



ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTE CRÍTICO: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PREPARATION OF A CRITICAL PATIENT DATA COLLECTION INSTRUMENT: NURSING RECORD

ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DE PACIENTE CRÍTICO: HISTÓRICO DE ENFERMERÍA

Rudval Souza da Silva^I
Álvaro Pereira^{II}
Aldacy Gonçalves Ribeiro^{III}
Carina Martins da Silva Marinho^{IV}
Iêda Silva Carvalho^V
Rogério Ribeiro^{VI}

RESUMO: O objetivo deste estudo foi descrever a experiência de construção de um instrumento para coleta de dados para a documentação da primeira etapa do processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Para esta construção, utilizaram-se estudos formulados com base na literatura sobre o cuidar/cuidado ao paciente crítico. O instrumento para documentação da coleta de dados, intitulado de histórico de enfermagem, foi avaliado e validado por enfermeiros assistenciais conforme: diagramação e dinamicidade no processo. Teve como norteador a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. O uso do instrumento, no cotidiano dos enfermeiros, tem facilitado a implantação da primeira etapa do processo de enfermagem na UTI e direcionado a implementação das demais etapas. Com o seu uso, foi possível o registro organizado e direcionado dos dados, bem como a possibilidade de contar com informações imprescindíveis ao planejamento, execução e avaliação do cuidado profissional de enfermagem prestado ao paciente crítico.

Palavras-chave: Processo de enfermagem; registros de enfermagem; cuidados de enfermagem; unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT: This study described construction of an instrument to collect data to document the first stage of the nursing process in an intensive care unit (ICU). Its development drew on studies based on the literature on care/caring for critical patients. The instrument to document data collection (termed the Nursing History) was evaluated and validated by clinical nurses for layout and a dynamic process. It was guided by the Basic Human Needs Theory. Use of the instrument in the nurses' daily routine has facilitated deployment of the first stage of the nursing process in the ICU, and steered implementation of subsequent steps. Its use made it possible for data recording to be organized and directed, and to make essential data available for planning, implementing and evaluating professional nursing care offered to critically ill patients.

Keywords: Nursing process; nursing records; nursing care; intensive care units.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue describir la experiencia de construir un instrumento de colección de datos para documentar el primer paso del proceso de enfermería en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Para esta construcción, se utilizaron estudios formulados con base en la literatura sobre el cuidar/cuidado al paciente crítico. El instrumento para documentación de la colección de datos, intitulado histórico de enfermería, fue evaluado y validado por enfermeros asistenciales como: diagramación y dinámica en el proceso. Tuvo como guía la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas. El uso del instrumento, en el cotidiano de los enfermeros, ha facilitado el despliegue de la primera fase del proceso de enfermería en la UCI y dirigido la ejecución de los pasos restantes. Con su uso, fue posible el registro organizado y dirigido de los datos, así como la posibilidad de contar con datos esenciales para la planificación, ejecución y evaluación del cuidado profesional de enfermería prestado a los pacientes críticamente enfermos.

Palabras clave: Proceso de enfermería; registros de enfermería; atención de enfermería; unidades de terapia intensiva.

^IEnfermeiro. Mestre e Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – EEUFBA. Bolsista CAPES. Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Campus VII). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar em Enfermagem GECEN e do Grupo de Trabalho em Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeiro. Doutor em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto IV da EEUFBA. Líder do GECEN vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da EEUFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: alvaro_pereira_ba@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Diretora Adjunta de Ensino e Pesquisa em Enfermagem do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: aldacygoncalves@yahoo.com.br.

^{IV}Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Membro do Grupo de Trabalho em Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: carinamarinho@uol.com.br.

^VEnfermeira. Mestranda no Programa de Mestrado Profissional do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. Membro do Grupo de Trabalho em Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: dedacarvalho@yahoo.com.br.

^{VI}Enfermeiro. Especialista. Membro do Grupo de Trabalho em Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: rogerio.ribeiro28@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) se caracteriza como uma unidade de assistência ao paciente criticamente enfermo e que necessita de cuidados específicos por parte de uma equipe interdisciplinar. A enfermagem tem um papel relevante no contexto dessa equipe, considerando a sua característica peculiar, da presença ininterrupta no ambiente da UTI e serem, os profissionais de enfermagem, os que empreendem a maior parcela dos cuidados ao paciente¹⁻³.

