



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

CAMILA REGINA DE OLIVEIRA RABELO

**REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA DA INFORMAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A
PRÁTICA DA INDEXAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

FORTALEZA

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO

CAMILA REGINA DE OLIVEIRA RABELO

**REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA DA INFORMAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A
PRÁTICA DA INDEXAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciência da Informação do Programa de Pós - Graduação em Ciência da Informação - PPGCI da Universidade Federal do Ceará - UFC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Área de Concentração: Representação e Mediação da Informação e do Conhecimento.
Linha de Pesquisa: Representação da Informação e do Conhecimento e Tecnologia.

Orientadora: Profa. Dra. Virgínia Bentes Pinto.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- R114r Rabelo, Camila Regina de Oliveira.
Representação Temática da Informação : reflexões sobre a prática da indexação do prontuário do paciente / Camila Regina de Oliveira Rabelo. – 2019.
103 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Virginia Bentes Pinto.
1. Representação Temática da Informação. 2. Indexação. 3. Codificação do Prontuário do Paciente. 4. Ciência da Informação. 5. Tratamento Temático da Informação. I. Título.

CDD 020

CAMILA REGINA DE OLIVEIRA RABELO

**REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA DA INFORMAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A
PRÁTICA DA INDEXAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Ciência da Informação do Programa de Pós - Graduação em Ciência da Informação - PPGCI da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito para título de mestre.

Área de concentração: Representação da Informação e do Conhecimento e Tecnologia
Linha de pesquisa 1: Representação da Informação e do Conhecimento e Tecnologia.

Fortaleza, _____ de _____ de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Virgínia Bentes Pinto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Heliomar Cavati Sobrinho (Membro Interno)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Elizabeth Baltar Carneiro de Albuquerque (Membro Externo)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profa. Dra. Mariângela Spotti Lopes Fujita (Suplente Externo)
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP - Marília)

Profa. Dra. Andrea Soares Rocha da Silva (Suplente Interno)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico a minha orientadora, mentora e amiga Virgínia Bentes Pinto, por acreditar em mim nas adversidades (sem a senhora nenhuma linha seria possível).

AGRADECIMENTOS

Que não seria fácil Ele avisou, mas nos confortou também dizendo que nos conceberia a força necessária para viver e seguir em frente, e assim lembramos disso nos inúmeros momentos difíceis que enfrentamos. Agradeço primeiramente a Deus e ao seu filho Jesus pela imensa misericórdia e força para concluir essa etapa da minha vida. Toda honra e toda glória a Deus, o dono e guia da minha vida, por nunca me desamparar, e pelo seu imenso amor mesmo que eu jamais mereça.

À minha orientadora Profa. Dra. Virgínia Bentes Pinto, pela construção de pesquisa que possibilitou a concretização dessa dissertação, pela paciência e confiança de sempre. Pela disponibilidade e capacidade fantástica de ensinar e me guiar pelo universo da pesquisa. Pelos finais de tarde, sábados e feriados de estudo maravilhosos, e conversar de incentivo, compreensão e amizade. Gratidão!

Ao meu amor Raul, pelo apoio, incentivo, amizade e companheirismo em cada escolha e decisão, pelo amor que me faz mais forte e feliz. Pela compreensão das minhas mudanças de humor nos momentos mais difíceis e palavras de carinho. E por tudo, em especial pela parceria na vida, que é de longas datas, mas que se renova diariamente. Seu amor faz de mim uma pessoa melhor.

À minha família, Aracy (mãe), Chico (Pai), Raquel e Regina (irmãs), pelo incentivo e apoio nas minhas decisões acadêmicas e profissionais.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPGCI) e a Universidade Federal do Ceará (UFC), pela possibilidade de cursar o Mestrado em Ciência da Informação.

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos valiosos para a construção dessa dissertação.

Aos professores, Dr. Heliomar Cavati Sobrinho, Dra. Maria Elizabeth Baltar Carneiro de Albuquerque, Dra. Mariângela Spotti Lopes Fujita e Dra. Andrea Soares Rocha da Silva pela disponibilidade em participar da banca de defesa da dissertação e preciosas considerações e contribuições desde o processo de qualificação.

À Veruska, como representante da secretaria do PPGCI, pelas atentas informações e orientações de forma tão gentil e eficaz.

À Luzirene, do Departamento de Ciências da Informação da UFC, pelas palavras alegres e confiança de sempre.

Aos colegas de sala, Isabelle, Larisse, Camila, Dayane, Paula, Damares, Dacles, Fernando e Edvander pelas manhãs maravilhosas, amizade, cafés deliciosos, apoio e incentivo nos dois anos em que dividimos as alegrias e angústias dessa etapa acadêmica.

Aos amigos da UFC pra vida, Igor, Eduardo, Josiele e Aurilene pelo apoio e incentivo desde a graduação. Em especial a amiga de todas horas e em todas as horas Kellyanne Morais, pelo amor, compreensão, amizade, apoio nas minhas decisões e momentos sem igual, é de pessoas sinceras e verdadeiras assim que precisamos para viver uma vida mais leve e real.

À Morgana Ramos e ao Alano Milfont pelo companheirismo e torcida desde a seleção do mestrado, amizade prudente e amorosa em momentos alegres e difíceis. As palavras são pouco significativas para agradecer por todas as conversas de apoio, carinho e amizade. Gratidão por ceder o seu lar para momentos de concentração e estudo.

Às mais do que queridas Áurea Montenegro e Mayra Mesquita, pelas conversas divertidas, ensinamentos e momento mais que agradáveis de amizade, compreensão e apoio.

Aos compadres Felipe e Teylianne pela alegria da pequena Beatriz, pelos sorrisos de menina que renovaram minhas forças tantas vezes, mesmo sem ela saber encheu de amor meu coração de madrinha, me dando a leveza necessária para seguir nessa difícil caminhada acadêmica. À pequena Beatriz pelo sorriso, brincadeiras e gritinhos para a madrinha, ou mesmo e simplesmente por existir com tamanha beleza e amor.

Aos amigos Lu, Rissi, Marina, Matheus e Priscila, pelas noites de descontração mais que agradáveis, incentivo, apoio e por me proporcionarem momentos relaxantes em meio a esse processo tão doloroso e difícil.

A amiga Samara Costa, pelos momentos de incentivo e amizade, e também por levantar o meu astral e me compreender sempre. Nossa amizade é um verdadeiro presente de Deus.

À equipe de trabalho, Márcia, Gildson, Jessica, Lucas, Rocicler, Paulo e Anderson, pela compreensão e apoio nos momentos em que estive ausente, sem essa força teria sido ainda mais difícil.

Aos amigos bibliotecários manauaras Jorge Cativo (em especial), Kamilla e Francisca, que entraram na minha vida por acaso, mas que permanecerão não por acaso, pelas conversas profissionais produtivas e pela receptividade de sempre.

A todos os amigos que fazem parte da minha vida e compreenderam minha ausência e angústia no período de dedicação ao mestrado.

A todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente da construção dessa dissertação. Gratidão!

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes. (Marthin Luther King).

RESUMO

O objetivo básico desta pesquisa é investigar de que forma os estudos em Representação Temática da Informação podem contribuir para indexação com o uso da codificação de prontuário do paciente no ambiente hospitalar. O prontuário do paciente é o principal documento de registro das informações na área da Saúde apresentando dados referentes às condições de saúde e doença de um indivíduo, bem como algumas características físicas e condições sociais. O estado da arte, que fundamenta teoricamente este estudo, pautou-se na literatura especializada referente ao diálogo das áreas de Ciência da Informação e Ciências da Saúde, notadamente nos esquemas cognitivos de Representação Temática da Informação. A pesquisa apoia-se na abordagem qualitativa e de cunho exploratória, na qual se constrói a relação entre a Representação Temática da Informação, no âmbito da Biblioteconomia e Ciência da Informação, e a codificação de prontuário do paciente, enquanto prática existente na área da Saúde com o uso da Classificação Internacional de Doenças - CID-10. O método de sustentação da pesquisa é o funcionalismo, como o intuito de entender a função do uso social particular da indexação dos prontuários. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará via Plataforma Brasil, a pesquisa foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC). Foram disponibilizados oito prontuários completos, dos quais foram selecionados três prontuários para compor esta pesquisa, totalizando 1.212 páginas de prontuários analisadas. Os resultados apontam que a análise documental, enquanto etapa da indexação pode auxiliar a compreensão da estrutura física e lógica do prontuário, permitindo que o indexador possa extrair dos resumos de alta os metadados essenciais para representação temática, possibilitando por meio dessa a recuperação da informação. Evidenciamos também as semelhanças encontradas na prática da indexação e na codificação do prontuário, sendo atividades correspondentes que apresentam funções e técnicas semelhantes e correspondentes. Conclui-se que a indexação no prontuário do paciente deve ser realizada de forma semiautomática, por meio da extração dos sintagmas encontrados nos resumos de alta, sendo esses os diagnósticos principais traduzidos, ou seja, codificados por meio da CID-10. Portanto a indexação no prontuário do paciente demanda a realização de estudos mais profundos que possa validar o modelo de aplicação da indexação junto a codificação nos prontuários, com o foco de possibilitar a recuperação da informação no ambiente informacional hospitalar.

Palavras-chave: Representação Temática da Informação. Indexação. Codificação do Prontuário do Paciente. Ciência da Informação. Tratamento Temático da Informação.

ABSTRACT

The main objective of this research is to investigate how the studies on Information Thematic Representation can contribute to indexing with use of the patient's medical record codification in the hospital environment. The patient's medical record is the main record document of information in the Health area presenting data related to the health and illness conditions of a person, as well as about his creed and some of his physical characteristics and social conditions. The state of the art, which is the theoretical base of this study, was based on specialized literature related to the areas of Information Science and Health Sciences, particularly the cognitive schemas of thematic representation of information. The research has a qualitative and exploratory approach by which there is a relationship between the thematic representation of information, investigated in the field of Library Science and Information Science, and the codification of the patient's medical record, a practice happening in the health area by using the ICD-10 document language. The research foundation method is one based on functionalism in order to understand the role of the particular social use of medical records' indexing. It is an exploratory research that proposes the guidelines for the conduction of the patient's medical record indexing, considering the logical and physical structure of this document. After approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará via "Plataforma" Brasil", the research was carried out at the Medical and Statistical Archive Service (SAME) of the Walter Cantídio University Hospital of the Federal University of Ceará (UFC). We selected and made available a set of eight patient's medical records with larger and full content in relation to the number of times they received care. These records were chosen according to the guidelines of the institution and after the first analysis we chose three. A total of 1,212 pages of medical records were analyzed. The results indicate that the steps of indexing can help in the understanding of the medical record as a very particular document, by using the texts recorded in the summaries of discharge for the extraction of metadata, considering the thematic representation, that can be used to retrieve the information. In addition, results show that there are similarities between the thematic representation of information and the codification practice with ICD-10, and that the techniques used in indexing can help in the representation and retrieval of information in the medical record. We conclude that the patient's medical record codification is similar to the thematic representation of the information, since it is based on analysis and translation, by using a strict quality control.

Keywords: Thematic Representation of Information. Indexing. Patient Record's Codification. Information Science. Thematic Treatment of Information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Estudos em Organização do Conhecimento e da Informação.....	31
Figura 2 -	O Processo de Construção do Conhecimento Médico.....	52
Figura 3 -	Requisição de Exames/Procedimentos.....	64
Figura 4 -	Anotações.....	65
Figura 5 -	Registro de Anamnese.....	68
Figura 6 -	Evolução.....	71
Figura 7 -	Resumo de Alta frente.....	73
Figura 8 -	Resumo de Alta verso.....	74
Figura 9 -	Doença pulmonar obstrutiva crônica na CID-10.....	84
Figura 10 -	Busca por "nefrite" CID-10.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	As etapas da Indexação.....	34
Tabela 2 -	Estrutura do prontuário.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Registro de Anamnese e Exame Físico.....	66
Quadro 2 - Categorias de assunto do registro de anamnese.....	67
Quadro 3 - Método/Plano SOAP.....	70
Quadro 4 - Categorias de Assunto.....	75
Quadro 5 - Codificação do Prontuário 1.....	83
Quadro 6 - Codificação do Prontuário 2.....	85
Quadro 7 - Codificação do Prontuário 3.....	85

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E CIÊNCIA DA SAÚDE: DIALÓGOS POSSIVÉIS.....	22
3	TRATAMENTO TEMÁTICO DA INFORMAÇÃO.....	30
3.1	LINGUAGENS DOCUMENTÁRIAS NA ÁREA DA SAÚDE: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID	39
4	PRONTUÁRIO DO PACIENTE.....	44
5	METODOLOGIA.....	55
6	O ESTUDO EMPÍRICO: INDEXAÇÃO DA INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.....	59
6.1	ANÁLISE DOCUMENTÁRIA.....	60
6.1.1	ANÁLISE DA ESTRUTURA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.....	60
6.1.2	MAPEAMENTO DAS CATEGORIAS DE ASSUNTO.....	65
6.2	REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA.....	76
6.2.1	ALGUMAS DIRETRIZES PARA INDEXAÇÃO NO PRONTUÁRIO.....	76
6.2.2	CODIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO.....	80
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	90
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	101

1 INTRODUÇÃO

É fato incontestável que o crescimento informacional no contexto da sociedade, particularmente, da última década do século XX e desses primeiros anos do século XXI, se efetiva de modo exponencial, tal qual se concretizou entre as décadas de 40 e 50, o que culminou com a chamada “explosão documental”. Entretanto, resguardadas as devidas proporções, esse fato nem de longe se assemelha à realidade possibilitada pelas invenções das Tecnologias Digitais de Informação e de Comunicação (TDIC’s) que, viabilizam uma segunda “explosão documental”, com a produção inimaginável de tipos e formas de documentos em suportes analógicos e digitais, e, conseqüentemente, de informações e conhecimentos registrados.

Mesmo com toda essa oferta de possibilidade oriunda do avanço das TDIC’s e disponibilizadas no ciberespaço, não significa que o acesso às informações se efetive de maneira simples e ágil. Isso tem exigido esforços no desenvolvimento de métodos que venham sanar a necessidade de acesso e recuperação de informação de forma rápida, precisa e eficaz. Nesse sentido, podemos considerar que, essas preocupações com o acesso à informação, mesmo que se voltando somente para determinados indivíduos ou comunidades, tem suas gêneses nas estratégias que convergem para a representação, organização e acesso informacional, como foi o caso das primeiras classificações, índices e catálogos das bibliotecas da Antiguidade (Alexandria, no Egito, e a de Pérgamo, na atual Turquia), somente para exemplificar. Depois, surgem inovações, com as primeiras classificações bibliográficas mais bem estruturadas, como aquela construída pelo botânico e bibliógrafo Konrad Gessner (1516 - 65) que muitos consideram como sendo o “primeiro esquema de classificação bibliográfica”. (BARBOSA, 1969, p. 48). Posteriormente, foram elaborados os cabeçalhos de assuntos com seus princípios, estabelecidos por Charles Ammi Cutter, sendo a primeira edição publicada em 1876, e as classificações modernas Classificação Decimal de Dewey (CDD), Classificação Decimal Universal (CDU) e Colon Classification ou Classificação de Ranganathan, além de outras. Essas estratégias surgiram, inicialmente, no contexto da Biblioteconomia antiga do século XIX e, mais tarde com o olhar na moderna Documentação, despontada no final do século XIX e tendo seu apogeu no século XX. (BARBOSA, 1969, p. 48).

Todo esse movimento em propor metodologias com vistas a facilitar o acesso à informação carrega em seu bojo grande interferência pragmática e volta-se muito mais às unidades de documentação tradicionais e, naturalmente, também, aos acervos tradicionais,

mesmo com as novidades da Documentação de Paul Otlet, que trazia em suas ideias outros documentos que não somente o livro. Com a institucionalização da Ciência da Informação (CI), na última metade do século XX, como uma nova área de conhecimento que nasce interdisciplinar, aparecem metodologias e estudos teóricos e práticos que ampliam a compreensão e, conseqüentemente, à percepção sobre a necessidade de novos olhares em torno de outros esquemas de representação, organização e acesso à informação: tesouros, ontologias, taxonomias, mineração de dados, metadados de preservação digital e rotulagem na Arquitetura da Informação, são alguns dos exemplos que podemos citar. Tais novidades podem ser aplicadas não somente em ambientes tradicionais de informação, porém, também, em espaços especializados. As pesquisas nesse âmbito trazem contribuições, para diversas áreas do conhecimento, destacando-se a área da Saúde, particularmente no que diz respeito à representação da informação, incluindo estratégias para recuperação da informação.

A Ciência da Informação em seu aspecto mais amplo traz em sua epistemologia a função de, entre outras coisas, apresentar soluções em busca de chegar o mais perto possível de sanar ou minimizar os problemas informacionais percebidos inicialmente pela Biblioteconomia e Documentação, no que se refere a complexidade do tratamento e organização da informação. Sendo assim, ela surge como uma nova área de pesquisa que muitas vezes é confundida com as citadas, devido ao estreitamento teórico e as fortes relações históricas. Além da ligação com as duas disciplinas anteriormente citadas, a CI tem relações interdisciplinares também com outros campos do saber, a exemplo da Filosofia, da Ciência da Computação, da Linguística, da Terminologia e da Comunicação.

De acordo com Saracevic (1996) as três características que integram a CI são: a natureza interdisciplinar que ainda não está completa, apesar da evolução com outras disciplinas, a ligação irrevogável com a tecnologia da informação e sua participação na evolução da sociedade da informação. O caráter interdisciplinar, capacidade de relacionar-se e associar conhecimento de outras disciplinas, essencial ao surgimento da CI, resulta na propriedade de direcionar seus estudos para qualquer que seja a necessidade de solucionar problemas que vão da obtenção e organização ao uso satisfatório da informação. O que leva a argumentação de Boroko (1968, p.1) quando propõe que,

A Ciência da Informação está preocupada com o corpo de conhecimentos relacionados à origem, coleção, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação, e utilização da informação. Isto inclui a pesquisa sobre a representação da informação em ambos os sistemas, tanto naturais quanto artificiais, o uso de códigos para a transmissão eficiente da

mensagem, bem como o estudo do processamento e de técnicas aplicadas aos computadores e seus sistemas de programação.

A Representação Temática da Informação (RTI) é resultante do esforço de propor estratégias para a categorização, organização e recuperação da informação, por meio da prática de extração ou atribuição de assuntos (temas) aos quais o documento cita ou se relaciona. Este ramo de estudo busca cada vez mais apoio em outros campos do conhecimento de modo a se fortalecer teoricamente. Destacam-se nesse âmbito os diálogos com as Ciências Cognitivas, de modo geral, que oferecem uma gama de possibilidades na construção de verdadeiras teias de representações por meio das relações estabelecidas entre elas. São relevantes também as contribuições para os avanços nos estudos e pesquisas voltadas a Descoberta do Conhecimento em Bases de Dados (*Knowledge Discovery in Database - KDD*), Mineração dos Dados (*data mining*), Arquitetura da Informação e Metadados de preservação digital.

Em primeira instância, os estudos em Representação da Informação e do conhecimento, enquanto subárea da CI foram voltados restritamente às pesquisas em recuperação da informação, relacionando-se a qualidade da precisão ou ainda em relação a diminuição da revocação dos documentos relevantes as necessidades do usuário. Araújo (2014) defende que isso se deve a soma dos aspectos cognitivos das necessidades informacionais dos usuários com as estratégias de busca de informação para a elaboração de sistemas de recuperação da informação. Nesse mesmo sentido Silva e Ribeiro (2002, p.50) ressaltam que “os anos 50 caracterizaram-se pelo enorme crescimento da informação científica, bem como por um rápido desenvolvimento dos sistemas automáticos de armazenamento e de recuperação da informação, com especial destaque para a recuperação por assunto.”

Portanto, todas essas reflexões evidenciam o ponto que foi crucial para que a Representação Temática da Informação fosse mostrada como uma necessidade para favorecer o acesso aos documentos, preocupação anterior à consolidação da CI.

Esse crescimento da produção informacional científica, com destaque para a massa impressa de documentos, está presente também no campo das Ciências da Saúde (CS), bem como em outros ramos do conhecimento. O que aponta para a necessidade do desenvolvimento de estratégias e criação de sistemas de recuperação de informação que atendam as características e demandas específicas, fazendo que se torne aplicável os estudos de representação da temática da informação para área da Saúde. Conforme cita Bentes Pinto (2018, p. 3), “na esfera das Ciências da Saúde, a representação/indexação da

informação se efetiva ao menos observando-se três aspectos: a produção documental técnico-científica, a documentação arquivística relativa a gestão administrativa e a documentação sanitária”. Fazendo parte desse último tipo de documentação destaca-se o prontuário do paciente que devido à sua significação é considerado por Bentes Pinto e Silva Neto, (2013, p. 12) como o “representante maior da chamada documentação sanitária, sendo regido pelo ordenamento jurídico nacional e internacional, em razão de que as informações e os conhecimentos nele registrados são de cunho sigiloso”. Essa documentação é armazenada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), local responsável pela abertura, armazenamento, disponibilização dos prontuários, bem como pela elaboração de estatísticas baseadas nas informações registradas nesses documentos (CARVALHO, 1977). Cabe a esse setor, não somente a guarda desses documentos, mas também, a organização física, sabendo que diferente dos documentos arquivísticos tradicionais, possui características legais que impedem a sua eliminação, mesmo que disponível em meio eletrônico e, enfim, a custódia dessas fontes de informação. As informações registradas no prontuário do paciente formam um conjunto de dados clínicos que “[...] são um verdadeiro roteiro onde o [médico] demonstra o seu raciocínio clínico, mostrando de forma indireta sua visão do caso que embasou o diagnóstico e a conduta terapêutica.” (FRANZEN, 2010, p. 19).

De acordo com Carvalho (1977, p. 143) o prontuário é “um conjunto de documentos padronizados, destinado ao registro da assistência prestada ao paciente, desde sua matrícula até sua alta”. Contemplando informações de dados pessoais dos pacientes, laudos e diagnósticos médicos, medicações aplicadas e todo o histórico de permanência do paciente na organização de saúde. Com destaque para anamnese, evolução clínica e resumos ou relatórios de alta que trazem informações sobre a entrada, tratamentos ao qual o paciente foi submetido, sintomas e diagnósticos. Ratificando essa ideia, Marin (2010, p. 23) afirma que o prontuário é o “principal veículo de comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento ao cliente/paciente”.

Esse produto informacional tem um valor imensurável para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, bem como a compreensão da evolução e tratamentos ao qual o paciente foi submetido, e é nesse ponto que se faz necessário o cuidado na representação, organização e acesso, a quem de direito, dessas informações. Esse tipo de representação efetiva-se por meio de esquemas complexos que tem como resultado a indicação de

“pistas¹” capazes de expressar os conteúdos dos documentos. Tais assuntos podem ser extraídas dos próprios documentos ou atribuídas a eles por meio da terminologia das linguagens de especialidades contidas nas chamadas Linguagens Documentárias (LD’s), de indexação (LI), terminológicas ou controladas. As LD’s “construídas para indexação, armazenamento e recuperação da informação, correspondem a sistemas de símbolos destinados a “traduzir” os conteúdos dos documentos” (CINTRA et. al., 2002).

Na área da Saúde são encontradas inúmeras linguagens controladas ou terminológicas que podem ser utilizadas no tratamento e organização de documentos tradicionais dessa área. Destacam-se entre elas: Medical Subject Headings (MeSH) desenvolvido e mantido pela National Library of Medicine (NLM), Descritores em Ciências da Saúde (DECS) – Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), geralmente citada como CID-10, devido a utilização de sua décima edição (2017), em vias de publicação da sua décima primeira edição, já parcialmente disponibilizada (*online*) em língua inglesa. Trata-se da classificação das doenças e de seus aspectos, sintomas, sinais, e queixas, organizadas de forma hierárquica, representados por uma codificação alfanumérica. Atualmente, a principal utilização da CID é a atribuição do código referente ao atendimento prestado no ambiente sanitário ao paciente, estando presente no prontuário do paciente, bem como em atestados e outros documentos de cunho administrativo. As codificações servem como base para a elaboração de estatísticas no âmbito da Saúde.

Considerando a necessidade de tratamento temática da informação no prontuário do paciente, devido o valor informacional desses documentos, e tendo por base os estudos desenvolvidos no âmbito da CI e a utilização de instrumentos de controle de indexação, nos pautamos no seguinte questionamento: **Como os estudos em Representação Temática da Informação podem contribuir para a prática da indexação no prontuário do paciente, considerando o uso da codificação com a CID-10?**

O **objetivo** geral é investigar de que forma os estudos em Representação Temática da Informação podem contribuir para indexação com o uso da codificação de prontuário do paciente no ambiente hospitalar. E como objetivos específicos:

a) Pesquisar as contribuições dos estudos em Representação Temática da Informação para a área da saúde com o foco no prontuário;

¹ Entendemos que os assuntos são como “pistas”, ou seja, rastros, indícios, sinais ou ainda indicações que podem levar ao documento ou informação a qual se deseja encontrar.

- b) Mapear as estruturas, físicas e lógicas do prontuário do paciente, visando à representação temática desses documentos, com melhor qualidade;
- c) Propor as diretrizes para indexação do prontuário;
- d) Traçar um paralelo entre as etapas da indexação com a codificação do prontuário do paciente.

A codificação no prontuário do paciente consiste na prática da atribuição dos códigos da CID-10 referentes à doença e problemas relacionados à saúde do indivíduo de acordo com o diagnóstico principal registrado pelo médico no resumo de alta. Inicialmente o médico é o profissional responsável pela escolha da notação adequada. Cabendo também ao SAME como apoio e supervisão da Comissão de Prontuário, propor a atribuição de codificações que possam melhor a identificar os diagnósticos. A codificação se efetiva por meio da classificação hierarquizada dos possíveis diagnósticos resultantes de todo o processo de raciocínio clínico. Embora efetuado por meio de uma classificação, entendemos que objetivo de classificar por assuntos refere-se também a criação de estruturas sintagmáticas capazes de serem utilizadas na recuperação da informação. Desse modo os códigos da CID-10 formam também um conjunto de assuntos que podem representar tematicamente as informações contidas nos prontuários.

Em estudos anteriores realizados em organizações de saúde de Fortaleza – CE, evidenciamos a ausência de padronização no processo de codificação dos prontuários. (RABELO, 2013). Constatamos que os códigos da CID-10 são atribuídos conforme o profissional de saúde considera adequado, não havendo preocupação do SAME nem da Comissão de Prontuário em estabelecer as diretrizes de codificação dos prontuários. Entendemos que essa prática assemelha-se à representação temática da informação, o que torna necessário o estudo de um modelo para a realização dessa atividade. A proposta de indexação para os prontuários baseada na prática da codificação, significa oferecer possibilidades de recuperação da informação com base nos assuntos listados na CID-10. O trabalho desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na versão online e colaborativa da décima primeira edição da CID-11 garante também a inclusão de novos termos e assuntos.

