

O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: SUBSÍDIOS PARA SUA INTRODUÇÃO NO HOSPITAL

*Tamara Iwanow Cianciarullo**

CIANCIARULLO, T. I. — O histórico de Enfermagem: subsídios para sua introdução no Hospital. *Rev. Esc. Enf. USP*, 10(2): 219-229, 1975.

A autora apresenta e enfatiza a utilização de um histórico de enfermagem elaborado com a finalidade principal de ser preenchido pelo próprio paciente sob a forma de um questionário.

São abordados os objetivos do processo, os requisitos para um modelo de questionário e as respectivas normas de utilização.

INTRODUÇÃO

A assistência personalizada de enfermagem constitui uma das metas prioritárias de toda a chefia do serviço de enfermagem.

A falta de enfermeiros e de outros profissionais da enfermagem, o desenvolvimento técnico-científico da assistência hospitalar médica e paramédica e as dificuldades relacionadas à comunicação interprofissional, tornam essa personalização da assistência cada vez mais difícil de ser atingida.

“Individualizar a assistência de enfermagem” é o que afirmam os enfermeiros; mas como?

Já tivemos a oportunidade de usar a evolução e a prescrição de enfermagem, bem como de descrever a sua utilização num hospital geral. Será suficiente a utilização desse binômio, independentemente de outros instrumentos que integram o processo de enfermagem? Poderá a prescrição de enfermagem ser mantida se não se basear sistematicamen-

* Auxiliar de ensino da disciplina Fundamentos de Enfermagem da EEUSP.

te em questionários dirigidos essencialmente para a assistência de enfermagem?

Propusemo-nos a responder a essas e outras perguntas, quando estudamos os fatores que nos levaram à tentativa de introduzir sistematicamente um histórico de enfermagem compatível com as demais atividades já hipertrofiadas do enfermeiro e da obstetritz no hospital.

Coletar dados sobre o paciente é o primeiro passo para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem individualizada. Essa coleta fornece dados mais ou menos superficiais, dependendo da extensão do questionário ou formulário a ser aplicado ao cliente ou paciente do hospital.

FATOS QUE NOS LEVARAM A INTRODUIR O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL

Consideramos como fator relevante para a introdução do histórico de enfermagem, no hospital:

— a necessidade de assistência de enfermagem individualizada aos pacientes; essa assistência deve se basear em informações sistematizadas que, por sua vez, provêm do levantamento das necessidades e problemas dos pacientes, levando os enfermeiros e as obstettrizes a diferenciar os pacientes entre si;

— o questionário ou formulário sistematizado de levantamento de dados sobre o paciente é representado pelo histórico de enfermagem, e serve de base para o diagnóstico de enfermagem e para a determinação das prioridades na assistência ao paciente;

— a necessidade de promover melhor relacionamento entre os diversos elementos profissionais da equipe de saúde;

— a necessidade de uma rápida visualização dos problemas de enfermagem do paciente por diversos elementos da equipe de enfermagem, e

— a necessidade de se estabelecer uma base para a avaliação dos cuidados prestados ao paciente.

DEFINIÇÃO DE TERMOS

Personalizar ou *individualizar* — “ressaltar as características de um ser, de tal modo que o transformem num todo em si mesmo mas completamente distinto dos demais”.

Histórico de enfermagem — relação escrita de informações específicas sobre o paciente, provendo dados sobre as suas necessidades ou os seus problemas como base para evolução, prescrição e avaliação da assistência de enfermagem.

OBJETIVOS

Consideraremos os objetivos do histórico de enfermagem:

1) *em relação ao paciente:*

— relacionar dados importantes que sirvam de base na determinação do diagnóstico de enfermagem;

— traduzir o interesse do hospital-instituição no *relacionamento positivo* com o paciente, através da assistência de enfermagem;

— relacionar dados importantes para a sua educação e orientação;

— fornecer dados relacionados à assistência de enfermagem em prováveis internações subseqüentes;

— estabelecer critérios para o atendimento;

— identificar as expectativas que tem quanto à internação;

— fornecer dados sobre os costumes, hábitos relacionados à alimentação, sono, repouso, higiene, eliminações e sobre medicamentos usados e exames feitos antes da internação;

— fornecer dados relacionados ao exame físico sumário, que possam vir a complementar outros exames realizados por outros profissionais; e

— relacionar problemas psico-sociais aparentes que interferiram na assistência de enfermagem.

