

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de
Cuidar em Saúde

José Paulo da Silva Ferreira

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA UM MODELO DE HISTÓRICO
DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS
(REVISADA)

São Paulo
2019

Jose Paulo da Silva Ferreira

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA UM MODELO DE HISTÓRICO
DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS
(REVISADA)**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Enfermagem no Processo de
Cuidar em Saúde do Centro Universitário
São Camilo, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Regina
Maria

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina
Mello Ciaccio

São Paulo

2019

Jose Paulo da Silva Ferreira

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA UM MODELO DE HISTÓRICO
DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS
(REVISADA)**

São Paulo, outubro de 2019.

Prof. Orientador Vera Lucia Regina Maria

Prof. Co-orientador Maria Cristina de Mello Ciaccio

Prof. Examinador 1 Flávia de Oliveira Motta Maia

Prof. Examinador 2 Ivonete Sanches Giacometti Kowalski

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Ferreira, José Paulo da Silva

Instrumento de avaliação para um modelo de histórico de enfermagem para pacientes adultos hospitalizados / José Paulo da Silva Ferreira. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2019.

62 p.

Orientação de Vera Lucia Regina Maria e Maria Cristina Mello Ciaccio

Tese de Mestrado em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde, Centro Universitário São Camilo, 2019. Revisada.

1. Processo de enfermagem 2. Hospitais 3. Pacientes internados 4. Avaliação em saúde 5. Gestão da qualidade I. Maria, Vera Lucia Regina II. Centro Universitário São Camilo III. Título

CDD: 610.7301

Dedicatória

Dedico esta conquista à minha Mãe e à minha esposa,
pelo seu infinito amor e aos meus familiares e amigos
pela compreensão e confiança!

Agradecimentos

A Deus, por ser minha inspiração em tudo aquilo que faço.

À minha orientadora Profa. Dra. Vera Lúcia R. Maria, por tornar possível essa conquista pessoal e profissional, pois sem sua confiança, disponibilidade, paciência, apoio, acolhimento e dedicação, não seria possível chegar até aqui.

À Coorientadora Profa. Dra. Maria Cristina Mello Ciaccio, por sua participação e enriquecimento desse estudo

À todas as bibliotecárias do Centro Universitário São Camilo pelo apoio na pesquisa bibliográfica.

À Profa. Bruna de Cássia San Gregório, pela revisão, formatação e normativas (ABNT e Vancouver) da dissertação e do artigo.

Ao biólogo tradutor, revisor e editor Dr. Matthew Thomas Ferreira, pela tradução dos resumos para o inglês.

À Enfa. Aidástela C.V. Oliveira, coordenadora da Educação Continuada do Hospital Geral “ Dr José Pangella” de Vila Penteado, pelo apoio durante o mestrado

A todos os professores, amigos e colaboradores do Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo Cuidar, do Centro Universitário São Camilo, Campus Pompéia (CUSC), pelos bons momentos compartilhados.

Em especial à Ana Paula Silva de Souza (Orgulho do Tio Padrinho) e aos colegas de curso Nair Satiko Tachikawa, Selma Oliveira de Sousa e Marcos José Pereira de Figueiredo, pelo coleguismo e acolhimento junto ao grupo.

Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada
pode ser modificado até que seja enfrentado.
Albert Einstein

Ferreira, Jose Paulo da Silva. Instrumento de Avaliação para um Modelo de Histórico de Enfermagem para Pacientes Adultos Hospitalizados. 2019. 62f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo.

Após implementação do processo de enfermagem na área hospitalar, para o seu aperfeiçoamento, torna-se necessário submetê-lo a um sistema de avaliação. Como a análise de todas as etapas é um trabalho complexo, extenso e demanda tempo mais longo, considerou-se oportuno focalizar essa pesquisa no histórico ou avaliação inicial de enfermagem, por ser a primeira fase desse processo, que sustenta a elaboração dos diagnósticos. O objetivo do presente estudo foi construir um instrumento de avaliação para um modelo de histórico de enfermagem centrado na integralidade de pacientes adultos hospitalizados. Trata-se de uma pesquisa metodológica descritiva, em três fases: revisão da literatura, escolha do modelo de histórico de enfermagem e construção do instrumento de avaliação. A primeira etapa foi iniciada com a descrição das variáveis e seleção dos descritores em português, inglês e espanhol: processo de enfermagem, avaliação em saúde, gestão da qualidade e paciente internado, e os termos: instrumento de avaliação e histórico de enfermagem. A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de abril a maio de 2019; nas seguintes bases de dados: BDNF, CINAHL, CUIDEN, EMBASE, LILACS, MEDLINE/ PubMed, Red Alyc, SCOPUS e WoS. Os critérios de inclusão das publicações foram: artigos em português, inglês e espanhol, sem limitação de tempo e de desenho de pesquisa, trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação, que descrevessem indicadores ou instrumento com escala de avaliação do histórico de enfermagem. Para elaboração do instrumento, primeiro foi escolhido um modelo de histórico de enfermagem com enfoque na integralidade do paciente hospitalizado, e sua construção foi com base na literatura e experiência dos pesquisadores. O instrumento de avaliação foi finalizado com 205 indicadores concretos (itens) distribuídos em quatro partes: identificação; indicadores gerais; domínios, classes e itens avaliados no paciente e resultado da avaliação. Em cada uma dessas partes foi inserida uma escala de avaliação tipo Likert, convencionalizada com cinco pontos pelos pesquisadores. Os domínios de avaliação do paciente foram os mesmos que constavam no modelo de histórico de referência: cognição e percepção, circulação, respiração, eliminação, locomoção, autocuidado, nutrição, sono/repouso, segurança e proteção, conhecimento paciente/família, relacionamento e recreação, valores/crenças e enfrentamento. O objetivo dessa pesquisa foi alcançado com a disponibilização de um instrumento para avaliar um modelo histórico de enfermagem com enfoque na integralidade do paciente adulto hospitalizado. No entanto, esse instrumento é preliminar e para ser utilizado na prática precisaria ser submetido a um processo de validação.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Avaliação em Saúde. Gestão da Qualidade. Paciente Internado.

Ferreira, Jose Paulo da Silva. Evaluation Tool for a Nursing Assessment Model for Hospitalized Adult Patients. 2019. 62f. Dissertation (Professional Master in Nursing) - Centro Universitário São Camilo.

After the implementation of the nursing process in the hospital area, for its improvement, it is necessary to submit it to an evaluation system. As the analysis of all its stages is a complex, extensive work, and longer time demand, it was considered opportune to focus this research on the assessment or initial evaluation of nursing, because it is the first phase of this process, which sustains the elaboration of diagnostics. Objective: To construct an evaluation instrument for a nursing assessment model centered on the integrality of hospitalized adult patients. Method: Methodological research in three phases: literature review, choice of the nursing assessment model and construction of the evaluation instrument. The first phase was initiated with the description of the variables and selection of the descriptors in Portuguese, English and Spanish: nursing process, health evaluation, quality management and interned patient, and the terms: instrument and assessment of nursing. The bibliographic research was carried out from April to May 2019; in the following databases: BDNF, CINAHL, CUIDEN, EMBASE, LILACS, MEDLINE/PubMed, Red Alyc, SCOPUS and WoS. The inclusion criteria of the publications were: articles in Portuguese, English and Spanish, without limitation of time and design of research, completion of graduation and postgraduate studies, describing indicators or instrument with scale of nursing history evaluation. To elaborate the instrument, a nursing history model was first chosen with a focus on the integrality of the hospitalized patient, and its construction was based on the literature and the researchers' experience. The evaluation instrument was completed with 205 concrete indicators (items) distributed in four parts: identification; general indicators; domains, classes and items evaluated in the patient and outcome of the evaluation. In each of these parts, a Likert-type rating scale was inserted, which was conventioned with five points by the researchers. The domains of evaluation of the patient were the same in the reference history model: cognition and perception, circulation, breathing, elimination, locomotion, self, nutrition, sleep/rest, safety and protection, patient/family knowledge, relationship and recreation, values/beliefs and coping. The objective of this research was achieved with the provision of a instrument to evaluate a nursing assessment model with a focus on the integrality of hospitalized adult patients. However, this instrument is preliminary and to be used in practice it would need to undergo a validation process.

Descriptors: Nursing process, Health evaluation, Quality management and Interned patient

Lista de Quadros

Tabela 1 - Variação da quantidade de itens contidos em cada domínio de avaliação do histórico de enfermagem segundo os cinco pontos da escala Likert e distribuição percentual em cada ponto da escala. São Paulo, 2019.....328

Tabela 2 - Classificação final de frequência e qualidade do preenchimento dos 205 indicadores concretos do histórico de enfermagem completo. São Paulo, 2019.....329

Quadro 1a - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 1- Identificação e Parte 2- Indicadores Gerais, com itens e escalas.....3434

Quadro 1b - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Cognição e percepção, Circulação e Respiração (continuação).....35

Quadro 1c - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Eliminação, Locomoção e Autocuidado (continuação).....3636

Quadro 1d - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Nutrição, Sono e repouso e Segurança e proteção (continuação).....37

Quadro 1e - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Conhecimento do paciente/família, Relacionamentos e Recreação, Valores/Crenças/Enfrentamento...38

Quadro 1f - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 4: Total de itens do histórico completo, resultado da avaliação e classificação final de frequência e qualidade no preenchimento dos indicadores concretos do histórico.....39

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Problema de pesquisa.....	12
1.2 Justificativas	15
2 OBJETIVO	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e Classificação da NANDA-I..	18
3.2 Histórico de enfermagem ou avaliação inicial	19
3.3 Avaliação de qualidade do histórico de enfermagem.....	22
4 MÉTODO	25
4.1 Revisão narrativa da literatura	25
4.2 Escolha de um modelo de histórico de enfermagem	26
4.3 Elaboração do instrumento para avaliação do modelo de histórico de enfermagem.....	27
5 RESULTADOS	30
5.1 Revisão da literatura	30
5.2 Modelo de histórico para avaliação.....	30
5.3 Construção do instrumento de avaliação do modelo de histórico de enfermagem escolhido	31
6 DISCUSSÃO	40
6.1 Limitação do estudo.....	43
7 CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS	45,46,47,48,49,50,51,52
ANEXO 1	53,54,55
ANEXO 2	56,57,58,59,60
APÊNDICE 1	61,62

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é um instrumento de avaliação para analisar a qualidade de um modelo de histórico de enfermagem elaborado para implementação na área hospitalar.

Avaliar um produto teórico ou prático, consiste em aplicar um julgamento de valor sobre sua qualidade, utilizando um instrumento específico para esse fim, com intuito de apoiar a tomada de decisão sobre a otimização desse produto (TANAKA, TAMAKI, 2012).

No que diz respeito à assistência de enfermagem, vista como um serviço, voltado à prática, busca-se com a sua avaliação, entender como ela se processa, coletando elementos que possam contribuir para a tomada de decisão a fim de melhorá-la. Nesse cenário, conhecer como o histórico de enfermagem está sendo executado é fundamental para o seu aprimoramento.