Outra motivação para esta pesquisa é impulsionada pela percepção de que há muitas informações nos prontuários que precisam de estratégias que tornem a recuperação mais assertiva, minimizando o tempo gasto nas pesquisas. De acordo com Bentes Pinto e Soares (2010, p. 15) “as pesquisa [no âmbito da Saúde] têm demonstrado que, do ponto de vista científico, a informação registrada no prontuário do paciente também precisa ser estudada, a

fim de que possa ser compreendida e tratada de forma a ser recuperada de modo mais eficaz.” Entendendo que as informações contidas nos prontuários são utilizadas para realização de pesquisas e estudos pelos profissionais de saúde, além de outros profissionais, com suas devidas credenciais asseguradas, tal fato justifica a necessidade de desenvolver estratégias que possam facilitar e agilizar o acesso a essas informações para esses usuários. No entanto, a complexidade está em mapear as inúmeras informações e de naturezas diferentes do prontuário, o que faz com que esses documentos precisem de um tratamento informacional diferenciado e adequado.

Diante das ideias expostas, sugerimos uma aproximação teórica e prática das metodologias utilizadas na Ciência da Informação nos estudos de Representação da Informação com a codificação de prontuários realizada no ambiente hospitalar de Saúde.

Essa dissertação está estruturada em seis capítulos. Na introdução fazemos uma abordagem sucinta do cenário que envolve o nosso objeto de estudo no contexto da área de pesquisa, bem como a delimitação da problemática, objetivos, e justificção para execução desse trabalho.

No segundo capítulo apresentamos os conceitos teóricos que fundamentam a Ciência da Informação e suas relações interdisciplinares com as Ciências da Saúde. Para isso traçamos uma linha do tempo dos acontecimentos que levaram ao surgimento da CI e os aspectos que a tornam uma área do conhecimento que pode trazer importantes soluções para o tratamento e organização das informações em Saúde.

O terceiro capítulo traz os conceitos e aplicações da Representação Temática da Informação, no que concerne a construção de possibilidades para a recuperação da informação. Destacamos a utilização de linguagens documentárias no campo da Saúde, apresentando a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Nesse capítulo nos concentramos em trazer algumas considerações sobre o Tratamento Temático da Informação, com o foco na proposta de Representação Temática da Informação (RTI) focando suas aplicações ao contexto da área da Saúde. Para tanto, discutimos seus aspectos epistemológicos e conceituais enfatizando os esquemas cognitivos envolvidos em sua concretização, os tipos e as linguagens adotadas para tal.

Essa discussão é necessária, posto que, embora que para os campos da CI e Biblioteconomia essas temáticas pareçam já bastante debatidas, entendemos que os conhecimentos não se esgotam. Além do mais, acreditamos que nossa perspectiva de estudos pode ser interessante para outras áreas do conhecimento.

O quarto capítulo aborda os conceitos e principais características do prontuário do paciente como o principal documento de registro das informações do paciente no ambiente hospitalar. Assim, fizemos um passeio na história do surgimento dos primeiros registros clínicos até os atuais registros eletrônicos.

O percurso metodológico para concretização dessa pesquisa está descrito no quinto capítulo em que descrevemos todos os passos e etapas, métodos e técnicas que foram utilizadas para a construção desta pesquisa.

O estudo empírico é apresentado no capítulo seis, no qual estão descritos os achados desta pesquisa e as reflexões sobre a prática da indexação no prontuário do paciente, bem como as etapas necessárias para se chegar a representações que poderão ser utilizadas como metadados para a recuperação de informação.

No sétimo capítulo, apresentamos as conclusões desta pesquisa, a sua continuidade e outros aspectos evidenciados durante a realização deste trabalho.

2 CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E CIÊNCIAS DA SAÚDE: DIÁLOGOS POSSÍVEIS

A urgência de diálogos entre os diversos tipos de saberes é uma necessidade percebida desde o século XVII enunciado por Blaise Pascal e, nesses últimos dois séculos XX-XXI, retomada por Ilya Prigogine, Edgar Morin, Hilton Japiassu, Basarab Nicolescu e, tantos outros que se dedicam a esse tema.

No contexto epistemológico da Ciência da Informação (CI) tais diálogos estão presentes e se fazem cada vez mais necessários, de modo que possam trazer ganhos tanto para a CI, quanto para outras áreas, fortalecendo o avanço científico, tecnológico e pragmático. Uma das temáticas que vêm ganhando força nesse ínterim concerne ao desenvolvimento de estratégias para a Representação e Recuperação da Informação (RI). Tanto é que a história da CI tem a grande contribuição dos estudos iniciais da Ciência da Computação postulados em 1951 por Calvin Mooers.

O período de guerras impulsionou descobertas científicas e tecnológicas, em diversas áreas do conhecimento, sendo a necessidade de obtenção de informação um dos destaques da época. No momento em que a informação passou a ter um alto valor econômico e social, profissionais de campos de estudos diferentes uniram esforços em busca de propor novos aparatos que viessem a sanar as necessidades de coleta e transmissão de dados relevantes para a tomada de decisão, iniciando assim o caminho da aplicação da ciência na guerra. (SARACEVIC, 1996).

Vannevar Bush em seu texto “As we my think” aponta que esse abandono de antigas rivalidades entre cientistas em prol de um objetivo comum resultou no crescimento do volume da pesquisa (BUSH, 1945). Essa proposta tornou possível a combinação de novos conhecimentos e o surgimento de novos campos de estudos e pesquisas. França (2016, p. 29) nessa mesma linha de pensamento afirma que: “Dessa maneira, a Ciência da Informação nasceu na eminência da evolução científica e tecnológica, em consequência das preocupações oriundas do aumento e proliferação da documentação e dos problemas enfrentados para o acesso à informação registrada.”

Após identificar o crescimento exponencial da informação Vannevar Bush idealizou o Memex como solução tecnológica para o problema da “explosão documental.” Para Saracevic (1996) essa invenção significou a antecipação do nascimento da CI, bem como o reconhecimento da inteligência artificial como ciência. Os esforços de Bush eram direcionados em busca de resolver “o problema [que] era (**e, basicamente, ainda é**) a tarefa massiva de tornar mais acessível, um acervo crescente de conhecimento” (SARACEVIC,

1996, p. 42, grifo nosso). E essa continua sendo ainda umas das principais preocupações que movem os estudos em CI.

O Memex foi pensado como um dispositivo capaz de armazenar documentos de uma pessoa, funcionando como uma biblioteca, e mais especificamente como um complemento da memória humana, possibilitando recuperar as informações armazenadas automaticamente (BUSH, 1945). Em nossa compreensão, consideramos que do ponto de vista de invenções, o Memex tenha tido alcance similar a invenção da imprensa de Gutemberg, no século XV, quando desenvolveu os tipos moveis e tornou possível o aumento na velocidade da produção de documentos. No entanto, Gutemberg não imaginava que o aprimoramento de sua técnica resultaria, cinco séculos depois, na produção imensurável de documentos, a ponto de se tornar necessário a criação de outras tecnologias capazes de possibilitar a recuperação da informação nos documentos produzidos pela imprensa, como o foi o caso do Memex.

Mesmo antes da consolidação da CI, essas invenções apresentavam a capacidade de contribuir com outras áreas do conhecimento, como observamos na fala de Vannevar Bush quando exemplifica a utilização do Memex para as pesquisas em Medicina.

O advogado terá ao seu alcance as opiniões e sentenças de toda a sua carreira, assim como as de seus amigos e especialistas no assunto. O especialista em patentes terá acesso a milhões de patentes, onde haverá feito associações de acordo com o interesse de sua clientela. **O médico, inseguro com os sintomas de seu paciente, usará o atalho criado quando ele [o médico] havia estudado um caso similar, e recorrerá aos históricos clínicos de seus pacientes, e às referências clássicas da anatomia e histologia.** O químico, empenhado na síntese de um composto orgânico, terá toda a literatura química em seu laboratório, com atalhos para analogias entre compostos e seus respectivos comportamentos químicos e físicos. (BUSH, 1945, p. 9, grifo nosso).

Se a CI surge nesse âmbito de invenções tecnológicas desenvolvidas por cientistas de diversas áreas, as suas contribuições não poderiam ser pensadas de forma diferente a não ser como uma ciência capaz de promover diálogos com outros campos do conhecimento. Talvez seja por essa marca histórica que autores como Saracevic (1996, p. 48) apontam em seu texto a introdução de diferentes profissionais na origem da CI, como podemos observar na citação a seguir:

A interdisciplinaridade foi introduzida na CI pela própria variedade da formação de todas as pessoas que se ocuparam com os problemas descritos. Entre os pioneiros havia engenheiros, bibliotecários, químicos, linguistas, filósofos, psicólogos, matemáticos, cientistas da computação, homens de negócios e outros vindos de diferentes profissões ou ciências. Certamente, nem todas as disciplinas presentes na formação dessas pessoas tiveram uma contribuição igualmente relevante, mas essa multiplicidade foi responsável pela introdução e permanência do objetivo interdisciplinar na CI. (SARACEVIC, 1996, p.48)

Esse “objetivo interdisciplinar” faz com que CI apresente a possibilidade de olhar o seu objeto de estudo na perspectiva de diferentes campos de investigação e atuação profissional, bem como o fato da necessidade de ter se estabelecido como ciência e não como área ou subárea de outras ciências antecessoras a ela. Os diálogos são possíveis com qualquer área do conhecimento devido a seu principal objeto de estudo, ou seja, a informação registrada, no entanto a interdisciplinaridade teórica só acontece com aquelas que participaram de suas fundamentações.

Anterior a identificação do problema informação por Vannevar Bush, outro momento que merece destaque como condutor da CI, é o modelo proposto por Paul Otlet e Henri De La Fontaine, quando vislumbram criar uma estrutura física capaz de reunir no mesmo espaço todo o conhecimento intelectual produzido no mundo, projeto chamado de *Mundaneum*. No entanto, a ideia desses pensadores estava além do armazenamento de documentos, pois havia a preocupação com o acesso aos conteúdos informacionais. Ademais, esse fato trouxe contribuições para a mudança do paradigma custodial seguido pela Arquivística tradicional, passando ao modelo pós - custodial sob o olhar do canadense Terry Cook (1993) e retomado por Armando Malheiro da Silva e Fernanda Ribeiro já nos anos 2000. Complementar a ideia desses autores Araújo (2014b, p. 4) defende essa temática também como ponto de partida para CI, afirmando que:

É essa mudança de perspectiva que, séculos depois, será o ponto de fundação da Ciência da Informação, naquilo que alguns pesquisadores dirão tratar-se de um primeiro traço de uma preocupação pós - custodial: não se tratava nem da junção de uma coleção, nem da criação de uma instituição para a guardar.

Essa percepção de que o acesso à informação é também um ponto a ser considerado, e não somente o armazenamento dos registros, foi um movimento que impulsionou as bibliotecas, vistas inicialmente como grandes guardiãs do conhecimento, a pensarem soluções de acesso as informações com o foco nos seus usuários. “Mais do que “ter” o documento, interessava aos pesquisadores envolvidos com a Documentação promover uma listagem, um registro de “onde” poderia estar cada um dos documentos produzidos pelos seres humanos.” (ARAÚJO, 2014b, p. 5). Esse movimento fez Paul Otlet propor a chamada Documentação, que muito contribui para que a CI pudesse compreender o seu objeto de estudo, principalmente no que concerne ao conceito de documento, desvinculando-o do suporte físico em que está registrado, trazendo o foco para a informação e a sua capacidade de ser pensada e transmitida.

No *Traité de Documentation*, publicado em 1934, Paul Otlet aponta que “A Documentação acompanha o documento desde o instante em que ele surge da pena do autor

até o momento em que impressiona o cérebro do leitor” (OTLET, 1937 *apud* ORTEGA, 2009, p. 63). A proposta de Otlet de que “tudo pode ser considerado um documento” (ORTEGA, p. 43, 2016) quebra a concepção de que documentos estão ligados restritamente a livros e a Biblioteca, possibilitou que a fundamentação da CI fosse pautada no conceito amplo de documento com o foco na informação, possibilitando a ampliação do seu ambiente de pesquisa. “Em suma, temos aí um novo paradigma: a passagem do livro (ou do documento) para o seu conteúdo, como objeto de estudo da Documentação e da Ciência da Informação em sua mais ampla acepção.” (ROBREDO, 2011, p. 21).

Em 1945 Theodore Besterman editor do *Journal of Documentation*, apresentou uma visão próxima a de Paul Otlet ao afirmar que, “qualquer coisa em que o conhecimento é registrado é um documento, e documentação é todo processo que serve para disponibilizar um documento para alguém que busca conhecimento.” (WOLEGDE, 1983, p. 270 *apud* ORTEGA, 2009, p. 63). Nessa mesma linha Suzanne Briet, na obra *Qu'est-ce que la documentation?* publicada pela primeira vez em 1951, constrói o conceito de que “um documento é uma prova em apoio a um fato. [...] todo indício, concreto ou simbólico, conservado ou registrado, com finalidade de representar, reconstituir ou provar um fenômeno físico ou intelectual.” (BRIET, 2016, p. 1).

Ainda nessa linha de pensamento, consideremos que graças a essas mudanças conceituais de documento, postuladas por Otlet (1937), Besterman (1945), Briet (1941) e outros autores, podemos, por exemplo, trazer o prontuário do paciente documento da área da saúde, para as pesquisas e estudos em CI. O outro ponto que nos remete a esse documento nesse contexto é a fala de Otlet em relação à preocupação de pensar no documento desde a pena do autor até a mente do leitor, o que nos leva analogia quanto a construção e utilização do prontuário do paciente. Iniciando na cognição do médico ao ouvir e desvendar os sintomas descritos na fala do paciente, registrando esses relatos no prontuário do paciente, até a utilização dessas informações por outros profissionais da saúde. Ou mesmo pelo próprio médico, seja para tomada de decisão, diagnósticos ou a elaboração de estudos e pesquisas.

Além da contribuição quanto ao conceito de documento, alguns dos eventos e encontros relacionados ao desenvolvimento do plano institucional da Documentação também foram significativos para a construção da CI, como a criação do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, primeira instituição criada no Brasil na área da CI, advinda do Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação (IBBD).

A Documentação trouxe também para a CI contribuições relevantes no campo teórico e epistemológico. (ARAÚJO, 2014b). Tanto que muitas vezes a história do surgimento da

Documentação se confunde com a da CI, por esse motivo, no início, ou até mesmo em pleno século XXI, surgiram e surgem dúvidas sobre a delimitação do campo de estudo da CI, bem como qual seria ou será o profissional capacitado para assumir esse papel.

A conferência do Georgia Institute of Technology em 1961 e 1962, resultou no primeiro entendimento de que:

Ciência da Informação é a que investiga as propriedades e comportamento da informação, as forças que regem o fluxo da informação e os meios de processamento da informação para um máximo de acessibilidade e uso. O processo inclui a origem, disseminação, coleta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação e uso da informação. (SHERA; CLEVELAND, 1967, p. 265 *apud* ROBREDO, 2011, p. 24).

O texto *Information Science: What is it?* escrito por Borko (1968) na tentativa de, segundo a ele, propor “um novo consenso quanto à identidade” da CI, direcionada a responder os questionamentos: “O que é Ciência de Informação? O que o cientista da Informação faz?”, define que:

Ciência da Informação é a disciplina que investiga as propriedades e o comportamento informacional, as forças que governam os fluxos de informação, e os significados do processamento da informação, visando à acessibilidade e a usabilidade ótima. (BORKO, 1968, p. 1)

A CI está ligada a preocupação em investigar o comportamento informacional e os fluxos, com vista no acesso, uso e tratamento da informação, característica presente também nas pesquisas ligadas a Documentação. Após alguns anos Saracevic (1996 p. 47) apresentou um conceito atualizado, ressaltando os aspectos científicos e profissionais, afirmando que

A Ciência da Informação é um campo dedicado às questões científicas e à prática profissional voltadas para os problemas da efetiva comunicação do conhecimento e de seus registros entre os seres humanos, no contexto social, institucional ou individual do uso e das necessidades de informação. No tratamento destas questões são consideradas de particular interesse as vantagens das modernas tecnologias informacionais.

Ao complementar esse pensamento, Capurro e Hjørland (2007, p. 186), entendem a CI como aquela que,

Se ocupa com a geração, coleta, organização, interpretação, armazenamento, recuperação, disseminação, transformação e uso da informação, com ênfase particular, na aplicação de tecnologias modernas nestas áreas. Como uma disciplina, procura criar e estruturar um corpo de conhecimentos científico, Ciência da Informação: história, conceito e característica tecnológica e de sistemas, relacionado à transferência de informação.

Podemos salientar que mesmo antes da consolidação da CI, Shannon e Weaver (1949) na construção da Teoria da Comunicação tinham identificados problemas na transmissão da mensagem (informação) o que nos leva ao pensamento de Saracevic (1996, p.46) quando afirma que “Problemas informacionais existem há longo tempo, sempre estiveram mais ou

menos presentes, mas sua importância real ou percebida mudou e essa mudança foi responsável pelo surgimento da CI, e não apenas dela.” A mudança é na percepção da informação e de como os problemas relacionados a esta podem ser resolvidos com o auxílio das TDIC’s.

Independentemente de área do conhecimento, a informação é o foco dos estudos da CI, bem como todo o processo de organização do conhecimento. As contribuições da CI ultrapassam os campos que se dedicam ao estudo da informação, se possível sua relação com outros contextos, como é o caso das Ciências da Saúde. Desde seu surgimento a CI se constitui da união de aspectos oriundos de outras disciplinas como a Biblioteconomia, Documentação, Arquivologia, Museologia, Filosofia e outras áreas relacionadas a epistemologia dos conceitos de informação e as suas pragmáticas, o que caracteriza tal área como naturalmente interdisciplinar. De acordo com Le Coadic (1996, p. 20) “a interdisciplinaridade traduz-se por uma colaboração entre diversas disciplinas que levam a interações, isto é, certa reciprocidade nas trocas, de modo que haja, em suma, enriquecimento mútuo”. E é nesse movimento de trocas de conhecimentos que enxergamos a CI no âmbito da área da Saúde.

O conhecimento no campo científico é sem dúvidas marcado pela cultura das primeiras civilizações no que se refere a comunicação por meio da criação dos primeiros registros do conhecimento, e subsequentes a esses o processo de transmissão de conhecimentos. Nesse sentido Araújo (2014b, p. 2) retrata que,

Qualquer tentativa de fazer um histórico da Ciência da Informação precisa necessariamente recuar no tempo até a ação humana de produzir registros materiais de seus conhecimentos – ação essa que está na origem mesma da formação da cultura humana. É com essa ação que surgem, num primeiro momento, os documentos (aqui entendidos em sentido muito amplo, como manuscritos literários, registros administrativos, selos, mapas, esculturas, etc.), instituições dedicadas a salvaguardá-los (que deram origem ao que atualmente são os arquivos, as bibliotecas e os museus) e regras para organizar esses documentos.

O surgimento dos primeiros registros do conhecimento, ou ainda suportes para o armazenamento de informações, estão presentes não somente na história da CI, Biblioteconomia, Arquivologia, Museologia, mas também na área da Saúde, quando há o aparecimento dos primeiros registros do paciente.

A história dos registros de saúde do paciente tem início na Idade Antiga, com dois médicos: Imhotep (médico egípcio) e Hipócrates de Cós (médico grego), por volta do século IV a.C. Logo, tais registros e sua evolução, estão relacionados ao surgimento da Medicina a tal ponto que chegam a apresentar o mesmo contexto, tendo sua gênese ainda na Idade da

Pedra, quando o homem primitivo passa a registrar suas atividades cotidianas nas paredes das cavernas. (CARVALHO, 1977).

Com os aparatos tecnológicos e a transição dos suportes do conhecimento físicos ao ponto de atingirem a imaterialidade (armazenamento de dados em nuvens), a preocupação tem se voltado cada vez mais para o conteúdo informacional e as garantias de segurança dos dados, principalmente nos documentos sigilosos como encontramos na saúde. Essas questões estão voltadas para o objetivo base da CI que se propõe ao estudo das propriedades gerais da informação, dos quais podemos elencar: “i) a análise dos processos de construção, comunicação e uso da informação; e ii) a concepção dos produtos e sistemas que permitem sua construção, comunicação, armazenamento e uso.” (LE COADIC, 1996, p. 26).

A informação é o elemento chave para a construção do conhecimento em qualquer contexto. A Teoria da Informação, Teoria Matemática ou ainda Teoria da Comunicação, de Shannon e Weaver, mesmo sendo originalmente das telecomunicações, é uma das bases da CI para a compreensão do conceito de informação. De acordo com Morin (2003, p. 103) “a noção de informação, originada da prática social, adquiriu um sentido científico, precioso, novo na teoria de Shannon, depois migrou para a Biologia para se inserir no gene, onde foi associada à noção de código genético.” A informação é apresentada como uma mensagem que para existir necessita de um emissor (fonte de origem), canal (meio para sua transmissão e vinculação) e o receptor (sujeito que recebe a mensagem). Em sua análise a essa teoria McGarry (1999, p. 4) discerne que a informação pode ser considerada:

Como um quase-sinônimo do termo fato; um reforço do que já se conhece; a liberdade de escolha ao selecionar uma mensagem; a matéria-prima da qual se extrai o conhecimento; aquilo que é permutado com o mundo exterior e não apenas recebido passivamente; definida em termos de seus efeitos no receptor; algo que reduz a incerteza em determinada situação.

Esses aspectos são relevantes também para as Ciências da Saúde, principalmente, na busca pela redução das incertezas, como também para descobertas científicas capazes de garantir a saúde da população. A informação nesse âmbito é um elemento preventivo, seu efeito está direcionado ao receptor, que com base nela terá a chance de selecionar na mensagem a matéria-prima para o conhecimento. Tornando-se “cada vez mais relevante produzir e processar informações adequadas para identificação de perfis de problemas prioritários de saúde [...]” (ESCRIVÃO JÚNIOR, 2013, p. 10).

As importantes contribuições apresentadas por Capurro e Hjørland no texto “O conceito de informação” apontam que não há como definir a informação fora de um contexto específico. Nas palavras dos autores “a questão: o que é informação?, não pode ser feita sem

referência a uma situação.” (CAPURRO; HJORLAND, 2007, p. 164). Da mesma forma o conceito de saúde também não é absoluto, Scliar (2007, p. 30) afirma que ele “não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.”

Na colocação de Gonzalez de Gomez (2013, p. 29) fica evidente que “A convergência de questões de informação e questões em saúde é de longa data, sendo a área de informação em saúde rica e pioneira na inovação e pesquisa em informação e em tecnologias de informação.” No mesmo sentido a autora complementa ressaltando que,

A otimização e atualização de dispositivos e ações de informação têm de responder às demandas intensivas de informação e comunicação que satisfaçam, em quantidade e qualidade, às metas e finalidades da promoção da saúde e do atendimento clínico. A Ciência da Informação compõe uma das muitas redes inter e transdisciplinares onde essas questões e temáticas são objeto de pesquisa e reflexão. (GONZALEZ DE GOMEZ, 2013, p. 30).

De um lado temos a CI com a proposta de representação, organização, acesso e recuperação da informação. Do outro lado, a Ciência da Saúde, como produtora de uma enorme quantidade de informações, com a preocupação constante de desenvolver novas pesquisas com intuito de garantir a saúde da população. Ambas se desenvolvem de maneira interdisciplinar, necessitando unir esforços de outras áreas do conhecimento para materialização de novas descobertas científicas, se apropriando fortemente das TDIC.

Na área da Saúde elas vêm contribuindo não somente para o desenvolvimento científico e tecnológico das novas descobertas relativas ao processo de tratamento de doenças, invenções e inovações de produtos fármacos, órteses e próteses, mas também nos fluxos de informação e de comunicação, na gestão das organizações de saúde e na produção da informação, sua organização e seu acesso pelo cidadão, entre outras coisas. (BENTES PINTO; CAMPOS, 2013, p. 15-16).

Nessa mesma linha de pensamento McGarry (1999, p. 11) ressalta que “a informação deve ser ordenada, estruturada ou contida de alguma forma, senão permanecerá amorfa e inutilizável. [...] A informação deve ser representada para nós de alguma forma, e transmitida por algum tipo de canal.” Na perspectiva os estudos voltados ao Tratamento Temático da Informação buscam otimizar a organização e recuperação da informação, evitando que se percam em meio ao contingente de dados que sem organização poderão se perder em sentido e utilidade. Esses estudos unidos às necessidades informacionais do campo da Saúde podem trazer contribuições para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a melhor representação e conseqüentemente recuperação das informações armazenadas no prontuário do paciente.

3 O TRATAMENTO TEMÁTICO DA INFORMAÇÃO

No âmbito da Ciência da Informação (CI), os estudos voltados ao Tratamento Temático da Informação (TTI) ganham destaque devido às possibilidades que trazem para a tão necessária Recuperação da Informação (RI), tendo em vista a quantidade de documentos que são produzidos diariamente de forma analógica e digital. Como vimos anteriormente, a preocupação com a Organização do Conhecimento é centro dos estudos em CI, tanto no que se refere aos estudos epistemológicos, quanto à prática de organização, tratamento e disseminação da informação registrada, mesmo que ainda oriundas da Documentação. Diante dessa constatação, esplanada no capítulo anterior, faz-se necessário entender os aspectos e etapas que envolvem o processo de organização da informação, evidenciados nos estudos dos autores como Foskett (1973), Cunha (1989) Kobashi (1994), Barité (1997), Dias e Neves (2007), Guimarães (2009), Fujita, Rubi e Boccato (2009), Dal'Evedove (2014), Bentes (2001) entre outros citados no decorrer dessa pesquisa.

De acordo como Guimarães (2009),

[...] a organização da informação deve ser entendida como um conjunto de procedimentos que incidem sobre um conhecimento socializado (que, por sua vez, é um produto social e tem uma utilidade social e individual), os quais variam em virtude dos contextos em que são produzidos ou os fins a que se destinam, pois é a partir destes que se desenvolvem os parâmetros de organização.

O conjunto de procedimentos delimitados para construção dos parâmetros de organização do conhecimentos e por consequência da informação, estão presentes nas estratégias originárias das correntes de pensamento pertencentes ao tratamento da informação, conceituado por Dias e Neves (2007, p.7) como:

expressão que engloba todas as disciplinas, técnicas, métodos e processos relativos a: a) descrição física e temática dos documentos numa biblioteca ou sistema de recuperação de informação; b) desenvolvimento de instrumentos (códigos, linguagens, normas, padrões) a serem utilizados nessas descrições; e c) concepção/implementação de estruturas físicas ou bases de dados destinadas ao armazenamento dos documentos e de seus simulacros (fichas, registros eletrônicos, etc.).

