

**HOMENS, VIOLÊNCIA E SAÚDE:
UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O CAMPO DE PESQUISA E
INTERVENÇÃO EM GÊNERO, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SAÚDE**

Coordenação/Supervisão
LILIA BLIMA SCHRAIBER

***MANUAL DO INSTRUMENTO
LEITURA DE PRONTUÁRIOS***

Dezembro, 2002

I. APRESENTAÇÃO

Para o estudo dos prontuários, o instrumento foi dividido em duas partes. As duas devem ser aplicadas nos prontuários de todos os homens entrevistados na primeira parte da pesquisa, na condição de usuário ou acompanhante, desde que tenham matrícula no serviço. Ou seja, o instrumento de leitura de prontuário será aplicado em homens que foram entrevistados e que apresentam matrícula no serviço. Com este estudo, pretendemos conhecer melhor como os homens utilizam os serviços, o que representa avanço no conhecimento das necessidades de saúde dos homens. Além de produzir conhecimento sobre homens enquanto usuários de serviços públicos de saúde em Atenção Primária, pretende-se contribuir para elaboração de proposta de atendimento integral à saúde dos homens e implantação de uma tecnologia de atendimento para os homens envolvidos em situações de violência, como agressores e/ou agredidos, nas esferas pública e privada.

A **primeira ficha** foi baseada em instrumento usado em estudo realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva em 19 serviços de saúde na Grande São Paulo com mulheres entre 15 e 49 anos (Schraiber et al 2002). O objetivo desta primeira ficha era verificar o uso do serviço pelas usuárias. Sua adaptação para a pesquisa com homens usuários de serviços de atenção primária responde à necessidade de realizar levantamento de caráter **quantitativo** do uso de serviço no último ano e o uso de serviço na vida dos usuários. Em outras palavras, com este instrumento queremos verificar quanto esses homens usam o serviço e a quais atividades eles recorrem mais.

A **segunda ficha** visa um levantamento de caráter **qualitativo** do uso de serviços de saúde, 1. Especialmente por meio dos tipos de demanda dos usuários (sintomas, queixas referidos) e por meio da avaliação do caso pelo profissional de saúde (diagnósticos) e 2. As condutas e encaminhamentos do atendimento. O objetivo desta segunda ficha é de produzir um levantamento das queixas, sintomas e/ou diagnósticos mais recorrentes dos usuários na faixa etária em estudo. Além disso, também queremos saber como os serviços acolhem, ou não, as demandas destes usuários. Tais aspectos, sem dúvida, têm grande peso na configuração do padrão de morbidade apresentado pelos homens e do atendimento a eles oferecido pelos serviços de atenção primária.

II. A FICHA DE LEITURA DOS PRONTUÁRIOS – PARTE QUANTITATIVA

Atenção:

Deixe sempre todos os campos da última coluna da direita hachurados em branco, pois serão usados pela codificadora no escritório.

Questões 1 a 6 - são questões para identificação dos serviços e dos usuários pesquisados.

Esta parte é importante para que os dados colhidos nos dois serviços participantes da pesquisa não sejam misturados. Lembre-se que o código usado para o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa/CSE Butantã é 1 (um) e o do Centro de Saúde Escola Barra Funda/CSE Barra Funda é 2 (dois).

As respostas às questões de 1 a 5 serão fornecidas pela equipe central da pesquisa, já a questão 6 deverá ser preenchida pelo avaliador do prontuário.

Ao preencher esta questão lembre-se que no CSE Butantã os usuários a partir de 12 anos não usam mais a pediatria, mas o Programa de Saúde do Adulto. O contrário, no CSE Barra Funda, só a partir dos 18 anos é que o usuário é transferido da Pediatria para a Saúde do Adulto. Para

que possamos analisar os dados sem perder de vista as especificidades dos serviços, resolvemos analisar o prontuários de todos os usuários a partir dos 12 anos; depois procederemos ao recorte de anos para o serviço CSE Barra Funda. Assim, verifique a idade pela data de nascimento do usuário e a sua data de inscrição no serviço. Se esta aconteceu antes dos 12 anos, considere como data de inscrição a primeira consulta por ele realizada após completar 12 anos.