O histórico está inserido no contexto do processo de enfermagem, um instrumento metodológico-científico utilizado pelo enfermeiro e equipe para consolidar o cuidado clínico de forma sistematizada, de tal forma, que possa contribuir para a organização, continuidade, qualidade e segurança da assistência prestada (SILVA, 2016; MANGUEIRA, 2012; ALVES, LOPES, JORGE, 2008). Esse processo é constituído por etapas interligadas, que podem variar em quantidade na literatura, mas basicamente, ele possui cinco fases: coleta de dados iniciais ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

O histórico, também reconhecido como avaliação inicial de enfermagem, é a primeira fase do processo de enfermagem, quando o enfermeiro coleta dados subjetivos e objetivos do cliente, de forma deliberada e sistemática (BARROS, SANCHEZ, LOPES et al., 2015). Esse estágio é privativo do enfermeiro, exige seu relacionamento direto com o paciente e, quando realizado com competência fornece informações importantes e significativas para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, que possam retratar o estado do paciente nas dimensões bio-psico-sócio-espiritual (SANTOS, VEIGA, ANDRADE, 2011).

Os históricos de enfermagem podem ser organizados sob vários enfoques, dependendo da visão dos profissionais na prática. Quando esse olhar é orientado por um ou vários modelos conceituais de enfermagem, que são teorias abrangentes e altamente abstratas, sua estrutura assume o enfoque desse modelo.

As teorias, abstratas ou concretas, são passos fundamentais para direcionar a compreensão da essência da enfermagem a partir da interrelação dos conceitos centrais do seu paradigma, que inclui a definição de enfermagem, de ambiente, de saúde e de cliente. Nesse paradigma o cliente de enfermagem pode ser tanto o indivíduo, quanto a família ou a comunidade, vistos sob a luz das reações bio-psico-sócio-espiritual (ALMEIDA, LOPES, DAMASCENO, 2005, SANTOS et al, 2016)

No entanto, seja qual for o modelo de histórico implementado, após um determinado tempo, para sua evolução e aperfeiçoamento, é importante que ele seja submetido à avaliação de qualidade, e para isso, se faz necessário um instrumento apropriado que reflita seu conteúdo e modo de execução.

1.1 Problema de pesquisa

A trajetória profissional de 16 anos como enfermeiro, com atuação sempre voltada à área assistencial hospitalar, possibilitou a experiência com o processo de enfermagem implementado em quatro instituições sequencialmente, em setores diversos e com todas suas etapas: histórico, diagnósticos, planejamento, implementação e evolução e enfermagem. Atualmente, essa experiência é desenvolvida em duas instituições públicas, e uma delas, fonte de inspiração para essa pesquisa, é um hospital de grande porte, pertencente ao governo do Estado de São Paulo, com mais de 500 leitos; de atendimento geral e com livre demanda dos usuários.

A clínica médica, campo de trabalho do pesquisador como enfermeiro assistencial, é um setor para internação clínica, de pessoas de ambos os sexos, onde as causas mais frequentes de internações são: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infarto agudo do miocárdio (IAM), pneumonia, crises convulsivas, choques sépticos, síndrome renal crônica (SRC), síndrome da angústia respiratória aguda (SARA), dor abdominal A/E, hipertensão arterial sistólica (HAS), diabetes mellitus (DM), etc. A taxa média anual de ocupação desta unidade, até junho de 2019 foi de 92,68% dos leitos e a média de permanência foi de 15 ou mais dias.

A clínica médica conta com 41 leitos distribuídos em oito quartos, cada um com quatro leitos, e um, com um leito destinado ao isolamento. A assistência multiprofissional é distribuída nas 24 horas, em dois turnos: diurno e noturno. O quadro de profissionais conta com três médicos clínicos, três enfermeiros supervisores, seis enfermeiros assistenciais, cinco técnicos de enfermagem e 30 auxiliares de enfermagem; um psicólogo, um assistente social, dois nutricionistas e uma equipe de voluntárias.

A carga horária de trabalho dos profissionais de enfermagem nessa unidade é de 30 horas semanais e todos os membros da equipe fazem plantões de 12 horas no período diurno e noturno. A distribuição da equipe de enfermagem por turno se dá da seguinte forma: no período diurno, dois enfermeiros supervisores, quatro enfermeiros assistenciais, três técnicos de enfermagem e 20 auxiliares de enfermagem e no período noturno, um enfermeiro supervisor, dois enfermeiros assistenciais e dez auxiliares de enfermagem.

O trabalho do enfermeiro clínico nessa unidade, envolve a execução de atividades tais como: receber e passar o plantão; solicitar remanejamentos de funcionários, fazer escalas de serviço; realizar visita de enfermagem; controlar diariamente o carro de emergência e temperatura da geladeira; manter setor em ordem, realizar as etapas do processo de enfermagem (admitir pacientes com histórico, diagnósticos, prescrição e evolução); realizar transferências internas de pacientes com maior complexidade assistencial, providenciar altas hospitalares, supervisionar a equipe de enfermagem, acompanhar a equipe multidisciplinar e promover reuniões de equipe.

O processo de enfermagem foi implementado no hospital e na unidade em 2008, com finalidade de garantir assistência segura e de qualidade a todos os pacientes. A iniciativa de implementação do processo de enfermagem partiu do grupo de Educação Continuada da instituição, formado nessa época, por três enfermeiros especializados nas áreas de educação continuada, terapia intensiva adulto e pediátrica.

A teoria central de enfermagem adotada na instituição foi Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1974), constituída com três esferas de avaliação do cliente: psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, cada uma contendo suas classes intermediárias. Nessa teoria o processo de enfermagem é apresentado em seis etapas: histórico, diagnósticos, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e

prognóstico de enfermagem, todavia, na instituição em foco, apenas quatro dessas fases foram implementadas: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

O histórico de enfermagem foi concebido de acordo com as três dimensões de avaliação do cliente previstos na teoria das Necessidades Humanas Básicas: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, com suas classes intermediárias. Algumas classes concretas foram criadas pelos enfermeiros que o elaboraram para compor a subdivisão das classes intermediárias. Esse histórico foi estruturado como um modelo parcialmente fechado, com *check list* na grande maioria das classes concretas e espaço aberto para complementação em algumas delas (ANEXO 1).

No que diz respeito às classificações de enfermagem, à época dessa implantação, foi adotada a NANDA Internacional (NANDA-I, 2002) para os diagnósticos e a Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC (NIC, 2002) para a prescrição de enfermagem.

Para organização do trabalho na clínica médica, a realização do processo de enfermagem está distribuída entre os enfermeiros nos dois turnos de 12x36, sendo que, o enfermeiro assistencial do diurno responde por 21 pacientes e o da noite por 20.

Observa-se nessa clínica, que os profissionais de enfermagem envolvidos na assistência se esforçam para proporcionar uma assistência de qualidade aos pacientes, porém o quadro de pessoal parece ser insuficiente para atender todos internados. Somando-se a isto, várias intercorrências durante os plantões, dificultam a execução do processo de enfermagem pelos enfermeiros, que acabam atuando apenas nas situações que julgam ser prioridades para o serviço.

Nessa prática, o histórico de enfermagem é iniciado no Pronto Socorro, onde pode ser realizado integralmente ou não. Quando o paciente é transferido para a unidade de internação da clínica médica e o histórico foi realizado de forma incompleta, o enfermeiro dessa unidade faz sua complementação e dá continuidade ao processo iniciado, com a implementação da prescrição e evolução diária.

No entanto, nota-se que a execução dessa etapa não parece ser prioridade, tanto no pronto socorro, quanto na clínica, sob as seguintes alegações dos enfermeiros: ambiente é estressante, falta de tempo, déficit de conhecimento e de treinamento para elaboração desse modelo de histórico e impresso longo e complexo, com pouco espaço para registro dos dados coletados. Nessa conjuntura também se

observa outras condições limitantes como: falta de organização, interesse e envolvimento por parte de alguns enfermeiros, valorização da doença como base para realizar o histórico, falta de cobrança administrativa e ausência de um grupo de trabalho dirigido para o processo de enfermagem, atuante e fortalecedor dessa prática.

Ao longo do tempo, estas constatações provocaram inquietação e o desejo de contribuir de alguma forma para a valorização e melhoria na realização e registro do histórico de enfermagem na área hospitalar, que inspirou o desenvolvimento dessa pesquisa dirigida para a avaliação de um instrumento de coleta de dados de enfermagem.

1.2 Justificativas

Após implementação do processo de enfermagem na instituição alvo desse estudo em 2008, constatou-se que ele ainda não passou por nenhuma avaliação. Como a análise de todas suas etapas é um trabalho complexo e extenso, que demanda tempo muito longo, considerou-se oportuno focalizar esse estudo em uma de suas fases. O histórico de enfermagem foi escolhido, por ser a primeira delas, que é substancial para a qualidade dos diagnósticos elaborados e conseqüentemente, da primeira prescrição de enfermagem para um paciente hospitalizado.

A avaliação inicial é um instrumento de grande valia para a assistência de enfermagem, visto positivamente por enfermeiros, médicos e pacientes (MACHADO, 1985) e quando feita adequadamente na admissão do paciente, além de permitir conhecer e estabelecer vínculo de confiança com ele (SANTOS, VEIGA, ANDRADE, 2011), também pode tornar visível a competência do enfermeiro, e mudar ou fortalecer a visão do paciente sobre o papel desse profissional na equipe de saúde.

Apesar da constatação dessa valorização do histórico de enfermagem, as dificuldades observadas na prática, que apontam para descrença, resistência, rejeição e falta de iniciativa dos enfermeiros em assumir essa atribuição, também é corroborada pela literatura, tais como: queixas de muito tempo dispendido na sua realização, de despreparo e insegurança na execução do exame físico complexo, carência de pessoal, e falta de apoio e estímulo da coordenação de enfermagem

(REMIZOSKI et al., 2010). Para fazer frente a essas condições, a avaliação é uma estratégia importante no sentido de confirmá-las ou rejeitá-las.

A avaliação periódica é um requisito para realinhar qualquer prática, no sentido de garantir segurança, renovação, limites e qualidade no desempenho dos profissionais (ALVES, LOPES, JORGE, 2008). Nesse processo, os enfermeiros precisam ter disponíveis, instrumentos válidos, com indicadores capazes de analisar a estrutura, o processo e o resultado do seu trabalho (LEVANDOVSKI, 2016; CALDANA, 2013; MEDEIROS, FERREIRA JÚNIOR, PINTO et al., 2015; ALEXANDRE, COLUCI, 2011).

Essas reflexões teóricas e práticas, fundamentaram as seguintes justificativas para o desenvolvimento dessa pesquisa: que o histórico de enfermagem faz parte do processo de enfermagem implantado há mais de dez anos na instituição em foco e ainda não sofreu avaliação; que o histórico é parte de um processo integrado, sequencial e interdependente, cuja avaliação, pode ser considerada uma prioridade, por ser a primeira delas, e por fim, que o histórico com enfoque bio-psico-sócio e espiritual organizado com itens agrupados em domínios e classes, pode apoiar o enfermeiro no seu raciocínio diagnóstico.

2 OBJETIVO

2.1. Construir um instrumento para avaliação de um modelo de histórico de enfermagem dirigido para a integralidade de pacientes adultos hospitalizados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Essa pesquisa foi orientada por quatro enfoques: teoria das Necessidades Humanas básicas, a classificação da NANDA-I, fundamentos teóricos e práticos do histórico de enfermagem como fase do processo de enfermagem e avaliação de qualidade.