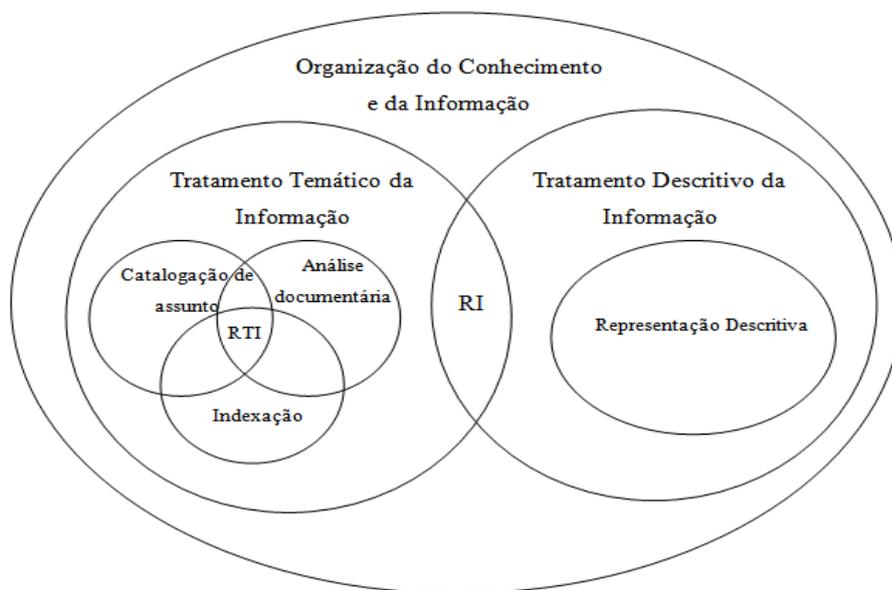
Quando pensamos em meios de recuperar a informação, no contexto da Biblioteconomia, disciplina anterior da CI se relaciona entre si, encontramos duas práticas que se diferenciam pela forma em que tratam a informação: a representação temática (Tratamento Temático da Informação), e descritiva (Catalogação e descrição física de obras). Enquanto a

temática preocupam-se como os conteúdos e assuntos dos documentos, a descritiva tem o foco nos detalhes físicos da obra e nos formatos em que se manifesta. Todavia, as duas práticas são fundamentais e se complementares para garantir eficácia na RI.

Os tratamentos de forma e de conteúdo, mesmo que diferentes, são dependentes um do outro. A forma refere-se a identificação do autor, título, edição, editora, quantidade de páginas, figuras entre outros elementos, voltados aos aspectos explícitos da descrição de documentos. Já o conteúdo diz respeito a classificação, os cabeçalhos de assuntos da indexação, resumos, índices entres outros (ontologias, taxonomias, tesauros). Essas práticas pertencem à etapa de tratamento documentário no ciclo documentário. (FUJITA; RUBI; BOCCATO, 2009).

De acordo com nossas leituras, percebemos a Organização da do Conhecimento e da Informação, como área macro de estudos, e que tem como subáreas os estudos dos processos de Tratamento Temático das Informações e Tratamento Descritivo da Informação (figura 1). Do quais destacamos como objetivo comum a RI e o produto final voltado para a construção de representações (assunto que discutiremos ao logo desse capítulo).

Figura 1: Estudos em Organização do Conhecimento e da Informação.



Fonte: Elaborada pela autora com bases nos autores Guimarães (2009) e Fujita, Rubi e Boccato (2009).

Quantos aos estudos voltados a abordagem temática da informação, foco dessa pesquisa, destacam-se os trabalhos publicados por Guimarães (2008, 2009), em que o autor retrata o contexto histórico e científico ao qual se desenvolveu o Tratamento Temático da

Informação enquanto dimensão temática da área de Organização e Representação do Conhecimento. Construindo entre a CI e TTI uma forte relação ao qual o autor chama de “sólida ponte: a que dá acesso ao conteúdo informacional”, partindo da “mediação entre a produção e o uso da informação”. (GUIMARÃES, 2008, p. 76).

As questões voltadas à produção da informação, bem como as possibilidades para o seu uso, configuram-se com o cerne o TTI, que teve historicamente seu desenvolvimento pautado nas influências teóricas de divisão do conhecimento, advindas dos pensamentos filosóficos de Platão, Aristóteles e Bacon, dentre outros da época. Bem como de pragmática, guiada pela demanda latente da prática de organização dos documentos. (GUIMARÃES, 2009).

O termo Tratamento Temática da Informação teve sua origem em 1969 cunhado por Charles Foskett na sua obra “*subject approach to information*”, com o objetivo de sistematizar as tarefas profissionais voltadas a organização da informação. (DAL’EVEDOVE, 2014). De acordo com Fujita, Rubi e Boccato (2009, p. 22) o tratamento temático

[...] diz respeito ao assunto tratado no documento, ou seja, compreende a análise documentária como área teórica e metodológica que abrange as atividades de classificação, elaboração de resumo, indexação e catalogação de assunto, considerando as diferentes finalidades de recuperação da informação.

Na mesma perspectiva, Barité (1997, p. 124) aponta as questões do tratamento temático tendo como centro “à análise, descrição e representação do conteúdo dos documentos, bem como suas inevitáveis interfaces com as teorias e sistemas de armazenamento e recuperação da informação.” Para Guimarães (2009) o núcleo do TTI pauta-se nas três correntes de pensamentos: a norte-americana catalogação de assunto (*subject cataloguing*), a inglesa indexação (*indexing*), e a francesa análise documentária (*analyse documentaire*). De acordo com o autor essas linhas de pensamentos apresentem perspectivas diferentes para o tratamento da informação, por meio de etapas para a construção da representação das informações nos documentos.

Entre as abordagens a catalogação de assunto, pode ser considerada historicamente anterior as outras, devido a sua raiz nos cabeçalhos de assunto da *Library of Congress* e os princípios da então catalogação alfabética proposta por Cutter e as primeiras classificações de assunto. Em seu aspecto mais amplo, a catalogação assume todo o processo de tratamento da informação, a qual divide-se em catalogação de assunto e catalogação descritiva. (GUIMARÃES, 2009). Esse conceito assume o mesmo pensamento do tratamento de forma e de conteúdo, apresentados por Fujita, Rubi e Boccato (2009), o que nos leva ao entendimento

que o processo de catalogação das obras, enquanto descrição física incorpora também a atribuição de assuntos, por meio de palavras-chaves enquanto representação temática ou de conteúdo. A catalogação de assuntos apresenta dois vieses, um voltado a etapa de determinação dos assuntos de uma obra, em uma análise prévia do seu conteúdo, para obtenção de palavras-chave que possam identificá-la e possibilitar o acesso. E outro com a função de, por meio do uso de esquemas classificatórios, determinar a localização física, ou seja, o arranjo, de uma obra em um acervo. De acordo com Silveira (2007) a catalogação de assunto é também conhecida como representação temática, diferenciando-se da catalogação descritiva, representação descritiva ou bibliográfica.

A indexação preocupa-se com o conteúdo dos documentos, uma vez que seu objetivo é garantir a recuperação da informação. Um dos principais autores presentes na literatura especializada é Lancaster (2004) que na obra “Indexação e resumos: teoria e prática” mapeiam os principais conceitos voltados a indexação, bem como as etapas para a sua efetivação. A prática da indexação é resultante do crescimento da produção de documentos na literatura técnico-científica, quando surgiu a necessidade da elaboração de instrumentos que viessem se constituir na síntese dos assuntos tratados nos documentos por meio de termos linguísticos, visando à recuperação da informação.

Wooster (1964 *apud* LANCASTER, 2004, p. 30) “Refere-se à indexação como a atribuição de termos provavelmente relacionados de alguma forma com o conteúdo intelectual do documento original, para ajudar você a encontrá-lo quando precisar”. A indexação possibilita a recuperação da informação de forma rápida e objetiva, facilitando a busca pela informação. Para Bentes Pinto, Meunier e Silva Neto (2008, p. 21), a indexação configura-se como uma ação cognitiva

[...] concernente ao tratamento da informação contida nos documentos, atribuindo-lhes etiquetas que possam representar o seu conteúdo, permitindo, não somente o acesso durante uma busca de informação em bases de dados, mas, também que o sujeito possa se deslocar sobre o documento mesmo, em sua natureza concreta, visando à recuperação posterior de seu conteúdo.

A indexação possui etapas para sua concretização, etapas essas que não precisam seguir sempre a mesma ordem (Lancaster, 2004), variam de acordo com a abordagem dos autores da área, como podemos observar no quadro a seguir.

Tabela 1 – As etapas da Indexação

AUTORES	ETAPAS	
	ANÁLISE	REPRESENTAÇÃO
Unisist (1981)	Determinação do assunto.	Tradução dos conceitos nos termos da linguagem de indexação.
Norma 12.676 (ABNT, 1992)	Exame do documento e do estabelecimento do assunto de seu conteúdo; identificação dos conceitos presentes no assunto.	Tradução desses conceitos nos termos de uma linguagem de indexação.
Chaumier (1988)	Reconhecimento e extração de conceitos.	Tradução desses conceitos em linguagem natural.
Van Slype (1991)	Conhecimento do conteúdo do documento; escolha dos conceitos a serem representados, baseando-se na aplicação de regras da seletividade e exaustividade.	Tradução dos conceitos selecionados da forma em que aparecem impressos nos documentos para os descritores do "thesaurus" aplicando a regra da especificidade e incorporação dos elementos sintáticos.
Lancaster (2004)	Análise conceitual.	Tradução.
Robredo (2005)	Análise conceitual do conteúdo do documento.	Expressão dessa análise por meio de códigos, palavras ou frases representativos do assunto; tradução das descrições dos assuntos para a linguagem de indexação e organização das descrições de acordo com a sintaxe da linguagem de indexação.

Fonte: Fujita, Rubi e Boccato (2009).

Podemos observar que as etapas para indexação se condensam em dois momentos, a análise e a representação, independente do autor e da abordagem, são esses os dois princípios para a determinação dos conceitos que melhor representam um documento. Adotaremos nessa pesquisa essas duas bases para a construção da representação temática.

Retomando os estudos de Tratamento Temática da Informação, percebemos que tanto a catalogação de assunto como a indexação possuem o objetivo comum de possibilitar a recuperação da informação por meio da construção de representações, sejam os cabeçalhos de assunto e classificações (catalogação de assunto) ou índices e tesouros (indexação). Tais práticas são semelhantes, sendo seu principal ponto de divergência é

[...] o fato de que, na catalogação do livro, o seu conteúdo é tratado no todo, e os assuntos são fornecidos em uma escala limitada (um número de classificação para arranjo nas estantes e um ou dois cabeçalhos de assunto para acesso por meio do

catálogo). Já na indexação de outros materiais, a tendência é o detalhamento, em que há maior generosidade no fornecimento de termos para o acesso por assunto. (FUJITA; RUBI; BOCCATO, 2009, p. 31).

Além da catalogação de assunto e indexação, por volta da década de 70, constatou-se que na França aparecia outra corrente de pensamento voltada para preocupação do desenvolvimento de referenciais teórico-metodológicos para a descrição do processo de Tratamento Temático da Informação. A proposta era a criação de parâmetros que agregassem cientificidade aos procedimentos de TTI, distinguindo-se das ideias anteriores que visam apenas às práticas profissionais. (GUIMARÃES, 2009). Por alguns vista com uma etapa do processo, e por outros como uma linha de pensamento distinta, a análise documentária está presente no contexto histórico do tratamento temático como a proposta de discutir a extração e atribuição de conceitos para determinação das representações.

De acordo com Cunha (1987, p. 38) “comumente a Análise Documentaria (AD) e definida como um conjunto de procedimentos efetuados com o fim de expressar o conteúdo de documentos, sob formas destinadas a facilitar a recuperação da informação.” Conjunto de procedimentos esses que são elaborados a partir da chamada leitura documentária, onde serão identificados os assuntos dos documentos e posteriormente trazidos para uma linguagem documentária. O que remete aos estudos linguísticos dos termos e conceitos. No contexto atual, da imersão tecnológica e do uso dos conceitos, talvez seja essa mais se aproxime do que é feito nos sistemas de inteligência artificial.

Traçando um paralelo entre análise documentária e a indexação, Kobashi (1996, p. 9) afirma que, enquanto a análise documentária, “em sua dimensão operatória, manipula e transforma textos em dois tipos básicos de representações: o resumo e o índice”, “na indexação, procura-se obter um grau ainda maior de compactação do texto-base: do processo de segmentação resultam fragmentos que procuram caracterizá-lo por meio de palavras ou de sintagmas.” Sendo o produto a principal distinção entre as abordagens, de acordo com a visão do autor. Para Dias e Naves (2007, p.6)

A análise documentária é definida como um conjunto de procedimentos efetuados com o fim de expressar o conteúdo de documentos sob formas destinadas a facilitar a recuperação da informação. Essa passagem de um texto original para um tipo de representação é uma operação semântica, mesmo que não obedeça a nenhuma regra precisa e variem função de cada organismo e do analista. Este seleciona as palavras-chave, normalmente de forma intuitiva, em função de sua ocorrência do seu interesse para a instituição.

Mesmo que necessário o entendimento das correntes de pensamento que formam o aporte teórico do TTI, e mesmo esse não sendo o objetivo da nossa pesquisa, sabemos que muitas vezes são campos de estudo complementares e que muito se aproximam nos campos teóricos e práticos. As três abordagens (catalogação de assuntos, indexação e análise documentária) convergem e resultam em representações que possam garantir o acesso aos conteúdos dos documentos, sendo essa a principal função da representação em si.

Para nós, as abordagens são complementares, assim com suas etapas não podem ser desassociadas e vistas sem conexão. Ressaltamos que não há se quer um consenso entre os autores da área sobre as diferentes entre as três abordagens. Diante disso estendemos as abordagens temáticas da informação, para nós representação temática da informação é um conjunto de procedimentos que envolvem a análise do assunto, indexação (Lancaster 2002) e controle de qualidade (BENTES PINTO, 2003) do conteúdo dos documentos. Sendo que toda essa prática resultará na construção de representações capazes de individualizar um documento entre os demais em um sistema de informação, seja em um repositório biblioteca virtual ou qualquer que seja o ambiente informacional, analógico ou digital.

Podemos, portanto, sintetizar o conceito de tratamento da informação da seguinte forma: expressão que engloba todas as disciplinas, técnicas, métodos e processos relativos a: a) descrição física e temática dos documentos numa biblioteca ou sistema de recuperação de informação; b) desenvolvimento de instrumentos (códigos, linguagens, normas, padrões) a serem utilizados nessas descrições; e c) concepção/implantação de estruturas físicas ou bases de dados destinadas ao armazenamento dos documentos e de seus simulacros (fichas, registros eletrônicos, etc.). (DIAS; NAVES, 2007, p. 9).

Nessa pesquisa, nosso foco está na construção das representações da qual resultaram todo o processo de TTI, portanto consideramos necessária a compreensão do significado de representação, uma vez que

Na ciência da informação, é a área de estudos voltada às atividades de organização, representação e recuperação da informação. Dentre seus limites de atuação, tenta responder a como se representa o conhecimento; se as áreas do conhecimento são representadas da mesma maneira; o que pode ser representado; e se tudo pode ser representado. (LIMA; ALVÁRES, 2012, p. 28).

A capacidade de representar é um processo natural humano. Ao longo da vida armazenamos em nossa mente um conjunto de representações construídas por meio de conceitos baseados nas nossas experiências e sensações. Quando ouvimos um som, sentimos um aroma, tocamos ou visualizamos um objeto pela primeira vez, criamos, mesmo que intuitivamente, representações que tornam a experiência mentalmente concreta. Dessa forma sempre que sentirmos o mesmo aroma, som ou tocarmos o mesmo objeto, nossa cognição nos remeterá ao mesmo conjunto de representações conceituais que foram construídas no primeiro

contato com o objeto. Ou ainda serão adicionadas a nossa memória, novas ressignificações. Por exemplo, o conceito de doce e amargo, são construções simbólicas elaboradas ainda na infância, por meio das sensações percebidas pelo paladar e a atribuição de palavras como representações dessas experiências.

O processo de representar é inerente a condição humana. A história mostra que os povos primitivos já expressavam nas paredes das cavernas suas formas de representação, por meio das pinturas rupestres. Outra forma de representação, já em uma perspectiva social, desenvolvida com objetivo de comunicação foi a criação dos sistemas alfabéticos e numéricos.

No processo de transmitir informações, o homem foi criando meios de registrar seus conhecimentos, elaborou o processo de registro e construção do conhecimento por meio de representações. Estas traduziram, e traduzem, a visão de mundo que cada um de nós possui em determinado momento sócio-cultural e histórico e que está também presente nas linguagens utilizadas e nos suportes disponíveis para essas representações. Quer dizer, o registro do conhecimento por meio de representações revela a relação das ideias e das ideologias com as técnicas. (ANDRADE, 2006, p. 47).

Essas reflexões demonstram que desde os primeiros registros humanos a representação expressa “a forma como o homem se relaciona com o seu entorno. Isto quer dizer que é através da representação que o homem estabelece vínculos com o mundo, com o seu grupo e consigo mesmo.” (AZEVEDO NETTO, 2001, p. 88). Corroborando com essa ideia Job (2008, p. 376) afirma que a finalidade da representação do conhecimento é em suma “possibilitar a comunicação e o relacionamento social: o relacionamento entre as pessoas, o meio e os objetos representados.” Nesse sentido o homem passa a sentir a necessidade de representar para si e para o outro, o que é fundamental e possibilita o processo de comunicação.

Os estudos ligados a representação estão presentes em diversas áreas do conhecimento, como a Filosofia, CI, Linguística e Ciências Cognitivas, somente para elucidar algumas. Etimologicamente, a palavra representar advém do latim ‘repraesentare’, que significa “fazer presente ou apresentar novamente alguém ou alguma coisa que está ausente”, incluindo a “apresentação de uma idéia, por meio da presença de um objeto”. (MAKOWIECKY, 2003). De acordo com o dicionário de filosofia, de Nicola Abbagnano, representação pode ser entendida como “imagem” ou “ideia”. (ABBAGNANO, 2007). No Wikcionário (2017) encontramos que a palavra representação está ligada a “expressão ou designação por meio de símbolos” e a “uma ideia ou imagem mental”. Ainda nesse âmbito, Toutain (2007, p. 91) defende que o termo

“representação”, relacionado com o mundo cognitivo, pode ser analisado e interpretado de diferentes maneiras. Trata-se de uma habilidade inata; consiste em perceber, descrever, gravar e interpretar uma informação. A representação é um processo em que se imbricam dois mecanismos - um, visual, e outro, mental.

Peirce (1999, p. 288 *apud* BENTES PINTO; MEUNIER; SILVA NETO, 2008, p. 17) traz o conceito de representação ligado ao signo ou *representamen* explicando que

Um signo, ou *representamen*, é aquilo que, sob certo aspecto ou modo, representa algo para alguém. Dirige-se a alguém, isto é, cria, na mente desta pessoa, um signo equivalente, ou talvez um signo mais desenvolvido. Ao signo assim criado denomino interpretante do primeiro signo. O signo representa alguma coisa, seu objeto. Representa esse objeto não em todos os seus aspectos, mas com referência a um tipo de idéia que eu, por vezes, denominei fundamento do *representamen*.

Em outra passagem do seu livro *Semiótica*, o filósofo defende “mas para que algo possa ser um Signo, esse algo deve “representar”, como costumamos dizer, alguma outra coisa, chamada de Objeto [...]”. Nesse mesmo sentido Makowiecky (2003, p. 4) refere-se a representação como “um processo pelo qual institui-se um representante que, em certo contexto limitado, tomará o lugar de quem representa.” As afirmações desses autores vão ao encontro da proposta de representação temática da informação, na qual os elementos utilizados para a representação dos temas tratados nos documentos serão capazes de identificá-los de forma unívoca dentro de um sistema de informação.

Embora que também seja utilizada em outras áreas, a representação é um termo comumente adotado pela Biblioteconomia e Ciência da Informação, para se referir à TTI. “Na ótica da Ciência da Informação, a noção de representação é muito aproximada da noção de classificação, visto que estes dois conceitos estão voltados para formas de organização da informação e do conhecimento.” (AZEVEDO NETTO, 2001, p. 87). No nosso entendimento a elaboração das primeiras classificações das Bibliotecas da Antiguidade é a gênese do pensamento voltado à criação de possibilidades de indexação por assunto. De acordo com Jacques Chaumier (1988, p. 10).

A classificação e a representação constituem preocupações antigas, já discutidas por filósofos como Platão e Aristóteles. Embora a preocupação do homem com a questão da representação de suas ideias, de seu conhecimento, não seja recente, adquiriu maior ênfase na ciência da informação, nos últimos tempos, devido a fatores como o aumento de informação em circulação, a diversidade de suportes disponíveis para seu registro e, em especial, o desenvolvimento das tecnologias da informação.

Ainda nessa mesma linha de raciocínio, Azevedo Neto (2001, p. 88) discute que

A questão da representação, no âmbito da CI trabalha na ótica da organização do conhecimento e dos estudos de análise de assuntos. Principalmente voltada para a representação do conhecimento e a elaboração de mecanismos de recuperação da informação, a questão da representação também está presente em toda a teoria da

classificação e na elaboração de instrumentos de representação do conhecimento registrado, sendo o mais significativos os esquemas gerais de classificação bibliográfica, tais como CDD, CDU ou *Colon Classification*.

Com base nesse pensamento, as classificações assim como as linguagens documentárias são ferramentas que possibilitam a recuperação por meio da construção de representações.

3.1 LINGUAGENS DOCUMENTÁRIAS NA ÁREA DA SAÚDE: CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID

As linguagens, assim como as representações, são inerentes ao ser humano para que possam se comunicar entre si e com o seu meio. As linguagens, antes voltadas exclusivamente para a comunicação entre os indivíduos, ganham outros sentidos e passam a estar presentes em outros processos de comunicações, a exemplo daqueles mediados pelas tecnologias, sejam elas analógicas ou digitais. E é nessa compreensão que aparecem os conceitos de Linguagens Documentárias (LD).

No entendimento de Bentes Pinto, Rabelo e Girão (2013, p. 3), “Uma linguagem documental ou terminológica se constitui de um conjunto de signos que por meio de termos padronizados buscam representar os conteúdos dos documentos e facilitar a recuperação da informação.” As LD, são construídas a partir das chamadas Linguagens Naturais (LN), ou seja, ela parte do léxico, porém, volta-se para uma terminologia especializada. Por isso é que se diz que uma LD se constitui de um conjunto de termos relativo às especialidades, com vistas a padronizar tanto a representação da informação visando reduzir as interferências no processo de busca e a recuperação da informação. Tendo essa compreensão, entendemos que as LD têm suas origens nas primeiras classificações bibliográficas e cabeçalhos de assuntos.

Nessa direção Gardin, et al. (1968 *apud* CINTRA, et.al. 1996, p. 25) conceituam a LD como “um conjunto de termos, providos ou não de regras sintáticas, utilizado para representar conteúdos de documentos técnico-científicos, com fins de classificação ou busca retrospectiva de informações”. Ainda nesse sentido, o autor considera que uma LD deve ter ao menos:

- um léxico, identificado com uma lista de elementos descritores, devidamente filtrados e depurados;
- uma rede paradigmática para traduzir certas relações essenciais e, geralmente estáveis, entre os descritores. Essa rede, organizada de maneira lógico-semântica, corresponde a uma organização dos descritores numa forma que, lato sensu, se poderia chamar classificação; e
- uma rede sintagmática destinada a expressar as relações contingentes entre os descritores, relações essas que só são válidas no contexto particular onde aparecem. A construção de "sintagmas" é feita através de regras sintáticas destinadas a

coordenar os termos que dão conta do tema. (GARDIN, 1968 apud CINTRA, et.al. 1994, p. 25)

Gil Urdiciain (2004 *apud* FUJITA; LEIVA, 2010, p. 4) afirma que uma Linguagem Documentária ou de indexação é “[...] todo sistema artificial de signos normalizados, que facilitam a representação formalizada do conteúdo dos documentos para permitir a recuperação, manual ou automática, de informação solicitada pelos usuários”. Ainda nessa direção, Jesus (2002, p. 4) argumenta que, “O uso das linguagens documentárias, em bases terminológicas, como instrumento de representação/recuperação permite a comunicação entre o documento, a informação e o usuário, uma vez que essa comunicação ocorre através desta linguagem.” Ainda com esse entendimento Vogel (2007, p. 5) explica que “Quanto às suas funções, os autores concordam sobre o caráter organizador das Linguagens Documentárias, como também sobre seu papel de intermediação entre informação (do sistema) e usuário”.

Falar em linguagem documentária significa reportar-se a padronização de termos a fim de favorecer a comunicação com menos ruídos entre os membros de uma comunidade científica ou tecnológica. Podemos exemplificar esse pensamento quando imaginamos pessoas que trabalham com o mesmo domínio de conhecimento, como os profissionais da área da Saúde. Quando usam as palavras em seu ambiente de trabalho referem-se aos objetos do seu dia a dia, mas que fora desse ambiente apresentam sentidos diferentes.

Na terminologia de determinado domínio de especialidade, uma palavra designa um determinado objeto, na medida em que o insere numa classe particular dentro desse domínio. Essa mesma palavra, num léxico, exprimiria apenas um conjunto de propriedades, independentemente de qualquer objeto que seja e de qualquer universo que seja, podendo assumir nenhum ou todos os significados. As palavras no léxico significam, a despeito de possíveis referentes. (LARA, 1993, p. 76).

São exemplos de terminologias, os esquemas de classificações, cabeçalhos de assunto, tesouros e mais recentemente as ontologias. Ainda nesse sentido Vargas e Lann (2011, p. 26) afirmam que as

As LDs são divididas em dois grupos: as codificadas ou numéricas e as alfabéticas. Entre os sistemas numéricos mais conhecidos estão os sistemas de classificação bibliográfica como a CDD (Classificação Decimal de Dewey) e a CDU (Classificação Decimal Universal), que são de natureza mais abrangente, visando a cobrir todo o espectro de conhecimento. Entre as linguagens alfabéticas de indexação, temos as listas de cabeçalhos de assuntos e os tesouros.

Na área da Saúde encontramos terminologias, que embora ainda não tenham sido exploradas e nem pensadas no âmbito da organização da informação e do conhecimento, e nem como meios para o processo de indexação, destacando-se pela sua popularidade entre os profissionais da saúde, como podemos citar: *Medical Subject Headings*(MeSH) oriundo dos aprimoramentos dos estudos dos bibliotecários da *National Library of Medicine dos Estados*

Unidos (NLM). Sendo este o percussor das linguagens documentárias terminológicas na saúde. Outros exemplos que podemos citar são: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA); Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC); *Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms* (SNOMED); Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), *Logical Observation Identifier Names and Codes* (LOINC); Classificação Anatômica-Terapêutica-Clínica (ATC); Grupos Relacionados de Diagnósticos (DRG) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), (traduzida do inglês *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e está na sua 10ª edição, por isso denominada e mais popularmente conhecida pelos profissionais de saúde pela sigla CID-10. Originou-se na lista estatística de 83 doenças que causaram a morte de inúmeras pessoas, elaborada pelo médico John Graunt e divulgada em 1893. Depois desse mapeamento apareceram outros trabalhos tentando classificar as doenças. De acordo com Nubila e Buchalla (2008, p. 326), essa classificação

Vem sendo estruturada, por mais de um século, primeiro como forma de responder à necessidade de conhecer as causas de morte. Passou a ser alvo de crescente interesse e seu uso foi ampliado para codificar situações de pacientes hospitalizados, depois consultas de ambulatório e atenção primária, sendo seu uso sedimentado também para morbidade.

