de profissionais da informação: os especialistas, os empresários e os cientistas da informação.

Os especialistas da informação utilizam computadores e redes de telecomunicação. Estão mais voltados para a análise, comunicação e o uso da informação do que para o armazenamento e a conservação das coleções de documentos e objetos. Denominam-se analistas da informação, gerentes da informação, planejadores de sistema de informação.

Os empresários da informação criam empresas de fabricação e venda de produtos ou serviços de informação. Uma empresa de informação organiza,

unesp

processa, transforma, comunica e analisa a informação produzida como resultado de pesquisas e estudos.

Os cientistas da informação são as comunidades científicas formadas pelos pesquisadores e docentes na área da Ciência da Informação. Estudam as propriedades e desenvolvem novos sistemas e produtos de informação.

Cunha (2000, p. 160) menciona que a Sociedade da Informação está provocando uma diversificação de categorias de profissionais que trabalham com a informação. O grupo de profissionais que se diversifica cada vez mais, devido às necessidades mais pontuais, encontra-se frente a uma concorrência cada vez maior. Sua pesquisa realizada em 1998, como tese de doutorado, diz respeito ao perfil do profissional brasileiro e francês da informação e evidencia bem essas tendências.

As mudanças e a diversificação do mercado de trabalho são responsáveis pelo surgimento da expressão "novo profissional da informação" ou MIP - *"Modern Information Professional,"* expressão criada pela FID – Federação Internacional de Documentação e Informação. Esta idéia de novo profissional tornou-se tão importante que a FID criou um comitê de estudos especialmente para analisar este fenômeno – o FID/MIP (FID, 1992 apud CUNHA, 2000, p. 161).

O conceito de novo profissional da informação surgiu de uma idéia de mudança, de valorização e de diversificação destas atividades. Esta idéia está ligada à qualidade do trabalho, a mais profissionalismo, a uma maior consciência profissional, à diversificação das funções e do espaço de atuação deste profissional. É um termo muito utilizado na literatura, mas ainda não muito bem definido. Como afirma Roberts (1994, p. 38), por exemplo, se o novo profissional deve se preocupar com a qualidade do seu trabalho, preferencialmente com o seu usuário, em dar respostas mais elaboradas, então poderíamos afirmar que o novo profissional é o profissional eficiente.

O novo profissional da informação deve ser elo de integração dentro da organização, trabalhar em cooperação com profissionais de outras unidades de informação em redes formais ou informais, isto é, a unidade de informação deve

unesp

estar atenta e refletir a realidade da instituição a que pertence, deve estar inserida nesta realidade e em consonância com outras unidades de informação que trabalhem no mesmo ramo de atividade; deve "repartir" informação, deve ser um *"gatekeeper"*, exercer permanentemente a educação do usuário para que ele seja cada vez mais independente no acesso à informação.

Segundo a pesquisa de Cunha, que diz respeito ao perfil do profissional da informação, o desenvolvimento da Internet abre novos campos de trabalho; existe informação demais disponível, e o que a diferencia reside no fato de se acrescentar algo mais à informação tratada e dar-lhe valor, oferecendo soluções aos problemas dos usuários. Para tanto, se exigem novas competências, novos conhecimentos e, principalmente, novas interações. A educação continuada é necessária.

As mudanças que estão sendo vivenciadas na profissão e nas unidades de informação, no contato com os usuários - reforçadas e impulsionadas pelas novas tecnologias e principalmente pela Internet - representam um desafio sem precedentes. Além de trabalharmos em bibliotecas sem muros, cada vez mais conectados com o mundo, com todos os setores das instituições onde trabalhamos e com outras unidades de informação, estabelecendo pontes ou redes formais ou informais, nossa valorização profissional depende muito de uma cabeça aberta - sem muros – com capacidade de buscar o novo, de ter curiosidade, de estar em contato com outros profissionais e principalmente de não ter medo de inovar.

As práticas informacionais saem do papel para o meio eletrônico onde o oral e visual retomam um lugar que o textual havia tirado, surgindo uma nova cultura informacional. Os meios audiovisuais vêm sendo mais exigidos e menos formais que os textuais.

A ciência está na origem de uma indústria, de um mercado e de um comércio da informação. O crescimento da indústria e a mudança do mercado de usuários, acontecem rapidamente. O comércio da informação destaca-se pelo produto informacional de significativo valor agregado, portanto, os profissionais da informação devem analisar seus papéis e ficarem mais próximos da informação e mais distantes do livro, do documento e do objeto.

unesp

Sendo a Ciência da Informação responsável pelo estudo das propriedades da informação e dos processos de sua construção, comunicação e uso, tem como finalidade atender aos objetivos sociais e avanços econômicos. A pesquisadora, como profissional da informação, necessita conhecer a valorização e utilização do Prontuário do Cliente pelos profissionais de saúde para verificar se as informações estão adequadas às necessidades institucionais, melhorando a qualidade no cuidado à saúde, permitindo assim, caminhar na construção de um sistema de informação que será de extrema importância para a comunidade interna da instituição e principalmente para o cliente, mas sobretudo ser conteúdo de grande valor e interesse para o desenvolvimento da sociedade da informação.

unesp

Capítulo 2 – 2. O Prontuário do Cliente como fonte de um Sistema de Informação em Saúde.

O dado representa uma descrição limitada do real, enquanto que a informação é uma descrição mais completa do real associada a um referencial explicativo sistemático, isto é, a informação é uma representação simbólica de fatos ou idéias que são capazes de gerar conhecimento. Porém, a informação não necessariamente gera conhecimento, mas ela tem potencial para isto. A informação é útil e necessária quando apóia uma ação, reduzindo a incerteza dessa ação. Já o indicador representa a quantificação da realidade e é utilizado para avaliar o grau de saúde de uma população e planejar ações que interfiram na realidade.

Para Carvalho e Eduardo (1998, p. 22), indicadores de saúde são formas numéricas ou não, obtidas a partir dos sistemas de informação utilizados para mensurar atividades realizadas ou o grau de risco de um evento, ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer e intervir para alcançar metas e objetivos.

A estatística é um método de estudo para manuseio de dados numéricos o qual é aplicado a várias ciências, inclusive à da saúde. A estatística ajuda na busca da exatidão e fidedignidade das observações, na transformação de dados em tabelas e gráficos e evidencia as hipóteses formuladas. O termo *estatísticas*, no plural, é sinônimo de dados numéricos, enquanto *estatística*, no singular, é o método utilizado no manuseio dos dados numéricos, isto é, o método de coleta, elaboração, análise e interpretação desses dados.

Para Chaves (1978) sistema é um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo. Sistema dá uma conotação de plano, método, ordem, arranjo. O antônimo de sistema é o caos.

Segundo Bertalanffy (apud CHIAVENATO, 1983, p. 516), sistema é um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas, de onde decorrem dois conceitos: o de propósito (objetivo) e o de globalismo (totalidade).

unesp

Esses dois conceitos retratam duas características básicas em um sistema. As demais características dadas a seguir são derivadas desses dois conceitos, como mostra Chiavenato (1983, p. 516):

- propósito ou objetivo: todo sistema tem um ou alguns propósitos ou objetivos. As unidades ou elementos e os relacionamentos definem um arranjo que visa sempre um objetivo a alcançar.
- globalismo ou totalidade: uma ação que produz mudança em uma das unidades do sistema, com muita probabilidade deverá produzir mudança em todas as outras unidades deste sistema. Há uma relação de causa-e-efeito entre as diferentes partes do sistema. Assim, o sistema sofre mudanças e o ajustamento sistemático é contínuo. Das mudanças e dos ajustamentos contínuos do sistema decorrem dois fenômenos: o da entropia e o da homeostasia.
- entropia: é a tendência que os sistemas têm para o desgaste, para a desintegração, para o afrouxamento dos padrões e para um aumento da aleatoriedade. À proporção que aumenta a informação, diminui a entropia, pois a informação é base da configuração e da ordem. Daí o conceito de negentropia, ou seja, a informação como meio ou instrumento de ordenação do sistema.
- homeostasia: é o equilíbrio dinâmico entre as partes do sistema. Os sistemas têm uma tendência a se adaptarem a fim de alcançar um equilíbrio interno em face das mudanças externas do meio ambiente.

Pode-se dizer que um sistema enfoca a ligação entre as partes e o equilíbrio entre elas, mais do que as partes em si.

Já para Carvalho e Eduardo (1998, p. 5), Sistema de Informação – SI - é um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêem informação de suporte à organização. Um SI processa dados, de maneira informatizada ou não, e os apresenta para os usuários que são os responsáveis pela sua interpretação. Essa interpretação é uma atividade inerentemente humana e importante para a compreensão da reação da organização às saídas do sistema.

unesp

Carvalho e Eduardo (1998, p. 7) citam que os Sistemas de Informação podem ser classificados segundo diversas categorias de acordo com seus objetivos:

- planejamento estratégico: voltado para as decisões que norteiam os rumos da organização;
- controle gerencial: voltado para o uso efetivo e eficiente dos recursos da organização;
- controle operacional: voltado para execução das tarefas essenciais ao funcionamento da organização.

Pode-se dizer que um Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizarem e operarem os serviços de saúde e, também, para investigá-los e planejá-los com vistas ao controle de doenças, (MORAES, 1994, p. 26).

Para Maletta (1992, p. 169) SIS é um conjunto de componentes (estruturas administrativas, departamento de estatística de saúde, unidades de informação em saúde) que atuam de forma integrada e tem por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões nos serviços de saúde.

Maletta (1992, p. 170) menciona ainda, que toda Informação representa um custo do ponto de vista de aquisição, processamento e transmissão; o sistema de informação seleciona as mais importantes, passando aos níveis superiores somente àquelas que podem contribuir para o processo decisório, isto é, as informações que possam ser usadas na administração de programas. As operações básicas de um SIS são:

a) formulação de indicadores;
b) coleta dos dados;
c) processamento dos dados;
d) produção da informação.

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

A produção da informação consiste em: confronto dos indicadores com os padrões existentes, análise das discrepâncias e detecção das causas prováveis das discrepâncias.

Moraes (1994, p. 28) menciona que um Sistema de Informações em Saúde deve ter resposta para as seguintes perguntas:

1) Por que se registra esta informação?
2) Para que será utilizada?
3) Quem a utilizará?
4) Como será empregada?
5) Por quanto tempo será útil esta informação?

Moraes (1994, p. 30) cita também que na prática é muito difícil delimitar o campo de abrangência das informações em saúde. Também devem ser entendidas e consideradas informações em saúde aquelas acerca da alimentação, moradia, saneamento, ou seja, acerca das condições gerais de vida e trabalho. Em uma democracia, não é a quantidade de informação que importa, mas sim a qualidade. Isto significa que a informação somente assume uma dimensão política transformadora quando é iluminada por uma idéia sobre justiça, liberdade, igualdade, segurança e cidadania.

Para Carvalho e Eduardo (1998, p. 17), SIS é um sistema informativo sobre a doença dos indivíduos e seu perfil na comunidade, sobre as causas e condições que propiciam o aparecimento delas, sobre a atividade clínica, condutas, normas técnicas, tecnologias em saúde utilizadas, ações programáticas e resultados, como extensão e impacto das ações na população ou grupos de risco. Assim a construção de um SIS requer equipe multiprofissional, com vários saberes técnicos para sua confecção, sendo fundamental a opinião dos profissionais usuários.

Carvalho e Eduardo (1998, p. 27-28) mencionam ainda que os Sistemas de Informação em Saúde podem ser classificados conforme a natureza das informações: Sistemas de Informações Estatístico-epidemiológicas, referentes à mortalidade e morbidade da população, aspectos demográficos, sociais e econômicos e suas relações com a saúde da população; Sistemas de Informações

unesp

Administrativas, referentes ao controle de estoque, materiais, equipamentos e gestão financeira e os Sistemas de Informações Clínicas, referentes aos dados clínicos sobre o cliente, desde sua identificação, problemas de saúde relatados, diagnóstico médico, até exames clínicos, laboratoriais, radiológicos, gráficos, procedimentos cirúrgicos realizados e medicamentos prescritos.

O Prontuário do Cliente é uma importante fonte de um SIS devendo ser nele registradas todas informações clínicas, referentes à assistência à saúde de um indivíduo.

Para a construção de um Sistema de Informação é primordial que as fontes de informação, no caso do Prontuário do Cliente, sejam organizadas através de adoção de normas e rotinas de trabalho, através de padrões que possibilitem a formação de canais de comunicação intra e interinstitucionais.

> O Prontuário do Cliente é um conjunto de documentos padronizados que se destinam ao registro da assistência prestada ao cliente, desde sua admissão até a saída de um serviço de saúde. Compõe-se da parte de assistência ambulatorial e de internação. (PURITA, 1992, p. 39)

> Mezzomo (1991, p. 245) cita o prontuário do cliente como um conjunto de documentos relativos à história da vida do cliente e da sua doença, escritos de modo claro, conciso e acurado, sob o ponto de vista médico-social, e garantida a necessária uniformidade estatística.

Trata-se, portanto, de um documento de grande valor, elaborado e utilizado por diversos profissionais de saúde.

Outra definição citada na obra de Mezzomo (1991, p. 245) diz ser o prontuário do cliente uma segurança para os médicos cultos e conscienciosos, uma ameaça constante para os audazes sem escrúpulos, os ignorantes incorrigíveis e ao mesmo tempo uma barreira intransponível contra as reclamações e os caprichos dos clientes descontentes.

unesp

Souza (1995, p. 33) define o prontuário do cliente sob o ponto de vista clínico e social, como uma história clara e precisa da vida do cliente.

Para Swartz (1992, p. 480) o Prontuário do Cliente, sendo um documento legal, só deve fazer parte do registro, comentários de atitudes ou comportamentos do cliente que sejam importantes tanto para o tratamento como para pesquisa científica. Os exames realizados devem ser descritos, bem como os não realizados, justificando o motivo.

Segundo Hossne (1992, p. 75), o prontuário é peça integrante do ato médico, com todas as suas implicações profissionais, legais e éticas. O prontuário do cliente tem valor individual específico, para o cliente, e valor coletivo enquanto elemento de estudo de uma casuística clínica.

Origina-se um prontuário quando um cliente passa pelo hospital, através de uma simples consulta no ambulatório, de um atendimento de urgência e emergência ou de uma internação. O prontuário é um processo dinâmico, pois uma vez iniciado, permanece aberto, e toda vez que o cliente recorre à instituição, seu prontuário é desativado para receber novas informações.

As folhas que compõem o prontuário variam de acordo com o critério estabelecido pelo serviço de saúde, porém algumas são tipo padrão: internação, identificação, folha de medicação, evolução clínica, relatório de enfermagem, exames, anamnese, pareceres, gráfico T.P.R (temperatura, pulso e respiração) e T.A. (tensão arterial).

Segundo Mezzomo (1991, p. 267), um prontuário completo inclui dados sociais, dados médicos, dados de enfermagem e outros:

1. Dados sociais:

1.1. identificação completa da pessoa: nome, sexo, cor, estado civil, idade, data de nascimento, profissão, religião, endereço, número de registro;

unesp

1.2. situação familiar e social: nome dos pais, nome do cônjuge, número de filhos, classificação social, plano de saúde (convênio);

1.3. termos de autorização e responsabilidade;

1.4. relatório do Serviço Social.

2. Dados médicos:

2.1. história da doença atual: anamnese, queixa principal, origem e história progressiva, relacionamento hereditário, hábitos pessoais, diagnóstico provisório.

2.2. exames físicos: TPR – PA (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), interrogações sobre diversos órgãos e aparelhos;

2.3. exames complementares laboratoriais, patológicos, radiológicos ;

2.4. diagnóstico definitivo;

2.5. evolução clínica das condições do cliente;

2.6. prescrição médica, tratamento médico e cirúrgico;

2.7. relatório de cirurgia, de anestesia, histopatológico e de necrópsia;

2.8. condições de ser dada a alta;

2.9. seguimento ambulatorial (follow-up);

2.10. em caso de morte, o resultado da autópsia.

3. Dados de enfermagem:

3.1. relatório ou prescrição de enfermagem;

3.2. gráficos de TPR e PA – Temperatura, pulso, respiração, pressão arterial.

4. Dados complementares:

4.1. exames complementares de diagnóstico e tratamento com os respectivos laudos podem ser considerados à parte;

4.2. relatório do terapeuta ocupacional;

4.3. relatório do fisioterapeuta;

4.4. relatório do psicólogo;

4.5. relatório do nutricionista.

Mezzomo (1991, p. 268) salienta que os dados complementares são mais utilizados nos hospitais de ensino, enquanto que nos estabelecimentos particulares só se registra o que possa justificar o faturamento.

Para Lawrence e Wissoky (1995, p. 38), quando um profissional descreve a história e o exame físico do cliente, deve fazer as seguintes perguntas:

1. A informação tem a ver com a assistência ao cliente?
2. A informação é importante na documentação do curso do tratamento?
3. Quais detalhes serão importantes para a assistência futura ao cliente?
4. A informação é exata?
5. As suspeitas, teorias ou possibilidades estão claramente identificadas como tais?
6. A informação serve aos melhores propósitos do cliente, médico e equipe de assistência?

E seguir as seguintes regras:

a) registrar todos os dados pertinentes;
b) evitar dados insignificantes;
c) usar termos comuns;
d) evitar abreviações;
e) ser objetivo;
f) usar diagramas quando indicado.

Para Mezzomo (1991, p. 249-250) existem algumas condições que são indispensáveis para se ter um bom Prontuário do Cliente, são as seguintes:

a) Consciência da importância

Para se ter um bom prontuário inicialmente é necessário admitir e reconhecer a múltipla utilidade dessa documentação. Para tanto, um trabalho de conscientização com todos os profissionais de saúde, que tenham responsabilidade direta ou indireta, é indispensável.

unesp

b) Responsabilidade profissional

A consciência profissional bem formada, o amor à técnica, o desejo de ser útil ao hospital, ao futuro da ciência e principalmente ao cliente servirão de estímulo para a elaboração completa e correta do prontuário.

c) Desejo de ser útil

Quando um profissional lembra o quanto foram úteis os bons prontuários para sua formação, sentirá o desejo de colaborar para os futuros estudiosos.

d) Definição clara das funções

As atribuições dos diversos profissionais de saúde quanto ao prontuário devem ser identificadas, bem como seu uso e preenchimento. Na contratação de um profissional de saúde essas atribuições devem estar claras na descrição de funções do cargo a ser ocupado.

e) Rotinas escritas

A apresentação escrita e bem detalhada da atividade de cada setor e das atribuições de cada profissional, constantes no regimento ou regulamento do hospital, garante o conteúdo do prontuário e a correção de seus dados.

f) Clareza da escrita

A letra do profissional médico é um problema universal. A letra pouco legível dificulta o entendimento e a comunicação entre os profissionais, ocasionado erro nas condutas com o cliente. As abreviaturas também, muito utilizadas, devem ser evitas.

g) Preenchimento completo dos itens

A falta de registro em forma sistemática dos dados impede o estudo comparativo tão importante para aprendizagem e auditoria. A Comissão de Prontuário tem a função de verificar o preenchimento dos dados previstos e empenhar-se para obter prontuários os mais completos possíveis.

O conjunto de profissionais que fornecem assistência ao cliente denomina-se equipe de saúde, que são os autores do Prontuário do Cliente. Esta equipe deve

unesp

trabalhar integrada, intercomunicando as observações e pareceres referentes ao cliente.

O fornecimento dos dados pode ser feito por meio de:

1. impressos próprios para cada especialidade, juntados em pasta única; ou,
2. um único impresso onde, em seqüência cronológica, cada especialista vai anotando, conhecido como "papeleta única".

O prontuário é um conjunto de informações ou documentos elaborados por diversos autores, agindo com autonomia profissional, porém com ações integradas.

O Prontuário do Cliente internado passa por diversos setores e autores, como por exemplo:

O setor de internação inicia numerando o prontuário, identificando e preenchendo os dados individuais na ficha de internação e alta, que deve conter no verso o termo de responsabilidade e autorização, devendo este ser assinado pelo acompanhante do cliente.

O serviço social faz a classificação econômico-social, com base nos documentos apresentados e informações colhidas no momento. Registra as condições sócio-familiares do cliente e serve de orientação para o médico avaliar a viabilidade de uma alta precoce ou adiada.

O profissional médico registra os dados da anamnese, exame físico, diagnóstico, conduta terapêutica, prescreve as dietas e faz as demais recomendações.

A enfermagem anota os horários, a ministração dos medicamentos e acrescenta as observações, isto é, o relatório de enfermagem consiste num registro claro e conciso das condições do cliente, do tratamento que ele recebe e das reações do cliente ao tratamento. Preenche também, em folha própria, os gráficos de TPR e PA (Temperatura, Pulso, Respiração e Pressão Arterial). Faz e anota os diversos controles exigidos.



O nutricionista registra o resultado da alimentação segundo as dietas prescritas e a sugestão de orientação dietética a ser seguida.

O terapeuta ocupacional, a partir de um diagnóstico determinado, prescreve as atividades ocupacionais, recreativas, sejam de caráter físico ou intelectual, as quais possam propiciar a cura ou estabelecimento do cliente. É profissional atuante em psiquiatria.

O psicólogo prescreve, orienta e acompanha formas de procedimento individual e grupal que favorecem a recuperação do cliente.

O cirurgião ao proceder o ato cirúrgico, registra o evento de forma clara e precisa em impresso próprio, por exemplo, relatório de cirurgia.

O anestesista faz um relatório de cada anestesia aplicada, detalhando quanto ao tipo de anestesia, duração, efeitos e outras constatações.

O fisioterapeuta atua quando o cliente apresenta limitações mecânicas, congênitas, adquiridas ou resultantes de acidentes ou tratamentos que requeiram imobilização longa. Prescreve, executa e orienta atividades mecânicas diversas.

O radiologista executa e interpreta os exames radiográficos e apresenta seu relatório orientando o médico assistente do cliente.

O laboratorista fornece relatórios (laudos) contendo os resultados dos exames solicitados.

Os técnicos em traçados gráficos (eletrocardiograma, eletroencefalograma e outros) também fornecem relatórios (laudos) contendo os resultados dos exames solicitados.

Cada um, por sua vez, registra suas observações e laudos em ordem cronológica e sucessiva, ora na mesma papeleta, ora anexando um novo impresso. A enfermagem e o profissional médico vão prescrevendo e anotando a evolução ou

o resultado do tratamento de forma progressiva. As observações de rotina e sintomas vitais são anotados em impresso próprio; bem como os impressos dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, não constituem em evolução propriamente dita. Na saída do cliente, por alta, óbito ou transferência, são completados os dados da folha de internação e alta.

A responsabilidade pelo prontuário recai direta ou indiretamente sobre os diversos profissionais. O administrador do hospital é responsável por toda atividade hospitalar. O SPC (Serviço de Prontuário do Cliente) é responsável pela guarda, segurança e conservação dos prontuários. O profissional médico é diretamente responsável pelo conteúdo do prontuário, referente à sua ação em relação ao cliente atendido, previsto no Código de Ética Médica, capítulo V, art. 69, "É vedado ao médico deixar de elaborar o prontuário médico para cada paciente" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1996, p. 23).

Os demais profissionais, de igual maneira, respondem diretamente pela parte que lhes cabe. De maneira geral, a responsabilidade incide sobre os profissionais de saúde que atendem o cliente e indiretamente sobre o Diretor do Hospital ou Chefe do Serviço.

Cabe à Comissão de Prontuários elaborar as normas e estabelecer padrões para a confecção do prontuário e submete-lo à Administração para sua aprovação. O regimento do hospital deve conter as atribuições e sanções para os casos de não cumprimento.

O SPC tem como atribuição verificar se foram preenchidas todas as exigências fixadas no Regimento e a Comissão de Prontuário analisar o conteúdo total dos prontuários e informar os profissionais de saúde sobre deficiências, mantendo a boa qualidade dos prontuários.