3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e Classificação da NANDA-I

Uma teoria de enfermagem é tida como uma articulação organizada, coerente e sistemática de conceitos relacionados à essa disciplina, que oferece um arcabouço conceitual dos fenômenos do cuidar, que é um alicerce para a prática (SANTOS, SÁ, PESSAN et al, 2019).

A teoria das NHB é um modelo conceitual abstrato, cujos elementos centrais, são assim entendidos: a Enfermagem é ciência e arte aplicadas no atendimento das necessidades humanas básicas do ser humano, a saúde como o equilíbrio dinâmico dessas necessidades no tempo e no espaço, o cliente como o indivíduo, família ou comunidade vistos como um todo unificado e o ambiente como as trocas de energia do ser humano com seu ecossistema. Essa teoria foi proposta com três esferas de avaliação do cliente: psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, cada uma contendo suas classes intermediárias (HORTA, 1974).

A esfera psicobiológica contém 20 classes intermediárias com 14 subclasses: Oxigenação, Hidratação, Nutrição, Eliminação, Sono e Repouso, Exercícios e Atividades Físicas, Sexualidade, Abrigo, Mecânica Corporal, Motilidade, Cuidado Corporal, Integridade Cutaneomucosa, Integridade Física, Regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológico, crescimento celular e vascular), Locomoção, Percepção (olfatória, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa), Ambiente e Terapêutica (HORTA, 1974).

A esfera psicossocial inclui 17 classes e três subclasses: Segurança, Amor, Liberdade, Comunicação, Criatividade, Aprendizagem (educação à saúde), Sociabilidade, Recreação, Lazer, Espaço, Orientação (no tempo e, espaço), Aceitação, Autorrealização, Autoestima, Participação, Autoimagem e Atenção. A

esfera psíquica incluía quatro classes: Religiosa ou Teológica, Ética ou Filosofia de Vida (HORTA, 1974).

Quando se adota esse modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1974), como na experiência que inspirou essa pesquisa, o histórico de enfermagem é guiado pelas três dimensões descritas, com suas respectivas classes, no entanto as subclasses, que são os focos específicos de avaliação do cliente, precisam ser construídos pelos enfermeiros que lideram o processo de enfermagem na prática.

As teorias de enfermagem no seu conjunto, também serviram para organizar a estrutura das suas classificações, apontando seus domínios e classes de avaliação. Uma classificação de enfermagem representa uma linguagem padronizada, que reúne um conjunto de termos com suas definições e indicadores baseados em evidências, que é utilizado para descrever os elementos da prática que organizam o conhecimento dessa disciplina (NANDA-I, 2018). A enfermagem possui várias classificações para diagnósticos, resultados e intervenções e no que diz respeito aos diagnósticos, a estrutura da NANDA-I pode orientar o agrupamento das classes de avaliação nos históricos de enfermagem.

A NANDA-I atual é constituída por 13 domínios que representam a pessoa avaliada na sua integralidade: Promoção da Saúde, Nutrição, Eliminação e Troca, Atividade e Repouso, Percepção e Cognição, Auto percepção, Papéis e Relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento e Tolerância ao Estresse, Princípios da Vida, Segurança e Proteção, Conforto, e Crescimento e Desenvolvimento. Esses domínios são subdivididos em 47 classes, que, ao serem inseridas no histórico de enfermagem, podem facilitar a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2018).

3.2 Histórico de enfermagem ou avaliação inicial

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método de organização do trabalho da enfermagem, baseado em dois enfoques: o gerencial e o clínico. O enfoque gerencial corresponde à organização do ambiente de trabalho, quanto às diretrizes, recursos humanos e materiais, e instrumentos, que tornam possível a operacionalização dos cuidados diretos aos clientes; enquanto que, o enfoque clínico corresponde à assistência prestada diretamente aos pacientes de

forma organizada e fundamentada pelo processo de enfermagem (COFEN, 2009; CERQUEIRA, 2017).

Nesse contexto, o processo de enfermagem é uma ferramenta clínica de trabalho da enfermagem, que representa um caminho metodológico, utilizado de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado de enfermagem. Ele tem a finalidade de oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas do cliente (indivíduo, família, grupos ou comunidades) possam ser satisfeitas; auxiliar na organização da assistência de enfermagem prestada diretamente aos clientes e orientar a documentação dos profissionais de enfermagem na prática (BARROS, SANCHEZ, LOPES et al., 2015, COFEN, 2009; COFEN, 2012).

Esse processo é constituído por etapas organizadas, interligadas e interdependentes, em que as observações sobre as reações dos clientes, acompanham simultaneamente, o processo de tomada de decisão acerca dos diagnósticos e intervenções requeridas para atingir os resultados de enfermagem almejados (GARCIA, NÓBREGA, 2009). Para analisar essas etapas e emitir julgamentos sobre sua qualidade, é necessário um instrumento que englobe indicadores de todas elas, mas nessa pesquisa, como já justificado, ele será limitado ao histórico de enfermagem.

O histórico de enfermagem, também identificado em algumas publicações como avaliação inicial (BARROS, SANCHEZ, LOPES et al., 2015; CERQUEIRA, 2017), tem a finalidade de orientar o relacionamento terapêutico inicial do enfermeiro com o paciente e disponibilizar dados subjetivos e objetivos do seu estado de saúde. Ele é baseado em dados colhidos de fonte primária, ou seja, do paciente, por meio de entrevista, observação e exame físico feitos pelo enfermeiro, associados às informações de fontes secundárias, que são os familiares ou acompanhantes, ficha de internação, anotações e prescrição médica de admissão, e resultados de exames. No que diz respeito à natureza dos dados coletados, é importante que o enfermeiro se concentre em informações que representem respostas ou reações dos pacientes, que sejam válidas, confiáveis e relevantes, que são determinantes para a acurácia ou precisão dos diagnósticos de enfermagem (BARROS, SANCHEZ, LOPES et al., 2015, SANTOS, VEIGA, ANDRADE, 2011).

Os dados válidos são aqueles que representam verdadeiramente as propriedades da resposta humana do cliente, os confiáveis são aqueles obtidos de forma acurada e cuidadosa, enquanto que os relevantes são aqueles que são pertinentes, importantes, merecem destaque e são indispensáveis à elaboração dos diagnósticos de enfermagem (BARROS, SANCHEZ, LOPES et al., 2015).

Os modelos de histórico/avaliação inicial de enfermagem podem ser classificados quanto ao conteúdo, forma de preenchimento e forma de aplicação. No que concerne ao conteúdo, eles podem ser abertos, fechados e mistos. O histórico aberto é aquele que possui na sua estrutura apenas itens e subitens para que o enfermeiro descreva as especificidades do cliente em cada um deles. O histórico fechado é construído no formato de *check-list*, ou seja, com várias alternativas, que são marcadas com um X, e o histórico misto, engloba uma fusão dos dois anteriores (CIANCIARULLO et al.,1975; MARIA et al.,1987).

No tocante à forma de preenchimento, os históricos podem ser manuais, que são manuscritos, e informatizados, que são aqueles registrados eletronicamente. Na forma de aplicação, eles podem ser autoaplicáveis, quando são autoexplicativos e o paciente preenche parte do impresso, e históricos aplicados pelo enfermeiro, quando esse profissional preenche integralmente o instrumento de coleta de dados (CIANCIARULLO et al.,1975).

Essa avaliação inicial de enfermagem pode ser composta por informações gerais de identificação do paciente, data de admissão, procedência e motivo da internação; entrevista e exame físico dispostos separadamente, cada um com seus focos de avaliação, e identificação do enfermeiro que o realizou, como no instrumento da instituição (Anexo 1); ou podem ser organizados com exame físico e entrevista integrados em cada domínio de avaliação. Um guia de orientação ajuda a padronizar a sua utilização e registro.

No que concerne à estrutura de um histórico de enfermagem, a literatura aponta alguns tópicos que devem dirigir sua organização, tais como: ser embasado nos domínios de um referencial teórico de enfermagem, retratar holisticamente o perfil da clientela nas suas classes concretas de avaliação, sem repetições, e quando adotado o formato checklist, conter espaços livres para complementações (SANTOS et al, 2016)

Na prática, a elaboração do histórico segue algumas orientações que podem ser expressas na forma de normas institucionais: deve ser feito integralmente pelo

enfermeiro, na admissão do paciente, ou, dependendo do seu estado, iniciado e complementado dentro das 24 horas seguintes; a complementação pode ser feita pelo enfermeiro que iniciou a coleta de dados ou outro, de outro horário ou outra clínica; todos os itens do histórico devem conter anotações claras e concisas, correspondentes ao que foi observado ou respondido pelo paciente; deve ser finalizado com identificação dos enfermeiros que o elaboraram, com data, nome, assinatura, especialidade e COREN; deve ser anexado ao prontuário do paciente e ser atualizado no caso de reinternação (CIANCIARULLO et al., 1975, COFEN, 2009; MARIA et al., 1987; MARIA, 2015, SANTOS, VEIGA, ANDRADE, 2011).

3.3 Avaliação de qualidade do histórico de enfermagem

À medida que ocorrem mudanças sociais envolvendo tecnologia, política e economia, o setor saúde também é influenciado por elas e requer renovação para sustentar suas instituições no mercado competitivo. Neste cenário, a gestão de qualidade representa, uma ferramenta chave para o alcance dessa meta de renovação (DUARTE, SILVINO, 2010; BORSATO, ROSSANEIS, HADDAD et al., 2011).

Grandes mudanças ocorreram no período de 1950 a 1970, marcadas pelo gerenciamento com ênfase no produto, mas foi na década de 80, que ficou evidente a proposta de qualidade e produtividade, como mudanças nas formas de gestão (KURCGANT, TRONCHIN, MELLEIRO, 2006; BORSATO, ROSSANEIS, HADDAD et al., 2011).

A avaliação é uma ferramenta de descrição, mensuração e julgamento das práticas em saúde de acordo com atributos deliberados e negociados com todos envolvidos nessa prática (CRUZ, REIS, 2011), que busca conhecer como está ocorrendo o atendimento e detectar os possíveis problemas e falhas nesse processo, a fim de tomar decisões sobre mudanças que se fazem necessárias para torna-la mais exitosa e mais segura, sem ferir os aspectos sociais, éticos e religiosos dos usuários (RODRIGUES, VITURI, HADDAD et al., 2012; VITURI, MATSUDA, 2010). Nessa perspectiva, a qualidade de um serviço é resultado do comprometimento, responsabilidade e engajamento de todos os profissionais envolvidos (MARTINS, 2016) direta e indiretamente nesse propósito, tendo em vista oferecer um bom atendimento.

Na área da saúde a avaliação de qualidade pode ser focada na estrutura, no processo e no resultado do serviço prestado. A de estrutura engloba os recursos materiais humanos e financeiros, que garantem um mínimo de qualidade à assistência; a de processo inclui o julgamento do cuidado prestado pela equipe e a de resultado refere-se à satisfação da pessoa durante e após o cuidado (BARROS, SANCHEZ, LOPES et al., 2015).

Aplicando esses conceitos à assistência de enfermagem, a avaliação é um recurso utilizado para compreender e mensurar a estrutura e o processo que sustentam a sua dinâmica na prática, por meio da qual, os profissionais podem ser estimulados a melhorar os resultados desse serviço, evitando assim, possíveis falhas no atendimento prestado ao indivíduo (RODRIGUES, VITURI, HADDAD et al., 2012).