Essa classificação vem sendo utilizada por profissionais da saúde, pesquisadores, gestores, profissionais de Tecnologia da Informação em saúde entre outros. “A CID é a base para a identificação das tendências e estatísticas de saúde em nível mundial e do padrão internacional de notificação de doenças e condições de saúde.” (OMS, 2018). Atualmente as equipes da OMS estão trabalhando na revisão da CID-11. Por meio da plataforma online CID-11, os interessados em contribuir com a revisão podem fazer comentários, propor mudanças, definições de doenças e traduções. A atualização busca estar de acordo com as mudanças tecnológicas das ferramentas eletrônicas de saúde e sistemas de informação, e com o progresso atual das Ciências da Saúde. Estará disponível em vários idiomas, será uma edição colaborativa, os registros de doenças serão apresentados com mais precisão, apresentará compatibilidade com ferramentas eletrônicas de saúde e será baixada gratuitamente. (OMS, 2018).

O objetivo principal da CID-10 é codificar, por meio dos diagnósticos, os problemas de saúde da população, por meio de uma notação alfanumérica, constituída por uma letra seguida de números totalizando quatro caracteres, conforme os exemplos extraídos para própria classificação: B30.9 - Conjuntivite viral, J31.2 Faringite crônica, N25.1 Diabetes insípido nefrogenico. A CID encontra-se dividida em vinte e dois capítulos, agrupados por categorias e subcategorias, possuindo cerca de 12.000 códigos. Abrange uma ampla quantidade de sinais, sintomas, achados anormais, queixas e circunstâncias sociais que podem significar um diagnóstico nos registros relacionados à saúde. Bem como pode ser usada para classificar dados referentes aos registrados de saúde, tais como “diagnósticos”, “razão para admissão”, “afecções tratadas” e “motivo da consulta”, (OMS, 2008, p. 3). Conforme essa instituição

O propósito da CID é permitir análise sistemática, a interpretação e a comparação dos dados de mortalidade e morbidade coletados nos diferentes países ou áreas e em diferentes épocas. A CID é usada para traduzir diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde a partir de um código alfanumérico, o que permite facilmente o arquivamento, a recuperação e análise das informações. (OMS, 2008, p. 3).

Configura-se com uma ferramenta internacional de padronização dos diagnósticos, voltada para a “epidemiologia, gestão da saúde e para fins clínicos. Isso inclui a análise da situação geral de saúde de grupos populacionais. Ele é usado para monitorar a incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde”. (OMS, 2012). Bem como é utilizada para propósitos administrativos. Trata-se de um guia para os profissionais da saúde, principalmente para os médicos de todas as especialidades.

Segundo a OMS (2012, p. 10),

Ela é usada para classificar as doenças e outros problemas de saúde registrados em muitos tipos de registros de saúde e vital, incluindo certidões de óbito e registros de saúde. Além de permitir o armazenamento e recuperação de informações de diagnóstico para fins clínicos, epidemiológicos e de qualidade, esses registros também fornecem a base para a compilação de mortalidade nacional e estatísticas de morbidade por países membros da OMS. É usado para reembolso e alocação de recursos de tomada de decisão por parte dos países.

A CID-10 é publicada em três volumes: o primeiro apresenta a lista de doenças e suas respectivas codificações, o segundo contém explicações sobre o uso e o desenvolvimento da classificação e por fim o terceiro corresponde ao índice alfabético de classificação. Na estrutura de uso da CID-10 existe uma particularidade; o uso da “cruz e asterisco”, que permite utilizar dois códigos para os diagnósticos, no qual indica a doença geral básica e a sua manifestação num órgão identificando um problema clínico particular.

O código primário é para a doença subjacente (causa básica) e é marcado com um símbolo cruz (+); o código adicional e optativo para a manifestação é marcado com um asterisco (*). Esta convenção foi estabelecida porque a codificação unicamente pela doença básica era frequentemente pouco satisfatória para a compilação de estatísticas de especialidades particulares, em que se deseja a afecção classificada no capítulo apropriado para a manifestação quanto esta era o motivo da assistência médica. (OMS, 2008, p. 23).

Observando esses aspectos do uso dos símbolos e sinais gráficos na CID-10, nos remete ao sistema de Classificação Decimal Universal (CDD) desenvolvido por Paul Otlet e Henry De La Fontaine, no final do século XIX, que justamente utilizaram esses recursos com a proposta de unir ou aproximar conhecimentos ou ainda distinguir tipos de documentos ou os pontos de vistas com os quais os documentos foram tratados. Tal fato, embora pareça simples, é mais uma evidencia dos diálogos entre a Biblioteconomia, Ciência da Informação e Ciências da Saúde.

Mesmo permitindo a aplicações diferentes e apresentando uma vasta abrangência de assuntos para área de saúde, a OMS (2008, p. 4) aponta que, ela nem sempre permite a inclusão de detalhes suficientes, e que também que não inclui códigos para razão do serviço em saúde. Diante disto, em 1989, na Conferência Internacional para a CID-10, foi estabelecido as bases para criação da chamada “família” de classificações em saúde. “A “família” designa um conjunto de classificações integradas que compartilham características similares e que podem ser usadas isoladas ou em conjunto para prover informações, sob diversos aspectos, tanto da saúde como do sistema de saúde.” (OMS, 2008, p. 4). Para sanar as lacunas informacionais deixadas pela CID-10, nesse conceito de “família”, é usada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). De forma geral o intuito dessa “família” de classificação é “prover um modelo conceitual das dimensões das informações relacionadas à saúde e ao controle de Saúde.” (OMS, 2008, p.4).

Diante das possibilidades descritas na CID-10, compreendemos que a utilização dessa classificação pode ir além de uma obrigatoriedade administrativa. A codificação dos prontuários com uso dessa ferramenta, se realizada de forma precisa e eficaz, pode contribuir para a recuperação das informações registras nesses documentos. Contudo, há também a necessidade de expandir nossos estudos ao prontuário do paciente, conforme discutiremos nos capítulos posteriores.

4 O PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Prontuário médico, prontuário clínico, prontuário do cidadão, prontuário de saúde e prontuário do paciente são termos utilizados para denominar o conjunto de informações registradas de forma organizada sobre a vinda do paciente ao atendimento de saúde. No nosso entendimento, a expressão prontuário do paciente é que melhor define o documento construído por meio da interação do paciente com a equipe multidisciplinar de saúde. Chegamos a essa conclusão ao observarmos etimologicamente as palavras prontuário e paciente de forma isolada.

O substantivo masculino prontuário é originado do latim *promptuariu* que significa “livro que contém indicações úteis e dispostas de modo a achar-se facilmente aquilo que se deseja saber, lugar onde se colocam as coisas que são preciosas a qualquer momento” (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2010). A palavra paciente, comum a todos os gêneros, tem em sua raiz etimológica derivada do latim *pati* e do grego *pathe*, que significa sofrer ou agüentar. (SIGNIFICADOS, 2018). Paciente enquanto adjetivo é aquele dotado da capacidade de esperar, se empregado como substantivo relaciona-se com o “que está sob o tratamento de algum médico ou hospital” (DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO, 2018). A união desses termos no sintagma “prontuário do paciente” refere-se no contexto da saúde, em um entendimento simplificado, aos documentos de armazenamento das informações valiosas sobre a condição de saúde de um indivíduo e as ações efetivas em prol de seu tratamento.

Na Resolução 1331/89, o Conselho Federal de Medicina (CFM) apresenta um conceito de prontuários do paciente, como “o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos Serviços de Saúde Pública ou Privado.” (BRASIL. CFM, 1989, p. 1). Depois de mais de dez anos, atualiza tal conceito que é publicado no Artigo 1º da Resolução de no 1.638/2002 na qual o Prontuário do Paciente é conceituado como

um documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL. CFM, 2002, p. 1).

As informações registradas no prontuário vão servir de base para a continuidade dos tratamentos e a observação do estado evolutivo dos cuidados de saúde com o paciente, das quais vão resultar ou não na melhora dos problemas que originou a entrada do paciente na

instituição de saúde, assim como na identificação de novos problemas de saúde, nos diagnósticos e terapêutica associadas. (MASSAD: MARIN; AZEVEDO 2003, p. 1).

Carvalho (1977, p. 143) apresenta o prontuário como “um conjunto de documentos padronizados, destinado ao registro da assistência prestada ao paciente, desde sua matrícula até sua alta”. Marin (2010, p. 23) completa afirmando que “localmente, ou seja, na instituição onde o paciente está recebendo cuidados, o prontuário representa o veículo de comunicação entre os membros da equipe saúde responsável pelo atendimento ao cliente/paciente”.

Conforme aponta Bentes Pinto (2006, p. 37), o prontuário é

um documento que contém registradas todas as informações concernentes a um paciente, sejam elas de caráter de identificação, socioeconômico, de saúde (as observações dos profissionais da saúde, as radiografias, as receitas, os resultados dos exames, o diagnóstico dos especialistas, as notas de evolução redigidas pelo pessoal da enfermagem com relação ao progresso observado) ou administrativo, dentre outros. Na verdade, trata-se da memória escrita da história da pessoa doente, sendo, portanto, indispensável, para a comunicação intra e entre a equipe de saúde e o paciente, a continuidade, a segurança, a eficácia e a qualidade de seu tratamento, bem como da gestão das organizações hospitalares.

Por sua vez, as informações registradas no prontuário vão servir de base para a continuidade dos tratamentos e a observação do estado evolutivo dos cuidados de saúde com o paciente, das quais vão resultar ou não na melhora dos problemas que originou a entrada do paciente na instituição de saúde, assim como na identificação de novos problemas de saúde, nos diagnósticos e terapêuticas associadas. (MASSAD: MARIN; AZEVEDO 2003, p. 1).

Quanto aos benéficos e objetivos do prontuário, este apresenta inúmeras funções e

Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, 2006, p. 11).

Marin, Massad e Azevedo Neto (2003, p. 4) em suas reflexões, afirmam que atualmente o prontuário apresenta as seguintes funções:

- a) Apoiar o processo de atenção à saúde, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais;
- b) É o registro legal das ações médicas;
- c) Deve apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade);
- d) Deve promover o ensino e gerenciamento dos serviços, fornecendo dados para cobranças e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo.

Além das funções descritas pelos autores, a resolução 1331/89 do Conselho Federal de Medicina (CFM) considera o prontuário “elemento valioso para o paciente e a instituição que

o atende, para o médico, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços de saúde pública, servindo também como instrumento de defesa legal.” Essas observações deixam claro que o prontuário além de ser um documento que contribui para o ensino e a pesquisa, também possui valor para a Justiça, tanto pode ser usado em favor do paciente como em favor do profissional de saúde, podendo ser solicitado pelo juiz como elemento chave para a tomada de decisão também no contexto jurídico, com o consentimento do paciente.

A partir das resoluções 1638/2002 e 1639/2002 de julho de 2002 o CFM aprovou a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), desde que fossem respeitadas as condições estabelecidas garantindo principalmente os níveis ideais de segurança dos dados sensíveis dos pacientes. É bom se ter ciência PEP não é simplesmente um prontuário de papel digitalizado, pois ele se configura como um repositório digital, onde as informações são preenchidas e armazenadas de maneira eletrônica.

A Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) com o Conselho Federal de Medicina (CFM) afirmam que “O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é a principal ferramenta de TICS que o médico precisa ou precisará lidar nas suas atividades diárias, seja no consultório, centro diagnóstico ou hospital.” (2012, p. 5). Complementado essa ideia, afirmam ainda que é de suma importância para os médicos a utilização de ferramentas de alta qualidade, e que garantam a segurança das informações. Sendo assim, o prontuário eletrônico traz consigo a missão de ser uma ferramenta que beneficie o registro das informações no campo da saúde.

Esse formato tende a apresentar melhores possibilidades de recuperação das informações, o que vem a contribuir para a agilidade no fluxo informacional das unidades de saúde, e conseqüentemente para o avanço científico no âmbito das pesquisas médicas e de outros profissionais da área da Saúde ou, não. Marin (2010, p. 29) aponta que

[...] De modo geral, o princípio básico de construção do PEP baseia-se na integração da informação. Assim, uma vez coletada a informação, ela é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro passa a ser fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um.

Para os autores Salvador e Almeida Filho (2005, p. 25),

O Prontuário Eletrônico do Paciente pode ser definido como um registro clínico e administrativo informatizado da saúde e doença do paciente desde seu nascimento até sua morte, dentro de um sistema utilizado para apoiar os usuários, disponibilizando acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas e sistemas de apoio à decisão.

O PEP surge da necessidade de ter um suporte que acompanhe o desenvolvimento tecnológico e que, ao mesmo tempo, venha a satisfazer as necessidades no campo da saúde, buscando solucionar alguns problemas que ocorrem no prontuário de papel, como por exemplo a falta de espaço para guardá-los, dificuldade em recuperar informações. Outra vantagem do documento eletrônico é o auxílio na escrita do prontuário, possibilitando que a ausência de informações, decorrente do preenchimento indevido dos formulários seja evitada, bem com as escritas elegíveis. No entanto não é nosso objetivo defender qual o melhor suporte para o armazenamento das informações em saúde.

Devido a importância do prontuário para a gestão pública, em 2011 o Ministério da Saúde instituiu a implantação no prontuário eletrônico do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS) e-SUS. O objetivo é utilizar essa ferramenta para gerenciar os gastos públicos e otimizar a utilização dos recursos financeiros. Bem como afirma Nicole Beraldo da Agência Saúde (2018),

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é ofertado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, e reúne o histórico, os dados, procedimentos realizados e os resultados de exames dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendidos na Atenção Básica. O prontuário também permite a verificação, em tempo real, da disponibilidade de medicamentos ou mesmo o registro das visitas de agentes de saúde, melhorando o atendimento ao cidadão. O objetivo é integrar o controle das ações, promover a correta aplicação dos recursos públicos, obter dados para o planejamento do setor e, principalmente, propiciar a ampliação do acesso e da qualidade da assistência prestada à população, tornando o atendimento mais eficiente. A medida ajudará também a reduzir custos, evitando, por exemplo, a duplicidade de exames medicamentosos.

As diretrizes para a utilização do prontuário eletrônico estão descritas na Resolução 1821/07 do Conselho Federal de Medicina, sendo a SBIS a responsável pela certificação dos sistemas. Mesmo em suporte eletrônico o prontuário deve respeitar o tempo de guarda estabelecido nessa mesma resolução, sendo obrigatória por 20 anos após a última vez que o paciente foi atendido. Cabe ao hospital, em especial ao SAME, o arquivamento adequado desses documentos, como a responsabilidade de análise e cuidado com o sigilo das informações do paciente.

Desde o prontuário papel até o prontuário eletrônico, os registros de saúde estão ligados historicamente ao surgimento da medicina e a evolução do conhecimento médico em relação à interpretação do estado de saúde e doença do paciente. O início da compreensão da Medicina volta-se ao entendimento de saúde e doença pelas civilizações antigas, que mesmo sem o caráter científico e as pesquisas laboratoriais que temos na atualidade, desenvolviam procedimentos capazes de curar os enfermos da época. Muitos destes pautados nos conhecimentos culturais e nas crenças populares sustentadas pela sociedade antiga. No

entanto, não se tratavam de técnicas simples de cura de doentes, os restos arqueológicos dos povos egípcios evidenciaram a aplicação de técnicas cirúrgicas complexas.

A tradição cultural de mumificação dos corpos permitiu com que o homem passasse a entender sua própria anatomia e funcionamento do seu sistema biológico. No entanto, mesmo essa prática sendo datada do início das civilizações sua continuidade foi impedida as sociedades seguintes, por imposição da igreja. Foucault (2006) avalia esse fato como uma espécie de retrocesso para a evolução da medicina. Em sua conceituada obra o “nascimento da clínica”, o autor anuncia um capítulo como “abram alguns cadáveres”, no qual reflete sobre a importância dessa prática como a seguinte explicação:

Por que esta inversão cronológica? Por que o tempo teria depositado no final do percurso o que estava contido no começo, abrindo o caminho e já o justificando? Durante 150 anos se repetiu a mesma explicação: a medicina só pôde ter acesso ao que a fundava cientificamente contornando, com lentidão e prudência, um obstáculo maior, aquele que a religião, a moral e obtusos preconceitos opunham à abertura dos cadáveres. A anatomia patológica viveu em penumbra, nos limites do proibido, e graças à coragem dos saberes clandestinos que suportaram a maldição [...]. (FOUCAULT, 2006, p.141-142).

A proibição da abertura dos cadáveres significou um atraso nos estudos da anatomia, todavia foram os pesquisadores “clandestinos” citados por Foucault (2006), que fizeram a diferença nesse ramo, continuando a dissecar os restos humanos em busca de entender talvez o que havia causado a morte dos sujeitos. Foi a partir do estudo do corpo morto que foi construída a relação entre os sintomas e a doença, concluindo que havia também a necessidade do estudo do corpo vivo.

A partir do dia em que se admitiu que as lesões explicavam os sintomas e que a anatomia patológica fundava a clínica, foi preciso convocar uma história transfigurada, em que a abertura dos cadáveres, ao menos a título de exigência científica, precedia a observação, finalmente positiva, dos doentes; a necessidade de conhecer o morto já devia existir quando aparecia a preocupação de compreender o vivo. (FOUCAULT, 2006, p.143).

O papiro de Edwin Smith escrito entre 3000-2500 a.C., exposto na Academia de Medicina de Nova Iorque, é um dos primeiros documentos históricos que faz referência ao prontuário do paciente. Nesse documento médico egípcio Inhotep, considerado por vários estudiosos o patriarca da medicina, apresenta o registro quarenta e oito casos cirúrgico, sendo esse considerado o primeiro relatório médico da história. (CARVALHO, 1977, p.141).

Em meados do século V a. C, Hipócrates influenciou os médicos daquela época a fazerem os registros para que pudessem refletir sobre o curso da doença e indicar as possíveis causas (VAN BEMMEL; MUSEN, 1997 *apud* BENTES PINTO, 2006). Segundo Vivanco e Marin (2012, p. 1) naquele momento “o objetivo era agrupar informações, que pudessem

auxiliar na reflexão sobre o curso da doença, indicando possíveis causas e encontrando através da análise comparativa e empírica a melhor forma de tratá-las.” Assim, esses registros eram estudos médicos que visavam contribuir para a evolução da medicina em si, na forma de anotações que indicavam as características das doenças encontradas. Eram feitas comparações entre os casos encontrados e através dessas eram formadas as conclusões a respeito dos tratamentos a serem aplicados. Podemos dizer que dessa forma foi sendo construído o conhecimento ou raciocínio médico.

Quando ainda não havia os relatórios médicos, as informações dos pacientes ficavam limitadas a memória do médico, considerado como sujeito conhecedor das doenças existentes na época e de seus respectivos tratamentos. Não havia nenhum tipo de protocolo, ou documento, normativo registrado referente aos cuidados aplicados ao paciente e a ser seguido, o conhecimento tácito desse profissional era considerado suficiente para o tratamento, e a relação entre o médico e o paciente se concretizava apenas por meio da comunicação oral. (BENTES PINTO; BORGES; SOARES, 2010).

No século XIX, durante a guerra da Criméia (1853-1855), a enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), enquanto cuidava dos feridos, evidencia em sua afirmação, a necessidade e importância de possuir os registros de saúde,

Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações, mas em raras ocasiões eu tenho obtido os registros hospitalares passíveis de serem usados para comparações. Esses registros poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o que de bom foi realmente feito com ele [...]. (NIGHTINGALE *apud* MARIN, 2010, p. 24).

De acordo com a enfermeira, esses registros auxiliariam nos cuidados com o paciente, possibilitando que fossem feitas comparações sobre a evolução das doenças e tratamentos aplicados. Além disso, esses documentos poderiam demonstrar os gastos com os doentes e a forma como os recursos financeiros estavam sendo utilizados.

A história dos registros médicos, assim chamados no início está diretamente ligada a evolução do conhecimento médico, que tem como marco o nascimento da clínica no século XVIII. Os relatos passam a ser elaborados de forma sistematizada, no momento do atendimento ao paciente ou posteriormente, diferenciando-se da forma anterior como eram organizados, no seu conteúdo e significado. Antes da consolidação da clínica os relatos eram registrados apenas nos casos raros que se diferenciavam dos demais. Passando a serem registrados todos os relatos do paciente e não só apenas os excepcionais e raros. (NOVAES, 2003).

No final do século de XVIII e início do século XIX, a medicina tomou novos rumos quando os hospitais militares começaram a organizar o então ensino da clínica, implantando um curso anual de prática clínica baseado nas principais doenças apresentadas pelos pacientes do exército. Uma espécie de laboratório de observação para os residentes militares, com o foco nos diagnósticos obtidos. De acordo com Foucault (2006) em sua obra “O nascimento da clínica”, o surgimento da clínica médica, não afetou apenas a metodologia de ensino da medicina, mas modificou também a maneira como o médico exercia sua prática. Enquanto antes o médico perguntava ao paciente o que havia de errado com seu corpo, o questionamento passou a ser sobre o local em que emanava a dor. Com isso, o médico poderia entender o que estava acontecendo com paciente e chegar ao diagnóstico tendo como base o sistema classificatório de doenças, já existente na época. (FOUCAULT, 2006).

Outro acontecimento significativo para o surgimento do prontuário foi a fundação da Clínica Mayo em Minesota – Estados Unidos em 1880 por William Mayo. Essa instituição passou a incentivar que o seu grupo de colegas médicos a registrarem e manterem as anotações de suas consultas e de todos os pacientes, organizando-as de forma cronológica. Como essa maneira de organizar dificultava o acesso posterior, em 1907 passam a adotar um arquivo separado para as informações de cada paciente, o que culminou no prontuário centrado no paciente. Mais tarde, em 1920, aconteceram esforços para realizar a padronização dos conteúdos a serem preenchidos pelos médicos no momento do atendimento, o que pode ser entendido como a tentativa de estabelecer uma estrutura mínima para o prontuário. (MARIN, 2010, p. 24).

O esquema construído pelo médico no momento em que conversa com o paciente passa a conter informações de diferentes tipologias, o que torna necessário a realização do registro dos encontros entre os médicos e os pacientes é a decorrente mudança na compreensão da natureza da doença, que passa a ser pensado agora como um processo, passível de diagnóstico através da observação sistemática e constante dos sintomas e sinais, indo dos externos aos mais internos, apresentados e relatados pelo paciente. (NOVAIS, 2003, p.39).

A complexidade da construção do conhecimento clínico, produto das observações médicas e da interação com o paciente, acontece devido às diferentes características genéticas presentes nos sujeitos. O que faz que cada indivíduo possa apresentar variações de sintomas mesmo que acometidos pela mesma patologia. Entendendo que essa realidade é imutável, os estudos e testes laboratoriais são desenvolvidos com a maior parcela possível de diferentes fenótipos.

Isto implica em que, para um mesmo estímulo ambiental, indivíduos diferentes respondem de forma diferente. Além disto, uma mesma doença num mesmo indivíduo, pode ter diferentes manifestações ao longo de sua história clínica. Esta variabilidade genética da espécie humana torna a prática médica, por vezes, muito difícil. [...] Além de tornar a prática médica mais difícil (e muito mais interessante!) a variabilidade humana dificulta, por vezes enormemente, a geração do conhecimento médico. (MASSAD; ROCHA, 2003, p. 21).

O percurso natural para a construção do conhecimento científico perpassa muitas vezes pelo conhecimento de senso comum, que é constituído pelos costumes culturais de uma determinada comunidade, o que não foi diferente no contexto da saúde. A crença popular sempre esteve presente na área da saúde, seja na fé da cura realizada pelas rezas, ou nas superstições passadas de geração em geração.

No início da história da Medicina, a doença era entendida males causados por forças sobrenaturais, sendo o processo de cura considerado espiritual e psicológico, levando o conceito de doença para o campo da metafísica. Na obra *a Metafísica da Saúde*, Gasparetto e Valcapelli (2000) apontam que há a possibilidade de prever ou mesmo controlar a doença a partir do entendimento do estado psicológico do sujeito e suas experiências pessoais. Na proposta desses autores a raiz da doença são os conflitos interiores enfrentados pelo sujeito, responsáveis pelo aparecimento de sintomas e enfermidades que atacam o organismo. Sendo o corpo uma espécie de sensor que funciona de acordo com inferências cotidianas vivenciadas, refletindo como uma alteração prejudicial ao organismo. Em contra partida a esse pensamento, a ciência médica traz a discussão para o campo terreno, entendendo a doença com um desajuste, ou funcionamento indevido do organismo, como vimos no campo da anatomia, transferindo o foco das investigações clínicas para um nível físico. (MASSAD; ROCHA, 2003, p. 22).

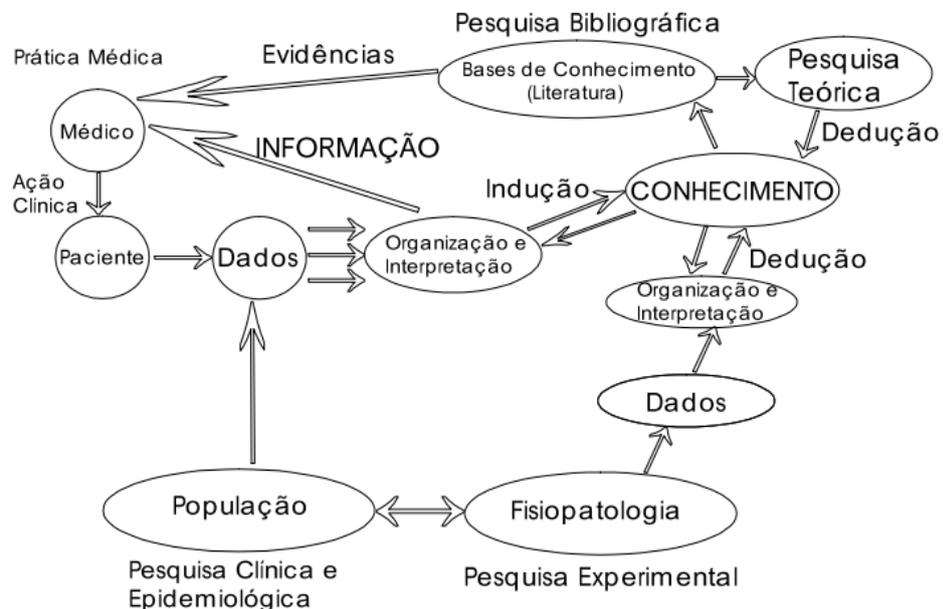
Configurando-se como linhas de pensamentos apostos, nem os conhecimentos de empiristas nem a prática científica podem ser considerados como verdades absolutas. Se desprezarmos as crenças populares em prol da ciência cairemos em contradição quanto a veracidade das curas populares. Pode o médico duvidar do paciente que garante a cura pela fé? E quando o resultado dos exames mostrarem o desaparecimento da doença? É possível o conhecimento médico não funcionar mesmo sendo comprovados em laboratórios? Essas situações desvalorizam a medicina? Há verdade concreta e única sobre os tratamentos clínicos? Nenhuma dessas perguntas pode ser respondida de forma simples.