2) *em relação à equipe de enfermagem:*

— relacionar através de um questionário sistematizado os problemas e necessidades do paciente de uma maneira rápida e eficiente e que sirvam de base para o processo de enfermagem;

— relacionar impressões subjetivas do enfermeiro ou obstetriz sobre o paciente e que possam porventura interferir na assistência de enfermagem.

3) *em relação ao serviço de enfermagem:*

— oferecer bases suficientes para a avaliação da assistência prestada aos pacientes;

— proporcionar elementos para a implantação da auditoria de enfermagem.

4) *em relação a outros profissionais:*

— informá-los sobre as necessidades e os problemas levantados para melhor integração da assistência que a equipe hospitalar se propõe a dar;

— complementar dados levantados por eles;

— promover uma visualização mais ampla dos problemas e características apresentados pelos pacientes, e

— relacionar dados colhidos por outros profissionais de interesse para a enfermagem.

5) *em relação ao hospital:*

— demonstrar presença de lesões e alterações que, quando não identificadas, poderiam vir a ser usadas contra a enfermagem ou o hospital “a posteriori”.

RELACIONAMENTO COM A HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

A diferença básica entre o histórico de enfermagem e a história clínica do paciente consiste na abordagem dos problemas do paciente.

A história clínica dirige-se para a doença e necessidade de hospitalização. O histórico de enfermagem visa ao levantamento das necessidades e dos problemas do paciente, mesmo que não estejam relacionados diretamente à doença, com o objetivo de prestar assistência de enfermagem individualizada.

ESTUDO DO IMPRESSO PARA SUA INTRODUÇÃO NO HOSPITAL

Consideramos como requisitos para um modelo de questionário atender às suas funções e às suas finalidades: quando permite uma anotação das informações da maneira mais fácil e mais rápida possível, e quando permite a redução das informações no mínimo de dados. Preenchidos esses requisitos teríamos condições para um bom desenvolvimento do método, interrelacionando o paciente — enfermeira — hospital e evitando desperdício de material e tempo do profissional de enfermagem.

O histórico de enfermagem impresso constitui-se em um núcleo de informações e um meio transmissor destas.

PONTOS A SEREM CONSIDERADOS

- O modelo é realmente o meio próprio para se alcançar a finalidade?
- Como será usado?
- Como será arquivado?
- Quem fará uso do impresso?
- Quem fará a entrevista de preenchimento do impresso?
- Todos os itens deverão ser sempre preenchidos?

— Como podemos economizar tempo e energia na anotação das informações?

— Como aproveitar o tempo dispendido no preenchimento do histórico para um melhor relacionamento com o paciente?

— Onde fazer o preenchimento?

— Quando fazer?

REQUISITOS PARA UM BOM MODELO DE IMPRESSO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Deve-se criar uma interação favorável entre executor-entrevistador para a tarefa de preenchimento;

deve-se permitir a utilização do meio mais fácil na anotação das informações recebidas;

deve enquadrar-se no prontuário do paciente para poder ser arquivado;

deve possibilitar a redução da tendência para o erro na anotação e na utilização das anotações;

deve permitir a economia de papel e de impressão, sem prejudicar os limites necessários à execução eficiente das anotações;

deve ser racionalmente seqüente;

deve conter dados passíveis de serem usados para a personalização da assistência de enfermagem através da prescrição de enfermagem;

deve propor, somente, o levantamento de problemas que o hospital esteja em condições de resolver.

NORMAS RELACIONADAS AO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. O histórico de enfermagem poderá ser utilizado em uma ou duas etapas, correspondendo a um ou dois questionários diferentes:

— a primeira etapa visaria à coleta de dados necessários para a enfermagem, permitindo, ao mesmo tempo, o relacionamento do paciente com o hospital, e implicaria no preenchimento individual do impresso específico (anexo I);

— a segunda etapa, visaria a complementação dos dados e seria efetuada imediatamente após o preenchimento do primeiro impresso pelos enfermeiros ou obstetrizes (exame físico).