O controle de qualidade sempre foi uma preocupação da enfermagem, e o processo de enfermagem surgiu como um método científico para organizar e documentar a assistência prestada diretamente aos clientes, a fim de facilitar a avaliação de qualidade desses cuidados (HADDAD, 2004; BORSATO, ROSSANEIS, HADDAD et al., 2011). Destaca-se, porém, que para alcançar esse objetivo, os cuidados têm que ser prestados de fato, e os registros descritos com fidedignidade, ou seja, de forma coerente com a real condição do paciente (CARRIJO, OGUISSO, 2006; BORSATO, ROSSANEIS, HADDAD et al., 2011).

Essas recomendações também são válidas, quando se pretende avaliar um histórico de enfermagem, e para se levar a termo esse propósito, é necessária a elaboração de um instrumento de avaliação, com indicadores coerentes com seu conteúdo (SILVA, JODAS, BAGGIO et al., 2010).

Os indicadores de avaliação são sensores termostáticos, responsáveis pela verificação do alcance dos objetivos de um produto teórico ou prático e no caso de um histórico de enfermagem, eles representam variáveis ou critérios pré-estabelecidos e mensuráveis, cuja ausência impossibilita o monitoramento da sua performance na prática (SENTONE, 2005; SARACENO, LEVAV 1992; GASTRAL, 1995; BITTAR, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; CALDANA, 2013).

Existem vários tipos de instrumentos de avaliação, como por exemplo, os questionários, os formulários, as entrevistas e os relatórios. Os questionários são recursos de investigação com questões escritas de grande ou pequena proporção, cuja sequência de afirmações permite diferentes graus de concordâncias com seus indicadores (LEMOS, POVEDA, PENICHE, 2017). Os formulários são informações de

dados pré-impressos, que permitem a formalização, registro e o controle de atividades para análise de conteúdo (GIOLITO, 2015). As entrevistas são instrumentos de conteúdo temático, estabelecidas como fonte de informações entre duas ou mais pessoas para coletar dados a respeito de um determinado assunto mediante uma conversa profissional (SENTONE, 2005; RAMPAZZO, 2000) e os relatórios são informações e relatos escritos, detalhados, de experiências científicas ou de atividades práticas, cujo objetivo principal é o de transmitir as informações e resultados obtidos de forma correta, com exatidão, clareza e de forma organizada (CALDAS, 2002).

No tocante à avaliação do histórico de enfermagem é necessário ter um instrumento de coleta de dados tipo questionário, baseado em indicadores que permitam compreender como ele se desenvolve na prática e possa evidenciar acertos e erros na sua aplicação, no intuito de adotar medidas de aperfeiçoamento (FRANCO, AKEMI, D'INOCENZO, 2012; RODRIGUES, VITURI, HADDAD et al., 2012).

As escalas tipo Likert, são entendidas como instrumentos psicométricos com opções de respostas que expressam níveis de concordância positivos, neutros e negativos (GABE, 2018; PEREIRA, 2017)

4 MÉTODO

Pesquisa metodológica descritiva, desenvolvida em três fases: revisão da literatura, escolha de um modelo de histórico e elaboração de um instrumento para avaliar esse modelo. A pesquisa metodológica é dirigida para o desenvolvimento e validação de novas ferramentas, que buscam entender a realidade, com base no estudo de paradigmas, métodos e técnicas dominantes da produção científica (HENDGES, SANTOS, 2011; DEMO, 1994)

4.1 Revisão narrativa da literatura

As variáveis consideradas nesse estudo foram: histórico de enfermagem, paciente hospitalizado e instrumento de avaliação de qualidade, definidas operacionalmente como:

- Histórico de enfermagem: primeiro contato do enfermeiro com o paciente, que por meio de entrevista e exame físico, coleta de dados significativos para elaborar os diagnósticos de enfermagem (SANTOS, 2011; FRANCO, AKEMI, INOCENZO, 2012).
- Paciente hospitalizado: indivíduo que em decorrência dos confrontos entre o processo saúde/doença, estão internados em instituições de saúde para tratamento (PUPULIM, SAWADA, 2012)
- Instrumento de avaliação de qualidade do histórico: ficha de coleta de dados baseada nos indicadores que se deseja analisar e no modo de implementá-los, a fim de compreender como eles se desenvolvem na prática e identificar acertos, erros e expectativas dos enfermeiros na aplicação do histórico de enfermagem (SILVA, JODAS, BAGGIO et al., 2010).

A pesquisa bibliográfica foi feita nos meses de abril e maio de 2019 utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português, inglês e espanhol: processo de enfermagem, avaliação em saúde, gestão da qualidade e paciente internado, e os termos instrumento de avaliação e histórico de enfermagem. Também foram utilizados os descritores do vocabulário Medical Subject Heading (MeSH) somente em inglês: *nursing process*, *health evaluation* e *quality management*. Todos os descritores DeCS foram combinados com: processo de enfermagem e histórico de enfermagem, com utilização do operador booleano AND.

As fontes de referências de dados primários foram: BDENF (Base de dados em enfermagem), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), CUIDEN (Base de Dados Bibliográfica sobre Cuidados de Saúde Ibero americana), EMBASE (Excerpta medica, medicina, biologia e saúde em geral), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde), MEDLINE/ PubMed (Public Medline), RedAlyc (Revistas Científicas de América Latina y el Caribe), SCOPUS e WoS (Web of Science).

Os critérios de inclusão das publicações foram: artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol; sem limitação de tempo e de desenho de pesquisa, trabalhos de conclusão de curso de graduação e de pós-graduação, em português; disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, por meio de visualizações virtuais e na biblioteca física do Centro Universitário São Camilo; com acesso gratuito ou compra, que descrevessem indicadores de avaliação do processo de enfermagem, e/ou que apresentassem o instrumento de avaliação do processo de enfermagem. O critério de exclusão foi aplicado apenas para os resumos duplicados.

As publicações completas foram captadas por meio de links na própria base de dados, e uma solicitação à biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Nelas buscou-se extrair o enfoque de avaliação do histórico de enfermagem, que foram associados à experiência dos pesquisadores e serviram de referência para a decisão quanto ao conteúdo pertinente a um instrumento para avaliação do modelo de histórico de enfermagem adotado.

4.2 Escolha de um modelo de histórico de enfermagem

Refletindo sobre as dificuldades com a realização do histórico de enfermagem, observadas na prática e na literatura, e almejando estimular a discussão sobre a sua organização e estrutura na instituição de trabalho do pesquisador, decidiu-se tomar como base para avaliação, um modelo de histórico de enfermagem (ANEXO 2), que representa as dimensões bio-psico-socio-espirituais do cliente de enfermagem agrupado em domínios da NANDA I (NANDA, 2015), com classes intermediárias e subclasses concretas, que podem ser ajustadas e sequenciadas em conformidade com a teoria das Necessidades Humanas Básicas ou qualquer outra (MARIA, 2015).

Esse modelo é um instrumento de coleta de dados aberto, que pode ser manual ou informatizado, com linhas para descrição dos resultados da entrevista e do exame físico do paciente em cada foco concreto avaliado. Seus domínios e classes, podem ser utilizados em associação com várias teorias de enfermagem, como por exemplo: dos sistemas de Artinian (ALVARENGA-MARTINS, ARREGUY-SENA, ALVES, et al., 2015, das necessidades humanas básicas de Horta (CUNHA, BARROS, 2005, LIMA, KURCGANT, 2006; LUCENA, SANTOS, PEREIRA et al., 2011); Autocuidado de Orem (DOMINGOS, MOURA, BRAGA et al, 2015; LIMA, KURCGANT, 2006; REMOR, BRITO, PETERS et al, 1986).

Em uma análise comparativa entre o histórico modelo e o da instituição em foco, percebeu-se a que o primeiro é mais abrangente e engloba todas as classes que compõem o segundo, com diferenças apenas, no sequenciamento das classes, e na especificação e distribuição de alguns itens concretos.

Isso permite afirmar que um instrumento de avaliação, baseado nos indicadores desse modelo de histórico de enfermagem, também pode ser aplicado na análise do histórico dessa instituição, apontar suas possíveis lacunas e trazer novas perspectivas para sua ampliação e agrupamento em classes e subclasses que possam facilitar o raciocínio diagnóstico do enfermeiro.

4.3 Elaboração do instrumento para avaliação do modelo de histórico de enfermagem

Na elaboração desse instrumento, o conteúdo do modelo de histórico de enfermagem escolhido, foi seguido fielmente, ou seja, seus indicadores de avaliação representados pelos domínios, classes e subclasses, que correspondem respectivamente aos focos abstratos, os intermediários e os concretos na avaliação do paciente. Esses últimos indicadores, reconhecidos como aqueles que podem ser verificados diretamente no paciente, foram chamados de itens, nessa construção.

Optou-se por analisar o conteúdo desse histórico sob três perspectivas: frequência de preenchimento, qualidade das informações e avaliação global dos registros. Primeiro os domínios foram elencados sequencialmente, cada um com a lista nominal e a quantidade de classes e itens nele inseridos.

Para cada item de cada domínio, foram colocadas as opções de preenchimento sim e não. Finalizando cada domínio, foi introduzido espaço para registro do total de

itens preenchidos, total de itens corretos e uma linha para registro das observações do avaliador sobre a frequência e qualidade desses itens.

Com inspiração na literatura, foi escolhida a escala tipo Likert para avaliar os indicadores registrados em cada domínio do instrumento. Como a quantidade de itens era diferente em cada um deles, inicialmente foram propostas escalas específicas para cada um desses domínios, com variação de dois a cinco pontos. Essa versão ficou muito longa, com aproximadamente 16 páginas, o que foi considerado exaustivo e inviável pelos pesquisadores. Foi feito então, novo ajuste, com os itens agrupados nos domínios, sem a separação em classes e utilização da escala tipo Likert padronizada com cinco pontos em todos os domínios, independentemente da quantidade de indicadores concretos em cada um deles, com as notas e a quantidade de itens, em cada ponto da escala, calculados de acordo com intervalos convencionados pelos pesquisadores.

As notas nessa escala de cinco pontos variaram de zero (a mais baixa) a quatro (mais alta). Para determinar a quantidade de itens em cada ponto da escala foi proposto, que o cálculo fosse baseado na concentração e na faixa de variação. Para não sobrecarregar os extremos, foi convencionado que eles ficariam com 10% dos itens, enquanto os pontos intermediários ficariam com concentração variando de 20 a 30% dos itens. A distribuição final ficou assim discriminada: A nota quatro é a mais alta e corresponde à faixa aproximada de 10% dos itens e faixa variando de 100% a 91%, dos indicadores concretos em cada domínio, a nota três ficou com 20% dos itens e faixa de 90% a 71%, nota dois com 30% dos itens e faixa de 70% a 41%, a nota um também com 30% dos itens e faixa de 40% a 11% e a nota zero, a mais baixa, com 10% ou menor e faixa de $\leq 10\%$.

Considerando que o instrumento de avaliação ficou constituído com 205 itens e que a nota máxima da escala em cada um deles era quatro, a pontuação final máxima a ser alcançada no histórico avaliado, foi de 820 pontos, classificada em cinco categorias. Na frequência dos itens em: altamente completo, parcialmente completo, parcialmente incompleto, muito incompleto e altamente incompleto. Na qualidade dos itens: excelente, bom, médio, regular e insuficiente.