A busca pela redução de incertezas, ou pela verdade é uma característica da ciência em si, que vem sendo construída por meio da experimentação que pode comprovar ou não a veracidade de um determinado fenômeno. Mesmo as Teorias do Conhecimento buscavam

conhecimento humano puro, verdadeiro, uma vez que a visão fenomenológica afirma que “só o conhecimento verdadeiro é conhecimento efetivo” (HESSEN, 2000, p. 23). No entanto o conceito de verdade ganhou dimensões diferentes nas correntes de pensamento filosóficas, mesmo a origem do conhecimento foi relacionada às práticas cognitivas baseadas na formação do pensamento e experimentação do sujeito com seu objeto de estudo.

A interação do médico com o paciente é o momento crucial para a construção do conhecimento na área da saúde e evolução do raciocínio médico, porém de acordo com Massad e Rocha (2003), é movido pela forte presença das incertezas. Na conversa entre esses sujeitos temos um confronto de perspectivas, de um lado o médico com toda a sua bagagem acadêmica, racional, especializada e científica, do outro o paciente tomado pela sua percepção de seus sintomas e crenças. Ambos com o intuito de encontrar respostas para o problema causado pela doença, através da troca de informações que venham a resultar no tratamento adequado. Tendo como base o atendimento da interação médico-paciente Massad e Rocha (2003) apresentam um esquema (figura 1) de construção do conhecimento clínico baseado nos estudos de Van Bommel (1977).

Figura 2 – O Processo de Construção do Conhecimento Médico.



Fonte: Van Bommel, 1977 *apud* Massad e Rocha (2003).

No esquema percebemos que a construção do raciocínio médico acontece com a interação entre os dados fornecidos pelo paciente e os conhecimentos prévios que o profissional possui sobre determinado assunto.

[...] na prática clínica observamos que o médico, através de um processo de investigação semiológica, colhe um conjunto de dados do paciente. Estes dados

devem ser organizados e interpretados à luz do conhecimento existente. Os dados organizados geram, então, informação ao médico que, de posse destas informações e das evidências disponíveis nas bases de conhecimento médico, toma a decisão mais adequada possível. Esta etapa do ciclo envolve todo o processo de tomada de decisão individual do médico, incluindo o diagnóstico, a proposta terapêutica e eventualmente a elaboração de um prognóstico para o caso. (MASSAD; ROCHA, 2003, p. 22).

A organização e interpretação dos dados junto as evidências apresentadas serão a base para a tomada de decisão. Para isso Van Bommel et al (*apud* MARIN; ROCHA, 2003) identificados dois tipos de conhecimento médico: o formal ou científico e o conhecimento experimental. Sendo o primeiro baseado na literatura especializada, e o segundo nos dados obtidos por meio da conversa com o paciente. Marin e Rocha (p. 27, 2003) trazem um complemento a seus dois tipos de conhecimento, apontando que:

Podemos identificar um terceiro tipo de conhecimento que deriva dos dois primeiros, ou seja, o conhecimento baseado em evidências disponíveis nas bases de conhecimento médico universal. Difere do primeiro tipo porque baseia-se, não no raciocínio dedutivo a respeito dos mecanismos das doenças, mas nas evidências acumuladas ao longo do tempo e sumarizadas pelos processos estatísticos adequados, principalmente a meta-análise. Compartilha, entretanto com o segundo tipo na abordagem fundamentalmente empírica, em que o peso da experiência do especialista individualmente é minimizado e a decisão se baseia na associação entre as observações primárias e os resultados de certas decisões.

Em suma o objetivo do conhecimento clínico é solucionar o problema do paciente por meio de um diagnóstico correto, para a aplicação do tratamento adequado. Segundo a Réa-Neto (1998, p. 302)

A solução desse problema é caracterizada por duas grandes fases de tomada de decisão: a designação de um diagnóstico num nível de especificidade adequado para as considerações terapêuticas e a seleção de um tratamento que afete o problema de forma a resolvê-lo ou aliviá-lo. Além dessas duas grandes fases de tomada de decisão, o processo de resolver problema clínico é repleto de muitos outros estágios de tomada de decisão de menor ordem (seleção de que perguntas fazer, decidir que respostas são confiáveis, interpretar um sinal físico, selecionar um ou mais testes de laboratório, escolher uma das formas alternativas de tratamento etc.).

Esses estágios são registrados no prontuário do paciente, onde são descritos os sintomas relatados pelo enfermo e a construção do conhecimento do médico para inferir sobre o estado de saúde do paciente. Desde os primeiros relatos clínicos aos atuais sistemas eletrônicos de saúde o prontuário do paciente está presente no apoio a tomada de decisões, e de referência para o surgimento de novos estudos. Diante disso, o SAME, enquanto local de tratamento e organização desses documentos, apresenta papel fundamental no fornecimento de informações adequadas e úteis para o gerenciamento organizacional e realização de pesquisas no campo da Saúde.

De acordo com Carvalho (1977) as finalidades do SAME são: registrar todos os dados referentes ao paciente, incluindo entrada, saída e circulação nas dependências hospitalares; zelar pela clareza, exatidão, ordenação, guarda e conservação dos prontuários; oferecer estudos que facilitem o diagnóstico, tratamento e prognóstico contribuindo para o avanço da medicina; levar os dados necessários pra contribuir com os demais serviços hospitalares; fornecer à administração do hospital todos os elementos que fortaleçam a compreensão do valor do seu papel na comunidade. Em colaboração com os estudos de Carvalho, Sounis define que “o SAME é um serviço técnico imprescindível ao hospital e que permite estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes que recorrem ao mesmo” (1975, p. 7)

Quanto a sua estrutura, Carvalho (1977) estabelece que o SAME deva possuir as seguintes seções: registro geral, arquivo médico e estatística (Figura 2). Cabe ao registro geral o atendimento as pessoas que procuram o hospital, sendo a porta de entrada para a abertura dos prontuários e coleta dos dados iniciais do paciente. Por sua vez essa seção divide-se nos setores de matrícula, internamento e informações. Sabemos que ao chegar a organização de saúde o paciente vai até a recepção no SAME onde será feito seu cadastrado, caso o paciente já possua prontuário o mesmo deverá ser regatado para o registro do atendimento atual. Caso seja a primeira entrada do paciente, será aberto um prontuário para dar início ao atendimento sanitário. A seção de arquivo é a responsável pelo controle, ordenação e arquivamento e disponibilização dos prontuários, cabendo a este todos os processos que envolvem a gestão documental dos prontuários. As estatísticas de atendimento, nosológicas, quantidade de pacientes atendidos, e números em geral, deverão ser elaborados pela seção estatística.

O Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME) - tem por finalidade a manutenção da integridade do conjunto de prontuários pertencentes ao hospital, por meio de atividades desenvolvidas, segundo critérios especiais de guarda, classificação, codificação e controle da circulação dos prontuários bem como o necessário sigilo, no que se refere ao conteúdo dos mesmos. (PROAHSA, 1978, p. 303).

Cabe ao SAME a responsabilidade de oferecer tanto a administração hospitalar com aos profissionais de saúde o “supra-sumo” dos atendimentos prestados, desde quantidade de atendimentos e prestação de contas, como dados estatísticos que possam auxiliar ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Ressaltamos o papel do SAME junto à elaboração das estratégias de representação, organização e recuperação das informações contidas nos prontuários, como isso cabe a esse setor a chamada codificação de prontuários.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A metodologia consiste no caminho delimitado para a realização de uma pesquisa, evidenciando a utilização dos métodos e instrumentos adequados, que serão o alicerce para a construção do conhecimento científico. De acordo com Gomez de Gonzalez (2000, p. 1), “A metodologia da pesquisa designa, de maneira ampla, o início e orientação de um movimento de pensamento cujo esforço e intenção direcionam-se à produção de um novo conhecimento [...]”. Galliano (1986, p. 32) ratifica essa ideia ao afirmar que a escolha dos métodos “proporciona uma orientação geral que facilita ao cientista planejar sua investigação, formular suas hipóteses, realizar suas experiências e interpretar seus resultados.” Com esse entendimento, traçamos o caminho metodológico que seguiremos para a realização dessa pesquisa e a produção de novos conhecimentos.

Trata-se de uma pesquisa exploratória que propõe aplicar as técnicas de indexação de documentos, de acordo com os estudos de Lancaster (2002), Fujita (2012), Chaumier (1988), Bentes Pinto (2012), no prontuário do paciente, com intuito de possibilitar a recuperação da informação nesses documentos. Bem como, traçar a relação entre a representação temática e a codificação do prontuário, por meio do diálogo entre a CI e a área da Saúde.

Piovesan e Temporini (1995, p. 321), definem a “pesquisa exploratória, na qualidade de parte integrante da pesquisa principal, como o estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer”. Gil (1999, p. 43) destaca que pesquisa exploratória

[...] têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais preciosos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. [...] Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental. [...] Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Em busca de teorias que possam auxiliar na construção do referencial teórico e na compreensão do objeto de estudo, realizamos um levantamento bibliográfico na literatura científica, tanto na área de Ciência da Informação como na Área das Ciências da Saúde. Aprimoramos nosso entendimento sobre a Representação Temática da Informação tendo como bases os estudos desenvolvidos por Chaumier (1988), Lancaster (2004), Bentes Pinto (2001) e Fujita (2012) entre outros autores, nos quais artigos e livros foram recuperados nas principais bases de dados em CI e áreas afins. No que se refere ao entendimento do prontuário do paciente e das temáticas relacionadas a área da saúde, nos apoiamos em autores como

Foucault (2006) e a sua obra sobre o “Nascimento da clínica”, Marin (2003), Massad (2003), Azevedo Neto (2003), Carvalho (1977) e Acedo Gutiérrez (2015), bem como a documentação legal dos Conselhos Regionais e Federais de Medicina. Buscamos também pesquisas que apresentassem a relação entre a representação temática da informação e o prontuário do paciente, dos quais destacamos os estudos de Bentes Pinto (2001).

Optamos pela abordagem qualitativa devido as oportunidades proporcionadas para a melhor compreensão do objeto de estudo e a por esse método e a flexibilidade quanto a interpretação dos fatos. De acordo Haguette (1995, p. 63) “Os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser.” A natureza qualitativa é aplicada, principalmente, nas Ciências Sociais – aplicadas ou não. Por isso entendemos que essa orientação também é cabível às pesquisas no campo da CI, como possibilidade para o surgimento de novas abordagens. Para Godoy (1995, p. 21) “a abordagem qualitativa, enquanto exercício de pesquisa, não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada, ela permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques.” Como é o caso da nossa proposta de pesquisa, na qual estamos propondo uma aplicação da representação temática da informação no contexto do prontuário do paciente, na perspectiva da chamada codificação dos prontuários. González Rey (2005, p. 77) afirma que “Na pesquisa qualitativa, sob a perspectiva epistemológica que assumimos, a definição dos instrumentos estará influenciada sempre pelas necessidades do pesquisador no curso do processo de pesquisa.”

Lazarsfeld (1969 *apud* HAGUETTE, 1995, p. 64) menciona três situações das quais se devem utilizar indicadores qualitativos nas pesquisas:

- a) situações nas quais a evidência qualitativa substitui a simples informação estatística relacionadas a épocas passadas;
- b) situações nas quais a evidência qualitativa é usada para captar dados psicológicos que são reprimidos ou não facilmente articulados como atitudes, motivos, pressupostos, quadros de referência etc.;
- c) situações nas quais simples observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento complexo de estruturas e organizações complexas que são difíceis de submeter à observação direta.

O terceiro ponto apresentado pelo autor refere-se aos estudos de unidades sociais naturais, como organizações que envolvem empresas e hospitais. Diante disso, entendemos que a abordagem qualitativa é ideal para nossa proposta de estudo, e que trará contribuições para a sua realização desta pesquisa junto às organizações de saúde.

Quanto ao método de sustentação da pesquisa, optamos pelo funcionalista. Pois suas características específicas direcionaram nosso olhar para a função da construção da

representação temática ou codificação da informação no prontuário do paciente. De acordo com Bruyne, Herman e Schoutheete (1977, p. 143)

A abordagem funcionalista adota desde o início uma concepção totalizante, e mesmo sistêmica, diante dos fatos sociais, pela qual cada uma delas é englobado num conjunto integrado de natureza teleológica. Cada elemento, ou uma de suas características, determina um certo estado da totalidade-sistema, a qual, por sua vez, condiciona seu funcionamento de conjunto.

Cada um dos elementos informacionais do prontuário possui um objetivo primordial na construção do conjunto de conhecimentos que auxiliará o médico Na definição de diagnósticos e da escolha do tratamento adequado para a solução do problema de doença enfrentado pelo paciente. Ainda, dão suporte a outros profissionais nas observações e ações a serem implementadas em prol da saúde do paciente. Nesse sentido, é necessário entender a função de cada informação no prontuário do paciente, para delimitar aquelas fundamentais para a construção da indexação/codificação das informações registradas nesses documentos.

Na visão de Merton (1968, p. 91) as análises funcionalistas adotam de forma interligada três postulados:

[...] em primeiro lugar, que as atividades padronizadas ou itens culturais, são funcionais para todo o sistema social ou cultural; em segundo lugar, que todos esses itens sociais e culturais preenchem funções sociológicas; e em terceiro, que tais itens são consequentemente indispensáveis.

Ressalta também que “como todos os esquemas interpretativos, análise funcional depende de uma tríplice aliança entre a teoria, o método e os dados.” (MERTON, 1968, p. 85). A interação entre esses três elementos foi a base para a construção da pesquisa, na qual nos apoiamos nas teorias do campo da CI, no método funcionalista e nos instrumentos de pesquisa e a coleta dos dados para composição do estudo empírico. Ainda de acordo com a tese de Merton (1968, p.172) a pesquisa funcionalista empírica “vai além do papel passivo de verificar e comprovar uma teoria [...] desempenha pelo menos quatro funções importantes, que ajudam a dar forma ao desenvolvimento da teoria: inicia, reformula, deriva e clarifica a teoria.” Contribuições essas que abrangem todas as etapas para realização de uma pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará e ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídeo, gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) pesquisado, via Plataforma Brasil, logo após aprovação pela banca de qualificação. Depois de uma minuciosa análise, respeitando os trâmites legais e as condições impostas por cada comitê, o projeto tramitou pelo período de quatro meses via Plataforma Brasil, obtendo no dia 23 de janeiro de 2019 o

parecer de aprovado e autorização para coleta de dados e utilização de trechos dos prontuários pesquisados.

A pesquisa empírica foi realizada na sala de pesquisa do ambiente hospitalar, no qual foram disponibilizados oito prontuários completos. Para a escolha dos prontuários dos *corpora* da pesquisa, conversamos com os profissionais de saúde responsáveis pelos atendimentos ambulatoriais, solicitando que indicassem o número dos prontuários que apresentassem volumes completos e a grande diversidade de atendimentos e informações. Com isso, depois de uma rápida análise dos prontuários, escolhemos três para o estudo. As leituras dos prontuários foram realizadas no período de duas semanas, devido a limitação do prazo para entrega da dissertação e disponibilidade do hospital pesquisado.

Os *corpora* do estudo foram constituídos por um conjunto de três prontuários dos pacientes que foram atendidos, internados ou mesmo atendidos, em retorno, no ambulatório hospitalar, totalizando 1.212 páginas. Seguindo o objetivo específico de mapear as estruturas, físicas e lógicas do prontuário do paciente, visando a representação temática desses documentos, com melhor qualidade. Primeiramente analisamos a estrutura física dos prontuários, com objetivo mapear a estrutura e os formulários que compõem o documento a fim de analisarmos de acordo com a proposta de Análise documentária, enquanto uma etapa para construção da indexação de documentos. Em seguida relacionamos a representação temática da informação e realizamos a tradução com o processo de codificação do prontuário do paciente, aplicando a proposta de indexação com a utilização da CID-10.

6 O ESTUDO EMPÍRICO: INDEXAÇÃO DA INFORMAÇÃO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Nesse capítulo apresentaremos a análise dos dados e discussão dos resultados obtidos com a realização dessa pesquisa tendo por base os seguintes objetivos específicos: traçar um paralelo entre as etapas da indexação com a codificação do prontuário do paciente e propor as diretrizes para indexação do prontuário com base na prática de codificação com a CID-10. Para isso selecionamos trechos retirados dos três prontuários disponibilizados pela organização de saúde para os fins dessa pesquisa, de acordo com a aprovação pelo Comitê de Ética via Plataforma Brasil.

O primeiro prontuário analisado possui um total de 171 páginas, divididas em três volumes, contendo 67, 79 e 25 páginas respectivamente. O Segundo é volume único com 282 páginas, enquanto o terceiro tem dois volumes com 248 e 511 páginas respectivamente. No total foram analisadas 1.212 páginas juntando aos 3 prontuários que compuseram os corpora desta pesquisa.

Para facilitar o entendimento da nossa proposta de pesquisa dividimos a análise dos dados em duas categorias, sendo elas **análise documentária**, no qual fizemos mapeamento da estrutura física e lógica do prontuário do paciente, e **representação temática**, em que propomos a reaproximação técnica e teórica entre as práticas da indexação e da codificação do prontuário. Para a construção dessas duas categorias, nos pautamos nas etapas da indexação propostas por autores como Chaumier (1988) e Lancaster (2004).

Como essa dissertação objetiva estruturar os aspectos da prática do Tratamento Temático da Informação aplicada ao prontuário do paciente, vale ressaltar que dentre os fatores de sucesso para essa prática, são imprescindíveis: a análise documental e a representação da informação. No qual todas as informações contidas no documento são essenciais para que possamos compreender melhor o contexto documental e, dessa forma, melhor analisá-lo e representá-lo, tanto nos aspectos explorados pela análise diplomática e tipológica quanto na representação descritiva e temática do documento a ser estudado. (ANDRADE; NEVES, 2017, p. 95).

Partindo dessa premissa, nossa pesquisa é pautada na proposta de indexação de documentos. Entendemos essa prática como um conjunto de estratégias que possibilitarão a recuperação da informação, seguindo as etapas de: análise documental, representação temática e controle de qualidade. O que se concretiza nas categorias de análise de dados e apresentação dos resultados traçadas nesse estudo.

6.1 ANÁLISE DOCUMENTÁRIA

No contexto da indexação a análise documental ou análise documentária, configura-se como a primeira etapa do processo, tendo como objetivo conhecer o documento e as suas características. Essa etapa é necessária, visto que para a realização da indexação o indexador precisa estar atento às particularidades do documento, o que inclui conhecer a sua estrutura - física e lógica- para identificar os principais aspectos que devem ser observados no momento da indexação.

Diferentemente dos documentos convencionais (livros, artigos de periódicos, por exemplo) para os quais foram desenvolvidas práticas de leituras de identificação dos conceitos, o prontuário do paciente requer atenção particular, devido à complexidade de sua estrutura e escassa na literatura sobre práticas que visem a recuperação de informação nesses documentos. O que nos leva a acreditar que é necessária a compreensão das etapas de análise que deverão ser realizadas para obtenção de categorias de informação que possam nortear a indexação dos prontuários.

Cesarino e Pinto (1980, p. 32) propõem que a análise documentária seja construída por meio de duas etapas: uma bibliográfica (objetiva), voltada para a descrição física do documento e as particularidades que envolvem sua estrutura, e outra intelectual (subjetiva) com o foco nos conteúdos (assuntos) do documento. De acordo com esse modelo a finalidade da análise documentária é responder as seguintes questões: “Qual a aparência deste documento” e “De que se trata este documento?”, sendo essas respostas o ponto de partida para a construção da indexação de assuntos.

Nos apropriando das ideias e etapas propostas por Cesarino e Pinto (1980), aplicando ao prontuário do paciente, constatamos que a primeira atividade para indexação é a identificação da estrutura física dos documentos, etapa objetiva do qual se faz necessário o mapeamento os conjuntos de itens documentais que compõe o prontuário. Para em seguida identificar os assuntos apresentados no prontuário.

Dividimos a análise nas subcategorias: análise da estrutura do prontuário (objetiva) e mapeamento das categorias de assuntos (subjetiva).

6.1.1 ANÁLISE DA ESTRUTURA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

O primeiro passo para indexação de um documento é conhecer a sua estrutura física, de forma a compreender quais são os pontos indispensáveis para leitura no momento da

indexação, sendo esse a primeira atividade do processo de análise documental, de acordo com Cintra (1987), Chaumier (1988), Lancaster (2004) e outros.

No caso do prontuário do paciente, pela variedade de formulários que podem compor o documento, requer a compreensão das estruturas e seu modo de preenchimento, bem como os sujeitos e tipologias de informações nele registradas. Na compreensão de Bentes Pinto (2006, p. 40) o prontuário do paciente se constitui de duas estruturas, uma física e uma lógica. Segundo a autora a “A primeira pode ser entendida como sendo a categoria de tópicos concernentes ao paciente, convênio e internação, e aqueles atinentes à gestão de saída das organizações de saúde.” Tais como: ficha clínica, dados referentes aos exames clínicos iniciais e complementares solicitados e seus respectivos resultados, diagnóstico(s) definitivo(s), tratamento(s) efetuado(s), evolução diária do paciente, dados referentes à nutrição, ao Serviço Social, à assistência psicológica, prescrição sobre as doses de medicamentos a serem utilizadas, avaliação pré-operatória, recuperação pós-operatória, relatório cirúrgico, controle de antimicrobiano, boletim anestésico, sistema de controle clássico e resumo de alta da sala de recuperação. Há também itens documentais que relacionam a prestação de contas da hospitalização, relatório de alta, receituário contendo orientações e prescrições a serem seguidas pelo paciente, consumo do centro cirúrgico e notificação de óbito.

Na estrutura lógica é apresentada a descrição das informações propriamente ditas sobre o paciente mesmo, ou seja, a identificação, socioeconômicos e administrativos. Sendo elas: nome completo, identidade, CPF, escolaridade, credo, endereço, residência e trabalho, idade, cor, filiação, naturalidade, nacionalidade, estado civil, nome do cônjuge, número de filhos, termo de responsabilidade, relatório do serviço social, profissão, local de trabalho, situação previdenciária; saúde – anamnese (queixa principal, história da doença atual, antecedentes pessoais e familiares, história mórbida pregressa, vícios, alimentação), exame físico e hipóteses diagnósticas; relatórios e evoluções de enfermagem (gráficos de temperatura, pulso e respiração – TPR, pressão arterial – PA e balanço hídrico), relatório do Serviço Social, psicológico, e da nutrição. (BENTES PINTO, 2006).

Assim, quanto a estrutura física, identificamos em que uma série de rótulos específicos nos formulários que compõem o conjunto de documentos que formam o prontuário do paciente a serem preenchidos pela equipe multiprofissional da saúde. Trata-se de itens documentais que possuem funções especificadas no registro das informações sobre atendimentos prestados ao paciente. As nomenclaturas dos formulários de atendimento podem variar de acordo com cada organização de saúde, sendo essa uma atividade que fica na

responsabilidade da Comissão de Revisão de Prontuários. No entanto o prontuário deve conter o Conjunto Mínimos de Dados (CMD), sobre o estado de saúde e doença do paciente. A tabela 2 expõe as estruturas que identificamos nos três prontuários que analisamos.

Tabela 2 – Estrutura do prontuário

	Física/Formulários	Lógica/Informações
PRONTUÁRIOS	Capa	Dados do paciente: número do prontuário, nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, cor, estado civil, profissão, residência, procedências, contato de emergência e responsável. Dados da organização de saúde: Especialidade, endereço, área, médico, CRM, local da internação e resultado final (alta tipo).
	Registro de anamnese e exame físico	Identificação do paciente, registro do atendimento no ambulatório especializado.
	Requisição de exames laboratoriais	Exame de sangue, raios, sumário de urina, hemodiálise e exames laboratoriais em geral.
	Registro de gastos cirúrgicos	Informações pessoais do paciente, dados do procedimento cirúrgico, materiais utilizados.
	Boletim Operatório	Dados pessoais do paciente, descrição da operação, peças cirúrgicas e histopatologia, anestesia, enfermagem.
	Prescrição/Observação de enfermagem	Prescrição e dados da enfermagem.
	Prescrição/Observação de farmácia	Prescrição e dados da farmácia.
	Resultado de exames imunológicos	Resultados de exames e observações.
	Ficha de evolução do ambulatório	Dados ambulatoriais, medicamentos, tratamentos, tipo de atendimento, procedimentos realizados, portes, resultado do atendimento, especialidade e anotações.
	Resumo de Alta	Resumo da história clínica e exame físico, resultado dos principais exames complementares, evolução e complicações, terapêutica, diagnóstico definitivo, orientação médica dada ao paciente, condições de alta.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina Resolução n.1.638 de 2002, o prontuário deve conter obrigatoriamente, independente do suporte (digital ou analógico) as seguintes informações:

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

- b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;
- d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Nos prontuários que analisamos foram identificadas todas essas estruturas (Tabela 2), ressaltamos, no entanto, a dificuldade de leitura em relação a legibilidade da escrita, mesmo sendo uma obrigatoriedade descrita na alínea “d” da Resolução n.1.638 (2002), esse problema foi observado nos prontuários em papel escritos manualmente. Em alguns casos não foi possível a compreensão do que estava escrito no prontuário, devido a letra ilegível do profissional que realizou o registro das informações. Como utilizamos prontuários em papel - analógicos - para a realização desta pesquisa, a dificuldade de leitura dos prontuários acabou aumentando, mesmo havendo uma triagem prévia para escolha dos prontuários que melhor atendesse a realidade desse estudo.

De acordo com as estruturas, física e lógica dos prontuários, destacamos três delas que apresentam um conjunto de informações cruciais sobre todo o atendimento prestado ao paciente, sendo elas: Registro de Anamnese e exame físico, Evolução Clínica e Resumo de alta. De acordo com a análise que realizamos, considerando que essas talvez sejam as estruturas que podem apresentar os assuntos registrados no prontuário do paciente, por descreverem situações que vão desde o motivo que o levou a procurar o atendimento, perpassando pelos sintomas, sinais e tratamentos, até o diagnóstico final. Diante disso, realizamos análise de cada uma dessas três estruturas do prontuário e defendemos os motivos pelos quais acreditamos que esses sejam os textos que merecem aplicação das técnicas de indexação.