2. O primeiro questionário poderá ser preenchido pelo próprio paciente ou, na impossibilidade deste, por um familiar ou acompanhante.

3. Todos os pacientes deverão ter os seus históricos preenchidos até 24 horas após sua internação.

4. As anotações deverão ser claras e concisas.

5. Todos os itens deverão conter anotações correspondentes ao que foi observado, respondido ou detectado.

6. O histórico de enfermagem deverá ser anexado ao prontuário e arquivado após a saída do paciente do hospital.

Recomendação

Esse esquema deveria ser utilizado para todos os pacientes internados e, após a sua implantação deveria ser feita uma avaliação dos questionários preenchidos e uma análise dos resultados para a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente.

CIANCIARULLO, T. I. — Nursing history: subsidies to its introduction in the hospital. *Rev. Esc. Enf. USP*, 10(2): 219-229, 1976.

It is reported the utilization of a questionnaire filled out by own patients as nursing history. Various factors, policies and rules about the use of this instrument are mentioned including its description.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HORTA, W. A. — A observação sistematizada como fase para o diagnóstico de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 24 (3): 46-56, jul./set. 1971.
2. ————— — A metodologia do processo de enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* 24 (6): 81-95, 1971.
3. LITTLE, D. E. & CARNEVALI, D. L. — Nursing care planning. 6th. ed. Toronto, Lippincott, 1962.

ANEXO I

Prezado Sr.(a), a partir de agora somos responsáveis pela assistência que irá receber enquanto permanecer nesse hospital. Assim, necessitamos de alguns dados que visam a proporcionar melhor conforto para o Sr.(a).

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Nome: Registro:
2. Data de admissão: 3. Religião:
4. Informações gerais:
 - 4.1. Esteve internado(a) já alguma vez? SIM () NÃO ()
 - 4.2. Em que ano?
 - 4.3. Neste hospital? SIM () NÃO ()
 - 4.4. Data:
 - 4.5. Como cuidaram do Sr.(a)?
 - 4.6. O que não lhe agradou?
 - 4.7. Tem recebido visitas durante a sua permanência aqui?
SIM () NÃO ()
 - 4.8. Se quiser restringir (evitar) visitas, citar quando.
 - 4.9. O que espera da sua internação?

5. Hábitos:

5.1. Alimentação:

- 5.1.1. Alguma dieta especial?
- 5.1.2. Que alimentos não come?
- 5.1.3. Tem alergia a algum alimento?
- 5.1.4. Que tipo de líquidos costuma tomar?
- 5.1.5. Que líquidos nunca toma?
- 5.1.6. Tem apetite?

5.2. Sono:

- 5.2.1. Dorme normalmente às ~.....
- 5.2.2. Quantas horas por noite?
- 5.2.3. Costuma levantar-se à noite?
- 5.2.4. Para quê?
- 5.2.5. Quantidade de travesseiros desejada:
UM (), DOIS (), MAIS ().

Usa cobertor? SIM () NÃO ()
- 5.2.6. Quando não consegue dormir à noite, o que o(a) ajuda a adormecer?
- 5.2.7. Costuma tomar medicamento para dormir?
SIM () NÃO ()

6. Higiene geral:

6.1. Cuidados com os dentes.

6.1.1. Horário

6.1.2. Usa próteses? SIM () NÃO ()

6.2. Banho:

6.2.1. Horário

6.2.2. Tipo:

7. Eliminações:

7.1. Frequência do funcionamento intestinal:

() duas vezes ao dia

() cada dois dias

() diária

Outras observações:

• Sente dificuldades para evacuar? SIM () NÃO ()

• Costuma usar laxante? SIM () NÃO () Quais?

7.2. Apresenta problemas ao urinar? SIM () NÃO ()

7.3. Quais?

— Trouxe exames laboratoriais, RX e outros? Quais?

— Trouxe medicamentos? SIM () NÃO () Quais?

— Perguntas: Que deseja fazer?

8. Impressões sobre o paciente: a ser preenchido pelo enfermeiro.