A Comissão de Prontuário é um recurso para apoio e assessoria à Direção do Hospital, é formada por profissionais de saúde que têm o prontuário do cliente como base de todo o julgamento e interpretações. Os dados apurados são levados ao

unesp

conhecimento da administração superior, do corpo clínico e são excelente material para estudos de casos e reuniões científicas.

A Comissão de Prontuário interpreta o padrão de atendimento e a eficiência da equipe de saúde através dos indicadores como: taxa de ocupação, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, taxa de infecções, produção global e setorial dos serviços.

As autoridades não devem ser elementos integrantes da Comissão de Prontuário e sim devem receber relatórios como fonte de informações e base para tomada de decisões.

Mezzomo (1991, p. 257-258) menciona que a Comissão de Prontuário tem como objetivo fazer uma análise para:

a) verificar o padrão de atendimento;
b) apreciar os resultados das diferentes condutas terapêuticas;
c) analisar a eficiência do serviço médico;
d) sugerir medidas para a melhoria do padrão;
e) orientar a atuação dos profissionais;
f) analisar impressos e sugerir modificações;
g) levantar e propor parâmetros de resultados.

A composição da Comissão de Prontuário não é padronizada, cada hospital tem suas características próprias, porém o chefe do Serviço de Prontuário é um elemento imprescindível e segundo Mezzomo (1991, p. 260), para a composição deveria ser indicado um médico clínico geral, um cirurgião geral e um escriturário. O especialista deve ser consultado sempre que necessário. A Comissão não deve ser muito numerosa.

Mezzomo (1991, p. 258-259) cita que, em 1918, George Gray Ward foi quem primeiro introduziu uma auditoria médica no "Women's Hospital" de Nova York. E no Brasil, Thomas Pantom planejou um serviço de contabilidade profissional e auditoria médica, que serviu de base para desenvolvimento posterior.



Segundo Mezzomo (1991, p. 259), a auditoria médica pouco avançou no Brasil. Alguns hospitais do estado de São Paulo chegaram a criar as Comissões, porém não se desenvolveram. Em 1965, a SUDEME (Superintendência dos Serviços Médicos) pretendeu estabelecer Auditoria Médica para a rede hospitalar, mas sem resultado. A Fundação Hospitalar de Brasília conseguiu criar um serviço de auditoria eficiente em seus quatro hospitais.

A auditoria médica é uma segurança para o cliente, uma forma de controle para a administração, um fator de estímulo para o corpo clínico, um instrumento de avaliação da qualidade dos profissionais para o hospital e uma fonte segura de pesquisa para a ciência.

2.1 História do Prontuário do Cliente

É praticamente impossível separar a história da evolução do prontuário do cliente da história da medicina, pois ambas se confundem. Provas concretas de sua existência encontram-se desde a Idade da Pedra, em cavernas paleolíticas, que parecem representar "trabalhos médicos" através de desenhos que retratam amputações de dedos e trepanações, 25.000 anos antes de Cristo.

Ao primeiro médico egípcio Inhotep (3000–2500 a.C.), considerado o patriarca da medicina, foi atribuída a autoria do famoso papiro de Edwin Smith, um dos documentos mais valiosos daqueles tempos. Encontra-se na Academia de Medicina de Nova Iorque e é o mais antigo dos papiros referentes a fatos cirúrgicos. Mede cerca de 4,5m de comprimento por 3,25m de largura e contém, em ambos os lados, a descrição de 48 casos cirúrgicos.

Outro papiro também importante é o de Ebers, escrito em 1550 a.C., numa folha de 16,45m de comprimento por 3m de largura, onde afecções foram descritas, assim como a respectiva aplicação de medicamentos.

Ferreira e Lira (2000, p. 174) afirmam que Hipócrates (460 anos a.C.), considerado o pai da medicina, por ter sido o primeiro a praticá-la segundo princípios científicos, foi o idealizador do juramento de fé que os profissionais até hoje fazem,

unesp

na data de sua formatura. Tinha um magnífico espírito de observação, concentrava-se na história, sintomas e exame físico, descrevendo conclusões sobre diagnósticos, reconhecidos como perfeitos até hoje. Hipócrates e alguns de seus colaboradores foram autores da Coleção Hipocrática. Essa obra compreende cerca de 72 livros e 59 tratados e fez parte da Biblioteca de Alexandria, sendo desenvolvida uma nova racionalidade médica, excluindo-se as explicações sobrenaturais ou religiosas para as doenças. Para Hipócrates o registro médico tinha dois objetivos: refletir de forma acurada o curso da doença e indicar as possíveis causas da doença.

Galeno, em Roma, tornou-se famoso pela adoção das histórias clínicas para ensino, tendo sido o descobridor das funções das artérias. São Gerônimo parece ter sido o primeiro a citar a palavra hospital, a que o prontuário do cliente está intimamente ligado.

Segundo Ferreira e Lira (2000, p. 174-175), é difícil dizer quando foram instituídos os hospitais. Em inscrições datadas do século III d.C., na antiga Índia, há relatos de que haviam sido estabelecidos hospitais para humanos e outros para animais. No mundo islâmico, o sistema hospitalar parece ter-se desenvolvido antes do que no mundo cristão. Embora existissem hospitais no Ocidente durante a Idade Média, esses eram muito inferiores em relação aos centros mulçumanos, pois os cristãos valorizavam a salvação da alma em detrimento do restabelecimento do corpo. A partir do séculos XII e XIII, o controle dos hospitais e enfermarias foi transferido da Igreja para os munícipes, por acordo mútuo. A partir de então, data a origem de alguns dos grandes hospitais da Europa: o Hotel-dieu em Paris, Santo Spirito em Roma, e St.Thomas´s e St. Bartholomew´s na Inglaterra. O Hospital de St. Bartholomew´s na Inglaterra existe até hoje. Observações clínicas de clientes lá tratados são do ano de 1137, data de sua fundação.

Segundo Foucault (1993, p. 101-102), até o século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres. Os pacientes eram pessoas pobres que estavam morrendo e que necessitavam de assistência material e espiritual. O pessoal do hospital era constituído por religiosos ou leigos, que assistiam o doente até o último sacramento, salvando assim sua própria alma por meio da caridade.

unesp

Foucault (1993, p. 102-111) descreve que a reforma hospitalar foi desencadeada por questões econômicas relacionadas aos hospitais marítimos e militares, na França, e não decorrente de uma necessidade médica. A reorganização hospitalar foi feita a partir da disciplina. A disciplina implicava em controle sobre o desenvolvimento das ações, uma vigilância sobre os indivíduos e o registro contínuo de dados, possibilitando a medicalização. Houve também uma mudança no saber e na prática médica, que passou a dar importância ao meio ambiente; destacando a qualidade da água, do ar e da alimentação. Sob essa nova perspectiva, o ambiente hospitalar começou a ser organizado no final do século XVIII, aparecendo a figura do médico hospitalar e a necessidade de organizar um sistema de registro de tudo o que acontecia. Iniciou-se a prática de identificação dos doentes amarrando uma etiqueta em seu punho. Começaram assim os registros que acumulavam e transmitiam informações, sendo que o hospital passou a ser um local de acúmulo de informações e formação de saber.

Em 1752, o Pennsylvania Hospital foi o primeiro a ser instalado na Filadélfia, onde Benjamin Franklin fez as primeiras observações clínicas. Nos primeiros 50 anos de funcionamento, as observações clínicas limitavam-se ao nome do cliente, endereço, sintomas, data da admissão e de alta e condições de alta. Somente após 1803, as histórias de interesse foram conservadas e, a partir de 1873, todos os prontuários foram guardados, o que vem sendo feito até hoje.

Posteriormente, outros hospitais foram se destacando pela qualidade das histórias clínicas, como o Massachussets General Hospital em Boston, criado pelo Colégio Americano de Cirurgiões em 1913, sob a liderança de Francklin H. Martin, cujo objetivo principal era a melhoria dos padrões de cirurgia.

Segundo Rebelo et. al (1993, p. 115-116), no Brasil, a prática de fazer anotações pessoais sobre o atendimento prestado ao paciente é muito anterior ao início dos serviços de documentação. Em 1943, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em São Paulo, criou o primeiro serviço de arquivo médico e estatística – chamado SAME, com o objetivo de, pela primeira vez no país, apresentar um padronizado prontuário do cliente e,

unesp

desde então, com a evolução dos conhecimentos da administração, aumentam o valor e a importância dos prontuários e arquivos organizados.

Em 1945, foi criado o arquivo da Santa Casa de Santos e, a seguir, o do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, terceiro arquivo médico do país.

Alguns hospitais tiveram a preocupação de resgatar a documentação existente nos serviços assistenciais por meio das fichas e envelopes, motivo pelo qual hoje dispomos de documentação de pacientes anterior à data de criação dos respectivos serviços de arquivo médico.

A partir de 1989 o Conselho Federal de Medicina - CFM estabeleceu o prontuário médico através da Resolução nº 1.331/89 e em 1995 o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP através da Resolução nº 700/95 cria a Comissão de Revisão de Prontuários Médicos.

2.2 Prontuário Orientado para Problemas – P.O.P.

Segundo Lobo (1976, p. 67), o Prontuário Orientado para Problemas – P.O.P. é um sistema de prontuário desenvolvido pelo Dr. Lawrence Weed do "Beth Israel Hospital", nos Estados Unidos, em 1964. O P.O.P. é organizado em função dos problemas identificados no cliente.

O prontuário tradicional, caracteristicamente orientado em relação à origem da informação, torna-se volumoso e incompreensível, principalmente quando são clientes com múltiplas afecções e conseqüentemente tratados por diferentes profissionais médicos. Os profissionais de saúde passam a ter uma visão fragmentada, focada na sua especialidade, perdendo a informação global e concisa do cliente. Como conseqüência, o tratamento é inadequado, irregular e dirigido às crises.

O P.O.P. baseia-se no fato de que todas as informações relativas ao cliente são relacionadas a problemas específicos. O estado do cliente deve ser descrito

segundo problemas separados e cada um requerendo atenção diagnóstica e terapêutica.

O P.O.P. permite que cada profissional possa selecionar para diagnóstico e tratamento um ou mais problemas apresentados pelo cliente, tendo ao mesmo tempo conhecimento dos demais problemas e da função dos outros especialistas. Sua organização facilita a recuperação e arquivamento da informação

Lobo (1976, p. 68-69) menciona que o P.O.P. é formado das seguintes fases:

1. *Banco de Dados* - são as primeiras informações recolhidas por intermédio de anamnese, exame físico, e primeiros exames subsidiários. A primeira coleta de dados deve ser completa, dela são extraídos todos os problemas ativos e inativos, permitindo uma informação global sobre o cliente, que subsidiará a elaboração do plano diagnóstico e terapêutico.

2. *Lista de Problemas* - é elaborada a partir das informações coletadas no banco de dados, representa o índice de conteúdo do prontuário. Um problema pode ser: diagnóstico específico; sintomas, sinais, achados laboratoriais, ou radiológicos anormais; alergia ou sensibilidade a drogas; síndromes ou estados fisiopatológicos, um fator de risco; uma cirurgia; um problema psicológico ou social. Um problema deve ser descrito de maneira precisa e com o conhecimento disponível no momento.

   Existem algumas regras básicas para o preenchimento da lista de problemas:

   a) os problemas devem ser numerados e datados;
   b) o número de um problema não deve ser mudado;
   c) nenhum item da lista deve ser eliminado;
   d) qualquer alteração introduzida na lista de problemas deve ser datada;
   e) uma lista de problemas muito extensa torna-se confusa.

3. *Observação Clínica* - a primeira observação deve ser documentada de maneira completa com todos os problemas ativos e inativos do cliente, o que compensará o tempo utilizado nas subseqüentes observações. Concluída a observação clínica, deve ser feita a lista de problemas (relação cronológica de problemas ativos e inativos) datando e numerando cada um deles. No final da

unesp

observação clínica, faz-se a impressão diagnóstica e a seguir os planos diagnóstico, terapêutico e educacional.

4. *Evolução Clínica* - todas as informações devem ter data, hora e o número do problema a que se refere. Obedece à ordem seqüencial:
   S = subjetiva, informações do cliente em relação aos sintomas e ao tratamento;
   O = objetiva, informações colhidas pelo exame físico e resultado de exames subsidiários;
   I = interpretação, análise das informações subjetivas e objetivas e avaliação da situação atual da doença, do tratamento e do prognóstico.
   C = conduta, critérios de seguimento, novos exames subsidiários e modificações do plano terapêutico.

5. Resumo de Alta ou Epicrise - preenchida por ocasião da alta ou final de tratamento ambulatorial. Epicrise (do grego EPIKRISIS) significa apreciação crítica das causas, andamento e conseqüências de uma enfermidade.

   A epicrise é constituída de três partes fundamentais:
   1. uma descrição narrativa de cada problema;
   2. um diagnóstico final para cada problema;
   3. uma disposição geral para o cliente.

Rodrigues et al. (1976, p. 80) descrevem que o P.O.P. é uma técnica de escrituração clínica que permite ao profissional de saúde estar o mais certo possível de qual é o problema e de documentar o mais acuradamente possível o que está fazendo ou não em relação a sua solução. Fornece, ainda, a capacidade de organizar o raciocínio permitindo a organização do atendimento e da pesquisa.

Conclui-se que o P.O.P., sendo uma técnica de organização das informações, poderá ser adotado na Instituição, facilitando a criação de normas e rotinas de trabalho, e ainda a construção de padrões, viabilizando a iniciação de um sistema de informação em saúde.

unesp

2.3 A importância do Prontuário do Cliente

Mezzomo (1991, p. 245) cita que o Prontuário do Cliente é um instrumento da mais alta valia, não só do ponto de vista técnico como também administrativo, estatístico, educacional, ético e legal. É um dos instrumentos mais importantes para avaliar-se a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde e pela Instituição. A elaboração, a manipulação e a utilização do prontuário devem ser preocupação constante dos envolvidos na assistência ao cliente.

O prontuário organizado tem várias funções: a vida do cliente, sob o ponto de vista clínico, fica efetivamente documentada, facilitando tratamento atual e futuro; as pesquisas e trabalhos científicos tornam-se mais fáceis e eficientes e a instituição tem um importante subsídio à justiça: num processo jurídico, a culpa ou a inocência pode ser provada através do prontuário.

O prontuário é uma documentação de grande valor e utilidade para: a instituição, o profissional de saúde, o cliente, servindo, ainda, de defesa e proteção para todos.

Para a Instituição, seja hospital, clínica ou consultório, bons prontuários permitem maior rotatividade de clientes, baixando a média de permanência, redução do uso indevido de equipamentos e serviços, conhecimento do tratamento realizado e do resultado alcançado, conhecimento do padrão de atendimento prestado, realização das contas de faturamento, e ainda é um instrumento de defesa contra possíveis acusações.

Scochi (1994, p. 357) coloca que o prontuário é uma das fontes mais importantes de avaliação de serviço, porém pouco utilizada, pois desconfia-se da qualidade dos dados registrados rotineiramente. Apesar disto, os dados continuam a ser registrados da mesma forma, sem uma avaliação efetiva dos mesmos e exigindo-se dos profissionais que os utilizem. Esta é uma conduta que não permite a implementação de garantia de qualidade da assistência. Às vezes, a qualidade da informação é proporcional à qualidade da assistência, mas a ausência do registro da

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

informação não permite fazer inferências sobre a qualidade. As informações precisam ser conhecidas e analisadas, para aprimorar a qualidade da assistência.

Por outro lado, a gerência é subsidiada pela informação, e os avanços da assistência são baseados na informação descentralizada e disponível, propiciando aos profissionais a melhoria de seu processo de trabalho, e ao cliente, o entendimento e conhecimento de sua saúde.

Para Scochi (1994, p. 365), a informação é produto de uma atividade que possui significado e sentido dentro do processo de trabalho, porém sua coleta é vista pelos profissionais de saúde como tarefa secundária imposta pelos planejadores, elaborada de maneira centralizada, sem a participação dos profissionais, o que faz parecer estranha e desnecessária.

Segundo Mezzomo (1992, p. 60), pesquisas realizadas em diversos hospitais de São Paulo revelam que o desperdício de papel chega a representar muitas toneladas, além de significar custo para a instituição e destruição de árvores. Como exemplo, nas análises de prontuário da maioria dos hospitais, constata-se que as descrições de cirurgias ficam reduzidas a meia dúzia de dados, e o espaço previsto é para no mínimo duzentas informações. Na prescrição também é evidente que sobra muito espaço, porém em alguns hospitais já se usa o sistema seqüencial, onde o médico prescreve, e, a seguir, a enfermagem faz as anotações.

Para Mezzomo (1992, p. 59), o prontuário do cliente pode ter qualidade, evitando desperdício. Para elaborar um prontuário de qualidade, é necessário realizar um planejamento que inclua: a definição de conteúdo, isto é, os dados a serem anotados; a distribuição lógica do conteúdo; a forma de anotar, descritiva, codificada ou mista; a atribuição de responsabilidade pelas anotações; os tipos de letras gráficas dos formulários; o tipo, o formato e as dimensões do papel; espaço reservado para cada informação; aproveitamento do verso do papel e distinção entre impressos necessários e dispensáveis.

Kedy (1984, p. 49) cita que em hospitais de ensino, onde o corpo clínico deve ser único, é imprescindível que o prontuário do cliente contenha todos os itens



necessários ao atendimento do cliente por outro profissional, que não aquele que o viu anteriormente. O Prontuário do Cliente é, assim, o reflexo da eficiência de um hospital.

Para o profissional de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, etc.) o prontuário é um instrumento de grande valia para um diagnóstico definitivo e tratamento eficiente, bem como para a defesa de sua atividade profissional, definindo sua competência profissional. Possibilita o acompanhamento da evolução do corpo clínico e ao médico legista, fornecer laudo com toda segurança. É um valioso instrumento de comunicação, onde cada profissional fornece informações dentro da sua especialidade, e um grande fator de integração da equipe de saúde da Instituição. Como instrumento de comunicação deve ter uma linguagem clara e concisa, evitando códigos pessoais, taquigrafia e grafia ilegível, que é um problema universal nas Instituições. O prontuário é ainda um valioso instrumento de ensino e pesquisa, facilita o estudo de diagnósticos e avaliação terapêutica, é fonte de diversos dados estatísticos de incidência e prevalência, de morbidade e mortalidade e permite estabelecer análise comparativa da eficiência profissional.

Para o profissional médico, o prontuário do cliente é uma peça integrante de sua atividade profissional, com todas as implicações profissionais, legais e éticas decorrentes de seu uso. A não elaboração do prontuário pelo médico no atendimento ao cliente incorre em falta grave prevista no artigo 69, capítulo V do Código de Ética Médica, "É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente" (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1996, p. 23).

Para Modesto et al. (1992, p. 67), o profissional necessita com urgência valorizar o papel da informação em saúde na consolidação de um sistema de assistência efetivamente capaz de atender às necessidades da população. É necessário discussão e implantação de programas locais de saúde que visem a melhoria do preenchimento dos registros médicos que, afinal, refletem a qualidade do atendimento prestado à população.

unesp

Valença et al. (1991, p. 81-82) ressaltam que a história clínica é de fundamental importância para o diagnóstico em pediatria. A utilização abusiva de tecnologia sem sustentação nos dados clínicos, desgasta a relação médico-cliente, tornado-a impessoal, pela falta de conhecimento do cliente e da sua doença através de sua história clínica. Apesar de os exames auxiliares, laboratoriais ou de imagem, terem um papel decisivo no diagnóstico de uma série de patologias, não podem de forma nenhuma se sobrepor à história clínica do cliente. É condição fundamental no processo de educação que o conhecimento do cliente seja adquirido pela sua história clínica. A arte e a técnica de se fazer história da doença do cliente, de se estabelecer o diálogo, especialmente para as populações mais carentes e com baixo nível de instrução, devem ser exaustivamente ensinadas no processo de formação médica.

Vigil e Mangas (1999, p. 173-174) colocam que para o profissional médico a história clínica é um instrumento de grande importância, pois tem o propósito de contar com a informação confiável à assistência prestada a qualquer momento, para entender a evolução do cliente e ainda é um documento de grande importância em situações legais. Uma assistência, que não é sustentada por uma história clínica, corre o risco de omissão de dados importantes para propiciar uma saúde individual e coletiva. A informação em uma história clínica deve ser sistematizada para facilitar a análise e interpretação, tanto para o profissional que elaborou, quanto para outros profissionais que possam utilizar, e ainda para avaliação de qualidade da assistência prestada.

Allegrotti (1995, p. 181-182), propõe a aplicação de um questionário de avaliação para cliente cirúrgico com as vantagens de: ter um conhecimento do estado físico do cliente, através da história clínica; obter informações do cliente que podem ser úteis legalmente; manter o cliente e familiares entretidos desviando a atenção e diminuindo a angústia momentos antes da cirurgia; conhecimento do estado do cliente que tem diversas patologias; evitar repetir perguntas e conhecer mais sobre a personalidade do cliente dedicando mais tempo a visitas médicas.

Moran e Romero (1998, p. 237) colocam a importância em elaborar uma estratégia de retro-alimentação permanente, de maneira que cada profissional



médico tenha a informação pertinente ao desempenho de suas atividades, podendo, assim, haver uma auto-avaliação que conduza à melhoria de suas próprias atividades. A retroalimentação é um instrumento educativo, intenso e contínuo que permite a diminuição do sub-registro das atividades médicas.

Hossne (1992, p. 76) acredita ser necessário ensinar nos bancos acadêmicos que não basta somente fazer uma boa anamnese e um bom exame físico, é preciso registrá-los no prontuário, e ainda acrescentar no Código de Ética Médica, art.69, que não basta somente elaborar o prontuário, é preciso elaborá-lo com qualidade, completo e de forma clara.

Para Hossne (1992, p. 76), o sistema de referência e contra-referência é indispensável no atendimento dos serviços de saúde, em função do qual as medidas devem ser tomadas, porém encontra-se médico encaminhando cliente a outro médico sem informação nenhuma da sua saúde, mesmo constando no Código de Ética Médica, artigos 82 e 83, esta situação. Artigo 82 "É vedado ao médico deixar de encaminhar de volta ao médico assistente o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado, devendo, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que se responsabilizou pelo paciente." e artigo 83 "É vedado ao médico deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal." (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1996, p. 25)

Conclui-se que "refletindo o ser humano, o prontuário se reveste de tal dignidade, que é absolutamente inadmissível qualquer negligência, menosprezo ou deslize, em sua elaboração ou utilização. Em hipótese nenhuma, sob qualquer justificativa ou pretexto, pode ocorrer adulteração, por mínimo que seja, no prontuário médico." (HOSSNE, 1992, p. 79)

Em relação ao profissional de enfermagem, Matos et al. (1988, p. 300-301) colocam a importância das anotações de enfermagem como meio de comunicação entre os profissionais: para diagnóstico, terapêutica e evolução das condições do cliente; para investigações científicas, auditoria, computação de dados e como recursos auxiliares de ensino e documento legal. Porém observa-se que as

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

anotações de enfermagem têm sido pouco valorizadas, são pobres em conteúdo, tanto no aspecto quantitativo como no qualitativo, e não contêm elementos que atinjam sua finalidade - a excelência na qualidade do cuidado de enfermagem. Vale ressaltar ainda que os cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao cliente, em relação às áreas psicossocial e psicoespiritual, não são registradas no prontuário. Isto mostra a desvalorização da atenção à humanização da assistência de enfermagem, que preconiza que o cliente deve ser visto como um ser biopsicossócioespiritual, isto é, o seu todo e não meramente em partes. Observa-se ainda que, as anotações de enfermagem estão sendo condicionadas à prescrição médica ou às rotinas da unidade, são anotados "o que" ocorreu e não "o como", a terminologia utilizada não permite saber exatamente o que ocorreu com o cliente. Conclui-se, portanto, que há necessidade urgente de programas de educação continuada e de treinamento em serviço sobre anotações de enfermagem.