Antes de começar a preencher a ficha, certifique-se de que está com o prontuário correto, conferindo o número do prontuário, iniciais do usuário e a data de nascimento. Se alguma das informações não coincidir com as que estão no prontuário do homem, informe o(a) supervisor(a).

Quanto à data de nascimento, pode acontecer de haver duas datas: a do registro e a real, que tanto pode aparecer na entrevista quanto no prontuário. Neste caso, vamos considerar a data real de nascimento. Não esqueça de informar o(a) supervisor(a) de campo.

Q. 7 – USO DE SERVIÇO NO ÚLTIMO ANO

O objetivo deste quadro é contar quantas vezes o usuário passou em cada atividade do serviço, NO ÚLTIMO ANO.

ATENÇÃO: Como os homens entrevistados se dividiram, na data das entrevistas, entre EM USO e ACOMPANHANTE, temos que considerar de forma diferente (note que esta informação será fornecida pelo supervisor, **Q. 3**) a data de referência.

Para os entrevistados na categoria EM USO a data de referência é a mesma em que foi realizada a entrevista [a data estará registrada na **Q. 5**]. Assim, se o usuário foi entrevistado em 15/11/2002, veja os registros de atendimentos a partir de 15/11/2001. O último registro a ser analisado será, portanto, o da data em que ele foi entrevistado. Note que em alguns casos é possível que não haja registro coincidente com a data da entrevista. Isto se deve ao tipo de atendimento que ele procurou e o que recebeu no serviço, como também o profissional que o atendeu pode não ter realizado anotação em seu prontuário. Mas isto não será regra! Neste caso, considere o último registro (mais próximo ao da data da entrevista).

Para os entrevistados na categoria ACOMPANHANTE a data de referência será a última consulta médica que ele realizou no serviço. Assim, se o usuário foi entrevistado em 15/11/2002, mas estava como acompanhante, e a última vez que passou em consulta no serviço foi em 10/12/2001, então a data de referência será esta e seus registros em prontuários serão analisados para o período entre 10/12/2000 e 10/12/2001.

A segunda coluna do **quadro 7** se destina ao registro da quantidade de vezes que o homem passou em cada uma das atividades existentes no serviço. Conte todas as vezes que o homem foi ao serviço de saúde. Neste caso você procederá da seguinte forma: faça os quadradinhos com palitinhos (em número de 5). Cada palitinho corresponderá a um atendimento. Ao final, some e coloque o número (arábico) total para cada atividade.

As atividades de atendimento estão listadas tentando diferenciar o tipo de atendimento (caso novo, segmento, retorno, visita domiciliar) e tipo de profissional (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social) nas categorias atendimento individual e em grupo. Vejamos, para cada tipo de atividade listada, o que se enquadra:

7.a Caso Novo/Pronto Atendimento(PA), Encaixe: Caso novo, refere-se a primeira consulta do usuário no serviço, onde é preenchida pelo médico uma ficha panorâmica de sua saúde. O Pronto Atendimento também se caracteriza por atendimento médico. Estamos considerando

como PA aqueles atendimentos não agendados, com o caráter de “urgência” e que consiste em uma espécie de triagem, acolhimento, onde o homem é atendido, ouvido e avalia-se o melhor segmento para a demanda dele. Também serão incluídos nesta categoria os atendimentos médicos fora de dia que entraram como “encaixe”, nas vagas excedentes ou de faltosos.

7.b Segmento, Retorno: Estamos utilizando esta categoria a fim de verificar qual o padrão de sequência no tratamento de saúde dos homens. Note que mesmo que o usuário esteja com data agendada de retorno e venha antes ao serviço (modalidade anterior de ‘encaixe’), esta vinda não deve ser computada na modalidade segmento/retorno.