Nas duas categorias, quantidade e qualidade dos indicadores, a distribuição dos itens quanto à concentração e intervalo de frequência, seguiu o mesmo caminho anterior e o consenso entre os pesquisadores levou a essa definição: altamente completo/excelente com concentração de 10% e faixa de frequência dos itens de 91%

- 100%, parcialmente completo/bom com 20% e 71% - 90%, parcialmente incompleto/médio com 30% e 41% - 70%, muito incompleto/regular com 30% e 11% - 40% e altamente incompleto/insuficiente com 10% e $\leq 10\%$.

Após inserção dos resultados dos cálculos nos domínios e escalas do instrumento de avaliação do histórico, foram feitos dois agrupamentos, devido à baixa quantidade de itens neles contidos, que dificultaria o cálculo da frequência e qualidade dos registros: o domínio valores e crenças foi agregado ao enfrentamento, e o domínio relacionamento com recreação. A proposta de instrumento foi finalizada com sua formatação.

O histórico da instituição e o modelo de referência para elaboração do instrumento de avaliação foram anexados à dissertação com as devidas autorizações, da diretoria de enfermagem da instituição que inspirou essa pesquisa (Apêndice 1) e da orientadora da dissertação, autora do modelo de histórico, utilizado em disciplina do Mestrado Profissional em Enfermagem no processo de cuidar.

5 RESULTADOS

Os resultados desse estudo são apresentados em três etapas: revisão da literatura, modelo de histórico para avaliação e instrumento de avaliação para esse histórico.

5.1 Revisão da literatura

Foram encontrados 2.740 resumos nas bases de dados pesquisadas e selecionados três, dos quais apenas duas publicações completas apresentavam instrumento de avaliação para o histórico de enfermagem com indicadores e suas respectivas escalas: SANTOS (1986) e NOMURA (2010). Na primeira delas, o instrumento de avaliação foi destinado a pacientes submetidos a colecistectomia e continha 174 questões de múltipla escolha e nove abertas, distribuídas em duas partes, uma geral e uma específica. As questões relativas ao histórico de enfermagem incluíam os seguintes itens: identificação do paciente, queixas, hábitos anteriores à hospitalização e exame físico do paciente, avaliados quanto a sua realização e preenchimento, segundo escala de medida de Likert de 10 pontos (SANTOS, 1986).

Na segunda publicação o instrumento de avaliação do histórico foi contemplado com anamnese e exame físico, e analisado quanto à realização e preenchimento das classes: Identificação (escolaridade, telefone, religião acompanhante e procedência), História (motivo da internação) e as Necessidades Humanas Básicas: Psicobiológicas (Reprodução e sexualidade, Regulação neurológica, Percepção dos órgãos e sentidos, Oxigenação, Regulação térmica e vascular, Alimentação e hidratação, Eliminação, Integridade cutânea-mucosa, Cuidado corporal, Atividade física e segurança, Sono, repouso e conforto), Necessidades psicossociais, Necessidades psicoespirituais, sem especificação dos itens e Educação para a saúde. Todos os indicadores foram avaliados apenas quanto ao preenchimento com escala Likert de 5 pontos (NOMURA, 2010).

5.2 Modelo de histórico para avaliação

Trata-se de um modelo de histórico de enfermagem orientado pela integralidade do ser humano, organizado com base nos domínios e classes intermediárias da NANDA-I (NANDA, 2015). Os domínios são dispostos sequencialmente, tendo como referência a avaliação céfalo-podálica que os enfermeiros usam classicamente na prática. As classes mais concretas foram desenvolvidas pela autora, a partir de sua dissertação de mestrado, aperfeiçoado com base no seu doutorado em 1997 e amadurecido com sua experiência clínica, no ensino e em consultoria em sistematização da assistência de enfermagem (MARIA, 2015).

Os domínios desse histórico de enfermagem são 15: Cognição e Percepção, Circulação, Respiração, Eliminação, Locomoção, Auto cuidado, Crescimento e Desenvolvimento, Nutrição, Sono / Repouso, Segurança e Proteção, Conhecimento Paciente/Família, Recreação, Relacionamento, Enfrentamento, Valores e Crenças, subdivididos em classes e suas respectivas subclasses, desenvolvidas pela autora.

5.3 Construção do instrumento de avaliação do modelo de histórico de enfermagem escolhido

O instrumento de avaliação elaborado foi finalizado com 205 indicadores concretos inseridos em quatro tópicos: Identificação, Indicadores gerais, Domínios e classes avaliados no paciente e Resultado da avaliação.

A distribuição dos 2015 itens em cada domínio de avaliação do paciente é apresentada na tabela 1, considerando os cinco pontos da escala Likert, as faixas de referência (%) convencionadas em cada uma delas. A quantidade de itens em cada domínio variou de seis a 36 e sua distribuição em cada pontuação (zero a quatro) foi diferente em cada domínio, dependendo do intervalo estabelecido.

Tabela 1 - Variação da quantidade de itens contidos em cada domínio de avaliação do histórico de enfermagem, segundo os cinco pontos da escala Likert, sua concentração e a faixa de frequência (%) em cada ponto da escala. São Paulo, 2019.

P	%	Variação da quantidade de itens contidos nos domínios (N=205)												
		36	26	22	21	19	18	12	11	10	9	8	7	6
4	100 91	36- 33	26- 24	22- 20	21 19	19 18	18 17	12 11	11 10	10 9	9 8	8	7	6
3	90 71	32- 26	23 19	19 16	18 15	17 14	16 13	10 9	9 7	8 7	7 6	7 6	6	5
2	70 41	25 15	18 11	15 9	14 9	13 8	12 8	8 5	6 5	6 4	5 4	5 4	5 4	4 3
1	40 11	14- 4	10- 3	8 2	8 2	7 2	7 3	4 2	4 2	3 2	3 2	3 2	3 2	2
0	≤10	≤3	≤2	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	z1

P= Pontuação

Na classificação final de frequência e qualidade do preenchimento do instrumento de avaliação, apresentada na tabela 2, a pontuação máxima foi finalizada com 820 pontos e a nota máxima (frequência altamente completa e qualidade excelente) só será alcançada mediante pontuação entre 746 e 820 pontos.

Tabela 2 - Classificação final de frequência e qualidade no preenchimento dos 205 indicadores concretos do histórico de enfermagem completo, quanto à concentração e faixa de frequência aproximada dos itens. São Paulo, 2019.

Frequência	Qualidade	Concentração	Faixa de frequência aproximada %	Pontuação (N=820)
Altamente completo	Excelente	10%	91% - 100%	746 – 820
Parcialmente completo	Bom	20%	71% - 90%	582 - 745
Parcialmente incompleto	Médio	30%	41% - 70%	336 – 581
Muito incompleto	Regular	30%	11% - 40%	90 – 335
Altamente incompleto	Insuficiente	10%	≤ 10%	≤ 82

O conteúdo do instrumento de avaliação elaborado é apresentado no quadro 1, subdividido em quatro agrupamentos de continuidade, distinguidos de (a) a (e):

- Parte 1 e 2- Identificação e Indicadores gerais (Quadro 1 a),
- Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Cognição e Percepção e Respiração (Quadro 1b),
- Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Eliminação, Locomoção e Autocuidado (Quadro 1c),
- Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Nutrição, Sono e repouso e Segurança e proteção (Quadro 1d),
- Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Conhecimento do paciente/família, Relacionamentos, Valores e crenças e Enfrentamento (Quadro 1e) e
- Parte 4-Total de itens do histórico completo, Resultado da avaliação e Classificação final de frequência e qualidade no preenchimento dos indicadores concretos do histórico (Quadro 1f).

Quadro 1a - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 1-Identificação e Parte 2- Indicadores Gerais, com itens e escalas.

PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INICIAL: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (HE)									
PARTE1- IDENTIFICAÇÃO: data da avaliação, clínica, número do prontuário e nome completo do avaliador									
PARTE 2: INDICADORES GERAIS									
2.1 Forma de preenchimento do HE: ()Manual ()Informatizado ()Misto									
2.2 Legibilidade dos registros manuais: 205 itens a partir do item 2.5									
()Totalmente legível ()Parcialmente legível									
Obs: Listar os itens ilegíveis.									
2.3 Utilização de siglas padronizadas para o HE: 4 itens									
S/A= Sem Alteração ()Sim ()Não					N/A= Não se Aplica ()Sim ()Não;				
NT= Não Tem ()Sim ()Não					NV= Não Verificado ()Sim ()Não				
Obs: listar as siglas <u>não</u> padronizadas que constam no HE									
2.4 Momento de realização do histórico calculado a partir dos horários documentados pelos enfermeiros que assinam: 4 itens									
- Realizado integralmente na admissão do paciente ()									
- Realizado parcialmente na admissão e complementado após 24h ()									
- Realizado parcialmente na admissão e complementado após 48h ()									
- Realizado parcialmente, sem complementação posterior ()									
2.5 Informações gerais de identificação do paciente e acompanhante									
1 indicador = 12 itens									
Nome completo ()Sim ()Não					Cirurgia agendada ()Sim ()Não				
Idade ()Sim ()Não					Anestesia proposta ()Sim ()Não				
Sexo ()Sim ()Não					Informante: (paciente) ()Sim ()Não				
Data ()Sim ()Não					Acompanhante/vínculo ()Sim ()Não				
Horário de admissão ()Sim ()Não					Concordância do paciente/responsável legal ()Sim ()Não				
Procedência ()Sim ()Não									
Motivo da internação ()Sim ()Não									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (N=12 itens)					Escala de qualidade (N= 12 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
12-11	10-9	8-5	4-2	≤1	12-11	10-9	8-5	4-2	(≤1)
2.6 Identificação dos enfermeiros que realizaram o HE 1 indicador = 8 itens									
Data ()Sim ()Não					Número de registro no COREN (carimbo) ()Sim ()Não				
Nome ()Sim ()Não					Tempo de duração HE ()Sim ()Não				
Assinatura ()Sim ()Não					Identificação do número de focos avaliados por cada enfermeiro ()Sim ()Não				
Profissão ()Sim ()Não									
Especialidade ()Sim ()Não									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (N=8 itens)					Escala de qualidade (N=8 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
8	7-6	5-4	3-2	≤1	8	7-6	5-4	3-2	(≤1)

Quadro 1b - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Cognição e percepção, Circulação e Respiração (continuação).