Para Canello e Muntsch (1998, p. 322), o profissional de enfermagem realiza as anotações de enfermagem, que são os registros sobre o estado do cliente, com o objetivo de fundamentar um trabalho mais humano e de melhor qualidade, nos cuidados de enfermagem na proteção legal e ética quanto à grande responsabilidade de uma "vida" que o profissional possui. O uso das anotações de enfermagem proporciona um trabalho intelectual, onde o profissional tem a oportunidade de crescer e transformar-se num ser crítico, capaz de questionar suas próprias atitudes e de outros profissionais e assim participar de forma mais ativa no tratamento do cliente, trabalhando em equipe na tentativa de uma ação interdisciplinar, aumentando conseqüentemente a qualidade do trabalho.

Silva e Dias (1999, p. 21-26) acreditam que é necessário o aprimoramento dos registros realizados na prática de enfermagem, e que os profissionais de enfermagem devem ser incentivados a reverem seus próprios registros, lendo e relendo, refletindo e analisando quanto esse registro reflete de sua prática, ampliando, assim, sua habilidade para a escrita. Acreditam também que "a escrita reflexiva pode ser um instrumento de "luta" contra a rotina, sempre que esta for desnecessária e contribuir apenas para a desumanização da assistência de enfermagem" e que "a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica se faz através da reflexão, e o resultado seria a transformação do cuidado rotineiro

unesp

em cuidado individualizado". Conclui-se que o registro realizado de forma mecânica contribui para o cuidado rotineiro e o registro realizado de forma reflexiva contribui para o cuidado individualizado e humanizado.

Almeida et al. (1995, p. 175-176) observam que existe um vazio nas concepções em relação à importância de registrar os conhecimentos produzidos no processo de cuidar da enfermagem (o que, o como, o porquê, e o para que produzir) e que esta é uma situação de responsabilidade da escola, pela formação de profissionais participantes do processo de produção, reprodução e distribuição de conhecimentos necessários para a construção de uma enfermagem crítica, reflexiva e transformadora da realidade.

"Se os registros elaborados pelos enfermeiros fossem completos, exatos e pertinentes em relação aos problemas de enfermagem, muitos se constituiriam numa fonte confiável para o controle da qualidade da assistência prestada ao cliente e ao controle do ensino oferecido na graduação." (CROSSETTI; WALDMANN, 1992, p. 123).

Crossetti e Waldmann (1992, p. 124) acreditam que o ensino sistematizado dos registros de enfermagem deve ser ministrado formalmente aos alunos do curso de graduação em enfermagem, pois o conteúdo integra a metodologia científica em enfermagem. É fundamental o papel do educador na conscientização do aluno sobre a importância da sistematização da assistência. Acreditam também que a grande dificuldade na redação dos registros está no desconhecimento da assistência e da metodologia científica aplicada à enfermagem.

Oliveira (1992, p. 258) coloca que a assistência de enfermagem sistematizada torna o profissional individualmente responsável pelos cuidados dos clientes no campo legal e ético, atribuindo à necessidade de um instrumento de comunicação entre as unidades de pré-parto, sala de parto e unidade de puerpério ou alojamento conjunto, a qual registre de forma sistematizada os problemas e necessidades da parturiente, a fim de propiciar uma assistência de continuidade à mulher.

Andraus e Pereira (1991, p. 61-62) apontam que, já que na prática é quase impossível estabelecer um diagnóstico de enfermagem e elaborar prescrição e

unesp

evolução consistente, se não realizar uma avaliação clínica adequada, o profissional de enfermagem tem dificuldades na operacionalização do exame físico. O Instrumento de Registro para Exame Físico do Lactante (IREFLA) proposto na pesquisa possibilita o registro de todos os dados necessários para um completo exame físico do lactente pelo enfermeiro.

Kedy (1984, p. 49) menciona que nos hospitais de ensino existe grande oportunidade no desenvolvimento de pesquisas, pela diversidade de tratamento para uma mesma enfermidade, havendo oportunidade de investigação de qual o melhor tratamento para determinada doença. As pesquisas serão eficientes somente através de anotação correta de todas as reações e sintomas apresentados pelo cliente face a um determinado tratamento.

Segundo Kedy (1984, p. 50), no hospital de ensino, onde o trabalho de equipe tem maior projeção, deve-se conscientizar o estudante de medicina, enfermagem e demais estudantes na área da saúde do completo preenchimento do prontuário do cliente. Os dados escritos no prontuário do cliente são um excelente veículo de comunicação, reunindo o médico, a enfermeira, a nutricionista, o assistente social, o técnico, fazendo com que a equipe de saúde conheça as reações, manifestações e sintomas encontrados no cliente, facilitando, assim, o seu tratamento.

Kedy (1984, p. 52) coloca que, apesar da evidente importância do prontuário do cliente, há uma notável resistência no preenchimento adequado dos impressos por parte dos profissionais de saúde e isto ocorre devido a: falta de conhecimento da necessidade e valor do documento, reação ao preenchimento do impresso e experiência negativa com o Serviço de Prontuário do Cliente.

Para o cliente, o prontuário (documento, carteira, direitos legais, etc.) é importante, pois as anotações existentes possibilitam atendimento, diagnóstico e tratamento mais rápidos eficientes e econômicos, dispensando ou simplificando interrogatórios e exames complementares e possibilita também a comparação entre exames anteriormente realizados. É um instrumento de defesa em caso de prejuízos e reivindicações perante o profissional de saúde, a instituição e os poderes públicos. O prontuário é um documento de propriedade do cliente, o qual está sob a posse e a

unesp

guarda da instituição. O acesso às informações do prontuário estão sujeitas ao princípio do sigilo profissional.

Segundo Gauderer (1994, p. 214), o cliente tem direito a ter acesso a todo material médico, bem como cópia dele, inclusive em letra legível e numa linguagem que o leigo, compreenda. O Código de Ética Médica em vigor desde 1988, artigo 71, que diz: "É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado". E pelo Código de Defesa do Consumidor, no artigo 72, que diz: o prestador de serviços, tal como o médico ou profissional de saúde, não pode "impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, bancos de dados, fichas e registros. Pena: detenção de 6 meses a 1 ano ou multa".

Gauderer (1994, p. 215) propõe que seu cliente crie voluntariamente uma Carteira de Saúde, que contenha cópias de material que diz respeito à saúde do cliente, como: laudos, pareceres, hospitalizações, avaliações, exames laboratoriais e notas dos profissionais de saúde. Permitirá, assim, o profissional de saúde situar-se melhor frente ao problema do cliente, com vantagens enormes para ambos, economizando tempo, dinheiro, sofrimento humano, e principalmente estabelecendo uma relação de igualdade e confiança, onde o profissional de saúde compartilhe sua responsabilidade com o cliente e seus familiares.

Para Gauderer (1994, p. 201), o maior avanço da medicina brasileira, neste final de século, foi o direito do cliente de saber o que ele tem, numa linguagem compreensível, com letra legível, para que ele, junto com o médico, possa melhor cuidar de sua saúde.

Pode-se verificar na literatura apresentada que o prontuário do cliente tem um grande valor para a instituição, o profissional de saúde (principalmente na área médica e de enfermagem) e o cliente. Mas realmente os profissionais de saúde valorizam o prontuário do cliente como mencionado? E a prática reflete essa valorização?

unesp

Neste trabalho, optou-se pela pesquisa do prontuário do cliente com o propósito de demonstrar e comparar sua valorização e prática referida pelos profissionais de saúde da Famema.

Capítulo 3 – 3. A Pesquisa do Prontuário do Cliente

3.1 Caracterização do Universo da Pesquisa

A Faculdade de Medicina de Marília - Famema - é uma autarquia de regime especial com autonomia didático-científica e de gestão administrativa, financeira e patrimonial decorrente da especificidade de seu regime.

A Famema tem como missão a formação de recursos humanos na área de saúde de graduação e pós-graduação, coerentes com as necessidades da população e prestação de assistência de excelência integrada ao Sistema Único de Saúde, de forma hierarquizada, eficiente e eficaz.

Criada pela Lei Estadual nº 9.236 de 19 de janeiro de 1.966 e autorizada pelo Decreto Estadual nº 71.644 de 29 de dezembro de 1.972, foi mantida integralmente pela Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília até a sua incorporação ao Sistema Estadual de Ensino Superior pela Lei nº 8.898, de 27 de setembro de 1.994, que vincula a Famema à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico, regulamentada pelo Decreto nº 39.877, de 29 de dezembro de 1.994.

Segundo Padilha (1996, p. 44), a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FMESM) é uma entidade caracterizada como "pessoa jurídica de direito privado, instituída pelo Poder Público Municipal". Como instituto de ensino isolado superior, seu funcionamento só foi autorizado um ano depois de sua criação, em 30 de janeiro de 1967, como Instituição Pública Municipal depois de ter sido constituída uma entidade mantenedora da Faculdade, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, mediante Lei Municipal nº 1.371, de 22 de dezembro de 1966.

A Faculdade surgiu no momento de expansão do ensino superior no país quando se dava ênfase à privatização e à adoção do modelo fundacional. Este modelo foi encontrado pelo Estado para desobrigar o Poder Público de arcar com os custos do ensino superior, facilitando a evolução do processo de expansão do

unesp

ensino. No momento de sua criação, a Faculdade era a décima Faculdade de Medicina instalada no Estado de São Paulo e a quadragésima sétima no país.

Começou, a partir de então, todo um processo para sua legitimação como instituição de ensino e prestadora de serviços, resultando-se:

a) o caráter de utilidade pública municipal pela Lei nº 1.576/84, estadual pela Lei nº 4.321/84 e federal pela Lei nº 86.238/81;
b) Seu regime no Conselho Nacional de Serviço Social deu-se através do processo nº 267.599/68, com certificado expedido em 08 de dezembro de 1969;
c) Foi reconhecida como entidade filantrópica em 1977, através do processo nº 227.719/77, de 07 de junho de 1977.

A FMESM é administrada por um Conselho de Curadores composto por dezoito membros, sendo seis natos, seis nomeados livremente pelo Prefeito Municipal e seis designados na forma que o Estatuto estabelece.

São membros natos do Conselho: Prefeito Municipal, um representante do bispado, um representante da Santa Casa de Misericórdia de Marília, um representante da Secção Regional de Marília da Associação Paulista de Medicina, um representante da Associação Comercial de Marília e um representante de Delegacia Regional do Centro das Indústrias do Estado de São Paulo (CIESP) em Marília.

O primeiro Conselho de Curadores foi constituído basicamente pelos representantes da sociedade civil, além dos representantes do Poder Público na forma de lei, sob a presidência do Dr. Christiano Altenfelder e Silva, também provedor da Santa Casa de Misericórdia de Marília, na época.

Inicialmente, a estrutura pedagógica da **Faculdade de Medicina de Marília – Famema** - foi organizada seguindo as escolas médicas mais tradicionais, como Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Os professores dessas escolas participaram

unesp

efetivamente do quadro de docentes da Instituição, como convidados, responsabilizando-se, inicialmente, pelos programas e currículos desenvolvidos.

O início de funcionamento das cadeiras clínicas da Faculdade deu-se por meio de um acordo feito com a Santa Casa de Misericórdia de Marília, que cedeu parte de sua enfermaria para ser utilizada nas atividades de ensino. Nos anos 70, parte do prédio do Hospital das Clínicas de Marília HC passou a ser utilizado para este fim, cedido em comodato pelo Governo do Estado. Nas demais dependências funcionavam as salas de aula, além da diretoria e alojamento para os professores, que vinham de fora em sua maioria.

Inicialmente começou a funcionar o Departamento de Clínica Médica, no prédio do HC. Em seguida instalaram-se os Departamentos de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia. Assim, foi possível ministrar o ensino prático no mesmo prédio onde funcionavam as cadeiras básicas.

A Faculdade de Medicina de Marília constitui-se de:

a) Curso de Graduação em Medicina (com 80 vagas), criado pela Lei Estadual nº 9.236/66, autorizado pelo Decreto Estadual nº 47.702/67 e reconhecido pelo Decreto Federal nº 71.644/72;
b) Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia (com 40 vagas), criado pela Lei Estadual nº 9236/66, autorizado pelo Decreto Federal nº 85.547/81, reconhecido pela Portaria MEC 365/84;
c) Curso Técnico de Auxiliar de Enfermagem;
d) Curso de Pós-graduação *lato sensu* (incluindo residência médica) em diferentes áreas das ciências da saúde;
e) Hospital das Clínicas de Marília, com 113 leitos;
f) Hospital Materno-Infantil de Marília, com 67 leitos;
g) Hemocentro.

O funcionamento da Faculdade é disciplinado por um Regimento Escolar. Seus órgãos diretivos: a Congregação, que é um órgão colegiado deliberativo e normativo,

unesp

e a Direção Geral, que é o órgão executivo, têm suas competências definidas no Regimento.

O Diretor Geral coordena e administra todas as atividades da Famema e dá cumprimento às deliberações da Congregação, observando as normas estabelecidas no Estatuto e no Regimento da Instituição.

A Faculdade, até 1998, contava com 10 Departamentos, cada um com seu conjunto de disciplinas afins, ordenadas de forma seriada constituindo a estrutura curricular do Curso de Medicina e do Curso de Enfermagem. São eles: Medicina Preventiva; Ciências Morfológicas; Ciências Fisiológicas; Ciências Patológicas; Obstetrícia e Ginecologia; Cirurgia; Medicina; Psicologia e Psiquiatria; Pediatria e Enfermagem.

No início de 1999, com a nova estrutura curricular, foram desfeitos os Departamentos e passou a contar com 73 disciplinas. Cada disciplina conta com um chefe que responde pelas atividades de ensino, pesquisa e atenção à saúde. As disciplinas compõem as unidades de ensino, e estas formam as séries escolares dos cursos de graduação da Famema. Há uma proposta de criação dos GIT – Grupos Interdisciplinares de Trabalho que serão constituídos de disciplinas afins.

A Faculdade mantém diversos convênios com finalidades diferentes, como obter recursos para pesquisa, funcionamento próprio e de seus hospitais, aperfeiçoamento de seus docentes e aquisição de equipamentos. Tem à disposição de seus alunos salas de aulas, laboratórios, equipamentos e uma biblioteca.

A história da Famema foi marcada por sucessivas crises de caráter financeiro, administrativo e de ensino.

No terceiro ano de seu funcionamento (1969), os alunos promoveram um movimento no sentido de melhorar a qualidade de ensino e sua reivindicação efetiva era o funcionamento do Hospital das Clínicas de Marília para desenvolvimento das atividades práticas de ensino, que até então eram realizadas na Santa Casa.

unesp

Os anos subseqüentes seguiram-se sem incidentes maiores, apesar de estarem sempre presentes as dificuldades financeiras, administrativas e as constantes reivindicações dos alunos junto ao Conselho Departamental por um ensino melhor. O Conselho era pouco expressivo no período, dada a centralização do poder na figura do Diretor, para assuntos acadêmicos, e do Presidente da Fundação, para todas as questões administrativas e de gerenciamento.

Em 1974, numa tentativa de resolver o déficit orçamentário, foi proposto o aumento do número de vagas do Curso de Medicina de 60 para 80 alunos, o que gerou uma série de novos problemas relacionados à estrutura de ensino. Primeiro, não havia instalações físicas adequadas para atender a este aumento; segundo, era necessário um maior investimento para compra de aparelhos e material para ensino das cadeiras básicas.

O clima de tensão foi evoluindo. Em 1978/79, ocorreram mais problemas: a crise financeira assumiu novas proporções; os alunos reivindicaram melhoria na qualidade de ensino e os professores estavam descontentes com o atraso salarial. O Diretor sentiu-se obrigado a instalar um relógio de ponto para os docentes, ocasionando uma greve apoiada pelos alunos, que resultou na demissão dos dirigentes. A partir desse momento, os docentes da Faculdade se organizaram, criando sua Associação com o objetivo de terem um órgão que lutasse pelos seus direitos e onde pudessem discutir o destino e as crises da Instituição.

Em 1980, tentando dar nova dimensão ao ensino médico, foi proposta uma reforma da estrutura curricular: currículo integrado e ensino por sistemas, isto é, integração completa entre ciclo básico e ciclo clínico.

O resultado foi frustrante devido à falta de estratégia de implantação, à falta de discussão e comprometimento com a reforma e à formação dos docentes centrada na especialização, dificultando a integração.

A situação da Faculdade continuou crítica e os alunos foram tomando cada vez mais consciência dos problemas existentes. Em 1981, foi deflagrada outra greve, dessa vez pelo corpo discente, com duração de 114 dias com as seguintes

unesp

reivindicações: efetivação do convênio MEC/MPAS, melhoria do ensino e gerenciamento adequado do Hospital das Clínicas.

Como resultado houve a mudança da diretoria da Fundação e da Faculdade, ficando acordado um compromisso de alteração do Estatuto, para resolver as questões de gerenciamento.

Em 1982, o novo Presidente da Fundação tentou gerenciar a crise institucional, criando um conflito com os docentes, resultando em uma nova paralisação de docentes e alunos.

Foi constituída uma nova Diretoria da Fundação, composta por docentes da Faculdade que, juntamente com a comunidade, responsabilizaram-se pela viabilização da Instituição. A participação dos docentes, na administração da Fundação, foi um marco importante na sua história, passou a contar com pessoas que detêm o conhecimento técnico na área da saúde, facilitando o relacionamento entre docentes e Direção.

Ao assumirem a Direção, os docentes propuseram a mudança do Estatuto, nos seguintes pontos: o Diretor da Faculdade passa a acumular o cargo de Diretor Executivo da Fundação, levando a ter autoridade direta sobre o Hospital das Clínicas; o Conselho de Curadores passa a ser órgão fiscalizador da Direção; o Diretor passa a ser escolhido por uma lista tríplice, através de uma eleição de que participam todos os segmentos institucionais.

A partir de 1983, como conseqüência dessa reestruturação, ocorreu a expansão da área física, foi incrementada uma política de incentivo à realização de pós-graduação stricto sensu pelo corpo docente e foi promovido o credenciamento da residência médica pela CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica/MEC nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Psiquiatria. Foi também apoiada a implementação do Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), que além de ser uma proposta de ensino colaborava com a viabilização econômica da Instituição.

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

A Faculdade de Medicina de Marília foi escolhida, em 1992, pela Fundação W.K.Kellogg, para receber apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de um projeto baseado na parceria entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade. Este projeto chamado UNI – Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde - tem apoiado o desenvolvimento curricular dos Cursos de Medicina e Enfermagem e possibilitado a construção de um novo projeto educacional.

Em 1994, a Famema foi estadualizada e o Governo do Estado de São Paulo, em cumprimento à Lei Estadual nº8.898, de 27.09.1994, criou a autarquia Faculdade de Medicina de Marília. A estadualização tem possibilitado a reorganização institucional e a superação da crise econômico-financeira enfrentada pela mesma desde o início dos anos 90.

A Faculdade de Medicina de Marília desenvolveu neste período uma importante capacitação técnica e educacional dos seus professores, reformulou a organização curricular dos seus cursos e consolidou-se como centro de referência local e regional em várias áreas de atenção à saúde.

A **área assistencial** constitui-se no Hospital das Clínicas de Marília – HCM, Hospital Materno-Infantil de Marília – HMI e o Hemocentro de Marília.

O **Hospital das Clínicas de Marília - HCM** - foi inaugurado em abril de 1965, pelo Governo do Estado de São Paulo para ser um Hospital de Moléstias Infecciosas no interior do Estado. Sua planta física obedeceu aos padrões da época para esta finalidade. Este projeto do Governo Estadual não chegou a ser implantado. No início, a área física do hospital foi cedida a outros órgãos de saúde. A ocupação do HCM pelo Hospital Universitário deu-se através de um contrato de comodato entre a Fundação e o Governo do Estado em 1972.

O HCM, até 1983, desenvolveu suas atividades de ensino e assistência dentro do modelo vigente na época, caracterizado por: falta de um sistema de saúde hierarquizado; cliente centrado na figura do "indigente"; atendimento voltado para os casos de "interesse" na formação médica.

unesp

O Hospital era mantido com recursos advindos da mensalidade dos alunos e de convênio com a Secretaria da Saúde. Por exigência do seu corpo docente e discente, em 1982, foi assinado o Convênio MEC/MPAS, que começou a mudar o perfil da clientela e sua relação com a então emergente organização do sistema de saúde. Outro fato importante foi a proposta institucional de integração docente-assistencial, a partir de 1983.

Nessa época iniciou a real integração com o sistema de saúde. O Hospital passou a cumprir sua função de referência para a região, não só do ponto de vista assistencial, mas também de formação e reciclagem de recursos humanos. A partir de 1983, teve início, na Secretaria de Estado da Saúde, o Convênio com as Prefeituras, denominado "Convênio Município Carente", que objetivava a fixação de médicos em municípios que não contavam com este profissional. O HCM e o corpo docente da Faculdade ajudaram a criar um vínculo efetivo de reciclagem e atualização dos profissionais.

Este relacionamento entre o HCM e a rede pública foi se aprofundando a tal ponto que o hospital passou a ser visto como uma unidade da rede, tanto assistencial como formador e responsável pela reciclagem e atualização de recursos humanos na área de saúde. O HCM buscou consolidar este papel de referência, através da incorporação crescente de recursos humanos especializados e de tecnologia.

O perfil de atendimento do HCM passou a se caracterizar por uma concentração de técnicas de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo procedimentos de alta complexidade. Em meados de 1980, implementou a assistência hospitalar na área de moléstias infecciosas, com 13 leitos, incluindo atendimento aos clientes com AIDS. Também na área de internação, em 1989, implementou uma enfermaria de atenção à Saúde Mental com 16 leitos.

Atualmente o hospital conta com leitos de medicina interna e clínica médica especializada em: endocrinologia, hematologia, gastroenterologia, geriatria, dermatologia, oncologia, neurologia, cardiologia, nefrologia, reumatologia e

unesp

pneumologia. Sedia os ambulatórios de medicina interna, clínica especializada, além do atendimento de urgência/emergência Clínica e Cirúrgica e da Ortopedia.

O atual **Hospital Materno-Infantil de Marília - HMI** - com o processo de municipalização, ocorrido em meados de 1988, aliado a uma crise financeiro-administrativa do então Hospital Marília S/A (hospital privado com fins lucrativos), a Prefeitura desapropriou este hospital em uma ação conjunta entre o município e a Secretaria de Estado da Saúde. O município, tendo como prioridade a organização da atenção primária, fez um termo de comodato e passou o gerenciamento deste hospital para a FMESM. O Hospital Municipal de Marília – HMI, como passou a ser chamado na época, acresceu ao HCM 139 leitos, destinados ao departamento de cirurgia geral, gastroenterologia, urologia, vascular, neurologia, cabeça e pescoço, plástica e tórax. Estas áreas já existiam anteriormente no HCM, porém com restrições de leitos de internação e salas cirúrgicas. Duas novas áreas foram implementadas: ortopedia/traumatologia e oftalmologia, para as quais a oferta do sistema público era mínima.

Rapidamente o HMI destacou-se como hospital cirúrgico na região. A partir de janeiro de 1990, incorporou também o serviço de urgência e emergência nas áreas de cirurgia, ortopedia/traumatologia, oftalmologia e clínica médica. Estes serviços estavam antes no HCM, em uma área que impedia uma maior abrangência de atividades.

Através de uma reforma com parte dos recursos do Reforsus e da Prefeitura Municipal, em março de 1999, o HMI passou a ser chamado de Hospital Materno-Infantil, transferindo as clínicas de Ginecologia e Obstetrícia, e Pediatria.

Apesar dos prédios do HMI e do HCM pertencerem aos poderes públicos, (o primeiro ao Município e o segundo ao Estado), a operacionalização dos hospitais foi totalmente gerenciada e financiada com recursos próprios da FMESM, através de convênio de prestação de serviços com o Sistema Único de Saúde. O HCM e HMI, embora funcionem em prédios distintos, mantêm uma estrutura organizacional única, que se complementa nos diferentes setores terapêuticos e de diagnóstico, sendo



referência para uma região de aproximadamente 167 municípios e uma população de 3 milhões de habitantes.