O objeto de estudo do enfermeiro e sua equipe passa pelo cuidado de enfermagem no processo saúde-doença e se estende à organização do processo de trabalho da enfermagem, incluindo aqui um papel administrativo do enfermeiro, que lhe possibilita o bom gerenciamento do cuidado prestado e ainda uma ação conjunta com os demais profissionais da saúde^{3,4}.

Nesse sentido, pensar nas concepções de saúde/doença/cuidado, nos tempos hodiernos, é ampliar os horizontes compreendendo que a garantia de condições de saúde envolve um processo complexo, de modo que o cuidado deve ser pensado na perspectiva da equipe, do paciente, família e comunidade⁵. Tal concepção exige, portanto, uma organização do trabalho que deve ser direcionado para o cuidado da pessoa e não apenas do corpo doente, um cuidado com vistas à integralidade do ser.

Assim sendo, sistematizar o cuidado implica o emprego de um método de trabalho pautado num modelo teórico-científico, que visa solidificar a enfermagem enquanto profissão. Tal prática visa possibilitar a visibilidade da profissão diante das ações desempenhadas pelo enfermeiro e sua equipe, direcionando-o ao desenvolvimento do conhecimento e permitindo caracterizar a enfermagem como disciplina e ciência, com conhecimento próprio e específico¹.

Destarte, o processo de enfermagem (PE) objetiva organizar o cuidado profissional de enfermagem na perspectiva de um processo complexo, sendo definido como o trabalho da equipe de enfermagem visando à satisfação das necessidades de saúde da pessoa, família ou comunidade, implicando o reconhecimento de uma situação e conseqüentemente na geração de um planejamento, intervenção e avaliação de resultados⁶. O PE se constitui de cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem^{6,9}.

Para que se possa desenvolver o PE na prática, é necessário empreender a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual é definida⁶ como a organização do cuidado profissional da enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo a viabilizar a realização deste, buscando pôr em prática as etapas inter-relacionadas do PE pautado num método científico, direcionado ao sujeito desse cuidado -

a pessoa, família ou comunidade, visando melhorar sua qualidade de vida ou lhes proporcionar uma morte com dignidade quando a cura ou a recuperação não for mais possível e a vida estabelecer os seus limites.

Depreende-se que a SAE é uma ferramenta de trabalho que pode contribuir significativamente para a qualidade dos cuidados prestados ao paciente, além de ser uma exigência ética e legal, conforme trata a Resolução COFEN 358/2009⁷.

Toda as etapas do PE devem ser documentadas no prontuário do paciente, considerando-se que os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis no processo de cuidar, e possibilitar a comunicação permanente entre os membros da equipe interdisciplinar em saúde^{10,11}.

Pensando nessa perspectiva, da equipe empreender um cuidado profissional de enfermagem sistematizado, criou-se na instituição hospitalar, *locus* do estudo, no âmbito da unidade de terapia intensiva, um Grupo de Trabalho em Sistematização da Assistência de Enfermagem (GTSAE), o qual vem atuando nesse processo de implantação da SAE. O presente artigo tem como objetivo descrever a experiência de construção de um instrumento para coleta de dados para a documentação da primeira etapa do processo de enfermagem em uma UTI.

REVISÃO DE LITERATURA

O PE é uma metodologia que possibilita a organização do cuidado de enfermagem, de forma sistemática e dinâmica, visando atender as reais necessidades de cuidado em saúde apresentadas pela pessoa, família ou comunidade. É apresentado em cinco fases interligadas entre si: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem^{6,9}. Vale ressaltar que a separação por etapas é meramente didática, considerando-se que na prática o processo é contínuo e suas fases são inter-relacionadas^{3,9,12}.

A aplicação dos princípios de cada uma das cinco etapas do PE visa organizar e priorizar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, baseado nos princípios da integralidade, de modo a manter o foco nos resultados que se pretende alcançar. Espera-se que, ao aplicar esses princípios de maneira organizada, o enfermeiro desenvolva habilidades e competências para sistematizar e estabelecer prioridades acerca do cuidado, mantendo o foco deste sobre o estado de saúde da pessoa e sua qualidade de vida a partir do raciocínio clínico¹¹.