PARTE 3: DOMÍNIOS E CLASSES CONCRETAS AVALIADAS NO PACIENTE										
3.1 COGNIÇÃO E PERCEPÇÃO: comunicação; orientação; memória e atenção; percepção sensorial; sensação/conforto; queixas; dispositivos e exames. 9 indicadores (19 itens)										
Comunicação: Fala ()Sim ()Não Idioma ()Sim ()Não Orientação: no tempo ()Sim ()Não no espaço ()Sim ()Não Glasgow: ()Sim ()Não Escore em pontos (5 itens) ()Sim ()Não Memória ()Sim ()Não Atenção ()Sim ()Não Percepção sensorial: Visual ()Sim ()Não Auditiva ()Sim ()Não Olfativa ()Sim ()Não					Tátil ()Sim ()Não Gustativa ()Sim ()Não Local de dor ()Sim ()Não Características da dor ()Sim ()Não Escore de dor ()Sim ()Não Queixas ()Sim ()Não Dispositivos ()Sim ()Não Exames ()Sim ()Não					
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados										
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:					
Escala de frequência (N=19 itens)					Escala de qualidade (N=19 itens)					
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	
19-18	17-14	13-8	7-2	≤1	19-18	17-14	13-8	7-2	≤1	
3.2 CIRCULAÇÃO: coração, perfusão periférica e retorno venoso, queixas, dispositivos, exames. 5 indicadores (26 itens)										
Coração: Frequência cardíaca (FC) ()Sim ()Não Pulso ()Sim ()Não Ritmo ()Sim ()Não Ausculta cardíaca ()Sim ()Não Pressão arterial (PA) ()Sim ()Não Local da medida de PA ()Sim ()Não Perfusão periférica e retorno venoso: Pulsos carotídeos ()Sim ()Não Escala (0 a 4) ()Sim ()Não Pulsos radiais ()Sim ()Não Escala (0 a 4) ()Sim ()Não Pulsos ulnares ()Sim ()Não Escala (0 a 4) ()Sim ()Não					Pulsos femurais ()Sim ()Não Escala (0 a 4) ()Sim ()Não Pulsos poplíteos ()Sim ()Não Escala (0 a 4) ()Sim ()Não Pulsos tibiais ()Sim ()Não Escala (0 a 4) ()Sim ()Não Pulsos pediosos ()Sim ()Não Escala (0 a 4) ()Sim ()Não Enchimento capilar ()Sim ()Não Ausculta carótidas ()Sim ()Não Condição das veias ()Sim ()Não Queixas ()Sim ()Não Dispositivos ()Sim ()Não Exames ()Sim ()Não					
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.										
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:					
Escala de frequência (N=26 itens)					Escala de qualidade (N=26 itens)					
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	
26-24	23-19	18-11	10-3	≤2	26-24	23-19	18-11	10-3	≤2	
3.3 RESPIRAÇÃO: exame do tórax, dispositivos, queixas. 4 indicadores (9 itens)										
Exame do tórax: Aspecto ()Sim ()Não Frequência respiratória (FR) ()Sim ()Não Ritmo da respiração ()Sim ()Não Profundidade da respiração ()Sim ()Não					Tipo de respiração ()Sim ()Não Sons pulmonares ()Sim ()Não Queixas ()Sim ()Não Dispositivos ()Sim ()Não Exames ()Sim ()Não					
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.										
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:					
Escala de frequência (N=9 itens)					Escala de qualidade (N=9 itens)					
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0	
9-8	7-6	5-4	3-2	≤1	9-8	7-6	5-4	3-2	≤1	

Quadro 1c - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Eliminação, Locomoção e Autocuidado (continuação).

3.4 ELIMINAÇÃO: urinária, gástrica, intestinal, exame abdominal, outras eliminações, queixas, dispositivos, exames. 8 indicadores (11 itens)									
Urinária: Características da urina ()Sim ()Não Exame dos rins ()Sim ()Não Exame da bexiga ()Sim ()Não					Características das fezes ()Sim ()Não Exame abdominal ()Sim ()Não Outras eliminações ()Sim ()Não Queixas ()Sim ()Não Dispositivos ()Sim ()Não Exames ()Sim ()Não				
Gástrica: ()Sim ()Não Intestinal: Hábito ()Sim ()Não									
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (11 itens)					Escala de qualidade (11 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
11-10	9-7	6-5	4-2	≤1	11-10	9-7	6-5	4-2	≤1
3.5 LOCOMOÇÃO: marcha, mobilidade, reflexos, atividade física regular, queixas, dispositivos, exames. 7 indicadores (12 itens)									
Marcha: Risco de queda: pontuação da escala de Morse ()Sim ()Não Classificação do risco ()Sim ()Não Critérios utilizados ()Sim ()Não					Extensão ()Sim ()Não Flexão ()Sim ()Não Reflexos do adulto ()Sim ()Não Atividade física regula ()Sim ()Não Queixas ()Sim ()Não Dispositivos ()Sim ()Não Exames ()Sim ()Não				
Mobilidade: Abdução ()Sim ()Não Adução ()Sim ()Não									
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (12 itens)					Escala de qualidade (12 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
12-11	10-9	8-5	4-2	≤1	12-11	10-9	8-5	4-2	≤1
3.6 AUTO-CUIDADO: dependência para deambular, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se, condições de higiene oral e corporal. 7 indicadores (7 itens)									
Dependência: Deambular ()Sim ()Não Banhar-se ()Sim ()Não Vestir-se ()Sim ()Não					Arrumar-se()Sim ()Não Alimentar-se ()Sim ()Não Condições de higiene oral e corporal: Oral ()Sim ()Não Corporal ()Sim ()Não				
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (7 itens)					Escala de qualidade (7 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
7	6	5-4	3-2	≤1	7	6	5-4	3-2	≤1

Quadro 1d - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Nutrição, Sono e repouso e Segurança e proteção (continuação)

3.7 NUTRIÇÃO: estado nutricional, ingestão, digestão, absorção e metabolismo, hidratação, queixas, dispositivos, exames. 9 indicadores (36 itens)									
Estado nutricional: Altura ()Sim ()Não Peso ()Sim ()Não IMC ()Sim ()Não Estrutura corporal ()Sim ()Não Classificação estrutura corporal ()Sim ()Não Prega tricipital do braço direito ()Sim ()Não Prega tricipital do braço esquerdo ()Sim ()Não Pregas: torácica ()Sim ()Não abdominal ()Sim ()Não supra ilíaca ()Sim ()Não Taxa de gordura corporal ()Sim ()Não Massa magra ()Sim ()Não Exame da Tireoide ()Sim ()Não Circunferências: abdominal ()Sim ()Não punho ()Sim ()Não cintura ()Sim ()Não quadril ()Sim ()Não Dieta ()Sim ()Não					Café da manhã ()Sim ()Não Lanche da manhã ()Sim ()Não Almoço ()Sim ()Não Lanche da tarde ()Sim ()Não Jantar ()Sim ()Não Mastigação ()Sim ()Não Deglutição ()Sim ()Não Uso de prótese dentária ()Sim ()Não Digestão, absorção e metabolismo: Exame do fígado ()Sim ()Não Exame do pâncreas ()Sim ()Não Hidratação: Líquidos ()Sim ()Não Tipo de líquidos ()Sim ()Não Queixas ()Sim ()Não Dispositivos ()Sim ()Não Exames ()Sim ()Não				
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (N=36 itens)					Escala de qualidade (N=36 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
36-33	32-26	25-15	14-4	≤3	36-33	32-26	25-15	14-4	≤3
3.8 SONO/REPOUSO: características, queixas, dispositivos e exames 4 indicadores (6 itens)									
Características: Horas de sono ()Sim ()Não Horas de repouso ()Sim ()Não Indutores do sono ()Sim ()Não					Queixas ()Sim ()Não Dispositivos ()Sim ()Não Exames ()Sim ()Não				
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (6 itens)					Escala de qualidade (6 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
6	5	4-3	2	≤1	6	5	4-3	2	≤1
3.9 SEGURANÇA E PROTEÇÃO: integridade tegumentar e tissular, imunidade, temperatura, coagulação, riscos ambientais, queixas e exames. 7 indicadores (21 itens)									
Integridade tegumentar e tissular: Pele ()Sim ()Não Anexos ()Sim ()Não Mucosas ()Sim ()Não Escore ()Sim ()Não Tecidos internos ()Sim ()Não Escala de Risco de Braden ()Sim ()Não Condições do cliente ()Sim ()Não Temperatura: (°C) ()Sim ()Não Local de verificação ()Sim ()Não Riscos ambientais: ()Sim ()Não Queixas: ()Sim ()Não					Imunidade: Vacinas ()Sim ()Não Alergias ()Sim ()Não Linfonodos (palpação) ()Sim ()Não Intoxicações exógenas ()Sim ()Não Reações inflamatórias ()Sim ()Não Procedimentos invasivos ()Sim ()Não Coagulação: Exames ()Sim ()Não Exames: Hemograma ()Sim ()Não Coagulação ()Sim ()Não Hemocultura ()Sim ()Não				
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (N=21 itens)					Escala de qualidade (N=21 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
21-19	18-15	14-9	8-2	≤1	21-19	18-15	14-9	8-2	≤1

Quadro 1e - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 3- Domínios e classes concretas avaliadas no paciente: Conhecimento do paciente/família, Relacionamentos e Recreação, Valores/Crenças/Enfrentamento

3.10 CONHECIMENTO PACIENTE/FAMÍLIA: escolaridade, patologias, cirurgias/exames programado, medicações prescritas/usadas em casa, fatores de risco, cuidados de enfermagem especiais. 6 indicadores (18 itens)									
Escolaridade ()Sim ()Não Patologias do paciente ()Sim ()Não Conhecimento do paciente ()Sim ()Não Cirurgias, anestésias e exames: Cirurgia programada ()Sim ()Não Conhecimento do paciente ()Sim ()Não Exames programados ()Sim ()Não Conhecimento do paciente ()Sim ()Não Cirurgias anteriores ()Sim ()Não Conhecimento do paciente ()Sim ()Não Anestésias anteriores ()Sim ()Não					Conhecimento do paciente ()Sim ()Não Medicações prescritas/em uso: Quadro preenchido ()Sim ()Não Dose ()Sim ()Não Frequência ()Sim ()Não Horário habitual ()Sim ()Não Conhecimento do paciente ()Sim ()Não Fatores de risco: Conhecimento do paciente ()Sim ()Não Cuidados em casa: Conhecimento do paciente ()Sim ()Não				
Obs: Listar itens com conteúdos inadequados									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (N=18)					Escala de qualidade (N=18)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
18-17	16-13	12-8	7-3	≤1	18-17	16-13	12-7	7-3	≤1
3.11 RELACIONAMENTOS: família, trabalho e reprodução/sexualidade e RECREAÇÃO : atividades preferenciais. 4 indicadores (22 itens)									
Família (constituição e vínculos): Nome ()Sim ()Não Sexo ()Sim ()Não Idades ()Sim ()Não Adotivos ()Sim ()Não Tipo de relacionamento ()Sim ()Não Conflitos ()Sim ()Não Separações ()Sim ()Não Divórcio ()Sim ()Não Mortes ()Sim ()Não Cuidador ()Sim ()Não Moradia ()Sim ()Não Trabalho: Profissão ()Sim ()Não Ocupação ()Sim ()Não					Satisfação das necessidades ()Sim ()Não Reprodução e sexualidade: Histórico obstétrico ()Sim ()Não Menstruação ()Sim ()Não Exame genitália ()Sim ()Não Parceiros sexuais ()Sim ()Não Frequência sexual ()Sim ()Não Satisfação sexual ()Sim ()Não Dificuldades sexuais ()Sim ()Não Atividades preferenciais: ()Sim ()Não				
Obs: Listar itens com conteúdos inadequados									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (22 itens)					Escala de qualidade (22 itens)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
22-20	19-16	15-9	8-2	≤1	22-20	19-16	15-9	8-2	≤1
3.12 VALORES / CRENÇAS: religião, filosofia de vida, conflito religioso na família, necessidade de apoio religioso, implicações religiosas para a saúde e ENFRENTAMENTO: autoconceito, autoimagem, aceitação de eventos, reações emocionais demonstradas, preocupações e expectativas. 10 indicadores (10 itens)									
Religião: ()Sim ()Não Filosofia de vida: ()Sim ()Não Conflito religioso: ()Sim ()Não Apoio religioso: ()Sim ()Não Implicações religiosas ()Sim ()Não					Autoconceito ()Sim ()Não Autoimagem ()Sim ()Não Aceitação de eventos ()Sim ()Não Reações emocionais ()Sim ()Não Preocupações/expectativas ()Sim ()Não				
Obs: Listar itens com conteúdos inapropriados.									
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (N=10)					Escala de qualidade (N=10)				
4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
10-9	8-7	6-4	3-2	≤1	10-9	8-7	6-4	3-2	≤1