Em 1988, o Governo do Estado da Saúde de São Paulo estabeleceu convênio com o BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - para financiamento da Rede Estadual de Hemoterapia, assumindo o compromisso de construção do **Hemocentro de Marília – Famema**.

O Hemocentro da Famema foi inaugurado em 1994, com uma área de 5.869m2 e uma área construída de 3.000m2 distribuída em 3 pavimentos de 1.000m2. Cada pavimento possui finalidades específicas.

O primeiro pavilhão foi projetado para o atendimento de clientes portadores de doenças hematológicas e oncológicas. Para tanto, conta com 9 consultórios médicos e setores de: coleta de exames laboratoriais, quimioterapia, transfusão ambulatorial, fisioterapia, psicologia e odontologia. O segundo pavimento é destinado às atividades de hemoterapia, com: setor de cadastramento de doadores, triagem clínica e laboratorial, coleta de sangue, armazenamento, distribuição de sangue e componentes e controle de qualidade, e atividades administrativas. O terceiro pavilhão foi projetado para as atividades laboratoriais necessárias às demais atividades descritas, além de possuir toda a infra-estrutura de ensino e pesquisa.

O Hemocentro da Famema conta com uma integração no aspecto técnico com os Núcleos de Hemoterapia das cidades de Bauru, Jaú, Presidente Prudente e Lins e com as Unidades Sorológicas das cidades de Andradina e Araçatuba.

Atualmente, a Faculdade de Medicina de Marília, em consonância com os movimentos de melhoria da educação médica e de enfermagem, coloca-se como uma Instituição voltada para adequação do perfil e papel dos profissionais de saúde às necessidades da população.

A educação tem sido uma grande alavanca para as mudanças na sociedade e a Faculdade de Medicina de Marília tem participado das discussões tanto nos fóruns nacionais como internacionais. Os novos currículos estão sendo implementados,

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

centrados no estudante, orientados à comunidade e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

A Faculdade de Medicina de Marília encontra-se num intenso e profundo processo de melhoria dos cursos de graduação, decorrente da nova estrutura curricular e da metodologia de ensino, buscando a formação de profissionais de saúde capazes de atuarem, técnica e politicamente, na sociedade em função da saúde da população e de justiça social.

A área assistencial da Famema, como um dos campos práticos de atuação na formação dos profissionais de saúde, vem acompanhando o processo e preparando-se para esse novo perfil, colocando-se como uma Instituição voltada para a adequação do papel dos profissionais de saúde.

O prontuário do cliente, como um dos produtos deste processo, necessita de uma análise da valorização, utilização e organização interna atribuída pelos profissionais de saúde da Famema. Esta análise contribuirá na reformulação do modelo de prontuário do cliente em consonância com o novo modelo de assistência.

3.2 Procedimentos Metodológicos

Definiu-se para constituírem o universo potencial desta pesquisa, os profissionais de saúde com graduação de nível superior da Famema que atuam na área assistencial e utilizam o prontuário do cliente. Levantou-se uma lista com o nome, profissão e área de atuação de todos os profissionais, junto à Divisão de Recursos Humanos da Instituição.

Este universo compreende 380 pessoas, sendo 174 médicos, 91 médicos residentes, 73 enfermeiros, 14 psicólogos, 8 fisioterapeutas, 7 assistentes sociais, 5 nutricionistas, 3 fonoaudiólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 2 dentistas, totalizando 380 pessoas. Do total, 26 atuam na área de administração dos serviços de saúde, 130 nas especialidades clínicas, 108 nas especialidades cirúrgicas, 42 na saúde mental, 31 na saúde da mulher e 43 na saúde da criança. (ver tabela 1)

unesp

Tabela 1 – Distribuição do universo potencial por área de atuação.

Área de atuação	Freqüência	Percentual
Espec. Clínica	130	34,0
Espec. Cirúrgica	108	29,0
Adm.Serv.Saúde	26	7,0
Saúde Criança	43	11,0
Saúde Mental	42	11,0
Saúde Mulher	31	8,0
Total	380	100,0

O levantamento da valorização atribuída ao prontuário do cliente pelos profissionais de saúde da Famema, bem como a prática referida pelos mesmos, foram realizados pela aplicação de um questionário.

Segundo Marconi e Lakatos (1996, p. 88), o questionário é um instrumento de coleta de dados que permite conhecer as opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, etc. Permite, ainda, que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente. A opção da utilização do questionário deve-se ao fato de a pesquisadora ser funcionária da instituição, evitando assim o constrangimento dos pesquisados e garantindo o anonimato das respostas.

O questionário é uma das mais importantes técnicas disponíveis para a obtenção de dados nas pesquisas sociais. Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc. Algumas vezes os questionários são também chamados de enquetes. As escalas podem ser definidas como questionários que têm como objetivo a quantificação de fenômenos sociais, tais como opiniões e atitudes.

Vantagens do questionário:

a) possibilita atingir grande número de pessoas;
b) implica menores gastos com pessoal;
c) garante o anonimato das respostas;

unesp

d) permite que as pessoas o respondam no momento que julgarem mais convenientes.

Limitações do questionário:

a) exclui as pessoas que não sabem ler ou escrever, o que, porém, não é o caso desta pesquisa, pois os pesquisados contam com instrução mínima de graduação;
b) impede o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido;
c) impede o auxílio ao informante quando este não entende corretamente as instruções ou perguntas, mas neste trabalho a maioria dos pesquisados respondeu o questionário no momento da sua entrega, tirando suas dúvidas;
d) não oferece a garantia de que a maioria das pessoas devolveu devidamente preenchido, porém nesta pesquisa a maioria dos pesquisados devolveu;
e) pode proporcionar resultados bastante críticos em relação à objetividade, neste caso, contudo, procurou-se trabalhar com escala social para ser o mais objetivo possível.

Para Marconi e Lakatos (1996, p. 102), as Escalas são instrumentos construídos com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes da maneira mais objetiva possível. Consiste, basicamente, em solicitar ao indivíduo pesquisado que assinale, dentro de uma série graduada de itens, aqueles que melhor correspondem à sua percepção acerca do fato pesquisado.

A construção de escalas envolve diversos problemas, pois que, por serem de natureza quantitativa, constituem instrumentos bastante complexos. As escalas podem ser definidas com a finalidade de quantificar os fenômenos sociais, tais como opiniões e atitudes.

Segundo Marconi e Lakatos (1996, p. 102), o conceito de opinião refere-se a um modo de ver, considerado verdadeiro, a que se chegou por meio de processos intelectuais, mas sem comprovação necessária. E atitude caracteriza-se como uma propensão para a ação adquirida, no meio em que se vive, originada de experiências pessoais e de fatores específicos.

unesp

Portanto, as escalas possibilitam o estudo de opiniões e atitudes de forma mais objetiva e mensurável. Isto implica em transformar fatos que habitualmente são vistos segundo uma abordagem qualitativa em fatos quantitativos.

Marconi e Lakatos (1996, p. 108) colocam que a escala de Likert é construída a partir da elaboração de um grande número de proposições relacionadas às opiniões ou atitudes e que tenham relação direta ou indireta ao objetivo a ser estudado. Cada proposição tem seus valores 5, 4, 3, 2, 1, que correspondem a : completa aprovação, aprovação, indecisão, desaprovação, completa desaprovação. Dessa maneira, obtém-se uma graduação quantificada das proposições, que são distribuídas entre os indivíduos a serem pesquisados.

Para Gil (1996, p. 91), a construção do questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos. Pode-se, no entanto, determinar alguns aspectos que devem ser observados na elaboração dos questionários de pesquisa. São eles: a forma de pesquisas, o conteúdo das perguntas (sobre fatos, crenças, sentimentos, padrões de ação, etc.), a escolha das perguntas, a formulação das perguntas, o número de perguntas, a ordem das perguntas, a prevenção de deformações do questionário e, por fim, a apresentação do questionário.

Para maior segurança da pesquisa, definiu-se pela realização do pré-teste pois, segundo Marconi e Lakatos (1996, p. 90-91), depois de redigido o questionário, mas antes de aplicado definitivamente, deve-se passar por uma prova preliminar. A finalidade desta prova, geralmente designada como pré-teste, é evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redação, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão, etc. O pré-teste de um instrumento de coleta de dados tem por objetivo assegurar-lhe:

a) fidedignidade (qualquer pessoa que aplique tem o mesmo resultado);
b) validade (os dados recolhidos são necessários à pesquisa);
c) operatividade (vocabulário acessível e significado claro).

unesp

Após analisar os resultados do pré-teste, iniciou-se a fase de operacionalização da coleta de dados, através do questionário (Apêndice A), que compreende duas partes: a primeira corresponde ao perfil do profissional de saúde, com 8 (oito) questões fechadas de múltipla escolha e a segunda refere-se às opiniões e atitudes do profissional de saúde frente à importância do prontuário e à prática no preenchimento e utilização desse, bem como a sua organização interna, com 29 (vinte e nove) questões. Utilizou-se técnica de escalonamento do tipo Likert, adaptando-se às características da pesquisa.

O procedimento para a aplicação da escala do tipo Likert constituiu na elaboração das questões-afirmativas consideradas relevantes para identificar as opiniões e atitudes dos respondentes relacionadas aos objetivos da pesquisa. As afirmativas formuladas tiveram por base a fundamentação teórica apresentada. Definiu-se pela retirada do valor de neutralidade da escala, em função do objetivo da pesquisa, que não permite ter opiniões e atitudes nulas, possíveis de serem geradas pela forma cômoda de resposta, uma vez que o universo de pesquisados conta com profissionais de saúde, para os quais o prontuário faz parte de suas atividades rotineiras.

A abordagem é quantitativa, pois a coleta de dados foi realizada através da aplicação do questionário. A análise das questões é feita através da verificação dos valores da escala utilizada, onde apresentam a distribuição de freqüência e a porcentagem em relação ao total de profissionais de saúde pesquisados. A distribuição de freqüência é a representação do número de ocorrências em cada valor da escala e neste trabalho representa o número de respostas dos profissionais de saúde pesquisados. A porcentagem tem o objetivo de tornar o resultado mais claro. Segundo Levin (1987, p.17), é um método que permite padronizar a distribuição de freqüência quanto ao tamanho, ou seja, uma forma de comparar grupos em relação às diferenças nas freqüências totais. A freqüência e a porcentagem são as medidas representativas do conjunto de opiniões ou atitudes dos profissionais de saúde indicados para cada questão.

A primeira parte do questionário dessa pesquisa objetiva a coleta de dados pessoais tais como sexo, idade e dados profissionais (área de graduação, tempo de

graduação, titulação, área(s) de atuação, tempo de atuação na área e na instituição). Representa o perfil do profissional de saúde participante da pesquisa.

A segunda parte do questionário foi dividida em 8 blocos e cada um desses blocos contém questões específicas relacionadas ao Prontuário do Cliente a ser analisado, conforme segue:

As funções do Prontuário do Cliente são apresentadas de forma afirmativa e negativa, alternando-se a cada questão, com o objetivo de enfatizar as funções do prontuário e validar a veracidade das respostas. No bloco 1, se verificam as funções apresentadas de forma afirmativa, e no bloco 2, as de forma negativa.

Bloco 1 – Opinião dos profissionais de saúde em relação às funções do prontuário do cliente afirmadas de forma positiva.

O bloco é formado pelas questões de número 1, 3, 5 e 7, apresentadas de forma positiva em relação à função do prontuário do cliente, cujo propósito é verificar as opiniões que os profissionais de saúde têm sobre as funções do prontuário do cliente. Cada questão apresenta uma função, como:

1. instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde;
3. fonte de informação para continuidade da assistência;
5. documento jurídico de proteção e defesa para o profissional de saúde, instituição e cliente;
7 fonte de informação para o ensino acadêmico.

Bloco 2 – Opinião dos profissionais de saúde em relação às funções do prontuário do cliente afirmadas de forma negativa.

O bloco é formado pelas questões de número 2, 4 e 6, apresentadas de forma negativa em relação à função do prontuário do cliente, cujo propósito é verificar as opiniões que os profissionais de saúde têm sobre as funções do prontuário do cliente. Cada questão apresenta uma função, como:

2. instrumento de integração entre os profissionais de saúde;
4. instrumento de avaliação da assistência;



6. fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos na área de saúde.

Bloco 3 – Opinião dos profissionais de saúde sobre a utilização do prontuário do cliente como fonte de informação institucional.

As questões de número 8 a 11 buscam verificar as opiniões que os profissionais de saúde têm em relação à prática realizada pelos gestores, na utilização, organização interna e atualização do prontuário do cliente. Cada questão deste bloco evidencia algumas características do prontuário que refletem sua utilização na instituição, como:

8. o lay-out dos impressos;
9. revisão e atualização de conteúdos;
10. participação dos profissionais na revisão e atualização dos conteúdos;
11. capacitação para o preenchimento do prontuário.

Bloco 4 – Prática referida pelos profissionais de saúde sobre a utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para o cuidado à saúde.

Este bloco é formado pelas questões de número 12 a 14, que verificam as opiniões e atitudes que os profissionais têm em relação à prática na utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para a continuidade da assistência, como instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde e instrumento de integração entre as áreas. Cada questão identifica a primeira conduta prática realizada em um atendimento:

12. leitura de todas as informações anteriores;
13. não realiza leitura das informações anteriores;
14. leitura somente das informações relativas a sua área.

Bloco 5 – Prática referida pelos profissionais de saúde sobre a utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos.



Esse bloco conta com as questões de número 15 a 17, com as quais são verificadas as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde em relação à prática na utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos realizados na Instituição. Cada questão deste bloco identifica se o prontuário do cliente conta com uma organização interna adequada a sua utilização e se o seu preenchimento corresponde às necessidades de utilização para fins de pesquisa e trabalhos científicos:

15. facilidade no acesso à informação;
16. falta informação;
17. há informações com dificuldade no acesso.

Bloco 6 – Prática referida pelos profissionais de saúde sobre o preenchimento do prontuário do cliente.

O bloco é formado pelas questões de número 18, 19, 20, 27, 28 e 29 onde se verificam as opiniões e atitudes dos profissionais em relação à prática no preenchimento do prontuário do cliente na Instituição. As questões buscam identificar em que momento o prontuário do cliente é preenchido e a legibilidade da letra do profissional de saúde:

18. durante o atendimento;
19. após o atendimento;
20. após o atendimento, com auxílio de livros e/ou colegas;
27. letra legível para o entendimento de todos;
28. letra não é legível por pressa;
29. despreocupação com a letra.

Bloco 7 – Valorização dos enfoques do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde.

O bloco apresenta as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde em relação à prática na valorização do prontuário do cliente. É formado pelas questões de número 21, 22 e 23, onde cada uma identifica a parte mais importante do prontuário do cliente:

21. a história;

unesp

22. a evolução;
23. a conduta.

Bloco 8 – Valorização do uso jurídico do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde.

As opiniões e atitudes dos profissionais em relação à prática na utilização do prontuário do cliente como um documento jurídico, são verificadas nesse bloco. Conta com as questões de número 24, 25 e 26 que identificam a qualidade das informações visando a utilização do prontuário para fins de defesa e proteção jurídica:

24. presença de informações necessárias;
25. ausência de informação;
26. informação incompleta.

A aplicação do instrumento de coleta de dados foi realizada através de um processo de amostragem casual ou aleatória simples, onde a pesquisadora buscou generalizar de uma amostra o universo potencial todo. Segundo Costa Neto (1977, p. 40) a amostragem casual simples é equivalente a um sorteio lotérico, onde todos os elementos da população têm igual probabilidade de pertencer à amostra.

Inicialmente foi pensado na amostragem estratificada que, segundo Gil (1996, p. 99) se caracteriza pela seleção de uma amostra de cada subgrupo da população considerada, podendo ser proporcional ou não-proporcional. Mas optou-se pela amostragem casual simples pensando na disponibilidade dos profissionais em consonância com o tempo disponível para a coleta de dados.

A coleta de dados compreende a realização do pré-teste, aprovação da pesquisa na instituição, entrega do questionário aos pesquisados e seu recolhimento. Foi realizada no período de 17/08/01 a 05/10/01, quando foi entregue o questionário aos profissionais de saúde presentes no período, oportunidade utilizada para esclarecimento e orientação do preenchimento e dos objetivos da pesquisa. Esta coleta foi realizada em todas as áreas, unidades de internação, ambulatórios e demais serviços assistenciais, de maneira que todos os profissionais

unesp

do universo potencial tiveram a mesma oportunidade de serem selecionados para a amostra.

O universo real corresponde à amostra aleatória simples, que é o número de questionários entregues aos profissionais de saúde presentes no período, cuja a soma foi de 200 pesquisados. A maioria dos pesquisados responderam no momento da aplicação e na presença da pesquisadora onde puderam tirar suas dúvidas. Houve diversas manifestações dos pesquisados, tais como: "Espero que realmente essa pesquisa contribua para a melhoria da qualidade das informações do prontuário"; "Como seria bom se os nossos prontuários tivessem todas essas funções" e "Acho muito importante sua pesquisa, precisamos melhorar nossos prontuários".

Alguns pesquisados encontravam-se ocupados no momento e devolveram preenchidos dias após. Obteve-se um retorno de 179 questionários pelo clima de cooperação no desenvolvimento de pesquisas científicas na instituição e interesse deste trabalho na reformulação do modelo de prontuário do cliente. Vale dizer que as terapeutas ocupacionais se negaram a participar da pesquisa, mencionando que "se não é obrigatório não vamos responder o questionário".

Antes do questionário ser aplicado definitivamente, realizou-se o pré-teste. Nesta fase, foi aplicado o questionário para 5% do universo potencial, com o objetivo de verificar junto aos pesquisados, a forma, o desmembramento e a ordem das questões, bem como, a clareza nos termos utilizados. O resultado foi bastante positivo, necessitando-se de poucas alterações para sua validação.

Para a aplicação definitiva do questionário foi necessário, após a sua elaboração e aplicação do pré-teste, submetê-lo à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Famema em 17/09/2001 (Anexo A), por ser um regulamento interno da Famema.

Foi elaborado o Termo de Consentimento (Apêndice B) com a identificação do pesquisador, objetivo da pesquisa e esclarecimento de que os dados seriam analisados agrupadamente e o pesquisado não seria identificado mesmo em caso



de publicação futura. Esse termo teve, como objetivo, respeitar a participação espontânea do pesquisado.

O Termo de Consentimento foi entregue ao pesquisado juntamente com o questionário, em duas vias, ficando uma cópia com o pesquisado e outra com a pesquisadora. Nos casos em que o profissional se negou a responder, foram recolhidos: o instrumento e as duas vias do Termo de Consentimento em branco.

Esta fase da pesquisa, juntamente com o embasamento teórico, veio oferecer subsídios para visualizar melhor os objetivos, permitindo, assim, realizar a sistematização e análise dos resultados coletados.

Capítulo 4 – 4. Os Profissionais de Saúde da Famema e o Prontuário do Cliente.

A descrição dos resultados desta pesquisa refere-se à coleta de dados sobre o Prontuário do Cliente, sendo desenvolvida em duas etapas. Na primeira, são analisados os dados do perfil dos pesquisados, isto é, dos profissionais de saúde da Famema e, na segunda etapa, são analisadas as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde frente à importância do prontuário do cliente e à prática em seu preenchimento, utilização e organização interna.

Os dados deste trabalho foram analisados de forma estatístico-descritiva, constituindo-se da utilização de tabelas de freqüência, percentuais, média, moda e gráficos setoriais. A apresentação das tabelas seguem a mesma ordem definida no questionário.

4.1 Caracterização dos Profissionais de Saúde Pesquisados

Este tópico corresponde à primeira parte do questionário, compreende os dados pessoais e profissionais dos pesquisados: sexo, faixa etária, área e tempo de graduação, nível de titulação, área(s) e tempo(s) de atuação e tempo na Instituição.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos profissionais pesquisados segundo sexo e o respectivo gráfico de setor na Figura 1. Observa-se que há um equilíbrio em relação a sexo nos profissionais pesquisados da Famema, sendo que o feminino é um pouco mais significativo com 58,1% do total pesquisado.

Tabela 2 – Profissionais de saúde segundo sexo.

Sexo	Freq.	%
Masculino	75	41,9
Feminino	104	58,1
Total	179	100,0

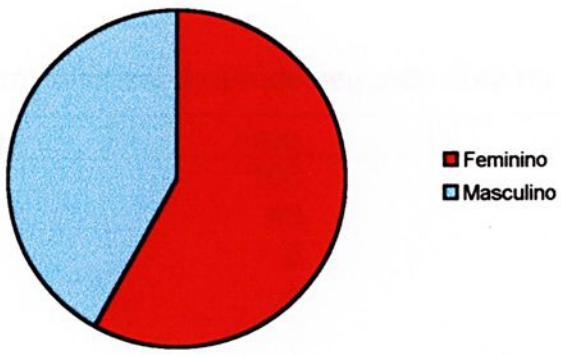


Figura 1- Profissionais de saúde segundo sexo.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos profissionais pesquisados segundo faixa etária. A idade mínima apresentada foi de 23 anos e a máxima de 77 anos. Observa-se que o maior percentual é de 24,6% que corresponde à faixa etária de 36 a 40 anos, onde está a moda, com a idade de 38 anos; a média corresponde a 36,9 anos e a mediana é de 37 anos.

Tabela 3 – Profissionais de saúde segundo faixa etária.

Faixa Etária	Freq.	%
20 – 25	14	7,8
26 – 30	39	21,8
31 – 35	27	15,1
36 – 40	44	24,6
41 – 45	26	14,5
46 – 50	18	10,1
50 ou +	11	6,1
Total	179	100,0

A Tabela 4 mostra a distribuição dos profissionais pesquisados segundo área de graduação e o respectivo gráfico de setor apresentado na Figura 2. Observa-se que 60,3% dos pesquisados pertencem à medicina e 24,0%, à enfermagem, totalizando medicina e enfermagem em 84,3% do total dos pesquisados. Justifica-se por ser a Famema formadora de recursos humanos na área de medicina e enfermagem e, também, pelo fato de ser proporcional ao universo potencial, onde conta com 380 profissionais de saúde, sendo: 265 da área da medicina, correspondendo a 70,0% e 73 da área da enfermagem, correspondendo a 19,0% do

total de profissionais de saúde que atuam na área assistencial e utilizam o prontuário do cliente.

Tabela 4 – Profissionais de saúde segundo área de graduação.

Área graduação	Freq.	%
Medicina	108	60,3
Enfermagem	43	24,0
Fisioterapia	5	2,8
Nutrição	4	2,2
Psicologia	8	4,5
Odontologia	2	1,1
Serviço Social	6	3,4
Fonoaudiologia	3	1,7
Terapia Ocupacional	0	0,0
Total	179	100,0

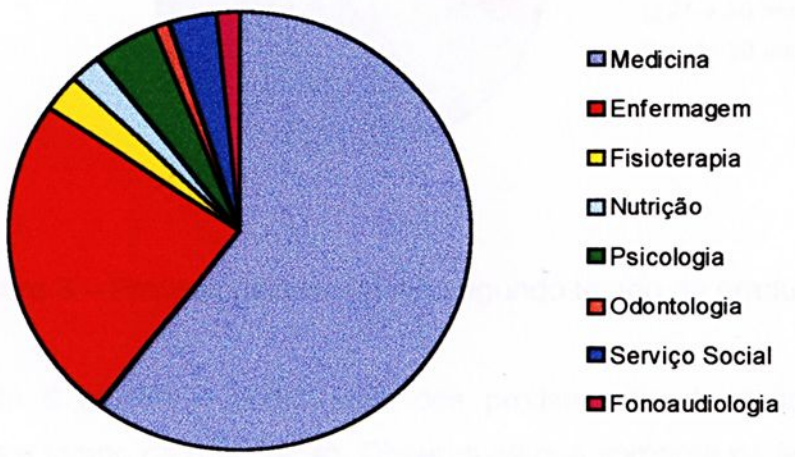


Figura 2 – Profissionais de saúde segundo área de graduação.