O uso do PE deve promover o desenvolvimento de um pensamento crítico, por ser uma metodologia intencional, organizada e sistemática, que visa orientar o pensamento na perspectiva da pessoa como um ser biopsicosocioespiritual. Sua aplicação se dá

por meio do desenvolvimento de etapas dinâmicas, focalizadas nos resultados a serem alcançados diante das intervenções de enfermagem empreendidas^{8,11}.

A primeira etapa do PE trata da investigação, a qual deve ser desenvolvida por meio da coleta de dados, constituindo-se no *histórico de enfermagem*. Didaticamente, caracterizando-se como a fase inicial do processo, e a sua aplicação ocorre num momento no qual se estabelece o primeiro contato entre o enfermeiro e o paciente, configurando o início da interação entre os agentes do cuidado, objetivando conhecer e obter informações que possibilitem a continuidade do processo. Tem como técnicas mais utilizadas a entrevista, a observação e o exame físico. Desse modo, é necessário que o enfermeiro desenvolva habilidades como a escuta sensível e a observação direcionada para detectar pontos de ordem emocional, psicológica e espiritual, além do domínio das técnicas de propedêuticas tais como: inspeção, palpação, percussão e ausculta, com conhecimento de fisiologia normal, patologia clínica e diagnóstico por imagem. Esse arcabouço cognitivo possibilitará ao enfermeiro realizar o julgamento clínico a partir dos dados coletados, com o pensamento direcionado para os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem^{9,13}.

O julgamento clínico é empregado como um processo no qual devem ser explorados os dados, as informações e as respostas apresentadas pela unidade de cuidados (pessoa, família ou comunidade), e expressar a compreensão que o enfermeiro tem da situação, a partir de fatos relatados e/ou observados, os quais passam a se constituir num conjunto de evidências clínicas¹⁴.

Nesse momento é importante que o enfermeiro mantenha um direcionamento no seu objeto de trabalho – o ser humano, para que possa identificar os elementos necessários à caracterização dos fenômenos de interesse da enfermagem, relacionados à resposta do paciente no enfrentamento dos processos vitais ou problemas de saúde, e o estabelecimento do planejamento dos cuidados para ajudar a pessoa a melhor enfrentar a sua condição^{4, 8, 9, 13, 14}.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido em três etapas: na primeira, foram realizadas reuniões com os membros do GTSAE do hospital onde se desenvolveu o estudo, nas quais se discutiram o cuidado profissional, o processo de enfermagem e suas etapas, bem como as teorias de enfermagem. Na segunda, ficou decidido que seria utilizado o modelo conceitual de Horta^{14,15}, o qual se baseia nas *necessidades humanas básicas* (NHB), e a partir de então foi construído o instrumento de coleta de dados – *histórico de enfermagem*. Na terceira e última etapa, este instrumento foi submetido à avali-

ação e validação da estrutura e conteúdos pelos enfermeiros assistenciais da UTI.

O *histórico de enfermagem* foi organizado em três partes distintas. A primeira contempla os dados de identificação do paciente, as datas de admissão no hospital e na UTI, bem como a procedência. A segunda parte se propõe a colher dados com base na anamnese, documentando informações relevantes acerca da sua história social e familiar, além de contemplar dados do processo saúde/doença. A terceira parte contém os dados relativos ao exame físico, e estão organizados tomando por base a hierarquização das NHB (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais), conforme o modelo conceitual adotado¹⁴.

Utilizaram-se também escalas de uso comum na avaliação do paciente crítico, tais como: escala de coma de Glasgow para a avaliação neurológica, escala de sedação de Ramsay para avaliar o grau de sedação do paciente e a escala de Braden para estimar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. De acordo com sua afinidade na avaliação de cada NHB, foram distribuídos os itens para registros dos exames laboratoriais mais relevantes e necessários à avaliação clínica da fisiopatologia.

A organização dos registros foi estruturada de modo a utilizar, sempre que possível, a checagem do tipo *checklist*, com espaços em branco para possíveis complementações de informações relevantes. O instrumento inicialmente proposto foi discutido, avaliado e modificado a partir das críticas e contribuições dos enfermeiros assistenciais da UTI, contando com apoio dos residentes de enfermagem em terapia intensiva.