Mesmo antes de iniciar a próxima subcategoria de análise, retomamos o nosso pensamento inicial pautado na abordagem de Cesarino e Pinto (1980, p. 32), quanto a parte bibliográfica (objetiva) da análise documentária, com o foco no prontuário e responder a pergunta “Qual a aparência deste documento?”. Vimos que na prática, se trata de um conjunto de formulários, onde cada um deles tem uma função específica voltada a comunicação da equipe de saúde, bem como para assegurar o registro legal de todos os procedimentos

prestados no atendimento do paciente. Sua aparência espelha com sua função, como podemos observa por exemplo o formulário de requisição de exames (figura 3). Nos rótulos do *default*, deste formulário há uma estrutura com informações específicas sobre os exames solicitados, sendo que as características dessa estrutura já preveem as informações que deverão ser indicadas. Portanto, trata-se de uma estrutura “*closed*” não deixando margem para dúvidas daquilo que está sendo solicitado a preenche.

Figura 3 – Requisição de Exames/Procedimentos.

REQUISIÇÃO DE EXAMES / PROCEDIMENTOS		1 DATA DA SOLICITAÇÃO	2 Nº DO PRONTUÁRIO
		23 DATA DA REALIZAÇÃO	24 Nº REQUISIÇÃO DA UNIDADE
3 NOME DO PACIENTE		4 DATA DE NASCIMENTO	5 IDADE
		6 SEXO	
7 PESO	8 ALTURA	9 ENDEREÇO	
10 BARRIO	11 DISTRITO SANITÁRIO	12 MUNICÍPIO	13 ESTADO
13 DADOS CLÍNICOS		14 PROCEDÊNCIA/CRÍSE	
TX <i>Prud.</i>		15 DROGAS EM USO	
17 DISTÍNC DO EXAME/PROCEDIMENTO		COD. UNIDADE	18 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE
		<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	COD. UNIDADE
19 MATERIAL A EXAMINAR		<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICA	ESPECIALIDADE
		ENFERMAGEM	COD. ESPECIALIDADE
		LEITO: 173	
20 Nº ORDEM	21 EXAME/PROCEDIMENTO SOLICITADO (ESPECIFICAR UM POR LINHA)	PARA USO DA UNIDADE QUE REALIZARÁ O EXAME/PROCEDIMENTO	
1	URCULTIVO + TSS	25 Nº DE TUBOS	26 CONTROLE
		27 DATA DO RESULTADO	28 SORTEIO EXAME/PROCEDIMENTO

Qualquer preenchimento de forma característico e, com os dados do paciente devidamente registrados, todo para a realização do exame; relação desta requisição

Fonte: Prontuário 2. Dados da Pesquisa (2019).

Por sua vez, existem outros formulários, que embora também tragam temas pré-definidos, demandam o preenchimento das anotações em texto livre. (figura 4). Ressaltamos que, nos prontuários analisados, algumas delas permanecem sem preenchimento. Comparando a requisição de exames (Figura-3) com as anotações evidenciam-se claramente as particularidades das funções de cada formulário que compõe o prontuário do paciente. Isso acontece em razão de que a função da requisição de exames é fornecer informações para os profissionais de saúde que farão a triagem para a liberação e coleta dos exames. Enquanto que as anotações têm como funcionalidade descrever o quadro clínico em que o paciente se encontra na data do registro.

Figura 4 – Anotações

DATA	ANOTAÇÕES
20/11/02	79 DO Tx renal cr. DC. (Ref.) Em uso de timoglobulina (fz 5 doses - faltam 2) Diurese 24h: 3750 ml DPA = 100 x 70 - 120 x 80 T _{axim} = 37°C Sf. físicos Ex. físico geral inalterado Cd.

Fonte: Prontuário 2. Dados da Pesquisa (2019).

Esse breve comparativo entre esses formulários foi somente uma ilustração da aparência do prontuário e de quanto às diferenças de suas funções podem impactar na estrutura desse documento.

6.1.2 MAPEAMENTO DAS CATEGORIAS DE ASSUNTO

Diante das leituras que realizamos nos prontuários, destacamos três momentos que consideramos relevantes: a entrada do paciente no hospital, o acompanhamento de seu estado de saúde e doença e a saída do paciente. Os registros desses momentos são encontrados respectivamente na anamnese, evolução e resumo de alta. Para tanto, consideramos que são essas estruturas que apresentam os dados de suma relevância para a indexação do prontuário. Como já mapeamos a estrutura física, vamos retomar a discursão com foco nas informações registradas em cada uma dessas estruturas.

a) ANAMNESE

O Registro de anamnese é resultando do contato inicial do profissional de saúde com o paciente, sendo que as redações são pautadas nas anotações colhidas na entrevista inicial que busca a identificação dos motivos que levaram o paciente a procurar atendimento de saúde. É nesse momento que toda a subjetividade do paciente é transcrita tal qual sejam relatadas por

ele, podendo se constituir num texto que carrega metáforas e expressões populares de acordo com as palavras utilizadas pelo paciente.

Um dos elementos essenciais à confecção de diagnósticos médicos é a anamnese realizada com os pacientes, mediante a qual se buscam elementos em sua biografia que corroborem alguma hipótese de diagnóstico. Trata-se de uma tarefa essencialmente interpretativa, em que há uma relação reflexiva entre as hipóteses formuladas pelos médicos e os comportamentos e motivações associados ao diagnóstico. (BEATO FILHO, p. 41, 1994)

Os registros clínicos de anamnese geralmente apresentam: identificação do paciente, queixa principal (QP), história da doença atual (HDA), história médica pregressa ou história patológica pregressa (HMP ou HPP), histórico familiar (HF), história pessoal (fisiológica) e história social, revisão de sistemas. (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2018).

Nos prontuários que analisamos identificamos que o Registro de Anamnese e o Exame Físico é o primeiro formulário após a capa do prontuário, apresentando a seguinte estrutura:

Quadro 1 – Registro de Anamnese e Exame Físico

Identificação do Paciente	Nome, data de nascimento, idade, sexo, nome da mãe, estado civil, categoria, profissão, documento, credo. Endereço, bairro e município/estado.
Roteiro de Anamnese	Queixa Principal
	Hábitos/ Antecedentes Pessoais de Familiares
	Interrogatório por órgão e aparelhos
	Exame Físico: Estatura, peso, pulso, temperatura, P.A. (pressão arterial), tipo sanguíneo. Cabeça, pescoço, tórax, abdômen, órgãos genitais, ânus e reto, membros, sistema nervoso, outros.
	Diagnósticos(s) prováveis (eis)
	Exames solicitados
	Tratamentos
	Dados do atendimentos, assinatura do profissional de saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Percebemos que há na anamnese o registro inicial das informações sobre o estado de doença e saúde do paciente, além de suas informações pessoais do paciente assim como os

relatos dos sintomas descritos por ele, dando início ao raciocínio médico. Tradando-se de um texto escrito em forma de redação tal qual o relato do paciente. A grande dificuldade de identificação das informações nesses textos é o fato da escrita dificultosa médica, devido a grafia ilegível, o que pode significar uma barreira para o indexador, principalmente no prontuário analógico, o que tende a não acontecer no prontuário eletrônico.

De acordo com os três prontuários analisados e as leituras dos registros de anamnese, identificamos as seguintes categorias de assunto: queixa principal, antecedentes familiares, diagnóstico(s) provável (eis) e tratamento. (Quadro 2).

Quadro 2 – Categorias de assunto do registro de anamnese

Categoria	Assunto
Queixa Principal	Sintomas e sinais
Antecedentes familiares	Doenças e diagnósticos
Diagnóstico(s) provável (eis)	Doenças
Tratamento	Medicamentos e procedimentos

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A queixa principal é oriunda dos sintomas e sinais percebidos pelo paciente é o motivo que fez com que ele busque o atendimento de saúde. Na entrevista da anamnese esses signos expressados por ele ou percebidos pelo médico, é que irão auxiliar à possibilidades de um diagnóstico provável. Nessa categoria estão as informações iniciais sobre o atual problema de saúde do paciente. Os antecedentes familiares são as informações sobre doenças apresentadas por familiares, como o próprio nome já indica, trazem subsídios para investigações de possíveis doenças que possam ser hereditárias ou não. O diagnóstico provável é resultante da inferência médica sobre as informações relatadas pelo paciente, porém, sem uma conclusão pautada em outras evidências, a exemplo dos exames. “Quando o médico presume que o paciente apresenta os critérios para um determinado transtorno, mas não dispõe de informação suficiente para o confirmar.” (CONCEITO.DE, 2019).

Diretamente relacionado com o diagnóstico, o tratamento refere-se ao procedimento ou conjunto de procedimentos e/ou medicamentos para solucionar o problema de saúde apresentado pelo paciente. Ou ainda um “Conjunto de meios biológicos, cirúrgicos,

farmacológicos, físicos, higiênicos e psíquicos utilizados para curar, atenuar ou abreviar uma doença.” (INFOPÉDIA, 2019).

Figura 5 – Registro de Anamnese

Q.P. Tosa seca	NEUMOLOGO
<p>H.D.A. Paciente portadora de J.R.C. com trat. hemodialítico. Já vive desde quando do trabalho em fábrica de cimento, há ± 14 anos passou a apresentar tosa seca persistente e muito decorrida tipo baba. Nesse ocasião teve que abandonar o emprego. Desde então sempre que tem contato com poeira, outros póis e fumaças tem crise de tosa seca. Fumou desde os 14 anos até há ± 14 anos atrás. Tem tomado até 14 anos atrás. Tem tomado até 14 anos atrás que não sabe que o mal não melhora. Já que se dá muito bem com beclometid. Fumou 1 maço/dia durante 30 anos. Nega como na família. Mãe falou de um a hipertensão. Mãe falou com problema renal. Nega diabetes.</p>	
<p>Aspecto geral regular. Orientado. Exame - Normalizado. Obs. usando Kocathel 1 comp/unidade carbena de Ca 500 → 3 comp. 3 x dia. P.A. 120/80 Hg. 1 AC. NDR P.P. M.V. arde limpa.</p>	
<p>Rx de tosa P.P. e puff C Espiroonitro. (propried)</p>	

Fonte: Prontuário 3. Dados da Pesquisa 2019.

De acordo com nossos estudos a anamnese não apresenta informações conclusivas sobre o estado de saúde do paciente. Este fato nos impede a estabelecer a indexação de modo a ser capaz de se construir uma representação da informação do prontuário em sua totalidade. Na verdade, um relato do sentimento que o paciente tem sobre aquele estado anômalo que está lhe incomodando, que pode ou não ser reafirmado pelo raciocínio médico, não é capaz de traduzir, efetivamente o assunto do prontuário.

b) EVOLUÇÃO CLÍNICA

A Evolução clínica descreve, diariamente, todas as ações de cuidado e outras observações concernentes ao estado de saúde de uma pessoa sob internamento em organizações de saúde. Apresenta informações dos tratamentos e reações apresentados pelo paciente durante o tratamento e internação.

É o registro cronológico das informações obtidas do paciente, de seus familiares, da enfermagem ou de outros informantes sobre seu estado ou sua evolução clínica. Devem ficar claras as razões para continuar ou alterar as condutas diagnósticas ou terapêuticas, assim como o planejamento do seguimento do atendimento. (KLUCK; GUIMARÃES, 2014).

Esse registro serve como guia para equipe de saúde, sendo seu preenchimento pela equipe multidisciplinar de saúde. De acordo com os documentos que analisamos percebemos um padrão no preenchimento da evolução clínica, foi quando atentamos para o modelo Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE). De acordo com Lopes (2006) o POPE, foi criado na década de 1960 por Lawrence Weed, e define que os registros sejam feitos considerando a objetividade e organização das informações com vista a melhorar sistemicamente o acesso das informações para a tomada de decisões, tendo como base as evidências e problemas apresentados pelos pacientes. (LOPES, 2006).

Um dos métodos utilizados para o preenchimento ou entrada de dados no prontuário do paciente é o chamado SOAP, sendo um acrônimo para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano, onde cada letra refere-se a um momento do atendimento clínico prestado, descrito em etapas que guiam todo o registro clínico dos profissionais de saúde (TOGNOLI, 2018). Referimo-nos aos profissionais de saúde, pois como citamos anteriormente, o prontuário do paciente é um conjunto que informações registradas por diversos profissionais da área da saúde. Vale ressaltar cada especialidade da saúde pode apresentar uma estrutura um tanto diferente, como por exemplo, os prontuários utilizados na odontologia, são estruturalmente distintos do modelo que apresentamos nessa pesquisa.

O SOAP é uma forma de registro orientado por problemas, não sendo único e não só utilizados por médicos, como também pelos demais profissionais da saúde, como exemplo os profissionais da enfermagem. Havendo uma tendência nessa forma de orientação de registro principalmente nos sistemas eletrônicos de saúde, como no caso o E-SUS. A utilização do modelo SOAP é utilizada no registro de Evolução no prontuário do paciente (DALLA, 2018).

De acordo com Tognoli (2018) o método SOAP deve seguir quatro passos que podem ainda ser subdivididos para facilitar o preenchimento do prontuário, sendo elas: a) Subjetivo: entrevista clínica, motivos da consulta e impressões gerais; b) Objetivo: exame físico e resultados de exames complementares; c) Avaliação: lista de problemas e hipóteses diagnósticas; d) Plano: solicitação de exames, encaminhamentos, atestados, orientações, medicamentos e observações. Analisando o modelo SOAP junto a estrutura do prontuário, percebemos que cada uma dessas etapas cabe a um conjunto de informações a serem obrigatoriamente registradas no prontuário, conforme identificamos nos prontuários e apresentamos no quadro 3.

Quadro 3 - Método/Plano SOAP

	Partes/Etapas	Modelo de Registro
Subjetivo	Entrevista Clínica	Narrativa de acordo com a subjetividade do paciente. Relato do ponto de vista do paciente.
	Motivos da consulta	Sinais, sintomas, queixas principais, antecedentes familiares, histórico de doença e demais informações relatadas pelo paciente ou obtidas pelo profissional de saúde.
	Impressões gerais	Informações não relatadas pelo paciente, mas que compõe as primeiras impressões subjetivas do profissional de saúde.
Objetivo	Exame físico	Exames realizados no momento da consulta, tais como sinais vitais, aferição de pressão arterial e outros.
	Resultado de exames complementares	Resultados exames apresentados pelo paciente realizados anteriormente ao momento da consulta e solicitados por outros profissionais.
Avaliação	Lista de problemas	Problemas apresentados de acordo com a interpretação do profissional de saúde. Elaboração da lista de problemas. Possíveis motivos, problemas, sintomas e sinais.
	Hipóteses diagnósticas	Possíveis problemas e diagnósticos. Não é preenchido se não houverem suposições em relação ao problema e diagnóstico
Plano	Solicitação de exames	Exames relacionados com os problemas
	Encaminhamentos	Direcionamento para outros profissionais de saúde
	Atestados	Atestados e declarações emitidas
	Orientações	Orientações prestadas ao paciente pelo profissional de saúde
	Medicamentos	Prescrição de medicamentos
	Observações	Informações a respeito do plano terapêutico

Fonte: Elaborado pela autora, de acordo com Tognoli (2018)

Nos prontuários que utilizamos em nessa pesquisa há a seguinte indicação logo no cabeçalho dos formulários: "ANOTE TODOS OS DADOS IMPORTANTES EM RELAÇÃO A EVOLUÇÃO DENTRO DO PLANO SOAP" "S=d SUBJETIVOS 0=d OBJETIVOS A=d

ANÁLISE P=PLANO (DISG. TRATAMENTO)”. Essa indicação solicitada prescreve que os profissionais de saúde façam as anotações de acordo com o método SOAP (quadro 3). Para tanto, as informações devem ser, efetivamente, concernentes a todos os aspectos da Evolução sejam contemplados e de forma legível.

Figura 6 – Evolução Clínica

"ANOTE TODOS OS DADOS IMPORTANTES EM RELAÇÃO A EVOLUÇÃO DENTRO DO PLANO SOAP"				
DATA	Sºd SUBJETIVOS	Oºd OBJETIVOS	Aºd ANÁLISE	Pºd PLANO (DISG. TRATAMENTO)
	<p>* 54a, 2º DTH por Desmaio/Hemoptico/Reda Perda A/E</p> <p>* Oºd morbidade: JRC em HD (2x/1hmana)</p> <p>* Em uso de: glicose - Falta na farmácia</p> <p>* Evoluindo com dispnéia importante durante todo o dia, com momentos de melhora - Autocando a dieta e FE glicose, exceto por episódios de tórax.</p> <p>* Parâmetros:</p> <p>APA=130-170 x 70-100 BP=84-96 AT=335-368 AFR=24-34</p> <p>* Exame físico:</p> <p>EGC, ca a a, taquidispnéica (26upm), hiperóxica ++/4.</p> <p>Disritmida, acelerada</p> <p>pe=PCR at BNF 5.3x11h.</p> <p>AP=HVU SRA, dige subcar HTE, leuocitose labarax até 12/12h</p> <p>Abd=EMA*, flácido, fofuro</p> <p>* ed: Prescrito O2 - 7L/min, prescrição alta a família</p> <p>Prescrito camp ER 12/12h</p> <p>Aminoglicina - 12/12h</p> <p>Respirar nasal.</p>			
	<p>* 54a, 3º DTH por Desmaio/Hemoptico/Reda Perda A/E</p> <p>* Oºd morbidade: JRC em HD</p> <p>* Em uso de: Aglicose (Alho ainda não teve medicação)</p> <p>* Evoluindo com melhora da dispnéia, repõe dimensão da dieta, consultando bem a sono: Repõe hemoptico.</p> <p>* Parâmetros: PA=+350 - Ø = +350</p> <p>APA=160-170 x 90 AT=333-368 AFR.Ln=84-102 AFR=24</p>			
EVOLUÇÃO CLÍNICA		NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO
FL Nº	CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO	Nº DO ATENDIMENTO

Fonte: Prontuário 3. Dados da Pesquisa (2019).

Acreditamos que compreensão dos componentes da evolução é um ponto crucial para a proposta de um modelo de indexação para o prontuário. Isto porque o indexador, bibliotecário ou arquivista, por serem profissionais capacitados a lidar com a organização e tratamento de documentos, precisam saber que independentemente do suporte o prontuário apresentará características estruturais e conceituas particulares. Esse entendimento é o início

para a elaboração de qualquer que seja a proposta de indexação. Portanto, no que concerne ao prontuário a análise documental deve partir do pensamento inicial das práticas de registros de informação nos prontuários, bem como das suas características físicas e lógicas.

c) RESUMO DE ALTA

Os resumos de alta podem também ser chamados de relatórios de alta ou ainda sumário de alta, sofrendo essa variação de nomenclatura de acordo com a organização de saúde. Com o próprio nome sugere, trata-se de um resumo das informações do paciente registradas ao longo do prontuário, desde os dados iniciais até o diagnóstico final.

Uma das narrativas clínicas importantes que compõe o prontuário é o sumário de alta, documento essencial para a continuidade da assistência ao paciente. Este é constituído de informações relacionadas ao acompanhamento do paciente, como evolução clínica, procedimentos assistenciais, intervenções clínicas e diagnósticas, condutas adotadas e iniciadas para seguimento em clínica ou outro estabelecimento de assistência à saúde, e principalmente no final de sua permanência hospitalar. (ABNT, p. 5, 2014).

Os resumos de alta aparecem como último formulário do prontuário, nele há o fechamento da intervenção clínica e os dados da estadia do paciente na organização de saúde. Vale ressaltar que um paciente deve possuir somente um prontuário, no qual são arquivados todos os formulários referentes a todos os atendimentos recebidos por ele na organização de saúde, sendo esses arquivados em ordem cronológica de acordo com as vezes que o paciente foi atendido. Dessa forma, o mesmo prontuário possuirá as mesmas estruturas documentais diversas vezes, o que significa que poderá haver mais de um resumo de alta no prontuário. Ou seja, para cada vez que o paciente foi atendido e seu caso solucionado haverá um registro de resumo de alta. Podendo haver também um resumo de alta em caso de transferência do paciente de uma organização de saúde para outra.

Dentro do prontuário analógico, dependendo do número de internações do paciente, existe uma ficha do resumo de alta para cada saída, e geralmente esta ficha é organizada em ordem crescente às intervenções, podendo ter mais de um resumo de alta por volume de prontuário. (FRANÇA, 2016, p. 92).

Nos prontuários analisados encontramos a seguinte estrutura nos resumos de alta: Resumo da história clínica e exame físico: resumo das informações iniciais registradas na anamnese e exame físico, queixa principal, sintomas e sinais, antecedentes familiares e hábitos; Resultado dos principais exames complementares: dados dos exames feitos pelo paciente; Evolução e complicações: resumo das informações registradas na evolução e anotações sobre o quadro de doença que o paciente apresentou durante o atendimento de

saúde; Terapêutica: tratamento recebido pelo paciente, procedimentos e medicamentos; Diagnóstico definitivo: diagnóstico final.

Observando essa estrutura percebemos que o resumo de alta apresenta de forma sucinta as mesmas informações da anamnese e da evolução, significando o “suprassumo” de todo o atendimento de saúde prestado ao paciente, como ilustramos no exemplo extraído do prontuário 1 (Figura 7). Diante dessa constatação entendemos que o resumo de alta, é o documento mais pertinente para a análise documentária e aplicação das técnicas de indexação.

Figura 7 – Resumo de Alta frente.

		Nome do Paciente:	
		N.º do Prontuário	N.º de Controle
		Apto./Enfermaria	Leito
Data de Admissão	Data da Alta	Unidade Hospitalar	
Hora de Admissão	Hora da Alta	Total Dias Permanência	Categoria

Resumo da História Clínica e Exames Físico e Obstatório: *Demência, AVC, GPs*
acompanhada de demência tipo Alzheimer por TP cl.
ap. prévia e exames complementares com Sinal MELP (24/09/07 =
tb = 8,8, Ht = 25, plaq = 104.000, ur = 76, cr = 24, ccc lta = 33,6,
TGO = 3070, TGP = 1672). Apresentou crise convulsiva pós-ponto
perde consciência e é encaminhado à MEIC. Permaneceu 27 dias na
UTI materna, quando foi encaminhado à enferma-
ria.
Permaneceu em dieta e/ou alternada, evoluindo at
para parâmetros, porém com 03 crises febris (38°C) em
03 dias consecutivos, sendo orientado internar-se no
dia 5/10/07. Já estava em uso de clindam + cipro para
liquidação definitiva de restos orgânicos pós-ponto.
Realizado curativo com material necrótico em me-
lha e FU envolvidas.

Resumo dos Principais Exames Complementares: *USG abdominal (21/09/07) - distên-*
dria com paredes espessadas, hepatomegalia e estruturas ascitas,
sem colelitias sugerindo pancreatite aguda,inite leve à medula.
(25/09/07) - tb = 7,4, leuco = 20500, plaq = 73000, Na⁺ = 143, K⁺ = 5,6, ur = 102,
cr = 3,9, glicemia = 79, Ca⁺⁺ = 3,02, BT = 15,08, Bp = 112/5, BI = 4,03, CPK =
1350, TGO = 3620, TGP = 2005, LDH = 3760 negativa p/ vírus A, B, C.
negativa

Evolução e Complicações: *(29/09/07) - tb = 9,13, leuco = 27000, plaq = 149000,*
Na⁺ = 131, K⁺ = 4,7, ur = 73, cr = 9,2, Ca⁺⁺ = 3,08, BT = 4,50, Bp = 3,33,
BI = 3,39, TGO = 40, TGP = 145.
(01/10/07) - ur = 55, cr = 5,32, K⁺ = 4,3
(09/10/07) - ur = 53, cr = 3,8, K⁺ = 4,3

Evoluiu at anti-convulsivos
(Ch) fez crise febril 38°C

Mod. 118

Fonte: Prontuário 1. Dados da Pesquisa (2019).

Figura 8 – Resumo de Alta verso

Terapêutica: Ciprofloxacino 200mg 12h/dia + Clindamicina 600mg S/S duas (Dia hoje) Nifedipina 20mg S/S duas + Propranolol 40mg 8/P duas Ácido fólico 5mg/dia + Sujeito para ox/dia sintomáticos Diclofenac em dias alternados (última 08/10/07). Vancomicina 1g dia 07/10/07.	
Diagnóstico Definitivo: Sínd HELLP + Esteatose hepática + JEA + subâmnia	
Orientação Médica Dada a Paciente: * Transferido p/ HUWC (Serviço de Nefrologia - Acordado c/ Dr. Robson + Dr. Gustavo) + Ruptura 45 dias após o parto.	
Condições de Alta:	
<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Transferido:	<input type="checkbox"/> Inalterado
<input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> A Pedido
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Solicitado Necrópsia
Carimbo do Serviço	Fortaleza, / / Carimbo e Assinatura do Médico — CRM (Nome Legível)

Fonte: Prontuário 1. Dados da Pesquisa (2019).

A categoria que podemos destacar do resumo de alta, e que não aparece em outros formulários, é o diagnóstico definitivo que, por sua vez pode ser codificado de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID-10, conforme discutiremos a seguir. Acreditamos que o diagnóstico é a informação mais significativa do prontuário, se partimos

do princípio que ela é o resultado de toda a investigação clínica, bem como representa o motivo do atendimento de saúde.

Mesmo antes de iniciarmos o próximo tópico, vamos responder a segunda pergunta de Cesarino e Pinto (1980) “De que se trata este documento?”, trata-se de todas as informações fornecidas e prestadas ao paciente no momento do atendimento, bem como o registro de sintomas, sinais, tratamentos, exames e diagnósticos. Tendo com o assunto principal a causa que levou o paciente aos atendimentos hospitalares, ou seja, o diagnóstico.

Quadro 4 - Categorias de Assunto

Categoria	Conceito
Sintomas	Está relacionado a sensações de dor ou sinais que indicadas por determinadas doenças, auxiliam no diagnóstico. Manifestações e modificações orgânicas e/ou funcionais. (SIGNIFICADOS, 2019). Os sintomas são sentidos pelo paciente.
Sinais	Indício, vestígio, prova. (SIGNIFICADOS, 2019). Os sinais são observados pela equipe de saúde.
Exames	Investigação por meio de procedimentos que levem a constatação e causas dos sintomas e sinais.
Tratamentos	Conjunto de meios postos em prática para combater uma doença; terapêutica. (SIGNIFICADOS, 2019). Procedimentos com objetivos de tratar a doença.
Diagnósticos	Diagnóstico é a palavra da área da medicina que significa uma doença ou condição física ou mental com base nos sintomas observados. (SIGNIFICADOS, 2019)

Fonte: Dados da Pesquisa (2019). Conceitos adaptados do Dicionário de Significados (2019).