A tabela 5 e o respectivo gráfico de setor na Figura 3 mostram a distribuição dos profissionais pesquisados segundo tempo de graduação. Observa-se que 40,8% dos pesquisados estão entre 11 a 20 anos de tempo de graduação. Observa-se também que 24% dos pesquisados têm entre 1 a 5 anos de tempo de graduação, isto significa que existe uma porcentagem representativa de profissionais jovens. Por outro lado, nota-se que 14,0% dos pesquisados têm entre 21 a 30 anos de tempo de graduação e apenas 2,8% tem mais de 30 anos.

Tabela 5 – Profissionais de saúde segundo tempo de graduação.

Tempo graduação	Freq.	%
< 1 ano	11	6,1
1 a 5 anos	43	24,0
6 a 10 anos	22	12,3
11 a 20 anos	73	40,8
21 a 30 anos	25	14,0
+ de 30 anos	5	2,8
Total	179	100,0

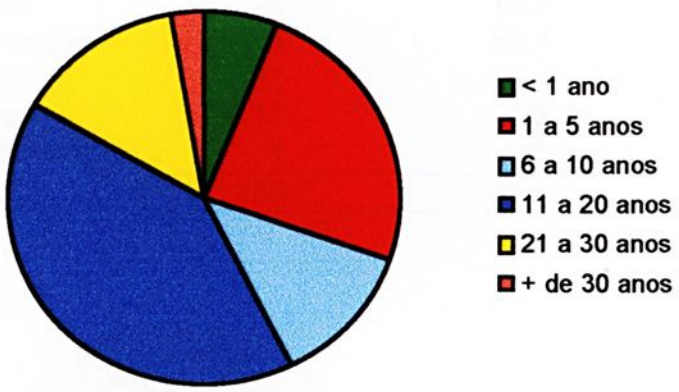


Figura 3 – Profissionais de saúde segundo tempo de graduação.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos profissionais de saúde pesquisados segundo área e tempo de graduação. Observa-se que somente na área da medicina há profissionais com menos de 1 ano e mais de 30 anos de tempo de graduação que são 11 e 5 profissionais respectivamente.

Tabela 6 - Profissionais de saúde segundo área e tempo de graduação.

	Tempo de graduação						
Área de graduação	< de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	21 a 30 anos	+ 30 anos	Total
Medicina	11	35	8	31	18	5	108
Enfermagem	0	5	6	29	3	0	43
Psicologia	0	2	1	4	1	0	8
Serviço Social	0	0	3	0	3	0	6
Fisioterapia	0	0	3	2	0	0	5
Nutrição	0	1	0	3	0	0	4
Fonoaudiologia	0	0	0	3	0	0	3
Odontologia	0	0	1	1	0	0	2
Total	11	43	22	73	25	5	179

unesp

A Tabela 7 e a Figura 4 mostram a distribuição dos profissionais pesquisados segundo nível de titulação. Verifica-se que 56,4% dos pesquisados contam com especialização e apenas 0,6% tem pós-doutorado, porém muitos profissionais de saúde e funcionários da Instituição estão cursando pós-graduação, em todos os níveis de titulação, com o incentivo e apoio da Famema.

Tabela 7 – Profissionais de saúde segundo nível de titulação.

Titulação	Freq.	%
Graduação	29	16,2
Especialização	101	56,4
Mestrado	31	17,3
Doutorado	17	9,5
Pós-doutorado	1	0,6
Total	179	100,0

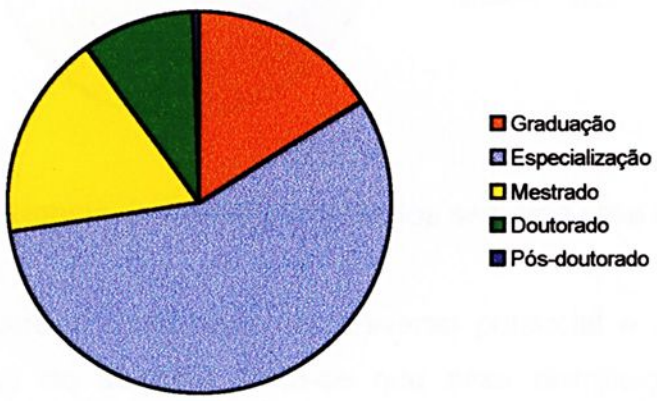


Figura 4 – Profissionais de saúde segundo nível de titulação.

A Tabela 8 e a Figura 5 mostram a distribuição dos profissionais pesquisados segundo área de atuação. As especialidades clínica e cirúrgica contam com mais de 50% dos pesquisados, sendo respectivamente 35,2% e 25,1%. A saúde mental representa 8,4% dos pesquisados e a saúde da mulher e da criança contam com 9,5% dos pesquisados. Observa-se também que 12,3% dos pesquisados atuam na administração dos serviços de saúde.

Tabela 8 – Profissionais de saúde segundo área de atuação.

Área de atuação	Freq.	%
Adm.Serv.Saúde	22	12,3
Espec. Clínica	63	35,2
Espec. Cirúrgica	45	25,1
Saúde Mental	15	8,4
Saúde Mulher	17	9,5
Saúde Criança	17	9,5
Total	179	100,0

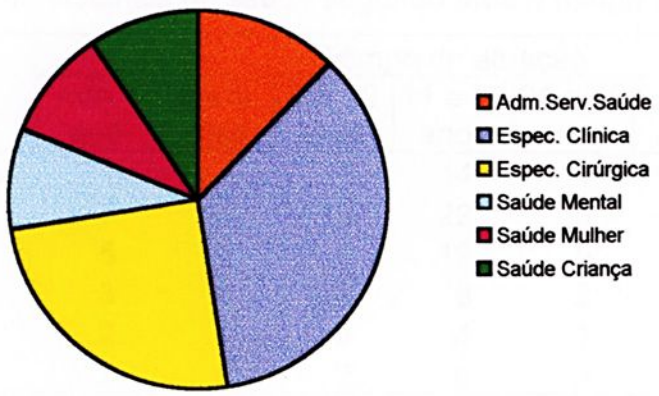


Figura 5 – Profissionais da saúde pesquisados segundo área de atuação.

A Tabela 9 mostra a distribuição do universo potencial e dos profissionais pesquisados por área de atuação. Nota-se que essa distribuição por área de atuação dos pesquisados é proporcional à distribuição do universo potencial, com exceção da administração dos serviços de saúde. Verifica-se portanto que a amostra aleatória simples foi bastante representativa.

Tabela 9 – Área de atuação: universo potencial e profissionais pesquisados.

	Universo potencial		Pesquisados	
Área de atuação	Freq.	%	Freq.	%
Adm.Serv.Saúde	26	6,8	22	12,3
Espec. Clínica	130	34,2	63	35,2
Espec. Cirúrgica	108	28,4	45	25,1
Saúde Mental	42	11,1	15	8,4
Saúde Mulher	31	8,2	17	9,5
Saúde Criança	43	11,3	17	9,5
Total	380	100,0	172	100,0

A Tabela 10 mostra a distribuição dos profissionais pesquisados segundo área e tempo de atuação. Observa-se que o maior número de pesquisados encontra-se entre 11 e 20 anos de tempo de atuação e corresponde a 63 pesquisados onde: 14 correspondem ao maior número na área de administração dos serviços de saúde e 22 na especialidade clínica. Já na área de especialidades cirúrgicas o maior número de profissionais de saúde pesquisados corresponde a 15 e encontra-se entre 1 e 5 anos de tempo de atuação.

Tabela 10 – Profissionais de saúde segundo área e tempo de atuação.

	Tempo de atuação						
Área de atuação	< de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	21 a 30 anos	+ 30 anos	Total
Adm.Serv.Saúde	1	4	1	14	1	1	22
Espec. Clínica	7	16	13	22	3	2	63
Espec. Cirúrgica	5	15	6	12	5	2	45
Saúde Mental	3	4	0	6	2	0	15
Saúde Mulher	2	7	3	4	1	0	17
Saúde Criança	2	5	2	5	3	0	17
Total	20	51	25	63	15	5	179

A tabela 11 e a Figura 6 mostram a distribuição dos profissionais pesquisados segundo área de atuação 2. Corresponde a 39 profissionais de saúde, ou seja, 21,8% do total de pesquisados atuando em mais de uma área na Instituição, portanto com uma visão mais ampla do objeto da pesquisa. Verifica-se que 48,7% dos que atuam em mais de uma área encontram-se nas especialidades cirúrgicas e não há profissionais atuando na administração dos serviços de saúde como segunda área.

Tabela 11 – Profissionais de saúde segundo área de atuação 2.

Área de atuação 2	Freq.	%
Adm.Serv.Saúde	0	0,0
Espec. Clínica	5	12,8
Espec.Cirúrgica	19	48,7
Saúde Mental	1	2,6
Saúde Mulher	4	10,3
Saúde Criança	10	25,6
Total	39	100,0

unesp

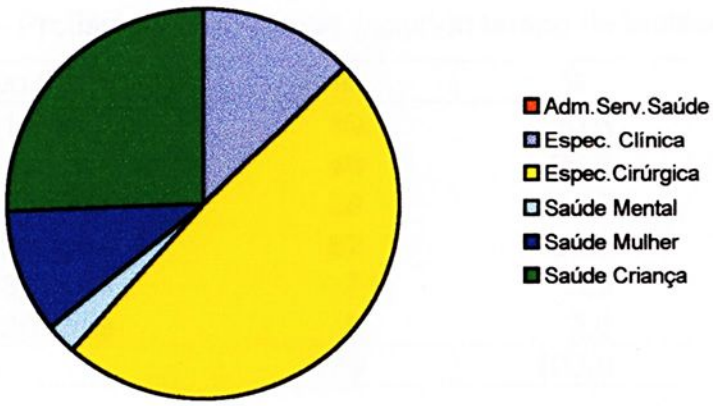


Figura 6 – Profissionais de saúde segundo área de atuação 2.

A Tabela 12 mostra a distribuição dos profissionais pesquisados segundo a área de atuação 2 e tempo. Observa-se que em todas as áreas de atuação o maior número de pesquisados estão entre 11 e 20 anos de tempo de atuação.

Tabela 12 – Profissionais de saúde segundo área e tempo de atuação 2.

	Tempo de atuação 2						
Área de atuação 2	< de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	21 a 30 anos	+ 30 anos	Total
Adm.Serv.Saúde	0	0	0	0	0	0	0
Espec.Clínica	0	0	0	5	0	0	5
Espec.Cirúrgica	1	6	2	8	2	0	19
Saúde Mental	0	0	0	1	0	0	1
Saúde Mulher	0	0	0	3	0	1	4
Saúde Criança	0	2	1	4	3	0	10
Total	1	8	3	21	5	1	39

A Tabela 13 e a Figura 7 mostram a distribuição dos profissionais pesquisados segundo tempo de Instituição. Observa-se que 34,6% dos pesquisados têm entre 11 e 20 anos de tempo de atuação na Instituição e 21,2% têm entre 6 a 10 anos. Esses percentuais evidenciam que um número considerável de profissionais de saúde pesquisados conhecem bem o prontuário do cliente na Instituição, enquanto que apenas 10,6% dos profissionais de saúde pesquisados têm menos de 1 ano de tempo de atuação na Instituição.

unesp

Tabela 13 – Profissionais de saúde segundo tempo de Instituição.

Tempo Instituição	Freq.	%
< de 1 ano	19	10,6
1 a 5 anos	48	26,8
6 a 10 anos	38	21,2
11 a 20 anos	62	34,6
21 a 30 anos	7	3,9
+ de 30 anos	5	2,8
Total	*179*	*100,0*

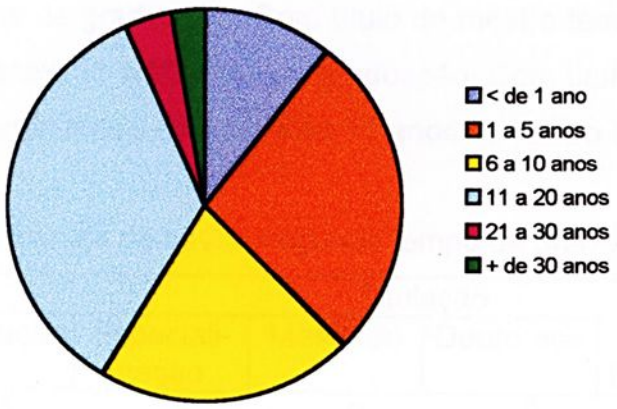


Figura 7 – Profissionais de saúde segundo tempo de Instituição.

A Tabela 14 apresenta a distribuição dos profissionais segundo sexo e faixa etária. Observa-se que 58,1% são do sexo feminino e 41,9% são do sexo masculino, porém na faixa etária de 36 a 40 anos aparece o maior percentual de 24,6%, 31 profissionais são do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Por outro lado, nas faixas acima de 46 anos há um maior número de profissionais do sexo masculino do que feminino.

Tabela 14 – Profissionais de saúde segundo faixa etária e sexo.

	Sexo			
Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total	%
20 – 25	9	5	14	7,8
26 – 30	22	17	39	21,8
31 – 35	20	7	27	15,1
36 – 40	31	13	44	24,6
41 – 45	13	13	26	14,5

Tabela 14 – Profissionais de saúde segundo faixa etária e sexo.

Faixa Etária	Sexo			
	Feminino	Masculino	Total	%
46 – 50	7	11	18	10,1
51 ou +	2	9	11	6,1
Total	104	75	179	100,0
%	58,1	41,9	100,0	

A distribuição dos profissionais segundo tempo de graduação e tempo de titulação é mostrada na Tabela 15. Dos 179 profissionais pesquisados 101 têm especialização sendo que 37 estão na faixa de 11 a 20 anos de graduação e 32 estão entre 1 a 5 anos de graduação. Com título de mestre têm-se 31 profissionais, sendo que 23 estão entre 11 a 20 anos de graduação. Com título de doutorado têm-se 17 profissionais sendo todos com mais de 11 anos de tempo de graduação.

Tabela 15 – Profissionais de saúde segundo tempo de graduação e titulação.

Tempo de graduação	Titulação					
	Graduação	Especiali-zação	Mestrado	Doutorado	Pós-Doutorado	Total
< 1 ano	5	6	0	0	0	11
1 A 5 anos	11	32	0	0	0	43
6 A 10 anos	5	13	4	0	0	22
11 A 20 anos	8	37	23	5	0	73
21 A 30 anos	0	12	4	9	0	25
30 anos	0	1	0	3	1	5
Total	29	101	31	17	1	179

Os profissionais pesquisados segundo tempo de graduação e de instituição encontram-se na Tabela 16. Nota-se que prevalece o maior número de profissionais nas faixas etárias onde o tempo de graduação e instituição são os mesmos, concluindo-se, portanto, que a maioria dos profissionais iniciaram sua vida profissional na Instituição.

Tabela 16 – Profissionais de saúde segundo tempo de graduação e tempo de instituição.

Tempo Graduação	Tempo Instituição						
	< 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	21 a 30 anos	30 anos	Total
< 1 ano	11	0	0	0	0	0	11

unesp

Tabela 16 – Profissionais de saúde segundo tempo de graduação e tempo de instituição.

Tempo Graduação	Tempo Instituição						
	< 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	21 a 30 anos	30 anos	Total
1 a 5 anos	8	35	0	0	0	0	43
6 a 10 anos	0	7	14	1	0	0	22
11 a 20 anos	0	5	21	46	0	1	73
21 a 30 anos	0	1	3	15	6	0	25
30 anos	0	0	0	0	1	4	5
Total	19	48	38	62	7	5	179

Já na Tabela 17 encontram-se os profissionais segundo áreas de graduação e de atuação. Nota-se que na área de atuação de administração dos serviços de saúde têm-se 11 profissionais médicos, 10 profissionais de enfermagem e um profissional da nutrição. Nas especialidades clínicas há 35 profissionais médicos, 15 profissionais de enfermagem, 4 profissionais da fisioterapia, 3 profissionais da nutrição, 1 profissional da psicologia, 2 profissionais da odontologia e 3 profissionais do serviço social. Nas especialidades cirúrgicas há 35 profissionais médicos, 6 profissionais de enfermagem, 1 profissional da fisioterapia e os 3 profissionais da fonoaudiologia. Já na saúde mental há 5 profissionais médicos, 2 profissionais de enfermagem, 7 profissionais da psicologia e 1 profissional do serviço social. Na saúde da mulher e da criança há o mesmo número de profissionais, sendo que na saúde da mulher há 10 profissionais médicos, 5 profissionais de enfermagem e 2 profissionais do serviço social e na saúde da criança há 12 profissionais médicos e 5 profissionais de enfermagem.

Tabela 17 – Profissionais de saúde segundo áreas de graduação e de atuação.

Área Graduação	Área Atuação						
	Ad.Serv. Saúde	Esp. Clínicas	Esp. Cirúrgicas	Saúde Mental	Saúde Mulher	Saúde Criança	Total
Medicina	11	35	35	5	10	12	108
Enfermagem	10	15	6	2	5	5	43
Fisioterapia	0	4	1	0	0	0	5
Nutrição	1	3	0	0	0	0	4
Psicologia	0	1	0	7	0	0	8
Odontologia	0	2	0	0	0	0	2
Serviço social	0	3	0	1	2	0	6
Fonoaudiologia	0	0	3	0	0	0	3
Total	22	63	45	15	17	17	179

unesp

4.2 Análise do prontuário do cliente

Este tópico apresenta a interpretação e análise dos dados obtidos na segunda parte do questionário, descrevendo as opiniões e atitudes dos profissionais de saúde da Famema sobre a importância do prontuário do cliente e a prática referida no seu preenchimento, utilização e organização interna.

As questões são apresentadas através de blocos, onde cada um responde a um item, importância ou prática, relacionado ao prontuário do cliente.

Os blocos são representados por tabelas, cujos dados aparecem na ordem dos valores da escala para melhor visualização, sendo:

1 = discorda completamente
2 = discorda mais do que concorda
3 = concorda mais do que discorda
4 = concorda completamente

Bloco 1 – Opinião dos profissionais de saúde em relação às funções do prontuário do cliente afirmadas de forma positiva.

O Bloco compreende as respostas das questões 1, 3, 5 e 7 onde afirmam de forma positiva as respectivas funções do prontuário do cliente: instrumento de comunicação; fonte de informação para a assistência; documento jurídico e fonte de informação no ensino acadêmico. A Tabela 18 apresenta a distribuição de freqüência e porcentagem das respostas dos profissionais pesquisados.

A Questão 1 refere-se à afirmação de que o prontuário do cliente é um instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde, onde cada um fornece as informações dentro de sua área ou especialidade. Observa-se que 83,2% concordam completamente e 14,5% concordam mais do que discordam. Significa que 97,7% dos profissionais de saúde pesquisados referem que o prontuário do cliente é um instrumento de comunicação.



Já a Questão 3 refere-se à afirmação de que o prontuário do cliente é uma fonte de informação para a continuidade da assistência e auxílio no processo de trabalho. Observa-se que 82,1% concordam completamente, 15,6% concordam mais do que discordam. Dessa forma, 97,7% dos profissionais de saúde pesquisados consideram o prontuário do cliente uma fonte de informação para a continuidade da assistência e auxílio no processo de trabalho.

Verifica-se que os profissionais de saúde da Famema valorizam as funções de instrumento de comunicação e fonte de informação do prontuário do cliente para o cuidado à saúde, estando de acordo com Kedy (1984, p. 50), que menciona serem os dados escritos no prontuário do cliente um excelente veículo de comunicação, reunindo o médico, a enfermeira, a nutricionista, o assistente social, o técnico, fazendo com que a equipe de saúde conheça as reações, manifestações e sintomas encontrados no cliente, facilitando assim, o seu tratamento.

Na Questão 5 onde se afirma que o prontuário do cliente é um documento jurídico que auxilia na defesa e proteção do profissional de saúde, da instituição e do cliente, verifica-se que 91,1% concordam completamente, 7,3% concordam mais do que discorda. Significa que 98,4% dos profissionais de saúde da Famema consideram o prontuário do cliente um documento jurídico, evidenciando a importância atribuída na função de defesa da atividade profissional, permitindo definir a competência profissional. É ainda, instrumento de defesa em caso de prejuízos e reivindicações para a instituição e os poderes públicos.

A afirmação de que a conscientização da importância do prontuário do cliente no processo de assistência deve ser adquirida durante a formação acadêmica é apresentada na Questão 7. Observa-se que 84,4% concordam completamente, 11,7% concordam mais do que discordam, perfazendo 96,1% dos profissionais pesquisados que consideram a formação acadêmica um momento adequado para a conscientização da importância do prontuário do cliente. Apenas 3,9% dos pesquisados divergiram dessa afirmação. Significa que as crenças de: Hossne (1992, p.76) que afirma ser necessário ensinar nos bancos acadêmicos que não basta fazer boa anamnese e bom exame físico, é preciso registrá-los no prontuário com qualidade, completo e de forma clara; de Crossetti e Waldmann (1992, p. 124)



que acreditam que o ensino sistematizado dos registros de enfermagem deve ser ministrado formalmente aos alunos do curso de graduação em enfermagem e é fundamental o papel do educador na conscientização do aluno sobre a importância da sistematização da assistência; e de Almeida et al. (1995, p. 175-176) que acreditam ser responsabilidade da escola a formação de profissionais participantes do processo de produção, reprodução e distribuição de conhecimentos necessários para a construção de uma enfermagem crítica, reflexiva e transformadora da realidade, através do registro de conhecimentos produzidos no processo de cuidar da enfermagem (o que, o como, o porquê, e o para que produzir); estão, portanto, reafirmando a importância atribuída pelos profissionais de saúde da Famema de ser o prontuário de cliente fonte de informação para o ensino acadêmico.

Tabela 18 – Funções do prontuário do cliente apresentadas de forma positiva: instrumento de comunicação, fonte de informação para a assistência, documento jurídico e fonte de informação para o ensino acadêmico.

Bloco 1								
Valores	Questões							
	1		3		5		7	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	3	1,7	1	0,6	3	1,7	3	1,7
2	1	0,6	3	1,7	0	0,0	4	2,2
3	26	14,5	28	15,6	13	7,3	21	11,7
4	149	83,2	147	82,1	163	91,1	151	84,4
Sem resposta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0

Bloco 2 – Opinião dos profissionais de saúde em relação às funções do prontuário do cliente afirmadas de forma negativa.

A Tabela 19 mostra a distribuição de freqüência e a porcentagem das respostas dos pesquisados referentes ao bloco 2, que compreende as questões 2, 4, e 6, onde negam as respectivas funções do prontuário do cliente: instrumento de integração; instrumento de avaliação e fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos.

unesp

A Questão 2 diz que o prontuário do cliente não é um instrumento de integração da equipe de saúde na Instituição. Verifica-se que 72,1% discordam completamente e 12,3% discordam mais do que concordam. Conclui-se que 84,4% dos profissionais de saúde pesquisados consideram o prontuário do cliente como um instrumento de integração. Vale ressaltar que 15,7% concordam que o prontuário do cliente não é um instrumento de integração. Podemos considerar que o prontuário do cliente somente pode ter a função de instrumento de integração entre os profissionais de saúde e suas áreas, quando o seu preenchimento é completo e adequado, pois, segundo Kedy (1984, p. 50), os dados escritos no prontuário do cliente são um excelente veículo de comunicação, reunindo o médico, a enfermeira, a nutricionista, o assistente social, o técnico, fazendo com que a equipe de saúde conheça as reações, manifestações e sintomas encontrados no cliente, facilitando, assim, o seu tratamento.