Entre os itens avaliados incluem-se a clareza dos registros, facilidade de leitura, necessidade da informação para o bom desenvolvimento dos cuidados, compreensão e o modo como os dados estão organizados. As alterações surgiram ao se perceber a necessidade de um refinamento que permitisse uma maior praticidade, dinamicidade e aplicabilidade do instrumento na prática cotidiana.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados os resultados das críticas e sugestões feitas pelos enfermeiros assistenciais e analisadas pelo GTSAE, momento em que muitas sugestões foram aceitas, outras não. Foi necessária uma discussão entre os membros desse grupo e os enfermeiros assistenciais da UTI para se chegar a um consenso, a partir de justificativas pautadas na literatura^{8,9,13,14,16}.

A apresentação dos resultados obtidos neste estudo segue a seguinte ordem: construção do instrumento de coleta de dados na aplicação e desenvolvimento da SAE na UTI - Adulto, avaliação e validação subjetiva do mesmo.

O *histórico de enfermagem* organizado pelo GTSAE de um hospital público, de ensino, da cidade de Salvador-Ba, apresentado no Anexo 1, foi elaborado para a coleta de dados do paciente adulto internado na UTI e se constitui de itens relacionados à identificação do paciente, a coleta de informações orientada pelas técnicas de anamnese e exame físico, procurando responder aos problemas de saúde/doença, direcionados pelos padrões de NHB: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Os aspectos relativos às necessidades psicobiológicas contemplam dados relacionados à regulação neurológica, cognitiva e de percepção sensorial, oxigenação, funcionamento cardiovascular e térmico, percepção dos órgãos dos sentidos, equilíbrio hormonal e eletrolítico, hidratação e eliminação vesical, integridade cutânea mucosa, terapêutica e segurança física. Em relação às necessidades psicossociais admitem-se dados sobre a relação gregária e segurança emocional e a respeito das necessidades psicoespirituais consideram dados envolvendo as crenças e religião do paciente.

Ao pensar na construção desse instrumento, levou-se em consideração o entendimento de que ele deve se constituir de um roteiro organizado e direcionado para o levantamento de sinais e sintomas do paciente ao qual será aplicado, de modo a proporcionar meios para o julgamento clínico. O instrumento deve ser significativo para o enfermeiro e para o paciente e trazer possibilidade de se estabelecer os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, viabilizando o cuidado profissional de enfermagem em prol da recuperação, quando a cura do paciente for possível, ou do cuidado para uma qualidade nos últimos momentos de vida, quando o paciente se encontrar no processo de terminalidade.

A construção de um instrumento de coleta de dados deve retratar, de certa forma, elementos da cultura da instituição, o perfil dos pacientes e o referencial teórico adotado¹³. Assim, o desenvolvimento do cuidado, instrumentalizado pelo PE sistematizado e à luz de um referencial teórico, visa possibilitar o aprimoramento das habilidades cognitivas e psicomotoras do enfermeiro, associar e correlacionar conhecimentos interdisciplinares, estabelecendo relações de trabalho melhor definidas e concretas^{8, 9, 12, 13}.

A coleta de dados tem por finalidade identificar os problemas reais ou potenciais do paciente, de forma a dar subsídio ao planejamento dos cuidados e atender as necessidades identificadas prevenindo as possíveis complicações. É considerada a primeira etapa do PE e exige tempo, trabalho, conhecimentos e habilidades, para que seja possível reunir dados indispensáveis à comprovação das hipóteses diagnósticas^{6, 8, 9, 11}.

Todos os passos do PE dependem dos dados coletados, de modo que há uma expressa necessidade

de que eles sejam completos e organizados de tal modo que possibilitem ao enfermeiro adquirir um senso de padrão entre saúde e doença e as respostas do paciente às condições adversas^{8, 9, 13}.

Apesar de muito se discutir acerca dessa precisão e sistemática na execução da coleta de dados, na prática ainda há muitas limitações no que se refere aos registros de enfermagem e conseqüentemente sua implicação na SAE, como pode ser identificado numa pesquisa realizada com profissionais de enfermagem¹¹ e num estudo documental¹⁷ onde os pesquisadores identificaram as limitações observadas na fase de documentação do processo de enfermagem.