7.c Atendimento de Enfermagem: Todo atendimento de enfermagem (seja da enfermeira como da auxiliar de enfermagem) deve ser contado neste item, incluindo as pré e pós consultas (lembre que queremos diferenciar os profissionais também, não só as atividades de atendimento), com exceção das atividades da Saúde Mental e atividades em grupo, que têm campos próprios para a contagem.

7.d Grupos: Quando a atividade for em grupo, privilegie esta característica, contando neste item, independente de que tipo de grupo o usuário participe (Diabetes e Hipertensos, planejamento familiar, etc.). A única exceção é se for realizado na Saúde Mental, pois estes grupos têm uma especificidade que os diferencia dos demais e deve ser computado na categoria apropriada (7.g).

7. e Entrevista Dinâmica/Triagem, Consulta S M (Médico): Mesmo na Saúde Mental estamos diferenciando os tipos de profissionais (médico, psicólogo, enfermagem) e a condição de grupo ou individual. Este refere-se ao primeiro atendimento do usuário no setor da Saúde Mental, realizado por médico ou pessoal da enfermagem, bem como as consultas de médicos psiquiatras.

7.f Terapia Individual (Psicólogo): Neste item anote apenas as vezes que o usuário passou na atividade de terapia individual com psicólogo. Repare que estamos diferenciado as consultas com médico psiquiatra (7.e) das consultas com psicólogo.

7.g Grupos Saúde Mental: Este é o último item da saúde mental. Trata-se de diferenciar a modalidade de atendimento na Saúde Mental entre consulta individual e atividade em grupo.

7.h Assistente Social: Embora apenas o CS Barra Funda disponha de atendimento por profissionais de serviço social, achamos importante criar este item a fim de verificar se os homens procuram este tipo de atendimento e em qual frequência.

7. i Visita Domiciliar: Este item foi criado para as atividades de atendimento fora do Serviço de Saúde. Ambos serviços comportam equipes do Programa Saúde da Família (Médico, enfermeira, auxiliar enfermagem e agente comunitário de saúde). Criamos este item apenas para as visitas domiciliares realizadas por qualquer profissional da equipe de PSF, bem como para aquelas realizadas por pessoal que não da equipe do PSF, como o pessoal da Vigilância Epidemiológica, por exemplo. Com isso, queremos avaliar o quanto os homens utilizam e se beneficiam de tal atividade.

7. j Outras atividades: atividades de atendimento individuais que não se encaixam em nenhum dos itens anteriores deve ser contada neste item, como fisioterapia, fonoaudiologia, dentista.

7. k. Número de comparecimentos: Será anotado em numeral arábico o total de vezes que o usuário utilizou atividades do serviço detalhadas nos itens anteriores.

7. I. Número de faltas: Este item foi incorporado para caracterizar o número de vezes que o usuário faltou em atividades agendadas, em qualquer modalidade de atendimento, tipo de atividade e profissional. Note que anotaremos todas as faltas registradas em seu prontuário médico. Com isso poderemos conhecer melhor o comportamento dos homens usuários dos serviços em termos do segmento no tratamento de saúde.

Outras Situações que podem gerar dúvidas quanto à classificação da atividade de atendimento: Anotações da vigilância – como não se trata de atendimento de contato direto com o usuário, não serão contadas. Por exemplo, se um paciente com Tuberculose e em tratamento faltou às duas últimas consultas e houver registro do pessoal da vigilância solicitando convocação por carta ou visita domiciliar, não anotaremos este dado, apenas o dado de falta em consulta agendada (7.I). Mas, caso tenha acontecido a visita domiciliar e o usuário tenha sido encontrado na residência, este dado deverá ser anotado no item ‘visita domiciliar’ (7.i).

Um parente veio buscar medicação ou remarcar – também não contaremos esta ida ao serviço, por não ser a próprio usuário que foi ao serviço.

O próprio paciente veio remarcar e não foi atendido – neste caso, se estiver registrado no prontuário, contamos no item “Outras Atividades” (7.j), lembrando de avisar a(o) supervisor para que faça a anotação no seu caderno de campo.