A Questão 4 afirma que o prontuário do cliente não é um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços prestados; observa-se que 59,2% discordam completamente e 16,2% discordam mais do que concordam. Assim, 75,4% dos profissionais de saúde pesquisados consideram o prontuário do cliente um instrumento de avaliação. Por outro lado 16,8% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 7,3% concordam completamente. Conclui-se que 24,1% dos profissionais pesquisados não consideram o prontuário do cliente um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços prestados, uma vez que depende da qualidade de seu preenchimento, pois Scochi (1994, p. 357) coloca que o prontuário é uma das fontes mais importantes de avaliação de serviço, porém pouco utilizada, pois desconfia-se da qualidade dos dados registrados rotineiramente, não permitindo a implementação de garantia de qualidade da assistência.

Já a Questão 6, onde se afirma que o prontuário do cliente não é uma fonte de informação para o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos científicos na área da Saúde, observa-se que 76,5% discordam completamente e 13,4% discordam mais do que concordam. Conclui-se que 89,9% dos pesquisados consideram o prontuário do cliente uma fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos, talvez por ser uma instituição de ensino e pesquisa, pois Kedy (1984, p. 49) menciona que nos hospitais de ensino existe grande oportunidade no desenvolvimento de pesquisas,

unesp

pela diversidade de tratamento para uma mesma enfermidade, havendo oportunidade de investigação de qual o melhor tratamento para determinada doença. Porém, há 6,7% dos pesquisados que concordam mais do que discordam e 3,4% que concordam completamente. Portanto, 10,1% dos pesquisados não consideram o prontuário do cliente uma fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos, talvez isto se justifica pela não utilização ou pela qualidade das informações.

Tabela 19 – Funções do prontuário do cliente apresentadas de forma negativa: instrumento de integração, de avaliação e fonte de informação para pesquisas científicas.

Bloco 2						
Valores	Questões					
	2		4		6	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	129	72,1	106	59,2	137	76,5
2	22	12,3	29	16,2	24	13,4
3	22	12,3	30	16,8	12	6,7
4	6	3,4	13	7,3	6	3,4
Sem resposta	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0

Analisando os blocos 1 e 2, verifica-se que nas funções apresentadas de forma positiva no bloco 1, o percentual de aceitação das funções do prontuário é maior, enquanto que, no bloco 2, onde as funções são apresentadas de forma negativa, o percentual de aceitação é menor. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde pesquisados valorizam o prontuário do cliente através de suas funções.

Bloco 3 – Opinião dos profissionais de saúde sobre prática na organização interna e atualização do prontuário do cliente como fonte de informação institucional.

O bloco 3 compreende as questões 8, 9, 10 e 11, onde se afirma de forma positiva a prática institucional na organização interna e atualização do prontuário do cliente onde cada questão identifica uma prática institucional em relação ao prontuário do cliente. A distribuição de freqüência e porcentagem das respostas, são apresentadas na Tabela 20.

Na Questão 8, onde se afirma que a Instituição se preocupa com a organização do prontuário do cliente, bem como o lay-out dos impressos adequados ao processo de trabalho, nota-se que 24,6% concordam completamente e 39,1% concordam mais do que discordam. Significa que 63,7% dos profissionais de saúde pesquisados consideram que a Instituição se preocupa com a organização do prontuário do cliente. Por outro lado, 26,3% dos pesquisados discordam mais do que concordam e 8,9% discordam completamente. Conclui-se que 35,2% dos pesquisados consideram que a Instituição não se preocupa com a organização interna do prontuário do cliente e 1,1% não respondeu, podendo ser este fato por falta de conhecimento sobre o assunto. Pode-se, ainda, verificar que 65,4% dos pesquisados não concordam, nem discordam completamente.

Já na Questão 9, onde se afirma que a atualização do prontuário do cliente, como redefinição de conteúdo e reorganização do modelo de prontuário, é realizada pela Instituição sempre que necessário, verifica-se que 44,1% discordam mais do que concordam e 9,5% discordam completamente. Significa que 53,6% dos profissionais pesquisados consideram que a Instituição não atualiza o prontuário do cliente sempre que necessário. Por outro lado, 30,2% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 14,5% concordam completamente. Portanto, 44,7% dos pesquisados consideram que a Instituição atualiza o prontuário do cliente sempre que necessário e 1,7% dos pesquisados não respondeu pois considera que não tem conhecimento sobre o assunto. Podemos ainda notar que 74,3% dos pesquisados não discordam nem concordam totalmente com esta afirmação. Portando, observa-se também que houve divisão de opiniões por parte dos pesquisados em relação a ser a atualização do prontuário do cliente realizada sempre que necessária. Podemos verificar que as atividades de organização e atualização do prontuário do cliente se relacionam, podendo uma ser conseqüência da outra.

A Questão 10 afirma que a atualização do prontuário na Instituição é realizada com a participação e envolvimento dos profissionais de saúde; verifica-se que 35,2% discordam mais do que concordam e 21,2% discordam completamente. Significa que 56,4% dos profissionais pesquisados referem não haver participação dos profissionais de saúde na atualização do prontuário. Por outro lado, observa-se que



23,5% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 17,9% concordam completamente. Portanto, 41,4% dos pesquisados acreditam que a atualização do prontuário é realizada com a participação dos profissionais de saúde e 2,2% não responderam, portanto acredita-se que não tem conhecimento sobre o assunto. Pode-se notar ainda que 58,7% não concordam nem discordam completamente com esta afirmação. Conclui-se que há participação dos profissionais de saúde na atualização do prontuário, mas pode haver falha na divulgação deste trabalho e não haver a participação de todos os profissionais; resultando-se, portanto, na falta de envolvimento e compromisso, por parte dos profissionais, no preenchimento do prontuário, contrapondo-se a afirmação de Scochi (1994. p. 365), segundo a qual a atualização do prontuário deve ser realizada com a participação dos profissionais, caso contrário, a coleta de informação pode parecer estranha e desnecessária.

Já na Questão 11, onde se afirma que a Instituição realiza treinamento e instruções no preenchimento do prontuário do cliente sempre que isto for necessário e solicitado, verifica-se que 37,4% discordam mais do que concordam e 36,9% discordam completamente. Significa que 74,3% dos profissionais pesquisados consideram que a Instituição não realiza treinamento e instruções no preenchimento do prontuário do cliente. Por outro lado, 13,4% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 7,8% concordam completamente. Portanto, 21,2% dos pesquisados consideram que a Instituição realiza treinamento e instruções no preenchimento do prontuário do cliente e 4,5% dos pesquisados não responderam, acredita-se que não têm conhecimento sobre o assunto. Conclui-se que os treinamentos e instruções no preenchimento do prontuário do cliente na Instituição estão muito aquém do necessário aos profissionais de saúde. Talvez se houvesse maior participação dos profissionais na atualização do prontuário do cliente, reduzir-se-ia a necessidade de treinamentos e instruções no seu preenchimento. E ainda pode-se dizer que as atividades de organização e atualização do prontuário do cliente são necessárias para a realização de treinamentos e instruções em seu preenchimento.

Analisando o bloco 3, observa-se que existe uma divisão de opiniões dos profissionais de saúde pesquisados em relação à prática institucional na organização interna e atualização do prontuário do cliente. Pode-se supor que as

unesp

atividades são realizadas, porém, não suficientes ou não divulgadas adequadamente, e ainda falta de atenção ou percepção dos profissionais de saúde.

Tabela 20 – Prática institucional na organização e atualização do prontuário do cliente.

Bloco 3								
Valores	Questões							
	8		9		10		11	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	16	8,9	17	9,5	38	21,2	66	36,9
2	47	26,3	79	44,1	63	35,2	67	37,4
3	70	39,1	54	30,2	42	23,5	24	13,4
4	44	24,6	26	14,5	32	17,9	14	7,8
Sem resposta	2	1,1	3	1,7	4	2,2	8	4,5
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0

Bloco 4 – Prática referida pelos profissionais de saúde sobre a utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para o cuidado à saúde.

As opiniões e atitudes que os profissionais pesquisados têm em relação à prática na utilização do prontuário do cliente como: fonte de informação para a continuidade da assistência; instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde e instrumento de integração entre as áreas, apresentam-se neste bloco, que compreende as questões 12, 13 e 14, onde cada questão identifica a primeira conduta prática em um atendimento e a Tabela 21 apresenta a distribuição de freqüência e porcentagem das respostas dos pesquisados referentes às questões do bloco.

A Questão 12 afirma que a primeira conduta do profissional de saúde em um atendimento é fazer uma leitura das anotações contidas no prontuário do cliente referente aos atendimentos anteriores, realizadas pelos profissionais de outras áreas e da mesma área. Verifica-se que 68,7% concordam completamente e 23,5% concordam mais do que discordam. Significa que 92,2% dos pesquisados referem que a primeira conduta é fazer uma leitura das anotações, referente aos atendimentos anteriores, realizadas pelos profissionais de outras áreas e da mesma



área. Porém observa-se que 5,0% dos pesquisados discordam mais do que concordam e 2,8% discordam completamente. Portanto, 7,8% dos pesquisados referem que a primeira conduta não é fazer uma leitura das anotações, referente aos atendimentos anteriores, realizadas pelos profissionais de outras áreas e da mesma área.

Já a Questão 13 mostra que a primeira conduta do profissional de saúde em um atendimento é solicitar ao cliente que faça um relato referente a sua queixa naquele momento, não se importando com os atendimentos anteriores. Nota-se que 48,0% discordam completamente e 21,2% discordam mais do que concordam. Significa que 69,2% dos profissionais de saúde pesquisados referem que a primeira conduta não é solicitar ao cliente que faça um relato referente a sua queixa naquele momento, não se importando com os atendimentos anteriores. Entretanto, verifica-se que 23,5% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 6,7% concordam completamente. Portanto, 30,2% dos pesquisados referem que a primeira conduta é solicitar ao cliente que faça um relato referente a sua queixa naquele momento, não se importando com os atendimentos anteriores. Vale dizer que alguns profissionais de saúde, no momento da aplicação do questionário, comentaram que quando estão no serviço de urgência e emergência é praticamente impossível ter em mãos o prontuário do cliente no momento do seu atendimento. Vale dizer que não se tem a informação de quantos profissionais de saúde do universo pesquisado atuam no serviço de urgência e emergência.

Na questão 14, a primeira conduta do profissional de saúde em um atendimento é fazer uma leitura das anotações contidas no prontuário do cliente, referente aos atendimentos anteriores, realizadas somente pelos profissionais da mesma área. Verifica-se que 44,7% discordam completamente e 32,4% discordam mais do que concordam. Significa que 77,1% dos profissionais de saúde pesquisados referem que a primeira conduta não é fazer uma leitura das anotações, referente aos atendimentos anteriores, realizadas somente pelos profissionais da mesma área. Porém observa-se que 17,3% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 5,0% concordam completamente. Portanto, 22,3% dos pesquisados referem que a primeira conduta é fazer uma leitura das anotações, referente aos atendimentos anteriores, realizadas somente pelos profissionais da mesma área.

unesp

Observa-se, ainda, que 49,7% dos profissionais não concordam nem discordam totalmente desta conduta, contrapondo-se a Kedy (1984, p. 50), quando menciona que os dados escritos no prontuário do cliente são um excelente veículo de comunicação, reunindo o médico, a enfermeira, a nutricionista, o assistente social, o técnico, fazendo com que a equipe de saúde conheça as reações, manifestações e sintomas encontrados no cliente, facilitando, assim, o seu tratamento.

Analisando o bloco, observa-se que na questão 12, onde se afirma utilizar o prontuário do cliente como: fonte de informação para dar continuidade à assistência; instrumento de integração entre as áreas e de comunicação entre os profissionais de saúde, obteve-se a maior freqüência de respostas concordando completamente, isto é, 68,7% e 23,5% concordam mais do que discordam, portanto 92,2% dos profissionais pesquisados referem utilizar o prontuário segundo as funções mencionadas acima. Por outro lado na questão 13, onde se afirma que não se utiliza o prontuário para a continuidade da assistência, 23,5% referem concordar mais do que discordar e 6,7% referem concordar completamente, portanto 30,2% dos profissionais de saúde pesquisados referem não utilizar o prontuário como fonte de informação para dar continuidade à assistência. Já na questão 14, onde se afirma utilizar o prontuário como fonte de informação para dar continuidade à assistência e instrumento de comunicação entre os profissionais somente da área, 44,7% discordam completamente e 32,4% discordam mais do que concordam, portanto, 77,1% dos profissionais de saúde pesquisados referem não utilizar o prontuário do cliente como fonte de comunicação entre os profissionais de saúde somente da área.

Conclui-se que a maioria dos profissionais de saúde pesquisados referem utilizar o prontuário do cliente como fonte de informação para a continuidade da assistência, como instrumento de comunicação entre os profissionais e como instrumento de integração entre as áreas. Por outro lado, há um número considerável que refere não utilizar o prontuário do cliente como fonte de informação para a continuidade da assistência.

unesp

Tabela 21 – A prática dos profissionais de saúde na utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para o cuidado à saúde.

Bloco 4						
Valores	Questões					
	12		13		14	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	5	2,8	86	48,0	80	44,7
2	9	5,0	38	21,2	58	32,4
3	42	23,5	42	23,5	31	17,3
4	123	68,7	12	6,7	9	5,0
Sem resposta	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0

Bloco 5 – Prática referida pelos profissionais de saúde sobre a utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos.

Neste bloco, as opiniões e atitudes dos profissionais pesquisados são verificadas em relação à prática na utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos realizados na Instituição. Cada questão deste bloco identifica se o prontuário conta com uma organização interna adequada à sua utilização e se o seu preenchimento corresponde às necessidades de utilização. Este bloco compreende as questões 15, 16 e 17, e a Tabela 22 apresenta a distribuição da freqüência e a porcentagem das respostas dos pesquisados.

A afirmação de que a busca de informações no prontuário do cliente é rápida, porque existe uma organização interna que facilita o acesso, é apresentada na Questão 15. Verifica-se que 36,3% discordam completamente e 26,8% discordam mais do que concordam. Significa que 63,1% dos profissionais de saúde pesquisados não consideram a busca de informações no prontuário do cliente rápida e nem que existe uma organização interna que facilita o acesso. Por outro lado, 24,6% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 11,2% concordam completamente. Portanto, 35,8% dos pesquisados consideram que a

unesp

busca de informações no prontuário do cliente é rápida, porque existe uma organização interna que facilita o acesso e 1,1% dos pesquisados não respondeu, acreditando-se que não utilizam o prontuário para pesquisas e trabalhos científicos. Observa-se ainda que 51,4% dos profissionais não concordam com esta afirmação nem discordam completamente. Acredita-se ser pela causa seguida da afirmação, onde o pesquisado concorda com a afirmação, porém, não concorda com a sua causa ou, ainda, discorda da afirmação e concorda com a causa.

A Questão 16 afirma que o prontuário normalmente não conta com as informações necessárias para o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos científicos. Verifica-se que 38,0% concordam mais do que discordam e 24,0% concordam completamente. Perfaz um total de 62,0% dos profissionais pesquisados que consideram não contar com as informações necessárias no prontuário do cliente. Por outro lado, 27,4% dos pesquisados discordam mais do que concordam e 9,5% discordam completamente. Portanto, 36,9% dos pesquisados consideram as informações contidas no prontuário suficientes para o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos científicos e 1,1% dos pesquisados não responderam, acreditando-se que não utilizam o prontuário do cliente com essa finalidade. Verifica-se ainda que 65,4% não concordam nem discordam completamente que o prontuário não conta com as informações necessárias.

Na questão 17 onde se afirma que as informações contidas no prontuário do cliente são suficientes, porém há uma grande dificuldade em encontrá-las. Verifica-se que 47,5% discordam mais do que concordam e 11,2% discordam completamente. Significa que 58,7% dos profissionais de saúde pesquisados não consideram que as informações contidas no prontuário do cliente são suficientes. Por outro lado, 31,3% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 8,9% concordam completamente. Portanto, 40,2% dos pesquisados consideram as informações contidas no prontuário suficientes para o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos científicos, porém há grande dificuldade em encontrá-las e 1,2% dos pesquisados não responderam, acreditando-se que não tem conhecimento sobre o assunto. Observa-se ainda que 78,8% dos pesquisados não concordam nem discordam completamente com relação as informações contidas no prontuário serem suficientes, mas havendo dificuldade de encontrá-las.



Analisando o bloco 5, observa-se que na questão 15, onde se afirma que o prontuário do cliente tem uma organização interna de fácil acesso à informação, 36,3% discordam completamente e 26,8% discordam mais do que concordam, portanto 63,1% dos profissionais de saúde pesquisados referem que a organização do prontuário do cliente não é de fácil acesso à informação. Já na questão 16, onde se afirma que o prontuário do cliente é incompleto, falta informação, 38,0% concordam mais do que discordam e 24,0% concordam completamente, portanto 62,0% dos profissionais de saúde pesquisados referem que o prontuário do cliente é incompleto, falta informação. Por outro lado na questão 17, onde se afirma que o prontuário conta com as informações necessárias, mas são de difícil acesso, 47,5% discordam mais do que concordam e 11,2% discordam completamente, portanto, 58,7% dos profissionais de saúde pesquisados não concordam que o prontuário do cliente conta com as informações necessárias mas de difícil acesso.

Conclui-se que aproximadamente 60% dos profissionais de saúde pesquisados consideram o prontuário do cliente incompleto, isto é, falta informação além de sua organização interna dificultar o acesso. Segundo Kedy (1984), a eficiência das pesquisas científicas depende da anotação correta de todas as reações e sintomas apresentados pelo cliente face ao tratamento. Talvez a Famema conte com problemas de anotação no preenchimento do prontuário do cliente.

Tabela 22 – A prática dos profissionais de saúde na utilização do prontuário do cliente como fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos.

Bloco 5						
Valores	Questões					
	15		16		17	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	65	36,3	17	9,5	20	11,2
2	48	26,8	49	27,4	85	47,5
3	44	24,6	68	38,0	56	31,3
4	20	11,2	43	24,0	16	8,9
Sem resposta	2	1,1	2	1,1	2	1,1
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0

unesp

Bloco 6 – Prática referida pelos profissionais de saúde sobre o preenchimento do prontuário do cliente.

O bloco verifica as opiniões e atitudes dos profissionais pesquisados em relação à prática no preenchimento do prontuário do cliente na Instituição. Cada questão deste bloco identifica de que forma e em que momento o prontuário do cliente é preenchido, compreendendo as questões 18, 19, 20, 27, 28 e 29. A Tabela 23 apresenta a distribuição de freqüência e a porcentagem das respostas dos profissionais pesquisados.

A Questão 18, diz que as anotações no prontuário são realizadas durante o atendimento, como parte integrante do processo de trabalho. Verifica-se que 54,7% concordam completamente e 24,6% concordam mais do que discordam. Significa que 79,3% dos profissionais pesquisados referem realizar as anotações no prontuário do cliente durante o atendimento. Observa-se também que 10,6% dos pesquisados discordam completamente e 8,9% discordam mais do que concordam. Portanto, 19,5% dos pesquisados referem que não realizam as anotações no prontuário do cliente durante o atendimento e 1,1% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

Já na Questão 19 se afirma que as anotações no prontuário são realizadas após o atendimento, pois não é possível realizar assistência e fazer anotação no prontuário durante o atendimento. Verifica-se que 31,8% discordam completamente e 28,5% discordam mais do que concordam. Significa que 60,3% dos pesquisados referem não realizar as anotações no prontuário do cliente após o atendimento. Por outro lado, 20,1% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 17,9% concordam completamente. Portanto, 38,0% dos pesquisados referem realizar as anotações no prontuário do cliente após o atendimento e 1,7% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

E a Questão 20, afirma que as anotações no prontuário são realizadas após o atendimento, pois, às vezes, é necessário consultar livros e/ou colegas para o preenchimento adequado. Observa-se que 44,7% discordam completamente e 33,5% discordam mais do que concordam. Significa que 78,2% dos profissionais

unesp

pesquisados referem não realizar as anotações no prontuário do cliente após o atendimento para consultar livros e/ou colegas. Observa-se também que 16,2% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 3,9% concordam completamente. Portanto, 20,1% dos pesquisados referem realizar as anotações no prontuário do cliente após o atendimento para consultar livros e/ou colegas e 1,7% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

A afirmação de que o profissional de saúde, quando faz anotação no prontuário do cliente, procura escrever com uma letra legível para que todos compreendam é verificada na Questão 27. Observa-se que 76,5% concordam completamente e 16,8% concordam mais do que discordam. Significa que 93,3% dos profissionais pesquisados referem procurar escrever com uma letra legível no prontuário do cliente. Observa-se também que 3,9% dos pesquisados discordam mais do que concordam e 1,1% discordam completamente. Portanto, somente 5,0% dos pesquisados referem não procurar escrever com uma letra legível no prontuário do cliente e ainda 1,7% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

Na Questão 28, se afirma que o profissional de saúde quando faz anotação no prontuário do cliente escreve rápido, pois está preocupado com o tempo de espera do cliente. Observa-se que 44,1% discordam completamente e 25,1% discordam mais do que concordam. Significa que 69,2% dos profissionais pesquisados referem não escrever rápido no prontuário do cliente. Verifica-se também que 18,4% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 10,1% concordam completamente. Portanto, 28,5% dos pesquisados referem escrever rápido no prontuário do cliente, podendo isto estar relacionado com a modalidade de atendimento, como por exemplo, o serviço de urgência e emergência e 2,2% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

A Questão 29 afirma que o profissional de saúde quando faz anotação no prontuário do cliente preocupa-se somente com o conteúdo, ignorando a letra. Verifica-se que 67,6% discordam completamente e 13,4% discordam mais do que concordam. Significa que 81,0% dos pesquisados referem que a preocupação não é somente com o conteúdo. Verifica-se também que 13,4% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 3,4% concordam completamente. Portanto,



somente 16,8% dos pesquisados referem se preocupar somente com o conteúdo, ignorando a letra e 2,2% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

Analisando o bloco 6, observa-se que 79,3% dos profissionais referem que o prontuário do cliente é preenchido durante o atendimento como parte integrante do processo de assistência, diminuindo para 78,2% dos profissionais que referem que o prontuário não é preenchido após o atendimento, para o auxílio de livros e/ou colegas e para 60,3% dos profissionais que referem que o prontuário do cliente não é preenchido após o atendimento, como partes distintas. Quando se refere à legibilidade da letra, verifica-se que 93,3% dos profissionais preocupam-se com a letra legível para o entendimento de todos no preenchimento do prontuário do cliente. Diminui para 81,0% o número dos pesquisados, quando referem preocupar-se não somente com o conteúdo, mas também com a letra e para 69,2% dos profissionais quando referem não escrever rápido no prontuário do cliente. Analisando ainda o bloco 6, verifica-se que 19,5% discordam da afirmação que as anotações no prontuário são realizadas durante o atendimento, como parte integrante do processo de trabalho, 38% referem que as anotações no prontuário são realizadas após o atendimento, pois não é possível realizar assistência e fazer anotação no prontuário durante o atendimento, 20,1% referem que as anotações no prontuário são realizadas após o atendimento, pois, às vezes, é necessário consultar livros e/ou colegas para o preenchimento adequado.

Conclui-se que a maioria dos profissionais de saúde pesquisados referem preencher o prontuário do cliente durante o atendimento como parte integrante do processo de assistência e preocupam-se com a letra legível no preenchimento do prontuário do cliente, não priorizando nem o conteúdo e nem o tempo de espera do cliente. Porém existe uma parcela representativa que preenche após o atendimento.

Tabela 23 – A prática dos profissionais de saúde no preenchimento do prontuário do cliente.

Bloco 6												
Valores	Questões											
	18		19		20		27		28		29	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	19	10,6	57	31,8	80	44,7	2	1,1	79	44,1	121	67,6

Tabela 23 – A prática dos profissionais de saúde no preenchimento do prontuário do cliente.

Bloco 6												
Valores	Questões											
	18		19		20		27		28		29	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
2	16	8,9	51	28,5	60	33,5	7	3,9	45	25,1	24	13,4
3	44	24,6	36	20,1	29	16,2	30	16,8	33	18,4	24	13,4
4	98	54,7	32	17,9	7	3,9	137	76,5	18	10,1	6	3,4
Sem resposta	2	1,1	3	1,7	3	1,7	3	1,7	4	2,2	4	2,2
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0	179	100,0

Bloco 7 – Valorização dos enfoques do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde.

