

NOTA PRELIMINAR SOBRE "HISTÓRICO DE ENFERMAGEM"

* Wanda de Aguiar Horta

Introdução

Embora o diagnóstico de enfermagem ainda não tenha sido introduzido oficialmente, seja por lei, ou por prática profissional, é uma tendência moderna da enfermagem preparar o enfermeiro para este diagnóstico e levá-lo a tomar esta responsabilidade profissional perante a comunidade, o paciente e sua família.

Em trabalhos anteriores já discorremos sobre o diagnóstico de enfermagem; neste trabalho abordaremos o "histórico de enfermagem".

Já em 1965 introduzimos, oficialmente, no programa de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, a história dos problemas de saúde do paciente, com o título de Anamnese de Enfermagem; entretanto, este termo não nos satisfiz, pois havia o problema de conotação com a anamnese médica. Procurou-se então outra denominação que, igualmente significativa, não tivesse o inconveniente apontado.

Em reunião do corpo docente da cadeira de Fundamentos de Enfermagem, realizada em 1967, posto em debate o assunto, coube à instrutora Yoriko Hara, a partir da idéia inicial de história de enfermagem do paciente, sugerir a locução "histórico de enfermagem", desde então oficialmente por nós adotada.

* Professora de Fundamentos de Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP

Estamos atualmente estudando amplamente, em caráter experimental, o Histórico de Enfermagem, embora um de seus aspectos já tenha sido por nós abordado: (1)

Sentimos, no momento e desde logo, a necessidade de divulgar alguns conceitos preliminares. Somos impelida a isso por dois fatos fundamentais: 1 publicação de um artigo na revista American Journal of Nursing, de janeiro de 1968, página 69, com o título "Nursing History one means to personalize care de L. Mae Mophetridge, com um modelo em anexo da "Nursing History"; 2 a divulgação que temos dado ao assunto, por intermédio de nossos alunos dos cursos de graduação e pós-graduação e dos cursos promovidos por Seções Estaduais de ABEn. O trabalho da revista americana difere totalmente de nosso modelo, embora tenha o mesmo objetivo final - individualização e melhor cuidado do paciente. Parece-nos justa a defesa, não somente da autoria da idéia do nosso "histórico de enfermagem", mas, principalmente, porque ela faz parte do plano de pesquisa já aprovado pela direção da Escola de Enfermagem da USP e cujo desenvolvimento programado estende-se por tempo estimado entre os 12 e 18 meses futuros.

Conceito

O Histórico de Enfermagem é o levantamento dos dados do paciente, que sejam significativos para o enfermeiro, a fim de tornar possível a identificação dos seus problemas, de modo a, em os analisando adequadamente, chegar ao diagnóstico de enfermagem.

Quando, como, e onde fazer o histórico de enfermagem

Deverá ser feito na admissão do paciente ao hospital ou, sendo isto impossível, no primeiro contacto mais demorado do paciente com o enfermeiro.

Será por escrito, em impresso próprio, e juntando ao prontuário do paciente. As técnicas utilizadas na obtenção do histórico de enfermagem são: entrevista, exame físico e observação sistematizada. O histórico será ainda completado por informações obtidas da equipe de enfermagem, da família do paciente e do prontuário médico. A evolução diária do paciente será anotada ou em folha própria ou no Relatório de Enfermagem, que é bem adequado para estas anotações.

O histórico de enfermagem poderá ser feito na sala de admissão, desde que no local exista privacidade e material necessário para o exame físico. Pode, porém, ser feito na

1) A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos - Tese de Docência Livre apresentada à Cadeira de Fundamentos de Enfermagem I da Escola de Enfermagem Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em outubro de 1968.

enfermaria, junto ao próprio leito do paciente, ou na sala de exames, desde que haja possibilidade de se obter ambiente privativo.

Além de nossa experiência pessoal, o histórico de enfermagem tem sido feito pelos estudantes do curso de graduação e pós graduação desde 1965.

Histórico de Enfermagem

São suas características:

I - Identificação - Estes dados devem ser os mais completos possíveis e incluem: nome por extenso, enfermária, leito, registro, sexo, idade; estado civil, com inclusão de filhos e respectivas idades; procedência, nacionalidade, com investigação de nacionalidade dos pais; ocupação, com detalhes. (exemplificando: paciente diz que é sapateiro; ele pode ser dono de uma oficina de conserto, tendo mais de um empregado, ou então ele é empregado de uma oficina; o seu "status" e salário variam, segundo estas duas possibilidades, e devem ser levados em consideração no planejamento dos cuidados de enfermagem) Grau de instrução; religião, procurando-se saber se é ou não praticante; diagnóstico médico; data de admissão e por que via foi admitido no hospital (ambulatório, Pronto Socorro, etc). Em casos especiais, a critério do enfermeiro, procurar-se-á colher dados a respeito da família, como número de irmãos e a posição do paciente neste grupo, idade dos pais, do outro membro do casal, se outras pessoas moram com a família, etc.

II - Hábitos (relacionados ao atendimento das necessidades básicas):

Meio ambiente - condições de moradia, água, esgoto, lixo, com bustivel, eletricidade, condições do bairro, facilidade de condução e comunicação.