Se tem um outro profissional fazer anotações, mas não realizou atendimento – em alguns serviços, o médico só assina o atendimento e faz observações como uma espécie de supervisor. Neste caso, conte a atividade realizada, pelo profissional que atendeu, seguindo as orientações dadas acima. Isto é diferente da pré e da pós consulta, que se configuram como atendimentos de enfermagem.

8 – USO DE SERVIÇO NA VIDA

Neste quadro, registre, como no quadro anterior, o número de vezes em que o usuário passou em cada atividade. O diferencial aqui é que estaremos também verificando a existência de registros de violência física, psicológica e/ou sexual em qualquer uma das atividades existentes no quadro. Mas, preste atenção, pois esta questão refere-se ao USO DE SERVIÇO NA VIDA, excetuando as atividades pelas quais passou no último ano (que já foram anotadas no quadro 7). Isto é, considere todas as atividades em que o usuário passou desde seu ingresso no serviço.

No caso dos homens que fazem uso do serviço desde a infância, registre somente a partir dos 12 anos de idade dele, mesmo que ele ainda faça uso da pediatria (caso do CSE Barra Funda). Para tanto, você procederá da seguinte forma: verifique a data de nascimento. Por exemplo, se ele nasceu em 15/12/1971, você começará a fazer a análise a partir da data 15/12/1983 (atenção para o mês do nascimento). O que nos interessa é o recorte etário (12 anos). Também, se ele se inscreveu no serviço aos 10 anos (ex. 29/12/1981), portanto antes da data 15/12/1983, conte apenas os atendimentos a partir da data 15/12/1983.

Q. 9 – Relato espontâneo de Violência Sofrida na Vida

Assinale SIM nesta questão apenas se no quadro anterior (Q. 8) ou na ficha qualitativa apresentada a seguir houve algum registro de violência. Esta questão deverá ser preenchida após a completado a leitura de todos os registros do prontuário do usuário. Trata-se de questão que facilita a identificação, digitação e análise primeira tabulação dos dados.

Q. 10 – Relato espontâneo de Violência Praticada na Vida

Esta questão será preenchida pela codificadora do escritório. Favor NÃO PREENCHER ESTA QUESTÃO. Esta pergunta serve para facilitar a análise dos dados. Nesta questão, estaremos considerando a violência perpetrada pelo usuário contra mulher(es) (companheira atual ou ex-

companheira) e contra outras pessoas, seja física, psicológica e/ou sexual. Estaremos avaliando a percepção do serviço quanto à violência (se ouvem, registram, se acham importante...).

Q. 11 - Relato de Violência Sofrida (Questionário)

Nesta questão estaremos considerando qualquer violência sofrida (psicológica, física e/ou sexual) pelo usuário, em qualquer época de sua vida. Esta questão será preenchida pela equipe de codificação dos prontuários e se destina a facilitar a identificação de cruzamento de informações acerca da violência sofrida nos dois instrumentos de pesquisa utilizados (questionário e ficha de leitura de prontuários).

Q. 12 - Relato de Violência perpetrada (Questionário)

Esta questão também será preenchida pela equipe de codificação dos prontuários e se destina a facilitar a identificação de cruzamento de informações acerca da violência perpetrada contra mulheres (parceira atual ou anterior) e outras pessoas nos dois instrumentos de pesquisa utilizados (questionário e ficha de leitura de prontuários).

Q. 13 - Data da avaliação do prontuário

Neste campo não esqueça de marcar a data que você preencheu esta ficha. Isto é muito importante para controle da coleta e análise da qualidade dos dados, assim como para a montagem da planilha de remuneração da(o)s avaliadora(e)s.

Q. 14 – Avaliador(a) do prontuário

Neste campo, registre seu nome, para que, em caso de dúvida da codificadora, possamos recorrer a quem preencheu o instrumento. Além disso, é através deste campo que teremos o controle de quantos prontuários cada profissional avaliou, para efetuarmos a remuneração.