O bloco apresenta as opiniões e atitudes dos profissionais pesquisados em relação à prática na análise do prontuário do cliente. Compreende as questões 21, 22 e 23, onde cada questão identifica a parte mais importante informada no prontuário do cliente. A Tabela 24 apresenta a distribuição de freqüência e a porcentagem das respostas de cada questão.

Na Questão 21, afirma-se que, na análise de um prontuário, a história é considera mais importante. Observa-se que 78,2% concordam completamente e 16,8% concordam mais do que discordam. Significa que 95,0% dos profissionais de saúde pesquisados referem que a história é uma parte muito importante no prontuário. Observa-se também que 3,4% dos pesquisados discordam completamente e 1,7% discordam mais do que concordam. Portanto, 5,1% dos pesquisados referem que não consideram a história uma parte importante do prontuário do cliente.

A afirmação de que na análise de um prontuário a evolução é a parte mais importante é apresentada na Questão 22. Observa-se que 72,1% concordam completamente e 24,0% concordam mais do que discordam. Significa que 96,1% dos profissionais de saúde pesquisados referem que a evolução é uma parte muito importante na análise. Observa-se também que 2,2% dos pesquisados discordam completamente e 1,1% discordam mais do que concordam. Portanto, somente 3,3%



dos pesquisados referem que não consideram a evolução uma parte importante do prontuário do cliente e 0,6% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

Já a afirmação de que a conduta é a parte mais importante na análise de um prontuário é demonstrada na Questão 23. Observa-se que 69,3% concordam completamente e 22,3% concordam mais do que discordam. Significa que 91,6% dos profissionais de saúde pesquisados referem que a conduta é uma parte muito importante na análise. Observa-se também que 4,5% dos pesquisados discordam mais do que concordam e 3,4% discordam completamente. Portanto, somente 7,9% dos pesquisados referem não considerar a conduta uma parte importante na análise do prontuário do cliente e 0,6% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto.

Analisando o bloco 7, observa-se que 96,1% dos profissionais concordam com a afirmação de que a evolução é a parte mais importante informada no prontuário do cliente, diminuindo para 95% dos profissionais que concordam com a afirmação de que a história é a parte mais importante informada no prontuário do cliente. Diminui ainda para 91,6% dos profissionais que concordam com a afirmação de que a conduta é a parte mais importante informada no prontuário do cliente.

Conclui-se que a maioria dos profissionais de saúde pesquisados consideram a história, a evolução e a conduta com o mesmo grau de importância na análise do prontuário do cliente, entretanto, comparando as questões do bloco verifica-se que uma minoria considera a evolução a parte mais importante, em segundo a história e em terceiro a conduta. Acredita-se que essa diferença não contrapõe a afirmação de Vigil e Mangas (1999, p.173-174) onde se diz que a história é para o profissional um instrumento de grande importância, pois conta com a informação referente à assistência prestada para entender a evolução do cliente.

Tabela 24 – Valorização dos enfoques do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde.

Bloco 7						
Valores	Questões					
	21		22		23	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	6	3,4	4	2,2	6	3,4

unesp

Tabela 24 – Valorização dos enfoques do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde.

Bloco 7						
Valores	Questões					
	21		22		23	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
2	3	1,7	2	1,1	8	4,5
3	30	16,8	43	24,0	40	22,3
4	140	78,2	129	72,1	124	69,3
Sem resposta	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0

Bloco 8 – Valorização do uso jurídico do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde.

As opiniões e atitudes dos profissionais pesquisados em relação à prática na utilização do prontuário do cliente como um documento jurídico são verificadas nesse bloco. Cada questão identifica na prática se o preenchimento do prontuário do cliente corresponde às necessidades de utilização para fins de defesa e proteção jurídica. Compreende as questões 24, 25 e 26 e a Tabela 25 mostra a distribuição de freqüência e a porcentagem das respostas dos pesquisados referentes ao bloco.

Observa-se nas questões 24, 25 e 26 que 74,9% dos pesquisados não opinaram sobre o assunto, conclui-se que esses profissionais nunca precisaram recorrer ao prontuário do cliente para defesa jurídica, pois o questionário apontava que, caso o profissional nunca o utilizou com essa finalidade, então desconsiderasse as questões.

A Questão 24 afirma que o prontuário do cliente foi muito útil para defesa jurídica pois continha as informações necessárias. Dos 25,1% profissionais que utilizaram o prontuário para defesa jurídica, 8,9% concordam mais do que discordam e 5,6% concordam completamente. Significa que 14,5% dos profissionais pesquisados referem que o prontuário do cliente foi muito útil para defesa jurídica. Por outro lado, 7,3% dos pesquisados discordam mais do que concordam e 3,4% discordam completamente. Nota-se que 10,7% dos pesquisados referem que o prontuário do cliente não foi muito útil para defesa jurídica.

unesp

Já a Questão 25, afirma que o prontuário do cliente não foi considerado, pois não tinha nenhuma informação referente ao caso para defesa jurídica. Dos 25,1% profissionais, 11,7% discordam completamente e 9,5% discordam mais do que concordam. Significa que 21,2% dos pesquisados referem que o prontuário do cliente foi considerado para defesa jurídica. Verifica-se também que 2,8% dos pesquisados concordam mais do que discordam e 1,1% concordam completamente. Portanto, 3,9% dos pesquisados referem que o prontuário do cliente não foi considerado para defesa jurídica.

E a Questão 26 afirma que o prontuário do cliente foi considerado, porém não suficiente, pois não continha todas as informações necessárias para defesa jurídica. Observa-se que dos 25,1% profissionais, 10,1% concordam mais do que discordam e 7,3% concordam completamente. Significa que 17,4% dos profissionais de saúde pesquisados referem que o prontuário do cliente foi considerado porém não suficiente para defesa jurídica. Verifica-se também que 4,5% dos pesquisados discordam mais do que concordam e 3,4% discordam completamente. Portanto, 7,9% dos pesquisados discordam que o prontuário do cliente foi considerado, porém não suficiente para defesa jurídica.

Analisando o bloco 8, verifica-se que dos 25,1% dos profissionais que utilizaram o prontuário para essa finalidade, 14,5% afirmam que continha as informações necessárias. Já 20,7% dos profissionais discordam que o prontuário não foi utilizado como documento jurídico, pois não continha informação referente ao caso. E 17,4% dos profissionais afirmam que o prontuário do cliente foi considerado, porém não suficiente.

Conclui-se que 75% dos profissionais de saúde pesquisados nunca utilizaram o prontuário do cliente para defesa jurídica e os que utilizaram, aproximadamente 25% do total de profissionais de saúde pesquisados, a maioria refere que o prontuário do cliente foi considerado como um documento jurídico, diminuindo um pouco a porcentagem quando afirma que continha todas as informações necessárias.

unesp

Tabela 25 – Valorização do uso jurídico do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde.

Bloco 8						
Valores	Questões					
	24		25		26	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	6	3,4	21	11,7	6	3,4
2	13	7,3	17	9,5	8	4,5
3	16	8,9	5	2,8	18	10,1
4	10	5,6	2	1,1	13	7,3
Sem resposta	134	74,9	134	74,9	134	74,9
Total	179	100,0	179	100,0	179	100,0

Considerações finais

O desenvolvimento deste trabalho foi estimulante, uma vez que, revisando a literatura, verifica-se uma carência de trabalhos científicos relacionados ao prontuário, principalmente na área médica, embora isso não inviabilizou uma fundamentação teórica suficiente, mas mostrou um universo importante a ser explorado.

Apesar de os profissionais terapeutas ocupacionais não aceitarem participar desta pesquisa, as manifestações dos demais profissionais pesquisados, apuradas durante a entrega dos questionários e o número de questionários respondidos evidenciam também a necessidade e importância de trabalhar com o tema.

A análise do prontuário do cliente da Famema, visando contribuir na reformulação do seu modelo, permitindo uma assistência à saúde com melhor qualidade e caminhar na construção de um sistema de informação, resultou nas considerações que se relacionam aos objetivos propostos:

a) A valorização do prontuário do cliente atribuída pelos profissionais de saúde da Famema;

Através das funções do prontuário do cliente, a análise mostra como resultado que: 98,4% dos profissionais referem que o prontuário do cliente é um documento jurídico; 97,7% referem que é um instrumento de comunicação; 97,7% consideram fonte de informação para a continuidade da assistência e auxílio no processo de trabalho; 96,1% consideram fonte de informação para o ensino acadêmico; 89,9% consideram fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos; 84,4% referem ser instrumento de integração entre os profissionais e 75,4% consideram o prontuário do cliente, instrumento de avaliação. Considerou-se, portanto, que a grande maioria dos profissionais de saúde da Famema, em média 91,4% dos pesquisados, valorizam o prontuário do cliente através de suas funções. Essa constatação verifica-se também na literatura apresentada.

unesp

b) A prática de utilização do prontuário do cliente referida pelos profissionais de saúde segundo preenchimento, organização interna e atualização;

Quanto à prática na organização interna e atualização do prontuário do cliente como fonte de informação institucional, obteve-se um resultado de aproximadamente 50% dos pesquisados que não concordam nem discordam totalmente que a organização do prontuário do cliente é adequada ao processo de trabalho; sua atualização é realizada sempre que necessário e com a participação e envolvimento dos profissionais, bem como os treinamentos e instruções no preenchimento são realizados quando necessário. Supõe-se que as atividades são realizadas, mas não são suficientes, ou não divulgadas adequadamente, ou ainda são realizadas, porém não há atenção ou percepção dos profissionais de saúde. Pode-se supor ainda que as atividades já existiram e atualmente não são realizadas.

Já 92,2% dos profissionais de saúde referem utilizar o prontuário como fonte de informação para dar continuidade à assistência, como instrumento de integração entre as áreas e instrumento de comunicação entre os profissionais. Evidencia-se, portanto, que a valorização através das funções reflete a prática referida de utilização. Por outro lado, em outra situação prática, 30,2% dos profissionais referem não utilizar o prontuário como fonte de informação para dar continuidade à assistência, talvez isto se justifique por atuarem no serviço de urgência e emergência, onde o prontuário não está disponível no momento do atendimento, ou ainda pelo grande fluxo de atendimento.

Dos 89,9% pesquisados que consideram prontuário do cliente fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos, 59,0% referem ser incompleto, isto é, falta informação além de sua organização interna dificultar o acesso, conforme apresentado na Tabela 26. Vale dizer que dos 74,3% pesquisados que discordam da existência de treinamento e instruções no preenchimento do prontuário demonstrado na Tabela 27, 65,4% concordam que o prontuário não conta com informações necessárias para o desenvolvimento de trabalhos científicos. Portanto, conclui-se que a falta de treinamento e instruções infere na ausência e na qualidade da informação no prontuário para o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos

unesp

científicos, mesmo considerando que o prontuário não é a única fonte de pesquisa na área da saúde.

Tabela 26 - Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente uma fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Informação suficiente, porém dificuldade de encontrar	19	76	49	15	2	161 (89,9%)

Tabela 27 - Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que discordam da existência de treinamento e instruções para o preenchimento do prontuário do cliente.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Prontuário sem informação necessária	13	32	55	32	1	133 (74,3%)

Dos 63,7% profissionais que concordam que a organização do prontuário do cliente é adequada ao processo de trabalho, conforme apresenta a Tabela 28, 50,9% discordam que a busca de informação é rápida, pois a organização facilita o acesso e 54,4% discordam que existe informação suficiente no prontuário porém há dificuldade de encontrá-las. Verifica-se que a maioria dos profissionais pesquisados referem ser a organização do prontuário adequada ao processo de trabalho, mas quando se afirma que a busca de informação é rápida e que as informações são suficientes, mas com dificuldade de encontrá-las, mais de 50% discordam.

Tabela 28 - Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente com uma organização adequada ao processo de trabalho.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Busca rápida, organização facilita o acesso	30	28	38	17	1	114 (63,7%)
Informação suficiente, porém dificuldade de encontrar	14	48	42	9	1	114 (63,7%)

Verifica-se também que 79,3% dos profissionais pesquisados referem preencher o prontuário do cliente durante o atendimento como parte integrante do processo de assistência e 93,3% dos profissionais - sendo 96,2% das mulheres e 89,3% dos homens - preocupam-se com a letra legível para o entendimento de todos, conforme apresentado na Tabela 29.

Tabela 29 – Profissionais de saúde segundo sexo que realizam anotação no prontuário do cliente preocupado com letra legível.

Sexo	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Feminino	0	1	10	90	3	104
Masculino	2	6	20	47	0	75
Total	2	7	30	137	3	179
%	5,0		93,3		1,7	100,0

A valorização dos enfoques do prontuário do cliente pelos profissionais de saúde evidencia a parte mais importante. Aproximadamente 95% dos profissionais consideram a história, a evolução e a conduta, com o mesmo grau de importância na análise do prontuário do cliente, entretanto, comparando as partes, verifica-se que, uma minoria considera a evolução, a parte mais importante, em segundo a história e, em terceiro, a conduta. Entretanto, observa-se que, tanto na prática quanto na literatura apresentada, há uma seqüência lógica e uma parte depende da outra, onde em primeiro lugar está a história, em segundo a evolução e em terceiro a conduta.

unesp

Quanto à valorização do uso jurídico do prontuário do cliente, 75% dos pesquisados nunca utilizaram o prontuário do cliente para sua defesa e os que utilizaram, 25% do total, referem que o prontuário do cliente foi considerado como um documento jurídico, reduzindo para 10% do total de pesquisados, quando se afirma que continha todas as informações necessárias. Observa-se que, apesar da evidente importância do prontuário do cliente, quanto ao aspecto jurídico, tanto na literatura apresentada, como na valorização, onde 98,4% dos profissionais referem que o prontuário do cliente é um documento jurídico, há uma notável resistência no seu preenchimento adequado, uma vez que somente 40% dos profissionais que utilizaram o prontuário, referem que continha todas informações necessárias, podendo ser justificado, pela afirmação de 74,3% dos pesquisados discordarem da existência de treinamentos e instruções no preenchimento do prontuário do cliente. Conclui-se que, mesmo havendo deficiência na realização de treinamentos e instruções no preenchimento do prontuário, é considerado útil para defesa jurídica, porém não conta com todas as informações necessárias.

A prática referida pelos profissionais de saúde na utilização do prontuário do cliente, mostra que as deficiências de preenchimento e utilização parecem estar vinculadas às atividades institucionais, quanto a sua organização, atualização e treinamentos, objetivando a qualidade da informação referente ao prontuário do cliente.

c) A comparação da valorização do prontuário do cliente atribuída pelos profissionais de saúde da Famema, com a prática de sua utilização.

Os relacionamentos das funções do prontuário com as situações práticas correspondentes são apresentadas a partir dos cruzamentos dos resultados referentes à importância atribuída e à prática referida.

Dos 97,8% pesquisados que concordam que o prontuário do cliente é um instrumento de comunicação, apresentado na Tabela 30, 93,1% referem a conduta prática como sendo a realização de leitura dos atendimentos anteriores de todas as áreas, 77,1% discordam da prática de leitura dos atendimentos anteriores somente da mesma área e 69,1% discordam da prática de solicitar ao cliente que relate sua

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

queixa, não se importando com os atendimentos anteriores. Conclui-se que a referência prática está de acordo com a função de instrumento de comunicação em todas as áreas, bem como os profissionais comunicam-se buscando o cuidado à saúde, porém há um número considerável de profissionais que, mesmo acreditando ser um instrumento de comunicação, não utiliza o prontuário do cliente com essa finalidade. E ainda 93,7% concordam com a prática de escrever com a letra legível, 69,7% discordam da prática de escrever rápido e 81,7% discordam com prática de se escrever preocupado com o conteúdo, ignorando a letra. Conclui-se que os profissionais preocupam-se com letra legível no preenchimento do prontuário, pois acreditam na sua função de instrumento de comunicação.

Em relação à função de instrumento de comunicação, nota-se que na prática, os profissionais de saúde referem utilizar o prontuário do cliente, tanto para a coleta, como para o fornecimento de informação, através da sua leitura e do seu preenchimento, preocupando-se com a letra, de maneira que os demais profissionais entendam as informações contidas nele.

Tabela 30 - Prática na busca de informação e preenchimento referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente um instrumento de comunicação.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Leitura das outras áreas e da mesma área	4	8	40	123	0	175 (97,8%)
Leitura somente da mesma área	79	56	30	9	1	175 (97,8%)
Cliente relata queixa	85	36	41	12	1	175 (97,8%)
Preocupado com letra legível	2	6	29	135	3	175 (97,8%)
Escreve rápido, preocupado com o tempo de espera	78	44	32	17	4	175 (97,8%)
Preocupado com conteúdo e não com letra	120	23	23	5	4	175 (97,8%)

Dos 84,4% pesquisados que concordam que o prontuário do cliente é um instrumento de integração, demonstrado na Tabela 31, 92,1% referem que a conduta prática é realizar uma leitura dos atendimentos anteriores, de todas as áreas. Portanto, a prática que os profissionais referem está de acordo com a função de instrumento de integração entre os profissionais e as diferentes áreas da saúde.

Tabela 31 - Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente um instrumento de integração.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Leitura das outras áreas e da mesma área	3	9	36	103	0	151 (84,4%)

Dos 97,8% profissionais que concordam que o prontuário é fonte de informação na assistência, 92,6% referem fazer uma leitura dos atendimentos anteriores de todas as áreas, 77,1% discordam da prática de fazer uma leitura do prontuário somente da mesma área e aproximadamente 69,7% discordam da prática de solicitar ao cliente que relate sua queixa, não se importando com os atendimentos anteriores e 30,3% concordam com tal prática, conforme apresenta a Tabela 32. Portanto a prática que os profissionais referem de fazer uma leitura nos atendimentos anteriores de todas as áreas, como primeira conduta em um atendimento, está de acordo com a função de fonte de informação para a continuidade da assistência e auxílio no processo de trabalho, mas existe uma minoria de profissionais que referem não utilizar o prontuário, mesmo afirmando que ele é fonte de informação. Isto pode-se justificar pela ausência do prontuário em alguns serviços de saúde como o serviço de urgência e emergência, ou ainda pelo grande fluxo de atendimentos.

unesp

Tabela 32 - Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente fonte de informação na assistência.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Leitura das outras áreas e da mesma área	4	9	41	121	0	175 (97,8%)
Leitura somente da mesma área	79	56	30	9	1	175 (97,8%)
Cliente relata queixa	86	36	41	9	1	175 (97,8%)

Dos 98,3% pesquisados que concordam com a afirmação de ser o prontuário um documento jurídico, 75% não responderam, pois nunca o utilizaram para essa finalidade. Dos 25% que concordam completamente que o prontuário é um documento jurídico e que o utilizaram para esse fim, 59,1% dos profissionais consideraram na prática o prontuário útil, 81,8% dos profissionais discordam que na prática não é considerado um documento jurídico, e ainda 68,2% dos profissionais concordam que na prática o prontuário foi considerado insuficiente como documento jurídico, conforme demonstrado na Tabela 33. Portanto, mesmo os profissionais considerando o prontuário um documento jurídico, na prática, é muito pouco utilizado e, quando se utiliza, falta informação para essa finalidade, ou a ação jurídica não era pertinente ao prontuário do cliente.

Tabela 33 - Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente um documento jurídico.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Prontuário útil com informações necessárias	5	13	16	10	132	176 (98,3%)
Prontuário não considerado, sem informação referente ao caso	20	16	5	3	132	176 (98,3%)
Prontuário considerado insuficiente, falta de informação	6	8	18	12	132	176 (98,3%)

Dos 89,9% profissionais que concordam com o prontuário do cliente como fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos, 64,6% discordam com a prática na busca de informação, que afirmam ser rápida por ter uma organização no prontuário que facilita o acesso, 63,4% afirmam na prática não haver informação necessária para o desenvolvimento de trabalhos científicos, e ainda, 77,6% não concordam nem discordam totalmente com relação a existência de haver informação necessária, mas dificuldade de encontrá-la, conforme demonstra a Tabela 34. Conclui-se que a maioria dos profissionais consideram o prontuário fonte de informação para pesquisas científicas, mas, na prática aproximadamente 65% desses profissionais referem que a busca não é rápida e nem a organização facilita o acesso e ainda não há informação necessária para o desenvolvimento de trabalhos científicos.

Tabela 34 - Prática na busca de informação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente fonte de informação para pesquisas e trabalhos científicos.

Prática na busca de informação	Discorda		Concorda		Sem resposta	Total
	1	2	3	4		
Busca rápida, organização facilita o acesso	60	44	40	15	2	161 (89,9%)
Sem informação necessária	15	42	61	41	2	161 (89,9%)
Informação suficiente, mas dificuldade de encontrar	19	76	49	15	2	161 (89,9%)

Dos 96,1% pesquisados que consideram o prontuário do cliente fonte de informação no ensino acadêmico, 78,5% concordam que a prática de anotação no prontuário é realizada durante o atendimento como parte integrante da assistência, 58,7% discordam da prática de anotação ser realizada após atendimento, como partes distintas, e ainda 77,3% discordam com a prática de anotação ser realizada com a consulta de livros ou colegas, conforme apresenta a Tabela 35. Conclui-se que apesar de a maioria dos profissionais considerarem o prontuário do cliente uma importante fonte de informação para o ensino acadêmico, salienta-se na prática que o procedimento não é o mais indicado, uma vez que 39,5% desses profissionais

referem que a anotação é realizada após o atendimento e 20,9% referem que a anotação é realizada com a consulta de livros ou colegas. Deduz-se que, as anotações no prontuário do cliente realizadas após o atendimento resultam em perda de informações, principalmente da queixa do cliente relatada no momento do atendimento e importante para a definição do seu diagnóstico.

Tabela 35 - Prática de anotação referida pelos profissionais de saúde que consideram o prontuário do cliente fonte de informação no ensino acadêmico.

	Discorda		Concorda		Sem	
Prática de anotação	1	2	3	4	resposta	Total
Anotação durante atendimento	19	16	41	94	2	172 (96,1%)
Anotação após atendimento	53	48	36	32	3	172 (96,1%)
Anotação após a consulta de livros/colegas	74	59	29	7	3	172 (96,1%)

Comparando as funções com as situações práticas, visualiza-se, algumas vezes, coerência nas atitudes referidas pelos profissionais de saúde. Contudo, observa-se que há algumas deficiências relacionadas ao preenchimento, organização, busca de informação, falta de informação para pesquisas científicas e jurídicas.

Verifica-se que a Instituição tem uma história de sucessivas crises e a valorização e a utilização do Prontuário do Cliente podem ser consideradas um indicador dessa realidade. Na prática referida pelos profissionais de saúde na utilização do prontuário do cliente, observa-se diversas ambigüidades. As questões de número 1 a 7 apresentadas nos blocos 1 e 2 representam o que deve ser o Prontuário do Cliente e não o que é, já as questões de número 8 a 11 do bloco 3 refletem o papel da Instituição em relação a valorização e a utilização do Prontuário do Cliente e as questões de 12 a 29 representadas nos blocos 4 a 8 corresponde a prática realizada pelos profissionais de saúde, apesar das respostas parecerem abordar mais a prática ideal, isto é, a prática que deveria ser realizada do que a prática realmente realizada.

unesp

Os gestores, muitas vezes, exercem também o papel de profissionais de saúde que preenchem o prontuário do cliente, portanto são duplamente responsáveis na construção da melhoria da qualidade da informação. Deve-se enfatizar a importância da participação dos profissionais de saúde que preenchem o prontuário do cliente na sua elaboração, manutenção e avaliação de maneira a não criar um hiato entre os gestores e os realizadores.