Quadro 1f - Instrumento para avaliação do histórico de enfermagem: Parte 4: Total de itens do histórico completo, resultado da avaliação e classificação final de frequência e qualidade no preenchimento dos indicadores concretos do histórico

PARTE 4: RESULTADO DA AVALIAÇÃO				
TOTAL DE ITENS DO HE: 205 itens			PONTUAÇÃO MÁXIMA: 820 pontos	
Classificação final de frequência e qualidade no preenchimento dos indicadores concretos do histórico de enfermagem completo				
Frequência	Qualidade	Intervalo aproximado	%	Pontuação (N=820)
Altamente completo	Excelente	10%	91% - 100%	746 – 820
Parcialmente completo	Bom	20%	71% - 90%	582 - 745
Parcialmente incompleto	Médio	30%	41% - 70%	336 – 581
Muito incompleto	Regular	30%	11% - 40%	90 – 335
Altamente incompleto	Insuficiente	≤10%	≤ 10%	≤ 89

6 DISCUSSÃO

No que diz respeito à avaliação do processo de enfermagem, a literatura parece ser carente de instrumentos com escalas de medidas, que sejam específicos para o histórico de enfermagem. Embora existam vários artigos na literatura, que versam sobre auditoria e avaliação dos registros da assistência de enfermagem, somente duas publicações apresentaram instrumentos com indicadores e suas escalas para avaliação do histórico. Essa constatação aponta para a possibilidade de pouca atenção à avaliação e realinhamento dessa primeira etapa do processo de enfermagem, que serve de base para a elaboração precisa dos diagnósticos de enfermagem.

Implementar, sustentar e avaliar o processo de enfermagem na prática é uma experiência que requer o enfrentamento de muitos desafios e dificuldades. O sucesso dessa jornada depende basicamente do envolvimento dos profissionais dessa área com o tema, tanto na esfera de gestão do ambiente, quanto na assistência direta aos pacientes.

As dificuldades nessa implementação são apontadas em relação à formação, à gestão e à educação continuada da equipe de enfermagem (FRANCO, AKEMI, D'INOCENZO, 2012; FERREIRA JÚNIOR, NOGUEIRA, RODRIGUES, 2015; SANTOS, 2011), e impactam na competência dos profissionais e contribuem para o retrocesso da experiência.

Salienta-se que algumas condições relacionadas à execução do histórico de enfermagem, relatadas pelos enfermeiros na prática, são corroboradas pela literatura, tais como: carência de pessoal, falta de tempo, necessidade de longo tempo na sua aplicação, falta de conhecimento para realização do exame físico, desorganização do serviço, conflito de papéis, falta de estímulo da coordenação de enfermagem, descrença e rejeição pela atividade (FRANCO, AKEMI, D'INOCENZO, 2012; REMIZOSKI, ROCHA, VALL, 2010).

No sentido de fazer frente a essas dificuldades e ajustar a teoria do processo de enfermagem à prática, ressalta-se a importância da avaliação de todas suas etapas, em conjunto ou separadamente. Avaliar o histórico de enfermagem pode confirmar ou refutar argumentos que dificultam sua evolução e evitar a transformação dessa responsabilidade privativa do enfermeiro em uma atividade meramente

burocrática, que não retrata o real estado do paciente, e não apresenta ligação com as etapas subseqüentes do processo de enfermagem.

No paradigma da enfermagem os conceitos centrais da profissão: enfermagem, ambiente, saúde e cliente, são definidos e servem de referência para os modelos teóricos, onde eles são inter-relacionados. Ao adotar um ou vários modelos teóricos norteadores na prática, esses conceitos devem ser respeitados, principalmente a concepção de cliente, seja o indivíduo, a família ou a comunidade, que é visto na sua totalidade, que vai além da doença, com a integração das esferas de avaliação bio-psico-socio-espirituais.

Essas esferas orientam a condução do processo de enfermagem, começando pela organização de um histórico de enfermagem, e representam focos de avaliação do cliente, categorizados em níveis, que vão desde os altamente abstratos, que são os domínios, os níveis intermediários, que são as classes, até chegar aos níveis concretos, que são as subclasses, que podem ser observadas diretamente no cliente. Esses focos de avaliação vão guiar todas as etapas do processo de enfermagem desde o histórico, consolidando assim a articulação da teoria com a prática de enfermagem (MARIA, 2017).

Quando se adota o modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1974), como na experiência que inspirou essa pesquisa, o histórico de enfermagem é guiado pelas dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, que englobam classes e subclasses que são elencadas pelos enfermeiros na prática, considerando o que deve ser concretamente avaliado nos pacientes internados. Esses focos específicos vão constituir os indicadores de análise na construção de um instrumento de avaliação do histórico de enfermagem. Nesse sentido, em nenhuma das publicações encontradas, os autores analisaram o histórico separadamente, considerando todos seus componentes concretos.

No modelo de histórico escolhido para ser avaliado, todas as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais estão representadas na sua estrutura e quase todas as classes da teoria das NHB estão presentes.

O instrumento para avaliar o modelo de histórico disponibilizado nessa investigação, foi resultado do esforço coligado entre experiência dos pesquisadores e os achados da literatura. Ele também segue o enfoque da integralidade do paciente, cujos focos de avaliação (NANDA, 2015) podem ser arranjados e sequenciados em conformidade com qualquer histórico de enfermagem que seja baseado em modelos

teóricos de enfermagem. Suas dimensões, classes e subclasses foram ordenadas em consonância com a sequência desses elementos no modelo de histórico adotado como referência, o que pode facilitar a análise e registro das impressões do enfermeiro auditor de forma organizada. Nesse instrumento, o primeiro domínio é a cognição e percepção, exatamente como consta no modelo de histórico, mas eles podem estar em qualquer sequência.

O instrumento de avaliação elaborado permite a análise dos 205 itens registrados no histórico quanto à sua completude e qualidade de conteúdo, e para sua aplicação, é desejável que o avaliador, tenha no mínimo, os atributos que são esperados para o enfermeiro clínico que o utiliza na prática: competência na avaliação holística do paciente, que envolve conhecimento, habilidades e atitudes específicas e sólidas, na realização da entrevista e do exame físico bio-psico-socio-espiritual do ser humano.

O resultado da avaliação com esse instrumento poderá facilitar a compreensão de como o histórico está sendo realizado no cotidiano da prática, seus acertos e inconformidades, que podem ser fundamentais para o seu realinhamento. Dessa forma, será viável averiguar como o enfermeiro está exercendo seu papel no cumprimento dessa atividade privativa, conhecer os domínios e classes com maior qualidade nos registros e, também, os que são deficientes.

Para enfrentar as inconformidades que possam ser detectadas na avaliação do histórico de enfermagem e sustentar seu realinhamento na prática, uma estratégia de apoio pode ser a criação de um grupo executivo de orientação e supervisão da assistência sistematizada e uma comissão de auditoria de enfermagem, que sejam validadas, respeitadas e amparadas corporativamente, com participantes competentes no assunto, que tenham poder de decisão e que estejam motivados e estimulados a compartilhar conhecimentos com a equipe de enfermagem no cotidiano da assistência. Alguns autores corroboraram essa ideia, com o relato de criação de grupos facilitadores para implementação do processo de enfermagem (FRANCO, AKEMI, D'INOCENZO, 2012; SILVA, JODA, BAGGIO, 2012).

Em relação à escala empregada para compor o questionário de avaliação do histórico de enfermagem, a Likert com cinco pontos parece uma boa opção para análise da completude e qualidade do conteúdo dos registros, pois, embora exista ampla variação dos pontos nesse tipo de classificação, a escala original foi idealizada com essa variação (DALMORO, VIEIRA, 2013).

6.1 Limitação do estudo.

A revisão da literatura utilizada nessa pesquisa não esgotou a busca nas fontes de dados, mas no contexto em que foi realizada a pesquisa, a possível escassez de literatura sobre instrumentos de avaliação do histórico de enfermagem baseado na integralidade do paciente, com suas escalas de avaliação, foi a principal limitação.

7 CONCLUSÃO

O objetivo dessa pesquisa foi alcançado, com a disponibilização de um instrumento preliminar para avaliar um modelo histórico de enfermagem com enfoque bio-psico-socio-espiritual, que pode ser aplicado a qualquer histórico com estrutura de domínios e classes de avaliação do paciente hospitalizado.

O questionário de avaliação foi estruturado com 205 indicadores concretos (itens) e dividido em quatro partes: Identificação, Indicadores Gerais, Domínios e classes concretas avaliadas no paciente e Resultado da avaliação.

Para o julgamento da frequência e qualidade dos registros contidos no modelo de histórico de enfermagem, foi utilizada a escala de graduação do tipo Likert com cinco pontos, com a pontuação mínima valendo zero e a máxima quatro.

O produto desse trabalho pode contribuir para o avanço no conhecimento da enfermagem sobre avaliação do histórico de enfermagem na prática, já que, parece que poucos estudos foram desenvolvidos com esse enfoque. No entanto, ressalta-se que o instrumento de avaliação elaborado é preliminar e para sua utilização na prática, precisaria passar pelo processo de validação por enfermeiros especialistas nesse tema. Sugere-se a continuidade desse estudo com a sua submissão à validade de face, conteúdo, constructo e critério.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Rogéria Fernandes; OHIRA, Maria Lourdes Blatt. **Bases de dados: metodologia para seleção e coleta de documentos**. Revista ACB, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 131-144, ago. 2005. ISSN 1414-0594. Disponível em: <<https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/347>>.

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. **Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, June 2005. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>.

ARAÚJO, Daniela Silva de; FRANÇA, Andreza Freire de; MENDONÇA, João Kelvin da Silva; BETTENCOURT, Ana Rita de Cássia; AMARAL, Thatiana Lameira Maciel; PRADO, Patricia Rezende do. Construção e validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva Rev. RENE; 16(4)jul.-ago. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000400002>.

ALVES, Albertisa Rodrigues; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa. **Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 649-655, Dec. 2008. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400006>.

BARBOSA, Dulce et al. **Enfermagem Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2014.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: COREN, 2015. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>> acesso em: 10 jun. 2018.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 104

BIRUEL, Elisabeth Peres; PINTO, Rosemeire Rocha. **Bibliotecário: um profissional a serviço da pesquisa**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA, DOCUMENTAÇÃO E CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 24., 2011, Maceió. **Anais eletrônicos...** Maceió: FEBAB, 2011.