III. A FICHA DE LEITURA DOS PRONTUÁRIOS – PARTE QUALITATIVA

ATENÇÃO: Esta ficha deverá ser aplicada para cada vez que o usuário passou pelo serviço no último ano, ou seja, **VOCÊ DEVE USAR UMA FOLHA (frente e verso) PARA CADA ATENDIMENTO REGISTRADO NO PRONTUÁRIO no ÚLTIMO ANO DE USO DO SERVIÇO PELO USUÁRIO.** Lembre-se, porém, que temos dois tipos de usuários: os que na época da entrevista estavam EM USO, e os que estavam como ACOMPANHANTE.

Para o primeiro tipo (EM USO), você procederá da seguinte forma: se o paciente frequenta o serviço desde 1980 e foi entrevistado em 10 de outubro de 2002, então você fará a avaliação dos registros de atendimentos realizados no período de 10 de outubro de 2001 a 10 de outubro de 2002, independente do número de vezes que ele passou em atendimento neste ano. Se ele passou 7 vezes, você deverá preencher uma ficha para cada atendimento, ou seja, 7 fichas. Não esquecendo de colocar em todas elas a identificação (questões de 1 a 4).

Para o segundo tipo (ACOMPANHANTE) você procederá da seguinte forma: se o paciente frequenta o serviço de saúde, mas na data da entrevista estava acompanhando a esposa em consulta de pré-natal, você procurará em seu prontuário a última data em que ele ‘usou’ o serviço. Caso tenha sido em 07 de julho de 2002, em consulta com clínico, então você analisará todos os registros encontrados em seu prontuário no período de 07 de julho de 2001 a 07 de julho de 2002. Assim, se ele passou 4 vezes, você deverá preencher uma ficha para cada atendimento, ou seja, 4 fichas. Não esquecendo de colocar em todas elas a identificação (questões de 1 a 4).

Questões 1 a 3 - Questões para identificação dos serviços e das usuárias.

Esta parte é importante para que os dados colhidos não sejam misturados entre os dois serviços participantes da pesquisa e entre os usuários pesquisados. Como você preencherá, muitas vezes, mais de uma ficha para cada prontuário estudado, não esqueça de preencher estes campos, mesmo que depois vá grampear as folhas do mesmo prontuário. Isto facilita a digitação e evita perder os dados caso alguma folha se solte do bloco grampeado.

Atenção:

na primeira folha (ficha quantitativa), o número do prontuário será fornecido pela equipe central, mas na segunda folha (ficha qualitativa) a(o)s avaliadora(e)s devem preencher todos os campos de identificação

Q. 4 – Tipo de atendimento

Nesta questão, queremos saber o tipo de atividade que o usuário passou, para sabermos, na análise dos dados, quais serviços que os usuários demandam mais. Marque com um “X” o campo correspondente à atividade.

Nessa segunda ficha, a questão principal é a **Q.5**, e nesta **Q.4** queremos distinguir as atividades de atendimento. Note que a cada ‘palitinho’ colocado no **quadro 7 da Ficha 1 (quantitativa)** corresponde a uma folha de **Ficha 2 (qualitativa)** que deve ser preenchida. Resumindo, o número de Fichas do tipo 2 a ser preenchido sempre será igual ao registro de número de comparecimentos (que está incluída a visita domiciliar) (**7.k**).

Nesta ficha, também NÃO serão consideradas as **faltas**, anotações de profissionais que não realizaram atendimento, idas de parentes no lugar do usuário, ou seja, não serão analisadas as vezes que o paciente não compareceu ao serviço ou não foi encontrado durante a visita domiciliar. MAS, deverão ser levantadas TODAS as vezes nas quais ele foi ao serviço, mesmo que para remarcar ou pegar medicação, se isto estiver registrado. E estes motivos para ir ao serviço devem ser assinalados na questão 6.

Lembre que esta questão não é de múltipla resposta, mas de resposta exclusiva, pois você estará preenchendo uma ficha para cada atividade.