Quanto às categorias de assunto, de acordo com os achados desta pesquisa, listamos as seguintes categorias: Sintomas, Sinais, Exames, Tratamentos e Diagnósticos (Quadro 2). Esses assuntos apresentam-se em quase todas as estruturas dos prontuários e podem ser utilizados como forma de representação das informações que descrevem. No entanto, quando nos resumos de alta a informação precisa está no diagnóstico, por esse motivo, acreditamos que é a doença indicada no diagnóstico pode ser utilizado com termo e/ou sintagma para indexação. Após todo atendimento de saúde o médico é profissional responsável pelo

preenchimento do diagnóstico no resumo de alta, sendo esse entendido como uma forma de classificação para o estado de saúde do paciente. Para padronizar o diagnóstico, na área da saúde é utilizada no Brasil a CID-10, no processo denominado codificação do prontuário do paciente, prática que acreditamos ser semelhante e até mesmo equivalente a representação temática. Diante disso, vamos discutir o processo de indexação no resumo de alta com foco nos diagnósticos e na codificação.

6.2 REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA

A representação temática enquanto etapa da indexação documentária, é por nós percebida como um esquema complexo de identificar e extrair ou atribuir o(s) tema(as) principal(ais) abordado em um determinado documento, a fim e representá-los por meio de “pistas” que levem o indivíduo a localizar o(s) documento(s) atendendo assim a sua necessidade de informação. Em realidade, ela apresenta de forma sintetizada as informações contidas em determinado documento. Mesmo antes de iniciarmos a discussão sobre o processo de representação e codificação do prontuário, apresentamos algumas diretrizes que consideramos fundamentos para a compreensão da aplicação da indexação no prontuário do paciente.

6.2.1 ALGUMAS DIRETRIZES PARA INDEXAÇÃO NO PRONTUÁRIO

A representação, no sentido de indexação pode ser efetivada tendo como base conceitos, palavras-chave, unitermos termos, ou ainda sintagmas². Aplicando ao prontuário do paciente, sugerimos que a indexação seja construída com base nos sintagmas, devido a amplitude de sentidos que um termo isolado pode apresentar, como por exemplo a palavra “dor” que sozinha não é capaz de oferecer as características necessárias para garantir a recuperação da informação de forma precisa. Pois sabemos que, a “dor” certamente está

²A teoria dos sintagmas já está sendo empregada no contexto da CI, particularmente na representação indexal. Bussmann (1996, p.472 *apud* Cruz, 2014, p. 3), o sintagma é uma “Sequência sintática dotada de estrutura composta por elementos linguísticos e formada por segmentação de sons, palavras, ou mesmo frases completas”. Os sintagmas são classificados em: Sintagma nominal (SN): tem nome como elemento nuclear, ex. febre; Sintagma adjetival (SAdj): o adjetivo é elemento nuclear, ex. febril; Sintagma adverbial (SAdv): traz o advérbio como elemento nuclear, ex. Febre alta; Sintagma preposicional (SPrep): estrutura-se tendo a preposição como elemento nuclear, ex. Dor embaixo do ventre e Sintagma verbal (SV): traz o verbo como elemento nuclear, ex. Teve asma.

relacionada anatomicamente ou psicologicamente ao paciente. No entanto, quando aplicamos as técnicas de indexação aos diagnósticos, não teremos essa preocupação, uma vez que um diagnóstico carrega um conceito em seu significado. Isso porque a diagnóstico é um termo especializado, podendo ser unitermo ou um sintagma, que não poderá ser desmembrado na indexação.

Vale lembrar que a indexação pode ser feita de forma manual, automática e semiautomática.

1) uma análise manual, chamada igualmente intelectual, que é feita pelos humanos; 2) uma análise mecânica, feita pelas ferramentas da informática; 3) uma análise que combina as duas: humana e mecânica. Esta última é chamada indexação semi-automática ou assistida pelo computador, sendo realizada da seguinte maneira: inicialmente o sistema faz uma indexação automática dos documentos levando em conta as ocorrências das palavras mais frequentes no texto. Em um segundo momento, o indexador humano refina a lista dos descritores propostos pelo sistema fazendo os ajustes e/ou complementações necessárias. (BENTES PINTO, 2000, p. 66).

Manualmente o indexador humano fará a leituras dos principais elementos do documento a fim de escolher, seja por extração ou atribuição, os assuntos que representam os documentos. No prontuário analógico, de acordo com a nossa pesquisa, a leitura documentária será aplicada ao resumo de alta, de acordo com as categorias de assunto de propomos (quadro 2). Todavia, sabemos que um prontuário apresenta um dossiê documental com muitas páginas, e um resumo de alta para cada internamento.

No modelo automático, feito exclusivo por máquinas, os robôs geralmente analisam os documentos extraindo os termos de maior ocorrência e excluindo o que chamam de *stop words*, ou seja, palavras sem relevância ou pouco representativas como preposições, artigos, conjunções, advérbios ou ainda as que têm pouca ocorrência. No prontuário do paciente, a indexação automática não pode simplesmente acontecer por meio de ocorrência e recorrência, pois o fato de uma palavra aparecer muitas vezes no documento não é capaz de significar que essa seja a mais adequada e suficiente para a representação. Um exemplo claro, encontramos no prontuário 3, no qual a palavras “hipertensão” se repete no resumo de alta, no entanto esse não é o motivo da internação do paciente, mas uma doença crônica que ele possui. Nesse caso a decorrência das palavras não é capaz de ser utilizada como metadado da pesquisa, isso porque temos em realidade um fator que é negado pelo paciente, se observamos que a palavras “nega” antecede a palavra “hipertensão”. Isso justifica também porque a utilização da técnica de exclusão das *stop words* também não é aplicável ao prontuário, já que as preposições e palavras consideradas sem relevância farão diferença nesse caso.

No processo semiautomático, temos a combinação entre os dois modelos anteriores, com a interação humana com os sistemas de recuperação da informação. Os sistemas fazem uma análise prévia e selecionam os assuntos/palavras que mais aparecem no documento e o indexador faz um filtro observando as adequações necessárias. Esse modelo possibilita uma forma de controle de qualidade, no entanto a seleção inicial dos assuntos também precisa ser guiada pela intervenção humana. Aplicando ao prontuário, acreditamos que o primeiro passo é estabelecer as categorias de informação para que a máquina entenda o que deve procurar em seguida o banco de dados devem possuir regras que extraiam os assuntos por meio dos sintagmas e por fim apresentar uma espécie de ontologia para relacionar os conceitos. Após esse processamento, caberia a intervenção humana para considerar correta ou não a construção da indexação feita de forma automática.

Outro ponto relevante é a aplicação da indexação por extração ou atribuição, ou seja, retirados do próprio documento ou de outra fonte que não seja o mesmo. De acordo com Bentes Pinto (2002, p. 65),

No caso dos conceitos palavras-chave, eles podem ser extraídos do documento mesmo ou ainda atribuídos à partir de outras fontes, como por exemplo as Linguagens Documentárias (LD's). Em contrapartida, os sintagmas ou as frases só podem ser extraídos do documento mesmo, portanto em uma linguagem natural (LN).

No caso dos prontuários, os diagnósticos devem ser apresentados de acordo dos os termos especializados da área de saúde, dessa forma a indexação será feita pela extração sintagmática. No entanto esses sintagmas não se apresentam em linguagem natural, mas sim já traduzidas para uma linguagem especializada, como foi dito anteriormente, de acordo com a CID-10. Esse fato evidencia a dificuldade em aplicar as técnicas da indexação para documentos tradicionais ao prontuário do paciente, pelo fato de se apresentarem estruturalmente de forma totalmente distinta. No entanto a compreensão desse fato possibilita a adaptação e criação de uma proposta que discuta e inove a prática da indexação para aplicação ao prontuário.

Lancaster (2004) apresenta em seus estudos, as possibilidades quanto à dimensão da indexação, tratando-se da exaustividade e especificidade (seletividade). “A indexação exaustiva implica o emprego de termos em número suficiente para abranger o conteúdo temático do documento de modo bastante completo.” (LANCASTER, 2004, p. 27) A exaustividade procura extrair o maior número de conceitos de um documento, tentando indexá-lo da forma mais completa possível, porém, apresentando também os assuntos periféricos do documento, que certas vezes não atendem a especialidade temática que o

usuário procura. Fazendo com o que sistema de recuperação de informações apresente um alto nível de revocação³ e baixa precisão⁴.

A indexação seletiva “implica o emprego de uma quantidade muito menor de termos, a fim de abranger somente o conteúdo temático principal.” (LANCASTER, 2004, p. 27) Resultando no aumento da capacidade de precisão do sistema de recuperação de informação, e baixando a revocação. Nesse princípio “um tópico deve ser indexado sob o termo mais específico que o abranja completamente” (LANCASTER, 2004, p. 34).

De acordo com Lancaster (2004) a escolha da dimensão da indexação deve ser considerada para a construção de um sistema de informação, o que não é diferente quando aplicamos aos prontuários. Devem ser considerados a extensão dos registros quanto a exaustividade e especificidade. A exaustividade propõe que sejam extraídos a maior quantidade de indexadores possíveis, gerando grande quantidade de pontos de acesso, para o prontuário, acreditamos que essa abordagem pode ser utilizada para os diagnósticos secundários, no qual há doenças diferentes que o paciente apresentou. O mesmo acontece na categoria de sintomas.

Apensar de limitada, a especificidade apresenta “a profundidade com a qual o conteúdo de um documento é tratado” (BENTES PINTO, 2000, p. 66), o que fará a recuperação da informação mais eficaz na área da saúde, por estamos lidando com informações especializadas, e que embasam a comunicação entre profissionais da área da saúde. Esse princípio beneficiaria a indexação pelo diagnóstico principal, da qual a indexação pode ser feito pelo diagnóstico definitivo registrado pelo médico no prontuário.

Nossa proposta visa indicar as diretrizes iniciais para a aplicação da indexação com vista na recuperação da informação, seja no prontuário em papel ou eletrônico, pois entendemos que independente do suporte, a contribuição do estudo dos princípios teóricos pode ser amplamente aplicados, pois acreditamos que só podemos construir um modelo eficaz de recuperação da informação tem por base esses princípios elementares, mas que impactam significante no resultado que processamento do sistema de informações oferecerá.

Diante dos aspectos discutidos com vista na aplicação da indexação do prontuário do paciente chegamos ao seguinte resultado: **A indexação deverá ser feita por meio da extração de sintagmas, de forma semiautomática, considerando o princípio da exaustividade.**

A escolha definição desses princípios para o processo indexação de documentos

³ “[...] capacidade de recuperar documentos úteis” (LANCASTER, 2002, p. 4)

⁴ “[...] capacidade de evitar documentos inúteis” (LANCASTER, 2002, p. 4)

deverão ser compilados na elaboração de uma Política de Indexação aplicado ao prontuário do paciente, sendo de responsabilidade da organização de saúde a sua atualização de acordo as necessidades de recuperação de informação. A política de indexação é “um conjunto de procedimentos, materiais, normas e técnicas orientadas por decisões que refletem a prática e princípios teóricos da cultura organizacional de um sistema de informação” (LEIVA; FUJITA, 2012, p. 22). Abrangendo os documentos a serem indexados, os procedimentos de análise e representação de assunto, aspectos qualitativos da indexação como precisão, especificidade, exaustividade e revocação instrumentos de controle de vocabulário (linguagem documentária ou natural) e avaliação pela consistência e recuperação. A construção de uma política de indexação deve respeitar aspectos próprios do documento e da organização, bem como as determinações dos instrumentos de indexação que serão utilizados, como é o caso das linguagens de indexação.

Em nível de investigação verificamos se havia algum documento que se assemelhasse a uma política de indexação para o prontuário, entretanto não nos surpreendeu o fato a ausência de qualquer documento semelhante a essa prática.

6.2.1 CODIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

A segunda etapa da indexação proposta por Lancaster (2004, p. 14) é a tradução, que segundo o autor “envolve a conversão da análise conceitual de um documento num determinado conjunto de termo de indexação”. Assim como discutimos anteriormente a indexação no prontuário será por extração dos sintagmas que estão registrados nos diagnósticos dos resumos de alta. Na área da saúde, a prática da codificação do prontuário acontece por meio da CID-10, atividade que acreditamos que é equivalente a tradução na indexação. Diante disso apresentamos os resultados e fazemos nossa análise partindo desse pressuposto.

O processo de codificação refere-se à atribuição de representações por meio de códigos que venham a servir de pistas para a recuperação da informação. Pacheco, Nohama e Schulz (2013, p. 95) afirmam que “a utilização de processos de codificação pode incrementar a eficiência da comunicação eletrônica e o processamento das informações clínicas, melhorando a qualidade dos dados armazenados.” A codificação é feita com a utilização de uma linguagem documentária ou classificação, no caso da área da saúde a CID-10 é a mais utilizada para os prontuários.

De acordo com Vicente (2012, p. 27),

Podemos definir la codificación con la Clasificación Internacional de [...] como un proceso de análisis documental (indización y codificación) mediante el que, tras analizar la información contenida en uno o varios documentos en lenguaje natural (en nuestro caso el informe de alta, no la historia clínica), se selecciona la información relevante para traducirla a un lenguaje normalizado. Esta traducción debe reflejar de la manera más fiel posible lo acontecido en el episodio a codificar.

Nesse mesmo sentido Acedo Gutiérrez et al. (2015, p. 146) afirma que,

La codificación es el proceso por el cual la información de una fuente es convertida en símbolos para ser comunicada. Así, la codificación clínica permite unificar y homogeneizar el lenguaje que se utiliza para definir las diferentes categorías nosológicas y los procedimientos. A través de la asignación de un código a una enfermedad, se intenta que los profesionales normalicen el lenguaje que se utiliza en la práctica clínica, es decir que “se llame a lo mismo con el mismo nombre”.

A codificação tem o papel de possibilitar, por meio do uso de uma linguagem controlada, a padronização dos termos mediante a adoção dos códigos correspondentes encontrados na CID-10. Consideramos que para a atribuição dos códigos é preciso compreender a estrutura das informações contidas nos prontuários a fim de construir categorias de informação para a determinação das codificações. Tendo como base essas estruturas das regras para a atribuição das codificações devem ser pré-estabelecidas pelo SAME em consonância com a Comissão de Prontuários das organizações de saúde.

A proposta apresentada por Vicente (2012) considera que para a codificação de prontuários é necessário, primeiramente, a identificação dos diagnósticos e procedimentos que serão utilizados para a atribuição dos códigos. De acordo com o autor devem ser analisados os documentos: relatórios de assistência e emergência, folhas de anamnese e exame clínico, ficha de procedimentos, relatos em geral (anatomia patológica, radiologia e outros) e evolução. Já o segundo momento é feito o levantamento dos diagnósticos e procedimentos principais e secundários. “El paso fundamental para una correcta interpretación del episodio es distinguir los conceptos de diagnóstico y procedimiento principal y los secundarios [...]” (VICENTE, 2012, p. 29). Segundo o autor serão observadas as seguintes condições: evolução clínica, tratamento terapêutico, procedimentos diagnósticos e cuidados da enfermagem e os resumos de alta.

Percebemos aí, a primeira semelhança entre a proposta de codificação e a de indexação, quando Vicente (2012) afirma que a identificação dos diagnósticos é o princípio para a codificação, assim como na indexação são identificados os termos que melhor representam os conteúdos visando a recuperação da informação. Bem como mostramos na análise documentária, é fundamental conhecer a estrutura do documento e fazer a leitura dos

pontos principais. Outro fator relevante é a distinção entre diagnóstico principal e secundário pela área da saúde e as regras aplicadas a codificação.

De acordo com a Portaria nº 1.324, de 27 de novembro de 2014, os conceitos de diagnóstico principal e secundário, considerando as definições do Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos Estados Unidos da América e a CID-10, com a necessidade de aperfeiçoar a qualidade das informações para o Banco de Dados Nacionais do SUS, em seus Artigos 2º e 3º normatiza:

Art. 2º Fica definido que Diagnóstico Principal é a condição estabelecida após estudo de forma a esclarecer qual o mais importante ou principal motivo responsável pela admissão do paciente no hospital.

§ 1º Considerando que o diagnóstico primário reflete achados clínicos descobertos durante a permanência do paciente, ele pode ser diferente do diagnóstico de admissão.

§ 2º No caso de realização de cirurgias múltiplas a principal patologia encontrada deve ser registrada como CID principal, enquanto as demais patologias que determinaram as cirurgias devem ser registradas como CID secundários, sem prejuízo das demais informações.

Art. 3º Fica definido que Diagnóstico Secundário são todas as condições que coexistem no momento da admissão, que se desenvolvem durante o período de internamento ou que afetem a atenção recebida e/ou o tempo de permanência no hospital.

§ 1º Doenças pré-existentes, que não têm qualquer influência sobre a atual internação, não devem ser registradas.

Conforme podemos perceber nesses dois artigos o diagnóstico principal é o motivo da admissão do paciente, ou seja, a informação mais importante e que pode caracterizar a sua admissão a uma organização de saúde. Por isso deve ser codificado como o termo de maior relevância (correspondente a doença). Acreditamos que da mesma forma que essa doença será o diagnóstico principal, recebendo um código da CID-10, ela também poderá ser o assunto do prontuário daquela internação. No prontuário 3 encontramos o seguinte diagnóstico principal: DPOC exacerbada por infecção respiratória, nossa primeira percepção é em relação a sigla, pois no momento da codificação a CID-10 não apresenta as siglas, mas sim o nome completo da doença. Nesse caso, considerando que tanto na indexação quanto na codificação, inicialmente procuraríamos o significado da sigla, para somente depois fazermos a tradução para a nomenclatura adequada de acordo com a CID-10, já que essa é a classificação de assunto especializada na área da saúde, no chegaríamos aos termos:

J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior.

J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada.

J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica.

J44.9. Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada.

Nesse caso, considerando os princípios para indexação discutidos anteriormente, utilizaríamos o sintagma “doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior”. Sob o ponto de vista da codificação o médico ou outro codificador, atribuiria a codificação principal J44.0, ou a que entendesse ser mais apropriada considerando os achados clínicos. Ressaltamos que a dificuldade em codificar está na ausência do registro de informações padronizadas por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os diagnósticos devem ser padronizados de acordo com a CID-10.

Quanto ao diagnóstico secundário, não encontramos nos prontuários que analisamos qualquer diferenciação entre o principal e o secundário, o que não nos possibilita distinguir entre os diagnósticos apresentados, no entanto, analisando os conceitos definidos pela Portaria nº 1.324, de 27 de novembro de 2014, nos permitimos algumas inferências analisando os resumos de alta que encontramos nos três prontuários. Os prontuários pesquisados apresentam no resumo de alta a expressão “diagnóstico definitivo” que acreditamos ser equivalente ao diagnóstico principal.

Identificamos um total de onze resumos de alta, sendo que seis estavam em branco ou incompleto, vamos mostrar os resultados e discussão por meio de quadros que elaboramos com os seguintes campos: diagnóstico definitivo, descrição exata das informações que encontramos nos prontuários; tradução, termo verbal a ser utilizado na nossa proposta de indexação; e codificação, código atribuído por nós de acordo com a CID-10 e o diagnóstico definitivo. A identificação dos códigos foi atribuída de conforme a consulta a CID-10 online (<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>).

No prontuário 1 apresenta três resumos de alta, dois um em branco, e um preenchido, do qual apresentava apenas um diagnóstico principal. Tivemos muita dificuldade em identificar a codificação correta para o diagnóstico “DPOC exacerbada por infecção respiratória” uma vez que a sigla DPOC refere-se a “Doença pulmonar obstrutiva crônica” há na CID-10 duas possibilidades, como apresentamos no quadro 5.

Quadro 5 – Codificação do Prontuário 1.

	Diagnóstico Definitivo	Tradução	Codificação-CID10
Prontuário 1 - Resumo de alta 1	DPOC exacerbada por infecção respiratória	Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior	J44.0
		Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada	J44.1

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

De acordo com a CID-10 (Figura-9) a “Doença pulmonar obstrutiva crônica” está no capítulo X -Doenças do aparelho respiratório (J00-J99), mais propriamente dito em outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, no qual encontramos:

Figura 9 - Doença pulmonar obstrutiva crônica na CID-10.

	<p>J44.0 Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior <i>Exclui:</i> com influenza [gripe] (J09-J11)</p>
	<p>J44.1 Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada</p>
	<p>J44.8 Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica Bronquite crônica: <ul style="list-style-type: none"> • asmática (obstrutiva) SOE • enfisematosa SOE • obstrutiva SOE <i>Exclui:</i> com infecção aguda do trato respiratório inferior (J44.0) com exacerbação aguda (J44.1)</p>
	<p>J44.9 Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada Doença obstrutiva crônica (do) (das): <ul style="list-style-type: none"> • pulmão SOE • vias aéreas SOE </p>

Fonte: CID-10.

Considerando que sem o diagnóstico registrado no prontuário, não é possível definirmos ao certo a codificação, pois não há na CID-10 uma doença exatamente igual a descrita pelo médico no prontuário. De acordo com uma pesquisa que fizemos paralelamente na internet, percebemos que poderíamos utilizar as codificações J44.0 com um termo mais geral, ou ainda J44.1, como os que mais se aproximam e se assemelham ao diagnóstico atribuído pelo médico (Figura 9). Isso mostra a complexidade da prática da codificação assim com a tradução dos assuntos na indexação, uma vez que mesmo a indexação sendo por extração, é dificultoso definir o termo que melhor representa o documento. Partindo desse ponto, a indexação possibilita atribuição de outros sintagmas aos documentos em forma a complementar a informação para a recuperação da informação.

No prontuário 2 encontramos três resumos de alta, dois preenchidos e um em branco. Um achado particular no resumo de alta 1 foi a identificação de um sintoma em vez de diagnóstico, “Crise Hipertensiva” não se caracteriza como uma informação referente ao diagnóstico principal ou definitivo, esse é na verdade um sintoma, que embora possa ser classificado na CID-10 como sintoma, não se aplica ao objetivo da nossa análise, por tanto não se aplica na categoria sintoma (Quadro 6). O mesmo acontece na indexação, quando

encontramos uma palavra que não expressa o valor informacional do documento, mas que na verdade sugere uma de suas características.

Quadro 6 – Codificação do Prontuário 2.

	Diagnóstico Definitivo	Tradução	Codificação-CID 10
Prontuário 2 - Resumo de alta 1	IRC	Insuficiência Renal Crônica	N18
	Crise Hipertensiva	Não se aplica	Sintoma
	EAP	Edema agudo pulmonar	J81
Prontuário 2 - Resumo de alta 2	Hipertensão arterial sistêmica maligna	Hipertensão secundária a outras afecções renais	I15.1
	Insuficiência renal (crônica)	Insuficiência Renal Crônica	N18
	Nefropatia hipertensiva	Doença renal hipertensiva com insuficiência renal	I12.0

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Quanto a codificação do segundo resumo de alta do prontuário 2, foi possível localizar os códigos correspondentes aos diagnósticos. No entanto, não temos como distinguir entre diagnóstico principal e secundário, pois não há nenhuma indicação no próprio prontuário em relação a essa distinção. Para que fosse possível identificar o principal e o(s) secundário(s), seria necessário voltar ao Registro de Anamnese e Evolução Clínica, com o intuito de saber o conjunto de sintomas e sinais apresentados pelo paciente e assim chegar ao diagnóstico, no entanto essa é uma prática própria do raciocínio médico, não cabendo a nós, por não termos a competência necessária para tal atividade.

No prontuário 3, encontramos cinco registros de resumo de alta, no entanto, somente dois preenchidos, dos quais identificamos as codificações abaixo (Quadro 7).

Quadro 7 – Codificação do Prontuário 3

	Diagnóstico Definitivo	Tradução	Codificação-CID10
Prontuário 3 - Resumo de alta 1	LES	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)	M32
	Nefrite	Nefrite	Não identificada
Prontuário 3 - Resumo de alta 2	IRC	Insuficiência Renal Crônica	N18
	LES	Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)	M32
	Confecção de FAV	Procedimento	Não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O que chamou nossa atenção nessa análise, foi o diagnóstico “nefrite” escrito de forma isolada, sem predicação de sua propriedade, fazendo com que não fossemos capazes de identificar a codificação adequada, por falta de informações complementares a esse diagnóstico. Quando pesquisamos pelo termo “nefrite” na CID-10, obtivemos os diversos resultados (Figura 10), portanto não conseguimos efetuar tal codificação.

Figura 10 - Busca por "nefrite" CID-10.

Codigo	Descricao
N002	Síndrome nefrítica aguda - glomerulonefrite membranosa difusa
N003	Síndrome nefrítica aguda - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N004	Síndrome nefrítica aguda - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
N005	Síndrome nefrítica aguda - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
N007	Síndrome nefrítica aguda - glomerulonefrite difusa em crescente
N012	Síndrome nefrítica rapidamente progressiva - glomerulonefrite membranosa difusa
N013	Síndrome nefrítica rapidamente progressiva - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N014	Síndrome nefrítica rapidamente progressiva - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
N015	Síndrome nefrítica rapidamente progressiva - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
N017	Síndrome nefrítica rapidamente progressiva - glomerulonefrite difusa em crescente
N022	Hematúria recidivante e persistente - glomerulonefrite membranosa difusa
N023	Hematúria recidivante e persistente - glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa
N024	Hematúria recidivante e persistente - glomerulonefrite proliferativa endocapilar difusa
N025	Hematúria recidivante e persistente - glomerulonefrite mesangiocapilar difusa
N027	Hematúria recidivante e persistente - glomerulonefrite difusa em crescente

Fonte: CID-10 (<https://www.cid10.com.br/buscadescr?query=nefrite>).

Outro achado surpreendente foi o termo “confeção de FAV” como diagnóstico definitivo, pois se trata de um procedimento para realização de hemodiálise, portanto não pertence a categoria de diagnóstica e por não ser nem uma doença e nem um sintoma, não há como codificar com a CID-10.

Dos resumos de alta que analisamos, percebemos o quanto é difícil a aplicação das técnicas de tradução e codificação devido as informações se apresentarem de forma incompleta, bem como por não conhecermos os termos técnicos utilizados pela área da saúde. No entanto, ficam evidentes as semelhanças com a indexação de assunto no que concerne a tradução dos assuntos para a construção das representações. Ressaltamos que há ainda

necessidade de estudar profundamente esse assunto em paralelo com as estrutura da CID-10, que mesmo por estarmos familiarizados com classificações, percebemos que essa se diferencia em diversos aspectos das tradicionais Classificação Decimal de Dewey e Classificação Decimal Universal utilizadas na Biblioteconomia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo inicial dessa pesquisa foi apresentar as contribuições da representação temática da informação para o prontuário do paciente, tendo por base a utilização da CID-10 para a codificação do prontuário. Vimos que a indexação do prontuário do paciente merece um estudo profundo, já que as técnicas aplicadas aos documentos tradicionais precisam de ajustes para que se tornem possíveis nesse documento. Isso porque não identificamos na literatura muitas pesquisas na área de Ciência da Informação que proponham relacionar as teorias de tratamento temático da informação com o prontuário do paciente ou qualquer outro documento arquivísticos de saúde. Geralmente as pesquisas estão voltadas para a indexação de documentos científicos, literários e documentos iconográficos.