Após a elaboração do instrumento, este foi encaminhado para o enfermeiro referência do GTSAE na UTI, e deu-se início à aplicação do instrumento na prática. Inicialmente, foi avaliado pelos enfermeiros assistenciais e surgiram as primeiras críticas, tais como: os dados relacionados aos exames laboratoriais deveriam ser readequados num espaço exclusivo para resultados de exames, contudo a maioria dos profissionais optou por manter esses resultados distribuídos de acordo com as respectivas NHB; outro ponto rejeitado foi o número de informações, considerado excessivo, tornando o instrumento extenso na visão de parte dos enfermeiros. Nesse sentido, o GTSAE não acatou a sugestão inicial, justificando que para o julgamento clínico se fazem necessários todos os dados completos para que possa permitir percorrer as NHB do ser humano e retirar dali as evidências necessárias à confirmação das hipóteses ou inferências. Todavia, após uma conversa informal, procurando explicar a necessidade de tais informações, os enfermeiros compreenderam a real necessidade de mantê-las.

Entre as sugestões dos enfermeiros no processo de avaliação do instrumento, aceitas pelo GSAE, uma vez que vieram a contribuir para melhoria do instrumento, ressaltam-se: retirar algumas informações relacionadas à avaliação cognitiva e percepção sensorial, mantendo apenas as escalas de Glasgow e Ramsay, já que elas contemplam as informações suprimidas; inserir a escala de Braden no item que avalia a integridade cutânea mucosa; incluir os valores referentes ao número de leucócitos e bastões, no item relacionado à regulação térmica.

De uma maneira geral, as alterações sugeridas foram parcialmente atendidas e observou-se que o instrumento remodelado em sua estrutura e conteúdo ficou mais adequado, objetivo e claro, como pode ser observado no Anexo 1 do presente artigo.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível evidenciar que a experiência de trabalho do grupo foi válida não apenas para a unidade, mas também para o hospital, que, de certa maneira, deu o passo inicial para que a assistência

de enfermagem seja sistematizada implantando-se o processo de enfermagem. Espera-se que a partir de agora seja operacionalizado o processo de enfermagem em outras unidades, inclusive as unidades abertas – enfermarias direcionando o cuidado e conferindo autonomia ao enfermeiro.

O uso do instrumento na prática diária passou a facilitar a anotação dos dados assistenciais, melhorando os registros no prontuário dos pacientes e qualificando o cuidado e o controle de custos e auditorias, além de contribuir para o reconhecimento do enfermeiro e valorizar o seu papel.

Sabe-se que, apesar de muito se discutir sobre a SAE, na prática cotidiana, o ato de sistematizar ainda não é realizado efetivamente pelos profissionais de enfermagem, diante dos tantos papéis desempenhados pelo enfermeiro no âmbito das atividades administrativas e burocráticas. Isso tem implicado em um acúmulo de tarefas e conseqüentemente um distanciamento entre o enfermeiro e o paciente, consistindo ainda um dos entraves para a organização do trabalho nessa área.

Já eram esperadas as dificuldades, inclusive a resistência por parte de alguns profissionais, contudo, com o uso do instrumento foi possível organizar os registros e melhor obter informações para subsidiar o planejamento e avaliação do cuidado prestado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Truppel TC, Meier MJ, Calixto RC, Peruzzo AS, Crozeta. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62:221-7.
2. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI - adulto de um hospital ensino. *Rev Eletr Enf.* [online]. 2009 [citado em 26 out 2010]; 11:55-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>
3. Correa CG, Cruz DALM, Silva RCG. Processo de enfermagem em UTI. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. organizadoras. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.* Barueri (SP): Manole; 2010. p. 1105-36.
4. Puntel MCP, Mishima SM, Pereira MJB, Palha PF, Villa TCSV, Fortuna CM, Matumoto S. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? *Rev Bras Enferm.* 2009; 62:748-52.
5. Pinho LB, Santos SMA. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho do enfermeiro na UTI. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; 15:99-206.
6. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2ª ed. Florianópolis (SC): Soldasof; 2006.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem. Brasília: COFEN. [on line] 2009 [citado em 15 out 2010]. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>.
8. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
9. Nóbrega MML, Silva KL. Fundamentos do cuidar em enfermagem. Belo Horizonte (MG): ABEn; 2009.
10. Caixeiro SMO, Dargam B, Thompson GN. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16:218-23.
11. Pimpão FD, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18:405-10.
12. Silva RS, Santos MHER. Sistematização da assistência de enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro. *Nursing.* 2009; 36:435-42.
13. Barros ALBL, organizadora. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica no adulto. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
14. Garcia TR, Egry, EY, organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
15. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
16. Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
17. Luz A, Martins AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletr Enf.* [online]. 2007 [citado em 06 nov 2010]; 9:344-61. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>