Q. 5 – QUEIXAS/ DIAGNÓSTICOS

Nesta questão, queremos saber quais as queixas e/ou diagnósticos e/ou sintomas registrados nos atendimentos. Para facilitar a análise, listamos os sintomas e/ou queixas e/ou diagnósticos mais comuns em serviços de atenção primária, para homens, segundo tipologia que compreende:

Queixas gerais (itens de 1 a 11), ósteo-muscular (de 12 a 18), aparelho digestivo (de 19 a 31), cárdio-circulatório (de 32 a 35), olhos e ouvidos (de 36 a 38), respiratório (de 39 a 46), dermatológico (de 47 a 52), neurológico (de 53 a 56), metabólico (de 57 a 61), genito-urinário (de 62 a 71), psicológico (de 72 a 77), social (que inclui diversas categorias relacionadas a violências) (de 78 a 92), solicitações (de 93 a 96) e outros (que deve incluir apenas as **três** primeiras queixas/diagnósticos) (97), e as categorias sem registro (98) e ilegível (99).

Vale salientar que a categoria Outros (97) deve incluir: veio ver resultado de exames, veio pegar medicação, bem como para marcar demandas/queixas que não se encaixam em nenhuma das opções anteriores. É importante especificar a queixa/diagnóstico, para que possamos analisar estas demandas posteriormente. Mas lembre-se que em quase todos os sub-grupos (excetuando o de queixas gerais, metabólico, psicológico e social) existe a opção do tipo ‘outras queixas’.

Marque com um “X” no item correspondente ao sintoma/ queixa/diagnóstico registrado. Tente ser o mais fiel ao registro do profissional que atendeu, evitando dar interpretações para as queixas. Se o que está registrado não puder ser enquadrado em nenhum dos itens de 1 a 96,

marque o “X” no item Outros (97) e descrimine a queixa ou diagnóstico ou sintoma, como está escrito no prontuário. Depois a codificadora irá avaliar, e se possível, encaixar em um dos itens anteriores.

Atenção:

A **Questão 5** é de resposta múltipla. Fique atenta(o) para registrar as queixas/diagnósticos encontrados para cada atendimento realizado com o usuário. Mas lembre-se que só consideraremos até **5 (cinco)** queixas/diagnósticos. Se houver mais, faça a seleção das **5 primeiras** queixas/diagnósticos anotadas no prontuário. Não faça interpretação quanto a importância ou não das queixas, anote as 5 primeiras e relate o fato para o(a) supervisor(a), para que ela possa fazer esta anotação em seu caderno de campo!

No campo, haverá sempre um médico-supervisor contratado para auxiliar na classificação dos sintomas e diagnósticos e no entendimento da linguagem e registro médicos, de preferência que trabalhe no serviço em que os prontuários serão analisados..

Q. 6 – Conduta

Aqui, queremos saber a conduta ao final do atendimento, em relação às demandas do usuário. Só queremos saber se houve alguma conduta ou não. Entendemos por conduta: agendamentos de retorno ou outras atividades do segmento (quando há), prescrição de medicamentos, orientações educativas e/ou preventivas (inclui dietas e similares) e pedidos de exames, mesmo que em outros serviços.

Caso não haja nenhum registro considere que não houve conduta. No caso do registro estar ilegível, tente se certificar de que se trata realmente de uma conduta e considere que houve conduta e registre “**sim**”. Se não for possível identificar, assinale “**não**”.

Q 7 – Encaminhamentos

Consideramos como encaminhamento quando for feito para outro especialista fora do programa ou fora do setor. Desta forma, se o paciente está no pronto atendimento e foi agendado consulta médica dentro do mesmo setor, consideramos como conduta e não como encaminhamento. Por exemplo: ele foi ao serviço, no PA, por falta de apetite e perda de peso e ao final do atendimento, foi agendada consulta com clínico. Consideramos como conduta pois se configura como continuidade do atendimento. Mas se ele foi encaminhado para tratamento com dentista, ou especialista de outro setor, então consideramos como encaminhamento (seja este interno ao serviço ou externo). Note, também que há campos separados para encaminhamentos internos e externos ao serviço, bem como diferenciação quanto aos programas de saúde mental externos e internos ao serviço.

Atenção:

Esta é uma questão de resposta múltipla. Fique atenta(o) para registrar os encaminhamentos e não as condutas.

FIM