A compreensão das estruturas do prontuário nos deram subsídios necessários para entender a lógica de registro das informações, bem como possibilitou que pudéssemos chegar à conclusão que o resumo de alta é um documento que apresenta de forma resumida os principais dados da internação do paciente e as ações nele empreendidas até a sua saída da organização de saúde. Com isso, apontamos que a indexação pode ser feita utilizando as informações do resumo de alta, sendo o diagnóstico o termo capaz de representar o prontuário sob o ponto de vista da equipe de saúde. Dessa forma a principal contribuição dessa pesquisa é a discussão entre as etapas da indexação e a codificação do prontuário, que entendemos como atividades equivalentes. Portanto, entendemos que respondemos a nossa questão de partida: **Como os estudos em Representação Temática da Informação podem contribuir para a prática da indexação no prontuário do paciente, considerando o uso da codificação com a CID-10?**

Com o estudo detalhado dos registros de anamnese, evolução e resumos de alta, foi possível perceber que algumas das informações se repetem nessas estruturas, isso porque cada uma delas possui uma função diferente e são de certa forma complementares. Assim, fica claro para nós que o resumo de alta é o que apresenta as informações de forma sucinta e eficaz capaz de substituir a leitura dos demais documentos para indexação. Mais propriamente dito os diagnósticos são os assuntos do prontuário, sejam os principais ou secundários.

Com relação aos nossos objetivos específicos de pesquisa consideramos que os resultados do estudo nos autorizam a afirmar que as contribuições dos estudos de representação temática da informação trazem contribuições para serem aplicadas a indexação de prontuários do paciente. No que diz respeito a Mapear as estruturas, físicas e lógicas do prontuário do paciente, visando a representação temática desses documentos, com melhor

qualidade, o estudo empírico evidenciou que essas estruturas fornecem subsídios que contribuem para a qualidade da indexação (codificação) de prontuários haja vista que é nelas que identificamos melhor os sintagmas, principalmente, na estrutura lógica e física dos resumos de alta

No que diz respeito ao objetivo de traçar um paralelo entre as etapas da indexação com a codificação do prontuário do paciente, as etapas de codificação do prontuário são exatamente as mesmas da indexação de outros documentos, claro observando-se o controle de qualidade para que erros não venham a acontecer.

Salientamos que a realização desta pesquisa, foi um dos maiores desafios que enfrentei, pois, mesmo com todo planejamento para a sua realização, nos deparamos com a grande dificuldade de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e o Hospital Walter Cantídio, o que nos rendeu muitas visitas presenciais e edições das documentações exigidas. A demora em obter aprovação ou mesmo resposta via Plataforma Brasil, atrapalharam muito a realização da pesquisa. Mesmo com todas as garantias e baixos riscos da pesquisa, aguardamos cerca de 6 meses para que fosse autorizada a consulta aos prontuários.

Diante desse fato e devido a exiguidade do tempo, deixamos de cumprir o objetivo de propor as diretrizes para indexação do prontuário com base na prática de codificação com a CID-10.

Finalmente, a conclusão desta pesquisa não encerra a temática, muito pelo contrário, é um fator motivador para darmos continuidade com a produção de artigos ou outros estudos de maior grau em que seja possível propor diretrizes para a indexação de prontuários, mesmo que ao longo desta pesquisa tenhamos tocado nesse assunto.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Brasil: Martins Fontes, 2007.

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. CEE-78. Informática em Saúde – Sumário de alta de internação. 2014.

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 12.676: Métodos para análise de documentos – determinação de seus assuntos e seleção de termos de indexação. Rio de Janeiro, 1992.

ACEDO GUTIERREZ, M. S. et al. **La codificación como instrumento en la gestión clínica de las unidades del dolor**. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [online], v.22, n.4, p.145-158, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462015000400002>. Acesso em: 1 maio 2018.

ANDRADE, Maria Eugênia Albino. Um olhar sobre representação no universo do conhecimento: o caso das micro e pequenas empresas. In: NAVES, Madalena Martins Lopes; KURAMOTO, Hélio. **Organização da informação: princípios e tendências**. Brasília, DF: Briquet de Lemos Livros, 2006.

ARAÚJO, Carlos Alberto Ávila. Fundamentos da Ciência da Informação: corrente teóricas e o conceito de informação. **Perspectivas em Gestão e Conhecimento**, João Pessoa, v. 4, n.1, p. 57-79, jan./jun. 2014a. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/19120/10827>. Acesso em 9 abr. 2018.

ARAÚJO, Carlos Alberto Ávila. O que é Ciência da Informação. **Inf. Inf.**, Londrina, v.19, n.1, p. 01-30, jan./abr. 2014b. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/15958/14205>. Acesso em 9 abr. 2018.

AZEVEDO NETTO, C. X. **Arte rupestre no Brasil**: questões de transferência e representação da informação como caminho para interpretação. 2001. 328 f. Tese (Doutorado)- ECO/UFRJ-DEP/IBICT, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://ridi.ibict.br/bitstream/123456789/684/1/carlosnetto2001.pdf>. Acesso em: 20 maio 2018.

BARBOSA, A. P. **Teoria e prática dos sistemas de classificação bibliográfica**. Rio de Janeiro: IBBD, 1969.

BEATO FILHO, Claudio Chaves. Práticas de Glosa e Anamnese. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p. 41-53, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v4n1/03.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

BENTES PINTO, Virgínia. **Uso de sintagmas para a representação indexal de informação das anotações de evoluções de prontuário do paciente (USRIANEP)**. Projeto de pesquisa. UFC, 2018.

BENTES PINTO, Virgínia. Indexação documentária: uma forma de representação do conhecimento registrado. **Perspectivas em Ci. Inf.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p.223-234, jul./dez., 2001. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/viewFile/423/239>. Acesso em: 23 jun. 2017.

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

BENTES PINTO, Virgínia; MEUNIER, Jean-Guy; SILVA NETO, Casemiro. A contribuição peirciana para a representação indexal e imagens visuais. **Enc. Bibli. R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, v. 1, n. 25, p. 15-35, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2008v13n25p15>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BENTES PINTO, Virgínia; SOARES, Maria Elias (Orgs.). **Informação para a Área de Saúde: Prontuário do Paciente, Ontologia de Imagem, Terminologia, Legislação e Gerenciamento Eletrônico de Documentos**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

BENTES PINTO, Virgínia; BORGES, Rafael da Rocha; SOARES, Jardel Marcio Lima. Aplicabilidade da categorização em prontuários do paciente visando a recuperação da informação. In: **Semana de Humanidades UFC/UECE/ENCONTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM HUMANIDADES**, 7. 2010, Fortaleza. **Anais...**, Fortaleza: UFC, 2010.

BENTES PINTO, Virgínia; CAMPOS, Henry de Holanda (Orgs.). **Diálogos paradigmáticos sobre informação para área da saúde**. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

BENTES PINTO, V.; SILVA NETO, C. Representação indexal como mediação informal em protuario do paciente. In: BENTES PINTO, Virgínia; CAMPOS, Henry de Holanda (Orgs.). **Diálogos paradigmáticos sobre informação para a área da saúde**. Fortaleza: Edições UFC, 2013.

BENTES PINTO, Virgínia; RABELO, Camila Regina de Oliveira; GIRÃO, Igor Peixoto Torres. SNOMED-CT as Standard Language for Organization and Representation of the Information in Patient Records. **Knowl. Org.**, [S.l.] n.4, p.311-318, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/19136/1/2014_art_vbentespinto.pdf. Acesso em: 8 fev. 2018.

BOCCATO, Vera Regina Casari. Linguagem documentária na representação e recuperação da informação pela perspectiva sociocognitiva em Ciência da Informação. In: BOCCATO, Vera Regina Casari; GRACIOSO, Luciana de Souza. **Estudos de linguagem em Ciência da Informação**. São Paulo: Alínea, 2011. cap. 1.

BORKO, Harold. Information Science: What is it? **American Documentation**, v.19, n.1, p.3-5, Jan. 1968. Tradução livre. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2532327/mod_resource/content/1/Oque%C3%A9CI.pdf. Acesso em: 9 abr. 2018.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n°. 1.638 de 10 de Julho de 2002. **Diário Oficial**, Brasília, 10 jul. 2002. Seção 1, p. 124-5.

_____. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n°. 1.331 de 25 de Setembro de 1989. **Diário Oficial**, Brasília, 25 set. 1989.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial**, Brasília, 1988. Seção 5, p.1.

BRIET, Suzanne. **O que é a documentação?**. Brasília, DF: Brique de Lemos. 2016. Tradução de Maria de Nazareth Rocha Furtado.

BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. **Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BUSH, Vannevar. As we may may think. **Atlantic Monthly**, v.176, n.1, p. 101-108, 1945. Tradução de Fábio Mascarelhas e Silva. Disponível em: <http://www.uff.br/ppgci/editais/bushmaythink.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2018.

CARNEIRO, M. V. Diretrizes para uma política de indexação. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 221-241, set. 1985.

CARVALHO, Lourdes de Freitas. **Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital**. São Paulo: Editora Limitada, 1977.

CAPURRO, Rafael; HJORLAND, Birger. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 148-207, jan./abr. 2007. Disponível em: http://www.capurro.de/conceito_informacao.pdf. Acesso em: 11 mar. 2018.

CESARINO, Maria Augusta da Nóbrega; PINTO, Maria Cristina Mello Ferreira. Análise de Assunto. **R. Bibliotecon.**, Brasília, v.1, n.8, p. 32-43, jun. 1980.

CHAUMIER, Jacques. Indexação: conceito, etapas e instrumentos. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 63-79, 1988. Disponível em: <http://www.brapci.ufpr.br/brapci/v/a/11407>. Acesso em: 22 abr. 2018.

CINTRA, Anna Maria Marques et al. **Para entender as linguagens documentárias**. 2. ed. São Paulo: Editora Polis, 2002.

CRUZ, Carlos Maurício da. A análise morfossintática e o estudo dos sintagmas: sugestões metodológicas. **Palimpsesto**, Rio de Janeiro, n.19, p. 399-413, out./nov. 2014. Disponível em: www.pgletras.uerj.br/palimpsesto/num19/estudos/palimpsesto19estudod01.pdf. Acesso em: 12 maio 2018.

DICIONÁRIO Infopédia de Termos Médicos. **Tratamento**. Porto: Porto Editora, 2019. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/tratamento>. Acesso em: 27 jan. 2019.

DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA. Prontuário. Portugal: Porto Editora, 2010.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. Paciente. 2008-2018. Disponível em: <https://www.dicionarioetimologico.com.br/paciente/>. Acesso em: 1 maio 2018.

ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro. Informação para o monitoramento de risco em Saúde. *In*: BENTES PINTO, Virgínia; CAMPOS, Henry de Holanda (Orgs.). **Diálogos paradigmáticos sobre informação para área da saúde**. Fortaleza: Edições UFC, 2013. p. 91-116.

FRANÇA, Fabiana da Silva. **Formas de redução léxica na redação de resumos de alta em prontuário do paciente visando à indexação e recuperação da informação**. 2016. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2016. Disponível em: http://sigaa.ufpb.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=1871. Acesso em: 19 mar. 2018.

FRANZEN, Cláudio Balduino Souto. Prontuário Médico: obrigação ética e legal. *In:* WEBER, César Augusto Trinta. **O prontuário médico e a responsabilidade civil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. Apresentação.

KOBASHI, Nair Yumiko. Análise documentária e representação da informação. **Informare – Cad. Prog. Pós-Grad. Ci. da Inf.**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 5-27, jul./dez. 1996.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FUJITA, Mariângela Spotti Lopes; RUBI, Milena Polsinelli; BOCCATO, Vera Regina Casari. As diferentes perspectivas teóricas e metodológicas sobre a indexação e catalogação de assuntos. *In:* FUJITA, Mariângela Spotti Lopes; BOCCATO, Vera Regina Casari; RUBI, Milena Polsinelli; GONÇALVES, Maria Carolina (Orgs.). A indexação de livros: a percepção de catalogadores e usuários de bibliotecas universitárias. Um estudo de observação do contexto sociocognitivo com protocolos verbais. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. cap.1, p. 19-42.

FUJITA, Mariângela Spotti Lopes; LEIVA, Isidoro Gil. As linguagens de indexação em bibliotecas nacionais, arquivos nacionais e sistemas de informação na América Latina. *In:* SEMINÁRIO NACIONAL DE BIBLIOTECAS UNIVERSITÁRIAS, 16. 2010, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: UFRJ, 2010. Disponível em: http://eprints.rclis.org/15137/1/Indexing_languages_FUJITA_GIL_LEIVA.pdf. Acesso em: 15 mar. 2018.

FURGERI, Sérgio. **Representação da informação e do conhecimento**: estudo das diferentes abordagens entre a Ciência da Informação e a Ciência da Computação. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – PUCCAMP: Campinas. 2006. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=174. Acesso em: 15 jan. 2018.

GALLIANO, A. Guilherme. **O método científico**: teoria e prática. São Paulo: Editora Harbra Ltda, 1986.

GASPARETTO, Luiz Antonio; VALCAPELLI. **Metafísica da Saúde**: sistema nervoso. São Paulo: Editora e Gráfica Vida e Consciência, 2000. v. 4.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. de administração de empresas**, Rio Claro, n. 3, v. 35, maio/jun. 1995. Disponível em:

http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/392_pesquisa_qualitativa_godoy2.pdf. Acesso em: 5 maio 2018.

GOMEZ DE GONZALEZ, Maria Nelida. Metodologia de Pesquisa no campo da Ciência da Informação. **DataGramZero**, [S.l.], n. 6, v.1, p. 1-11, dez. 2000. Disponível em: <http://ridi.ibict.br/bitstream/123456789/127/1/GomesDataGramZero2000.pdf>. Acesso em 7 maio 2018.

_____. O domínio das informações em Saúde. In: BENTES PINTO, Virgínia; CAMPOS, Henry de Holanda (Orgs.). **Diálogos paradigmáticos sobre informação para área da saúde**. Fortaleza: Edições UFC, 2013. p. 29-64.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

HESSEN, Johannes. **Teoria do Conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LANCASTER, F. W. **Indexação e resumos: teoria e prática**. Tradução de Antonio Agenor Briquet de Lemos. 2. ed. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.

LARA, Marilda Lopes Ginez de. Linguagens documentárias, instrumentos de mediação e comunicação. **R. bras.Bibliotecon. E Doc.**, São Paulo, v.26, n.1/2, jan./jun. 1993. Disponível em: <http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/0000002164/4c9bb5b6e84069769ae4964d8a8fba25> . Acesso em: 5 fev. 2018.

LE COADIC, Yves François. **A Ciência da Informação**. Brasília: Briquet de Lemos, 1996. Tradução de Maria Yêda F. S. de Filgueiras.

LEIVA, Isidoro Gil; FUJITA, Mariângela Spotti Lopes. **Política de indexação**. Cultura Acadêmica: Marília, 2012.

LOPES, Antonio Alberto. **Prontuário Orientado por Problemas e Evidências (POPE): o contexto do SOAP**. Bahia: Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, 2006. Disponível em: https://03474d2d-a-62cb3a1a-s-sites.googlegroups.com/site/medicinaufs/monitoria/caio/POPE%20-%20MANUAL.pdf?attachauth=ANoY7cpgbPsHhm0h5GIUzToZXRv1GUSVvkhPsQBdTdjH9vyw4-ZsrIYWLiKAmhxxnUoyop_s7b3qI77IeUphNNQJOrEaKjNM9sdcw26YKtH-6GRaVd4XF8qxJDsx21alpxLENYAqwKFA8-

btW5IPWZWB6AL1sXPrSnGgq5Kuyh07XL6_mDS0DFMNBCShUBYL88EgoYugvCx9nb QJPDz0HIh8f_82k7aLGe6g9ZWt35qnOINH06q4w%3D&attredirects=1. Acesso em: 23 dez. 2018.

MAKOWIECKY, Sandra. Representação: a palavra, a idéia a coisa. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.s**, Florianópolis, v.4, n.57, 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/2181/4439>. Acesso em: 20 maio de 2018.

MARIN, Heimar F. O prontuário eletrônico do paciente: considerações gerais. In: BENTES PINTO, Virgínia; SOARES, Maria Elias (Org.). **Informação para a área de saúde**. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

MASSAD, Eduardo; MARIN, Heimar de Fátima; AZEVEDO NETO, Raymundo Soares de.(Org.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

MASSAD, Eduardo; ROCHA, Armando Freitas da. A construção do conhecimento médico. In: MASSAD, Eduardo; MARIN, Heimar de Fátima; AZEVEDO NETO, Raymundo Soares de.(Org.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003. cap. 2.

MCGARRY, Kevin. O contexto dinâmico da informação: uma análise introdução. Brasília: Briquet Lemos, 1999.

MERTON, R. K. **Sociologia: teoria e estrutura**. São Paulo: Mestre Jou, 1968.

MEZZOMO, Augusto Antonio. **Serviço do Prontuário do Paciente**. São Paulo: Cedas, 1977.

MOREIRA, Adeli Gomes. **Prontuário eletrônico do paciente (PEP): ferramenta de sistematização e socialização da informação no campo da saúde**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009. Originalmente apresentada como monografia de graduação, Universidade Federal do Ceará, 2009.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**. 8. ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 2003.

NICOLE, Beraldo. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/1073-prontuario-eletronico-chega-a-57-milhoes-de-brasileiros>. Acesso: 1 maio 2018.

NOVAES, H. M. D. A evolução do registro médico. *In*: _____. **O Prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: USP, 2003.

NUBILA, Heloisa Brunow Ventura Di; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, n.11, p. 324-335, 2008. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/13401/art_DI_NUBILA_O_papel_das_Classificacoes_da_OMS-CID_e_2008.pdf?sequence=1. Acesso em: 05 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

_____. **Classificação Internacional de Doenças**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>. Acesso em: 5 fev. 2018.

_____. **Perguntas e respostas: revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID)**. 2018. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5574:perguntas-e-respostas-revisao-da-classificacao-internacional-de-doencas-cid&Itemid=875. Acesso em: 8 fev. 2018.

ORTEGA, Cristina Dotta. Surgimento e consolidação da Documentação: subsídios para compreensão da história da Ciência da Informação no Brasil. **Perspectivas em Ciência da Informação**, [S.l], v.14, número especial, p. 59-79, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pci/v14nspe/a05v14nspe.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. O conceito de documento em abordagem bibliográfica segundo as disciplinas constituintes do campo. **InCID: R. Ci. Inf. E Doc.**, Ribeirão Preto, v.7, n. esp., p. 41-64, ago. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/118749/116233>. Acesso em: 22 abr. 2018.

PACHECO, Edson José; NOHAMA, Percy; SCHULZ, Stefan. Codificação de narrativas clínicas para uma ontologia de domínio. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, n.15, v.2, p.94-104, abr/jun., 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5680/4127>. Acesso em: 1 maio 2018.

PEIRCE, C. S. **Semiótica**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

PINTO, Francisco José Araújo. A primeira intervenção neurocirúrgica praticada em Portugal. **Rev. Sinapse**, Portugal, n.2, v.2, p.54-56, 2002.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimentos metodológicos para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, n.29, p.318-25, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10>. Acesso em: 5 maio 2018.

PORTAL da Educação. Anamnese. 2018. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/anamnese/47539>. Acesso em: 20 dez 2018.

PROAHSA. Manual de organização e procedimentos hospitalares. São Paulo, FGV/EAESP/HC/FMSP, 1987.

RÉA-NETO, A. Raciocínio clínico: o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. *Rev. Ass. Med. Brasil*, [S.l.], n. 44, v. 4, p. 301-311, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v44n4/1898.pdf>. Acesso em: 7 maio 2018.

ROBREDO, Jaime. Do documento impresso à informação nas nuvens: reflexões. **Liinc. em Revista**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 19-42, mar. 2011. Disponível em: <http://revista.ibict.br/liinc/article/view/3287>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SALVADOR, Valéria Farinazzo Martins; ALMEIDA FILHO, Flávio Guilherme Vaz de. Aspectos Éticos e de Segurança do Prontuário Eletrônico do Paciente. In: JORNADA DO CONHECIMENTO E DA TECNOLOGIA, 2., 2005, Marília. **Anais...** Marília: UNIVEM, 2005. Disponível em: <http://consulterpep.webnode.com.br/news/aspectos%20eticos%20e%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20prontuario%20eletronico%20do%20paciente/>. Acesso em: 17 mar. 2018.

SARACEVIC, Tefko. Ciência da Informação: origem, evolução e relações. **Perspec. Ci. Inf.**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 41-62, jan./jun. 1996. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/235/22>. Acesso em: 9 abr. 2018.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. [S.l.: S.n.], 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOUNIS, Emilio. **Organização de um Serviço de Arquivo Médico e Estatística: SAME.** São Paulo: McGraw-Hill, 1975.

SIGNIFICADOS. Significado de Paciente. 2011 – 2018. Disponível: <https://www.significados.com.br/paciente/>. Acesso: 1 maio 2018.

SILVA, Armando Malheiro da; RIBEIRO, Fernanda. **Das “Ciências Documentais” à Ciência da Informação: ensaio epistemológico para um novo modelo curricular.** Porto: Edições Afrontamento, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMATICA PARA A SAUDE. **Cartilha sobre prontuário eletrônico do paciente: certificação de sistemas de registro eletrônico em saúde.** 2012. Disponível em: http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha_SBIS_CFM_teste/cbhpm/instrucoesgerais_cbhpm2010.pdf. Acesso em: 1 maio 2018.

TOGNOLI, Heitor. Registro clínico orientado por problemas (RCOP): origem e definição. 2017. Disponível em: <https://blog.communicare.med.br/registro-clinico/>. Acesso em: 27 dez. 2018.

TOGNOLI, Heitor. Como usar o método SOAP: guia absolutamente completo. 2018. Disponível em: <https://blog.communicare.med.br/metodo-soap/>. Acesso em: 27 dez. 2018.

TOUTAIN, L. B. Representação da informação visual segundo a ontologia e a semiótica. *In: _____*. Para entender a ciência da informação. Salvador: EDUFBA, 2007.

VARGAS, Dóris Fraga; LAAN, Regina Helena Van Der. A contribuição da terminologia na construção de linguagens documentárias como os tesouros. **Rev. Biblios.**, Rio Grande, v.25, n.1, p.21-34, jan./jun.2011. Disponível em: <http://www.brapci.ufpr.br/documento.php?dd0=0000011558&dd1=7fad5> . Acesso: 03 mar. 2018.

VICENTE, J. David Lojo. **Clasificación Automática de Documentación Clínica.** 2012. 155 f. Tese (Doutorado em Ciência da Computação e Inteligência Artificial) – Universidade da Coruña, Curuña, 2012. Disponível em: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10051/LojoVicente_JDavid_TD_2012.pdf?sequence=5. Acesso em: 1 maio 2018.

VIEIRA, Simone Bastos. Indexação automática e manual: revisão de literatura. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 17, n.1, p. 43-57, jan./jun.,1988. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12901/1/ARTIGO_IndexacaoAutomaticaManual.pdf . Acesso em: 25 maio. 2018.

VIVANCO, Cintia Ribeiro; MARIN, Heimar. RES – PEP – PPS: Evolução e o novo paradigma sobre a responsabilidade na gestão do cidadão. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 11., 2008, São Paulo. **Anais eletrônicos...**São Paulo: SBIS, 2008. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/>. Acesso em: 31 mar. 2018.

WEBPALESTRA: Registro médico orientado por problemas para além do SOAP. Palestrante Marcello Dala Bernardina Dalla. Espírito Santo: Telessaúde, 2018. 1 vídeo aula (48 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jaPQOhssRe0>. Acesso em: 30 dez. 2018.

WIKCIONÁRIO. **Representação**. Disponível em: <https://pt.wiktionary.org/wiki/representa%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 20 maio 2018.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO TEMÁTICA DA INFORMAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA INDEXAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Pesquisador: Camila Rabelo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02895318.9.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.119.158

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Pós - Graduação em Ciência da Informação e pretende criar estratégia para entender a função do uso social particular da indexação dos prontuários, propõe diretrizes para a realização da indexação do prontuário do paciente, considerando a estrutura lógica e física dos prontuários, na qual destaca-se a amamnese, evolução clínica e o resumo de alta, sendo este último o que recebe a codificação.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Investigar de que forma as metodologias de Representação Temática da Informação podem contribuir para a representação ou codificação de prontuário do paciente adotando-se a CID-10.

Específicos:

- a) Pesquisar as contribuições dos estudos em Representação Temática da Informação para a área da saúde com o foco na codificação dos prontuários;
- b) Mapear as categorias de informações presentes nos prontuários do paciente levando em consideração a estrutura física e lógica desse documento;
- c) Identificar na CID-10, as codificações referentes aos diagnósticos ou possíveis diagnósticos registrados nos prontuários;
- d) Refletir sobre um protótipo de representação indexal (codificação) de prontuário levando em

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	
Bairro: Rodolfo Teófilo	CEP: 60.430-275
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

Página 01 de 04

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.119.158

consideração os códigos da CID-10, visando o acesso e a recuperação da informação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos, relacionados a perda do sigilo das informações dos participantes e ao desconforto no momento da participação da pesquisa, seja pelo cansaço ou pela falta de informação para responder as questões.

Benefícios: contribuições para o processo de codificação dos prontuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, que abriga a coleção de registros dos pacientes que estão sendo ou foram atendimentos no hospital.

Para a realização dessa pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos:

- Análise de conteúdo de três prontuários do paciente devidamente preenchidos;
- Coleta dos dados relativos ao registro das codificações da CID-10 na anamnese, evolução e resumo de alta;
- Entrevista com os funcionários responsáveis pela gestão documental do prontuários;
- Entrevista com os profissionais de saúde que codificam os prontuários (responsáveis por inserir as CID-10 nos prontuários).

Com base na análise desses dados será elaboração de uma proposta de representação temática da informação para o prontuário do paciente com base na utilização da CID-10. Bem como serão produzidas publicações científicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	08/01/2019		Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.119.158

Básicas do Projeto	ETO_1228963.pdf	22:42:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	08/01/2019 22:37:38	Camila Rabelo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_huufc2.pdf	24/12/2018 13:01:19	Camila Rabelo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_huufc1.pdf	24/12/2018 13:01:08	Camila Rabelo	Aceito
Cronograma	cronograma_3.pdf	18/12/2018 12:23:57	Camila Rabelo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	30/10/2018 21:55:45	Camila Rabelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Apresentacao_do_projeto_de_pesquisa.docx	02/10/2018 21:59:13	Camila Rabelo	Aceito
Orçamento	orcam.pdf	01/10/2018 13:31:08	Camila Rabelo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_utilizacao_dados.pdf	01/10/2018 13:29:32	Camila Rabelo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decla_pesq.pdf	01/10/2018 13:28:02	Camila Rabelo	Aceito
Outros	Carta_aprese.pdf	01/10/2018 13:26:47	Camila Rabelo	Aceito
Outros	Decla_fiel_dep.pdf	01/10/2018 13:24:09	Camila Rabelo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Decla_infr.pdf	01/10/2018 13:22:50	Camila Rabelo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Janeiro de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br