ANEXO I

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ REGISTRO: _____ LEITO: _____

DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___ UNIDADE ORIGEM: () EMER () ENF _____ () _____

DATA DE ENTRADA NA UNIDADE () UTI () UTISI: ___/___/___ ISOLAMENTO: () NÃO () SIM TIPO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

II - ENTREVISTA

INTERNAÇÕES ANTERIORES (n° de vezes e motivo): _____

ANTECEDENTES: () HAS () DM () TABAGISMO () ETILISMO () OUTROS _____

SEXO: () M () F IDADE: _____ NATURALIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO () DIVORCIADO () _____

RELIGIÃO: _____ ESCOLARIDADE: () ANalfabeto () Fundamental () Médio () Superior

O QUE SABE SOBRE A DOENÇA ATUAL? _____

MEDOS E ANSIEDADES: _____

QUEIXAS: _____

GS: () A () B () AB () O FATOR Rh: () + () - JÁ FEZ USO DE HEMOTRANSFUÃO: () NÃO () SIM

ALERGIA: () NÃO () SIM ESPECIFICAR: _____

INFORMANTE: _____ TELEFONE PARA CONTATO: () _____

III - EXAME FÍSICO

1. NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

1.1 Regulação Neurológica/Cognição/Percepção Sensorial

GLASGOW			() NÃO SE APLICA			RAMSAY: _____		
ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL	MELHOR RESPOSTA MOTORA						
Espontânea	4 Orientado	5 Obedece a comandos verbais	6	6	6	Ansioso, agitado	1	
Com estímulo verbal	3 Confuso	4 Localiza e repara os estímulos	5	5	5	Cooperativo, orientado, tranquilo	2	
Com estímulo doloroso	2 Palavras inapropriadas	3 Retirada específica	4	4	4	Sono lento, atendendo aos comandos	3	
Nenhuma resposta	1 Sons incompreensíveis	2 Responde em flexão	3	3	3			
	Nenhuma resposta	1 Responde em extensão	2	2	2			
		Nenhuma resposta	1	1	1			
Medicações: () Bloqueadores neuromusculares dose: _____ mL/h						Dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro		4
() Psicotrópicos dose: _____ mL/h						Dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro		5
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas: () Miose () Midríase D ___ E () RFM						Dormindo, sem resposta		6

Fala e Linguagem: () Afonia () Dislalia () Disartria () Disfasia () Afasia () Prejudicada por: () Uso TOT () Sedação

Mobilidade Física: MMSS () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia () _____

MMII () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia () _____

() Movimentos lentos () Movimentos involuntários () Crise Convulsiva () Prejudicada devido Sedação () _____

1.2 Oxigenação

Respiração: () Espontânea () Cateter () Máscara Prótese: () TOT () TQT () Outros: _____

O₂ _____ L/min SpO₂ _____ % FR: _____ inc/min () Dispneia () Taquipneia () Bradipneia

() Hiperventilação neurogênica central () Apnéustica () Cheyne-Stokes () Kussmaul () _____

() Ventilação mecânica Modalidade: _____ FiO₂: _____ PEEP: _____

Ausculta Pulmonar: MV Presentes () Bilateralmente () Diminuídos

Ruídos adventícios: () Ausentes () Presentes () Roncos () Sibilos () Estertores () _____

Presença de tosse: () Não () Sim () Improdutiva () Produtiva () Sialorréia Expectoração: () Eficiente () Prejudicada

Aspiração (quantidade e características): _____

() Drenagem torácica. Data ___/___/___ Tempo/característica: _____

Hemogasometria: Data/Hora: ___/___/___: ___ h - pH ___ pCO₂ ___ PO₂ ___ BIC ___ BE ___ TCO₂ ___ SO₂ ___

1.3 Regulação Cardiovascular

FC: _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg PAM: _____ mmHg PVC: _____ cmH₂O

PULSO: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Palpável () Cheio COLORAÇÃO DA PELE: () Corada

() Hipocorada () Cianose Tempo de enchimento capilar: () ? 2 seg () ? 2 seg Plaquetas: _____ mm³