Cuidado corporal - banhos, abluções, higiene oral, corte de unhas, cuidados com os cabelos, raspagem de pelos, higiene íntima, uso de desodorantes, uso de cosméticos, etc.

Eliminação - hábitos de evacuação intestinal e urinária, como horário, duração, lavagem das mãos, frequência, hábitos e tabus em relação à menstruação, etc.

Alimentação - ingestão de alimentos e líquidos, hábitos alimentares: horário, frequência, preferências, intolerâncias.

râncias, quantidade, qualidade, etc.

Sono e repouso - horário, tempo, repouso. hábitos relacionados a estas funções.

Exercícios e atividades físicas - hábitos sedentários, prática de esportes, ginástica, vida ativa, etc.

Atividade sexual - Devem ser respeitados os tabus culturais relativos ao assunto. Com cuidado e critério, poderemos abordar este tema com o paciente. Na impossibilidade de encaminhar os problemas ou em caso de dúvida, é preferível abordar o assunto do que fazê-lo de maneira desastrada.

Recreação - hábitos de lazer e gostos e preferências de recreação.

Participação na vida familiar - comunicação com a família, "status" e papéis desempenhados no grupo familiar, hábitos sociais em relação à família.

Participação na vida religiosa - comunicação com Deus, papel da religião na vida do paciente, práticas religiosas, papéis desempenhados na comunidade religiosa, etc.

Participação na vida comunitária - comunicação com a comunidade, "status" e papéis que desempenha, hábitos sociais e cívicos relacionados à vida comunitária, etc.

Participação na vida profissional - comunicação no trabalho, "status" e papéis que desempenha na vida profissional, hábitos relacionados ao trabalho, etc.

Manutenção da saúde - exame médico periódico, exame dentário periódico, imunizações, etc.

III - Exame físico - este aspecto do histórico de enfermagem foi amplamente estudado no trabalho já citado (1). limitar-nos-emos a apresentar os tópicos, sem comentários.

1 - Condições gerais - estado geral, condições do vestuário, condições do vestuário, condições mentais, expressão facial, condições de locomoção, peso, altura, hábitos de fumo, álcool ou drogas alergias e outras.

2 - Sinais Vitais - Frequência e características de pulso, respira

ção. valores da temperatura e tensão arterial.

3 - Condições físicas relacionadas a : limpeza corporal; postura e aparelho locomotor; re-vestimento cutâneo- mucoso e termo-regulação; aparelho cárdio-respiratório; sistema digestivo; aparelho uro-genital; órgãos dos sentidos; medicação parenteral.

4 - Queixas do paciente

5 - Problemas identificados

IV - Problemas de Saúde - neste setor procuramos sobretudo colher dados sôbre as percepções do paciente, que necessidades êle sente, qual o significado para êle de todo o sistema: doença-hospital-equipe de saúde.

1 - O que o paciente acha de sua doença- qual a causa, porque a doeu, o que êle acha que está acontecendo, o que significa pa-ra êle doença, tratamento, internação, hospital, alta, operação, exames, enfermagem, etc.

2 - Que doenças já teve e suas experiências com hospitais.

3 - Mêdos ou preocupações do hospital, da cirurgia, da aneste-sia, de dôr, de morrer, da dependência de outras pessoas, de mu-danças no corpo, de perder o amor dos familiares, de ser enga-nado, de tomar remédio errado, de tratamento errado, de ficar muito tempo no hospital, de ser despersonalizado, etc.

4 - Fase da doença- grave, aguda, crônica, sub-aguda, etc.

5 - Resultados dos exames de laboratório de interêsse para a en-fermagem: fezes, urina, hemograma, etc.

V - Observação do paciente no hospital: para ser preenchido, ca-so o paciente já esteja internado quando da primeira entrevista, ou para coleta de dados posteriores na evolução do paciente: ajustamento do paciente ao hospital, aos colegas, à equipe de enfermagem, à equipe de saú-de, à alimentação, necessidades sentidas pelo paciente.

VI - Conclusões: 1) problemas identificados, 2) Análise dos pro-blemas para identificação das necessidades e dependências de enfermagem pelo paciente 3) Diagnóstico de en-fermagem.

Comentários

Nossa experiência com os alunos nos mostrou que, mesmo no primeiro ano, êle é capaz de fazer um bom históri-co de enfermagem; o levantamento dos problemas é feito ràpida-mente e o paciente recebe, de imediato, os cuidados que precisa receber. Nossa experiência com os alunos do curso de pós-gra-duação foi também animadora; os estudantes avaliaram a qualida-

de do método, a possibilidade do levantamento precoce dos pro
blemas e de melhor atendimento do paciente. Um aspcto muito
importante para os dois grupos- paciente e estudante: houve me
lhora notável na sua comunicação e relacionamento.

O assunto deve ser profundamente estudado e
pesquisado para que seja posto em execução pelas enfermeiras e
pelas escolas de enfermagem.

Desta maneira cremos que o cuidado de enferma
gem venha a deixar de ser empírico para se tornar científico, ba
seado no levantamento dos dados, com pleno conhecimento de sua
problématica.

HORTA, W. A. - Nota preliminar sô
bre histórico de enfermagem.
Rev. da Esc. Enf. USP, 3 (2):
33-38 , set. 1969.