As mudanças ocorridas na graduação buscando melhoria na educação médica e de enfermagem, não são tão evidentes na área assistencial que é o campo prático de atuação na formação dos profissionais de saúde. A prática é uma fonte de produção do conhecimento que contribui de maneira relevante na formação do profissional, portanto questiona-se quanto ao foco que deve ser priorizado no processo de mudança, isto é, adequar o novo modelo de assistência para contribuir na formação do profissional de saúde capaz de atender as necessidades da população, ou implantar novos currículos e metodologias de ensino, buscando a formação de profissionais de saúde capazes de atuarem, técnica e politicamente, na sociedade em função da saúde da população e de justiça social. Parece que são processos simultâneos, isto é, deveriam acontecer ao mesmo tempo.

A Famema, como uma área de ensino-assistencial, onde o trabalho em equipe tem maior projeção, conscientizar o aluno de medicina, enfermagem e outros, cujas atividades são exercidas na área da saúde, da importância do prontuário é imprescindível. O prontuário permite ao aluno o aprendizado, familiarizando-o com os detalhes do cuidado à saúde. A pesquisa também necessita de maior número possível de informações no prontuário, possibilitando o progresso social e tecnológico na área da saúde. A equipe de saúde utiliza o prontuário como meio de se comunicar e integrar para um único objetivo: a assistência à saúde do cliente. Nos casos jurídicos, onde o cliente ou sua família responsabilizam a instituição ou equipe de saúde por alguma situação de desconforto, o prontuário é o documento que comprova qualquer situação.

Com base no exposto, pode-se inferir que só é possível reformular o modelo de prontuário na medida em que os profissionais envolvidos nesse processo (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) conseguirem interagir

unesp

adequadamente com o contexto em que as atividades ocorrem. É necessária uma conscientização quanto às responsabilidades na construção e manutenção de um novo modelo de prontuário, que atenda às necessidades institucionais.

Entende-se que o propósito da pesquisa não se esgotou, uma vez que se tem um numeroso volume de dados coletados, permitindo ser analisados sob diferentes pontos de vista. E ainda nesta pesquisa a análise do prontuário foi realizada através da prática referida pelos profissionais de saúde. Para tanto, fica como sugestão a análise do prontuário através da coleta de dados pela análise de documentos, permitindo, assim, verificar a prática realmente realizada dos profissionais de saúde em relação ao prontuário do cliente.

Mesmo considerando as limitações deste estudo, acredita-se que o seu produto se constitui em elementos que poderão subsidiar a reformulação do modelo de prontuário do cliente da Famema, adequando-o ao novo modelo de assistência e buscando a melhoria da qualidade no cuidado à saúde. Acredita-se, ainda, ser um material de interesse para as demais instituições da área da saúde que se preocupam com a qualidade da informação.

unesp

Referências bibliográficas

ALLEGROTTI, L. A. Un cuestionario evaluativo del paciente quirúrgico: manera de clasificar rápidamente el estado de salud. **Revista Argentina de Anestesiologia**, Buenos Aires, v. 53, n. 3, p. 177-182, jul./sep. 1995.

ALMEIDA, L. B.; SANTOS, E. S.; ALVES, D. B. Registro de enfermagem em prontuários e produção/reprodução de conhecimentos: representações escritas e orais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 172-179, abr./jun. 1995.

ANDRAUS, L. M. S.; PEREIRA, M. S. Instrumento de registro para exame físico do lactente: IREFLA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 4, p. 61-68, out./dez. 1991.

BARRETO, A. A. A questão da informação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 3-8, 1994.

BARRETO, A. A. Os destinos da ciência da informação: entre o cristal e a chama. **Informação e Sociedade**, João Pessoa, v. 9, n. 2, p. 371-382, 1999.

BERTALANFFY, L. von. General systems theory: a new approach to unit of science. In: _____ **Human biology**. 1951. Apud CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 3. ed. São Paulo: Mac Graw-Hill do Brasil, 1983. p. 512-527.

BOUCHE, R. Ciência da informação: ciência da forma. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 99-104, jul./dez, 1988.

BORKO, H. Information science: what is it? **American Documentation**, Washington, v. 19, n. 1, p. 3-5, Jan. 1968.

CANELLO, B. L.; MUNTSCH, S. Projeto de implantação das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 321-336, abr./jun. 1998.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998. 98 p. (Série Saúde & Cidadania, v. 6). Realizadores: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da USP; Banco Itaú S.A.

CHAVES, M. M. **Saúde e sistemas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978. 205 p.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. 594 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1246/88. 3. ed. Brasília, 1996. 96 p.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Edgard Blucher, 1977. 264 p.

CROSSETTI, M. G. O.; WALDMANN, B. F. Estudo sobre a composição dos registros de enfermagem pelos acadêmicos de enfermagem em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 2/3, p. 122-128, abr./set. 1992.

CUNHA, M. V. O profissional da informação e o mercado de trabalho. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 10, n. 1, p. 159-167, 2000.

ESCARPIT, R. **L'information et la communication**: théorie générale. Paris: Hachette, 1991. 222 p.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. **Regimento da Faculdade de Medicina de Marília**. Marília. 1999. 57 p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

FERREIRA, D. P.; LIRA, A. C. O. O papel da informação no hospital do futuro. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 173-181, maio/jun. 2000.

FID. **State of the modern information professional**: an international review of the state of the information professional and the information profession in 1992-1993. The Hague: FID, 1992. apud CUNHA, M. V. DA. O profissional da informação e o mercado de trabalho. **Informação & Sociedade: estudos**, João Pessoa, v. 10, n. 1, p. 159-167, 2000.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993. p. 99-111.

GAUDERER, E. C. Um diálogo com meu paciente: a importância da carteira de saúde. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 6, p. 214-216, jun. 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159 p.

HOSSNE, W. S. Prontuário médico: aspectos éticos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 75-79, abr./jun. 1992.

JAPIASSU, H. **Introdução ao pensamento epistemológico**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. 199 p.

KEDY, V. **Implantação do serviço médico e estatística em um hospital universitário**. 1984. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LAWRENCE, P. F.; WISSOKY, J. **Fundamentos em cirurgia geral**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 457 p.

LE COADIC, Y-F. **A ciência de informação.** Brasília: Briquet de Lemos, 1996. 120 p.

LEGEY, L.-R.; ALBAGLI, S. Construindo a sociedade da informação no Brasil: uma nova agenda. **DataGramaZero Revista de Ciência da Informação**, v. 1, n. 5, out. 2000. Disponível em: <http://www.dgzero.org/>. Acesso em: 19 dez. 2000.

unesp

LOBO, L. C. G. Prontuário médico orientado para problemas. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 67-72, jan./fev. 1976.

MACHLUP, F., MANSFIELD, U. (Ed.) **The study of information**: interdisciplinary messages. New York: John Wiley & Sons, 1983. 743 p.

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística:** saúde pública. 2. ed. rev. aum. Belo Horizonte: COOPMED, 1992. 301 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 1996. 231 p.

MATOS, S. S.; CARVALHO, D. V.; STEFANELLI, M. C. Necessidades humanas básicas-identificação da necessidade de educação continuada a partir da análise do conteúdo das anotações de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 299-307, dez. 1988.

MEZZOMO, A. A. Redução de custos e o serviço do prontuário do paciente. **Hospital Administração e Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 59-62, mar./abr. 1992.

MEZZOMO, A. A. **Serviço do prontuário do paciente:** organização e técnica. 4. ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1991. 443 p.

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

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde:** da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 172 p. (Saúde em debate, 65)

MORAN, M. R.; ROMERO, F. G.; Eficacia de la capacitación: en el registro de las actividades médicas. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 36, n. 3, p. 233-237, mayo/jun. 1998.

OLIVEIRA, S. M. J. V. Elaboração de um modelo de ficha para o acompanhamento da assistência de enfermagem à parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 257-270, ago. 1992.

PADILHA, R. Q. **Os hospitais de ensino e a previdência social:** estudo de um caso. 1996. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PURITA, F. **Práticas de medicina hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1992. 486 p.

REBELO, M. S.; RODRÍGUEZ, P. C.; FONSECA, C. F.; REBELO, P. A. P. Importância do registro em prontuário para implantação de um sistema de informações. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 115-117, jul./set. 1993.

RODRIGUES, R. J.; AUN, F.; ARCON, L. C. O prontuário problema-orientado (PPO): importante passo para racionalização do fluxo de informação médica. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 73-84, jan./fev. 1976.

SARACEVIC, T. Information science: origin, evolution and relations. In: VAKKARI, P., CRONIN, B. (Ed.) **Conceptions of library and information science**: historical, emprirical and theoretical perspectives. Los Angeles: Taylor Graham, 1992. p. 5-27. Proceedings of the International Conference held for the celebration of 20 th Anniversary of the Department of Information Studies. University of Tampere, Finlândia, 26-28, August 1991.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 356-367, jul./set. 1994.

SILVA, M. J. P.; DIAS, D. C. O registro da prática da enfermagem: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo. v. 2, n. 11, p. 21-26, abr. 1999.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2002.

SOUZA, E. F. **Novo manual de enfermagem**: procedimentos e cuidados básicos. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 481 p.

SWARTZ, M. H. **Semiologia**: anamnese e exame físico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. 511 p.

TAKAHASHI, T. (Org.). Conteúdos e identidade cultural. In: _____. **Sociedade da informação no Brasil livro verde**. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000. Cap. 5, p. 59-66.

VALENÇA, A. M.; COLLIER, A. C. V.; LINS, D.; GUSMÃO, M. O.; ALVES, J. G. B. Diagnóstico em pediatria pela anamnese. **Revista do Instituto Materno Infantil de Pernambuco**, Recife, v. 5, n. 2, p. 81-83, dez. 1991.

VIGIL, J. L. G.; MANGAS, J. A. G. La historia clínica, instrumento Del trabajo médico. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 37, n. 3, p. 169-174, mayo/jun. 1999.

WERSIG, G. Ciência da informação: o estudo do uso do conhecimento pós-moderno. Traduzido por José Francisco Oliveira Mattos. **Information Processing & Management**, Elmsford, v. 29, n. 2, p. 229-239, 1993.

APÊNDICE A

Contribuição bibliográfica

Contribuição bibliográfica

ALMEIDA, E. P. C. **Cultura organizacional da área assistencial da Famema.** Marília, 1999. 38 f. Trabalho apresentado ao curso de pós-graduação em Ciência da Informação – UNESP - Marília. Não publicado.

ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. São Paulo: Atlas, 1995. 118 p.

ARAÚJO, T. B. C.; MALASPINA JÚNIOR, D.; LISBOA, A. M. J.; PACHECO, N. C.; CAMPOS, L. G.; CÓRDOBA, J. C. M. Prontuário orientado para o problema: modelo de estudo. **Jornal da Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 277-286, out. 1986.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE HOSPITAIS. **Manual de organização de serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. Tradução e publicação pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2. ed. São Paulo, 1972. 90 p.

BAITELLO JUNIOR, N. A sociedade da informação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 19-21, 1994.

BOUDON, R. **Métodos quantitativos em sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1971. 118 p.

CARVALHO, L. F. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. São Paulo: LTr, 1973. 257 p.

DIENER, J. R. C.; SILVA, N. M. Aspectos administrativos, éticos e legais do prontuário médico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 181-184, jul./set. 1994.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA. Núcleo Técnico de Informação. Assessoria de Comunicação. **Relatório de atividades, 1998.** Marília, 1998. 47 f. (FAMEMA 2000). Não publicado.

GÁRCIA VIGIL, J. L.; GARCIA MANGAS, J. A. La historia clínica, instrumento del trabajo médico. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 37, n. 3, p.169-174, mayo/jun. 1999.

GÓMEZ, M. N. G. A informação: dos estoques às redes. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 24, n. 1, 1995. Disponível em: <http://www.ibict.br/> . Acesso em: 19 fev. 2001.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1968. 488 p. (Biblioteca Universitária; série 2. Ciência Social; v. 3)

KAPLAN, A. **A conduta na pesquisa:** metodologia para as ciências do comportamento. São Paulo: Herder, 1972. 440 p.

KOMATSU, R. S.; LIMA, V. V.; ZANOLLI, M. B.; PADILHA, R. Q.; CHIRELLI, M. Q.; BRITO, R. A.; MENITA, R. H. G.; CARVALHO JR, P. M.; FERNANDES, L. H. B. (Ed.) **Manual**

FAMEMA 1999. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999. 21 p. (FAMEMA 2000). Não publicado.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; LIMA V. V.; BRANDA, L. A.; PADILHA, R. Q. (Ed.) **Guia de processo de ensino aprendizagem:** 1ª série medicina. 2. ed. Marília: Faculdade de Medicina de Marília, 1999. 28 p. (FAMEMA 2000). Não publicado.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Harbra, 1987. 392 p.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 116 p.

MATOS, S. S. **A comunicação escrita das ações de enfermagem**: uma contribuição ao ensino de graduação. 1997. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 1999. 156 p.

PESSINI, L. Tecnociência da informação em saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 163-172, maio/jun. 2000.

PINHEIRO, L. V. R. Campo interdisciplinar da ciência da informação: fronteiras remotas e recentes. In: _____. **Ciência da informação, ciências sociais e interdisciplinaridade**. Brasília: IBICT, 1999. p. 155-182.

PINHO, V. P. **Avaliação dos registros de consultas médicas em uma unidade básica de saúde**. 1997. 153 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

POZZEBON, M.; FREITAS, H. M. R. Pela aplicabilidade: com um maior rigor científico dos estudos de caso em sistemas de informação. **RAC Revista de Administração Contemporânea**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 143-170, maio/ago. 1998.

ROBERTS, W. Conférence inaugurale. Congrès de Vichy. **Bulletin d'Informations de l'Association des Bibliothécaires Français**, Paris, n. 164, p. 35-45, 3ème trim. 1994.

RODRIGUEZ MORÁN, M.; GUERRERO ROMERO, F. Eficacia de la capacitación en el registro de las actividades médicas. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, México, v. 36, n. 3, p. 233-237, mayo/jun. 1998.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica**: guia para eficiência nos estudos. São Paulo: Atlas, 1982. 170 p.

SANDLOW, L. J.; BASHOOK, P. G. **Prontuário médico orientado para o problema**: manual de auto-instrução. 3. ed. Chicago: Michael Reese Medical Center, 1974. 141 p.

unesp

SANTOS, B. S. **Introdução à ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 17-45.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2. ed. São Paulo: Herder, 1967. 687 p.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 279 p.

SIEGEL, S.; FARIAS, A. A. **Estatística não-paramétrica**: para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1981. 350 p.

SPECTOR, N. **Manual para a redação de teses, dissertações e projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 117 p.

TAMAYO, A.; GONDIM, M. G. C. Escala de valores organizacionais. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 62-72, abr./jun. 1996.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 108 p.

VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. 5. ed. rev. ampl. São Paulo: Pioneira, 1999. 102 p.

VUKUSIC C., A.; VALDES J., S. La ficha clinica orientada por problemas: fundamentos de su aplicacion em enfermos críticos. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 116, n. 10, p. 1070-1074, oct. 1988.

APÊNDICE B

Questionário

Parte 1 – Perfil do Profissional de Saúde

Assinale a(s) alternativa(s) para cada item abaixo:

1. Informa seu sexo:
   a. masculino
   b. feminino

2. Idade (em anos completos): | | |

3. Área(s) em que você é graduado:
   a. medicina
   b. enfermagem
   c. fisioterapia
   d. nutrição
   e. psicologia
   f. odontologia
   g. serviço social
   h. outra _____

4. Há quanto tempo você é graduado:
   a. menos de 1 ano
   b. entre 1 e 5 anos
   c. entre 6 e 10 anos
   d. entre 11 e 20 anos
   e. entre 21 e 30 anos
   f. mais de 30 anos

5. Qual seu maior nível de titulação:
   a. graduação
   b. especialização (inclui residência)
   c. mestrado
   d. doutorado
   e. pós-doutorado

6. Qual(is) sua(s) área(s) de atuação:
   a. administração dos serviços de saúde
   b. especialidades clínicas
   c. especialidades cirúrgicas
   d. saúde mental, psiquiatria
   e. saúde da mulher
   f. saúde da criança
   g. outra _____

7. Há quanto tempo você atua nesta(s) área(s):
   a. menos de 1 ano
   b. entre 1 e 5 anos
   c. entre 6 e 10 anos
   d. entre 11 e 20 anos
   e. entre 21 e 30 anos
   f. mais de 30 anos

8. Há quanto tempo você trabalha na instituição:
   a. menos de 1 ano
   b. entre 1 e 5 anos
   c. entre 6 e 10 anos
   d. entre 11 e 20 anos
   e. entre 21 e 30 anos
   f. mais de 30 anos

Parte 2 – Opinião e atitude frente à importância do prontuário do cliente e à prática realizada no preenchimento e utilização, bem como na sua organização interna.

Para responder as questões que se seguem, utilize a escala de valores descrita abaixo, conforme sua opinião. Esta análise deve ser realizada para cada uma das afirmativas que são apresentadas, assinalando somente uma opção.

Discorda completamente	Discorda mais do que concorda	Concorda mais do que discorda	Concorda completamente
1	**2**	**3**	**4**

1. O prontuário é um instrumento de comunicação entre os profissionais, onde cada profissional fornece informações dentro de sua área ou especialidade.	1	2	3	4
2. O prontuário não é um instrumento de integração da equipe de saúde da instituição.	1	2	3	4
3. O prontuário é uma fonte de informação para continuidade da assistência e auxilio no processo de trabalho.	1	2	3	4
4. O prontuário não é um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços prestados.	1	2	3	4
5. O prontuário é um documento jurídico que auxilia na defesa e proteção do profissional de saúde, da instituição e do cliente.	1	2	3	4
6. O prontuário não é uma fonte de informações para o desenvolvimento de pesquisas e trabalhos científicos na área da saúde.	1	2	3	4
7. A conscientização da importância do prontuário no processo de assistência deve ser adquirida na formação acadêmica.	1	2	3	4

Para você qual a posição da Instituição em relação ao prontuário:

8. Existe uma preocupação com a organização do prontuário, bem como o lay-out dos impressos, de estarem adequados ao processo de trabalho.	1	2	3	4
9. A atualização do prontuário, como redefinição de conteúdo e reorganização do modelo de prontuário, é realizada sempre que necessário.	1	2	3	4
10. A atualização do prontuário é realizada com a participação e envolvimento dos profissionais de saúde.	1	2	3	4
11. A Instituição realiza treinamento e instruções no preenchimento do prontuário sempre que necessário e solicitado.	1	2	3	4

Quando você vai iniciar um atendimento, a primeira conduta é:

12. Pegar o prontuário do cliente e fazer uma leitura das anotações, referente aos atendimentos anteriores, realizadas pelos profissionais de outras áreas e da mesma área.	1	2	3	4
13. Solicitar ao cliente que faça um relato referente a sua queixa naquele momento, não se importando com os atendimentos anteriores.	1	2	3	4
14. Pegar o prontuário do cliente e fazer uma leitura das anotações, referente aos atendimentos anteriores, realizadas somente pelos profissionais da mesma área.	1	2	3	4

Quando você realiza uma pesquisa, trabalho científico ou mesmo um levantamento de informações em prontuários da instituição, você considera:

15. A busca de informações é rápida, pois existe uma organização interna no prontuário que facilita o acesso.	1	2	3	4
16. O prontuário normalmente não conta com as informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho.	1	2	3	4
17. As informações contidas no prontuário são suficientes, porém há uma grande dificuldade em encontrá-las.	1	2	3	4

Quando você está atendendo um paciente, no ambulatório ou na unidade de internação, as anotações no prontuário são realizadas:

18. Durante o atendimento, como parte integrante do processo de assistência ao cliente.	1	2	3	4
19. Após o atendimento, pois não é possível realizar assistência e fazer anotação no prontuário durante o atendimento.	1	2	3	4
20. Após o atendimento, pois, às vezes, é necessário consultar livros e/ou colegas para o preenchimento adequado.	1	2	3	4

Quando você analisa clinicamente um prontuário, considera mais importante:

21. A história	1	2	3	4
22. A evolução	1	2	3	4
23. A conduta	1	2	3	4

Já precisei recorrer ao prontuário do cliente para defesa jurídica, e: (caso contrário, desconsiderar os itens 24, 25 e 26).

24. Foi muito útil, pois continha todas as informações necessárias.	1	2	3	4
25. Não foi considerado, pois não continha nenhuma informação referente ao caso.	1	2	3	4
26. Foi considerado porém não suficiente, pois não continha todas informações necessárias.	1	2	3	4

Quando você faz anotação no prontuário do cliente:

27. Procura escrever com uma letra legível para que todos compreendam.	1	2	3	4
28. Escreve rápido, pois está preocupado com o tempo de espera do cliente.	1	2	3	4
29. Preocupa-se somente com o conteúdo, ignorando a letra.	1	2	3	4



APÊNDICE C

Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO
QUESTIONÁRIO ENTREGUE EM MÃOS

Pesquisadora Responsável: Edvania Parra Cesar de Almeida
Informações Gerais
Como analista de informação tenho interesse na área de gestão interdisciplinar da informação. É nesta linha de pesquisa que realizo o Projeto de Tese de Mestrado em Ciência da Informação, na Unesp de Marília.

Tal projeto tem por objetivo conhecer a valorização atribuída ao prontuário do cliente, bem como sua utilização prática e organização interna, pelos profissionais de saúde e gestores da Faculdade de Medicina de Marília - Famema, obtendo um diagnóstico do prontuário do cliente, a partir da opinião e das atitudes dos profissionais de saúde e gestores da Instituição. Espera-se ainda que o resultado desta pesquisa contribua na reformulação do modelo do prontuário do cliente, adequando-o ao novo modelo de assistência e na construção do prontuário eletrônico institucional.

O recurso metodológico adotado para esta pesquisa foi o questionário (anexo). O questionário é dividido em duas partes onde, a primeira corresponde ao perfil do profissional de saúde e, a segunda, refere-se a opinião e atitude do profissional de saúde frente à importância do prontuário e a prática realizada no preenchimento e utilização, bem como sua organização interna.

Trata-se de um estudo acadêmico onde o profissional de saúde participante não será identificado, mesmo no caso de publicação da pesquisa, pois os dados serão analisados agrupadamente. O que importa é a autenticidade das respostas aos itens abordados.

A participação do profissional de saúde é espontânea, porém de fundamental importância para a realização desta pesquisa.

Para participar da pesquisa é necessário que preencha o questionário anexo, mas tem toda liberdade de não respondê-lo e de não participar.

Ao término da pesquisa, o resultado do estudo estará disponível na biblioteca da instituição para a comunidade.

A sua permissão será expressa por este termo de consentimento, mas apenas deverá ser preenchido se responder o questionário. Assim, o questionário e uma cópia do termo de consentimento deverão ser devolvidos sem serem anexados um ao outro. Se o questionário não for respondido, pode devolvê-lo juntamente com o termo de consentimento em branco.

Estarei a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que tiver dúvidas ou isto se fizer necessário. Posso lhe assegurar que a participação através do questionário não implica em riscos ou desconfortos. Contudo, caso você se sinta desconfortável poderemos conversar e você poderá interromper sua participação.

Marília, setembro de 2001.

Edvania Parra Cesar de Almeida
e-mail: edvania@famema.br
Fone (NTI) : 421-1775 ou 421-1744 ramal 1775

Eu, _____
(participante), R.G.: _____ abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar.

Marília, _____ de _____ de 2001.

_____
assinatura do participante

cm 1 2 3 4 5 6 7 unesp 11 12 13 14 15 16 17 18

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética da Famema

Famema

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 19 de setembro de 2001.

Ilma Sr.ª
Edvania Parra Cesar de Almeida
Marília/SP.

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, analisou em Reunião de 17/09/2001 o protocolo de estudo nº 296/01, intitulado: "Valorização do Prontuário do Cliente: opinião e atitude dos profissionais de saúde e gestores da Faculdade de Medicina de Marília", considerou **APROVADO**, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

Av. Monte Carmelo, 800 - Marília - S.P. - CEP: 17.519-030
Fone: (014) 421 1827 - E-.mail: dirpos@famema.br