Presença de edema: () MMSS () MMII () pés () MMSS e MMII () Anasarca () _____

Marcadores enzimáticos: CK: _____ μ Kat/L CKMB: _____ μ Kat/L Troponina: _____ μ g/L LDH: _____ μ Kat/L
ECG: () Ritmo sinusal () Regular () Alterado: _____
Drogas vasoativas: () Noradrenalina _____ mL/h () Dopamina _____ mL/h () Dobutamina _____ mL/h () _____ mL/h
1.4 Regulação Térmica
Temperatura: _____ °C Leucócitos: _____ mm^3 Bastões: _____ mm^3
1.5 Percepção dos Órgãos dos Sentidos
() Avaliação prejudicada devido () sedação () _____
Visão: () Normal () Alterada: _____ Audição: () Normal () Alterada: _____
1.6 Regulação Hormonal e Eletrolítica
Glicemia: _____ mg/dL Na^+ : _____ mEq/L K^+ : _____ mEq/L Ca^{2+} : _____ mEq/L Mg^{2+} : _____ mEq/L
1.7 Hidratação e Eliminação Vesical
Turgidez da pele: () Preservada () Diminuída ELIMINAÇÕES URINÁRIAS: Volume: _____ mL/h () Espontânea
() Retenção () Incontinência () SVD Data: ___/___/___ () Dispositivo urinário Características: () Disúria () Oligúria () Anúria
() Poliúria () Hematúria Função Renal: () Normal () Alterada _____ Uréia: _____ mg/dL Creatinina: _____ mg/dL
1.8 Alimentação e Eliminação Intestinal
Apetite: () Normal () Aumentado () Diminuído () Não se aplica Peso: _____ Kg
Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Timpânico () Doloroso à palpação _____
RHA: () Presente () Ausente () Diminuído () Aumentado () Ostomia Local: _____
DIETA: Via de administração: () Oral () SNG () SNE () _____ ostomia () Parenteral () _____
Presença de: () Náusea () Vômito (quantidade e característica) _____
ELIMINAÇÃO INTESTINAL: Frequência: _____ vezes/semana () Normal () Constipação () Diarréia
() Incontinência () _____ Data última dejeção: ___/___/___
1.9 Integridade Cutâneo-mucosa
Mucosas: () Normocrômicas () Hipocrômicas _____/4+ () Hiperocrômicas _____/4+ () Icterícas _____/4+ () _____
Olhos: () Icterícia () Edema de conjuntiva () Oatário _____ Pele: () Normal () Cianose () Icterícia () Palidez
() Prurido () Petéquias () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Ferida: () NÃO () SIM
CLASSIFICAÇÃO: DA FERIDA () Fechada () Aberta () Crônica () Aguda () Limpa () Contaminada () Infectada
DO TECIDO - Margem: () Necrose () Esfacelos () Granulação () Epitelização () Maturação
- Leito: () Necrose () Esfacelos () Granulação () Epitelização () Maturação
DO EXUDATO: - Aspecto: () Seroso () Sanguinolento () Purulento () Fibrinoso - Coloração: () Amarela () Branca
() Esverdeado () Marron Quantidade: () Pequena () Moderada () Intensa () Abundante Odor: () Inodoro () Fétido
TERAPÊUTICA: _____ OBS: _____
ESCALA DE BRADEN: Percepção sensorial () Umidade () Atividade () Nutrição () Mobilidade () Fricção/Cisalhamento () TOTAL: ()
1.10 Terapêutica
Cateter: () Periférico _____ () Duplo lúmen () Jugular _____ () Subclávia _____ () Femoral _____ () _____
Data da punção: ___/___/___ Características do local: _____
Outros Cateteres: () PAM _____ Data: ___/___/___ () Sorensen _____ () Tenckhoff _____ () _____ Data: ___/___/___
() Leito: Local: _____ Características: _____
1.11 Segurança Física
() Necessidade de contenção no leito: _____ () _____
2. NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
2.1 Gregária e Segurança Emocional
() Necessidade de acompanhante () Ansiedade () Medo () Solicitante () Outros: _____
3. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
() Praticante () Necessidade de auxílio espiritual
IV. OUTROS EXAMES RELEVANTES

V. OUTROS DADOS RELEVANTES

Enfermeira(o)/COREN-BA _____ DATA: ___/___/___ HORA: ____:____h
PRODUZIDO POR: GTSAE HGRS. JUNHO/2010 _____ HistEnf/001