BORSATO, Fabiane Gorni et al. **Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 24,

n. 4, p. 527-533, 2011. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400013>.

BULECHEK, Glória M. et al. **NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem**. Tradução da 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

CALDANA G, Gabriel CS, OCHA FLR, Bernardes A, Françolin L, Costa DB. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 out/dez;15(4):915-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>.

CALDAS, Heron Carlos de Godoy. **O que é, para que serve e como se guiar na elaboração de um relatório experimental**. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei, 2002. Disponível em: <<https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/dcnat/relatorio.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2019.

CARDOSO, Allana Raphaela dos Santos. Instrumento Para Aplicação Do Processo De Enfermagem Para Pacientes Hospitalizados Em Unidades Cardiológicas: Um Estudo Quase experimental. 2016. Disponível em http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFF-2_536347a1e4ef2e9b3ff7f6bfdc91cb8e

CARRIJO, Alessandra Rosa; OGUISSO, Taka. **Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005)**. Rev. bras. Enferm. Brasília, v. 59, n. spe, p. 454-458, 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000700012>>.

CERQUEIRA, Eneida Tramontina Valente. **Títulos dos diagnósticos para estruturar uma linha-guia de enfermagem em urgência e emergência**. 2017. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Centro Universitário São Camilo, 2017.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **O Histórico De Enfermagem: Subsídios Para Sua Introdução No Hospital**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 219-229, Aug. 1976. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234197601000200219>.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 out. 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 3 fev. 2019.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 2, p. 8-9, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>

CRUZ, Marly Marques da; REIS, Ana Cristina. **Monitoramento & Avaliação como uma das funções gestoras do Sistema Único de Saúde**. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011. p. 415-426. Disponível em: <http://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>

DALMORO, Marlon, VIEIRA, Kelmara Mendes, **Dilemas na construção de escalas tipo Likert: O número de itens e a disposição influenciam nos resultados?** * RGO REVISTA GESTÃO ORGANIZACIONAL | VOL. 6 - EDIÇÃO ESPECIAL - 2013. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/>

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DUARTE, Mônica Motta; SILVINO, Zenith Rosa. **Acreditação Hospitalar X Qualidade Dos Serviços De Saúde**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], oct. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/858>>. Acesso em: 03 July 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010>.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues, RODRIGUES Maria Eunice Nogueira Galeno, **Auditoria de enfermagem nos serviços de saúde: Revisão Integrativa**. Essentia, Sobral, v. 17, n. 2, p. 23-42, 2015. Disponível em: <http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/87/85>

FRANCO, Maria Teresa Gomes; AKEMI, Elizabeth Nishio; D'INOCENTO, Maria. **Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200002>.

GALINDO, Vicência Maria da Silva, Mikéias de Menezes Lopes, Patrícia Resende de Prado, Thatiana Lameira Maciel Amaral, **Instrumento para consulta de enfermagem no pré e pós transplante de órgãos abdominais**. CuidArte, Enferm. 8(2): 102-107, jul-dez 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26732&indexSearch=ID>

GALVÃO, Cristina Maria. **Níveis de Evidência**, Editorial, Acta Paulista de Enfermagem, v. 19, n. 2, p. V, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>

GARCIA, Telma Ribeiro; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. **Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, Mar. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100026&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>.

GASTAL, Fábio Leite. **Controle estatístico de processo: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica**. 1995. 374 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/12888>

GIOLITO, Paula Carvalho Barbosa de Oliveira. **Instrumento para registro dos enfermeiros em uma unidade pediátrica: o uso da metodologia da problematização**. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, 2015. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1720>

HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. **Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público**. 2004. 250 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

HENDIGES, Eleci Adriano; SANTOS, Edwilsonn Dantas dos. **A prática da pesquisa para educar: fundamentos e pressupostos**. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL, V., 2011, São Cristóvão. Anais... São Cristóvão: EDUCON, 2011.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Enfermagem: Teoria, Conceitos, Princípios E Processo**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, março de 1974. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341974000100007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 de julho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234197400800100007>.

JOHNSON, Marion et al. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

KURCGANT, Paulina; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; MELLEIRO, Marta Maria. **A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos**

nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 19, n. 1, p. 88-91, Mar. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000100014>.

LEMOS, Cassiane de Santana; POVEDA, Vanessa de Brito; PENICHE, Aparecida de Cassia Giane. **Construcción y validación de un protocolo de atención de enfermería en anestesia.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem, v.25, e2952, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100398&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2018.

LEVANDOVSKI, Patrícia Fátima. **Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários.** 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira et al. Implantação da sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 135-138, ago. 2012. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/298>>. Acesso em: 06 jul. 2019. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n3.298>.

MARIA, Vera Lúcia Regina. **Bases teóricas do cuidado: da gênese à evolução das teorias.** Avaliação inicial de enfermagem. Audiovis. São Paulo. 2015.

MARIA, Vera Lúcia Regina et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia: Relato de experiência.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 77-87, June 1987. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341987000400077&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0080-62341987021esp00077>.

MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva et al. **Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 69, n. 5, p. 920-926, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500920&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>.

MEDEIROS, Rosana Kelly da Silva et al. **Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem.** Rev. Enf. Ref., Coimbra, v. serIV, n. 4, p. 127-135, fev. 2015. Disponível em

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jul. 2019.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.

MOORHEAD, Sue et al. **NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem**. Tradução da 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

MOREIRA, Lecy Rodrigues. **Manual revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Belo Horizonte: Anima Educação, 2014.

MOURA, Maria do Amparo Alves et al. **O papel do enfermeiro no atendimento humanizado urgência e emergência**. Revista Recien, v. 4, n. 11, p. 10-17, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.11.10-17>

NOMURA, Aline Tsuma Gaedke. **Construção de instrumento para avaliação da qualidade de registros de enfermagem informatizados em hospital universitário sob processo de acreditação hospitalar [recurso eletrônico]**. Trabalho de conclusão (graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

NANDA - I. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2001-2002**. Porto Alegre: Artmed, 2002

NANDA-I North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

NANDA-I North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLIVEIRA, Célia Maria de et al. **Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário**. REME rev. min. enferm;16(2):258-263, abr.-jun. 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22711&indexSearch=ID>

PASQUALI, Luiz. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: PASQUALI, L. et al. (Org.). **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 165-198.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi; SAWADA, Namie Okino. **Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 4, p. 621-629, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a11v65n4.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

REMOR, Adriana et al. **A teoria do auto-cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 39, n. 2-3, p. 12-15, Sept. 1986. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671986000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671986000300002>.

REMIZOSKI, Jucilene, ROCHA, Mayara Moreira, VALL. Janaína. **Dificuldades na Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE: revisão teórica.** Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, 03:1-14,2010. Issn 1984-7041. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/>

RODRIGUES, Ana Vanessa Deffaccio et al. **Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 167-174, Feb. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100023>.

SANTOS, Bruna P et al. **Formação e Práxis do Enfermeiro à Luz das Teorias de Enfermagem.** Rev Bras Enferm. 2019;72(2):566-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0394>

SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. **Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, Apr. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021&lng=en&nrm=iso>. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>.

SANTOS, Lindete Amorim. **Instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados físicos de enfermagem: proposta fundamentada na administração por objetivos / Tool for evaluation of physical nursing care: based on objective-oriented administration.** s.l.; s.n.; 1986. 226 p. ilus, tab. Tese em Português | LILACS | ID: lil-67539 Apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Doutor.

SENTONE, Andreza Daher Delfino. **Análise dos indicadores da qualidade na elaboração da prescrição de enfermagem em uma unidade de internação de um**

hospital universitário público. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SARACENO, Benedetto; LEVAV, Itzhak. La Evaluación de Servicios de salud mental en la comunidad. In: LEVAV, Itzhak (Ed.). **Temas de Salud mental en la Comunidad**. Washington: OPAS, 1992. (Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, 19).

SILVA, Larissa Gutierrez da et al. Prescrição de **Enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 2, n. 1, p. 97-107, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976924546>

SILVA, Cláudio Ribeiro da. **Sistemas de Recuperação de Informação (SRI) / Subsistema de Entrada: uma sistematização das alternativas de construção**. 1996. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Informação) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, Nathália Caroline da. **O Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**. Enfermeiro Aprendiz, São Paulo, 6 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/o-processo-de-enfermagem-pe-e-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae/>. Acesso em: 3 maio 2019.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, Apr. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso. access on 06 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

VITURI, Dagmar Willamowius; MATSUDA, Laura Misue. **Content validation of quality indicators for nursing care evaluation**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a24v43n2.pdf. Acesso em: 3 maio 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Catalogue of Health Indicators**. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HST_SCI_96.8.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

ANEXO 1

" Hospital Geral "Dr. José Pangella" de Vila Penteado

Nome:
 Idade:
 RH:
 Nacionalidade e Naturalidade:
 Sexo: Masc. Fem.
 Escolaridade:
 Profissão:
 Clínica:
 Quarto:
 Leito Data da internação: / /
 Motivo da internação:
 Hipótese diagnóstica:
 Entrevistado:
 Grau de parentesco:

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

História pregressa:
 Antecedentes clínicos (doenças pregressas/histórico familiar):
 Antecedentes cirúrgicos:
 Medicações em uso:

Hábitos Bio-psico-sócio-espiritual

Sono e repouso;

Nutrição: dificuldades na mastigação ()
 Não sim. Qual(is)?

Possui dificuldade na deglutição ()Não ()sim.
 Qual(is)?

Uso de próteses dentárias ()Não ()sim ()Superior ()Inferior
 ()Ambas () Ponte móvel. Outras:

Hidratação (quantidade de líquidos ingeridos em 24hs): ()< que 2 L/dia
 ()> que 2L/DIA

Eliminações: Urinária (frequência e características): Intestinal (frequência e características):
()Não ()sim. Qual(is)?

Locomoção: dificuldades: ()Não
 ()sim. Qual(is)?

Uso de dispositivos para auxiliar na locomoção: () cadeira rodas ()andador ()
 muletas

Família: casado (a) Solteiro (a) Outros Filhos:
 Não sim. Quantos? Recreação e lazer: Tabagismo / etilismo e drogas:
 Prática religiosa:

EXAME Físico

Sinais vitais: Temperatura: _____°C Pulso____ bpm: Pressão
 Arterial: ____mmHg Frequência Respiratória: ____rpm

Aspectos gerais: Nível de consciência: Lúcido torporoso
 confuso comatoso Escala de Glasgow: Estado emocional:

Agitado calmo choroso Outros Padrão de fala e expressão facial:
 simétrico desvio de rima ptose palpebral articulação de palavra
 adequada formação de frases completas Outros:

Pele e anexos: cianótico icterico pálido hiperemia. Local? escoriação
 desidratação equimoses hematomas. Local?

Outros: Couro cabeludo: pediculose seborreia cicatrizes nódulos
 lesão má condições de higiene. Localização e tipo: Olhos: Acuidade:

normal diminuída ausente outros: Nariz: simétrico presença
 de secreção outros: Orelhas/ ouvidos normal diminuída
 ausente outros simétrico Acuidade assimétrico

Gânglios: palpáveis não palpável Doloroso? sim
 não Local: Tórax: simétrico boa expansibilidade som
 claro pulmonar Lesões: sim não Quais?

AP: MV + - RA sem RA AC: Mamas: flácidas
 túrgidas ingurgitadas colostro secreção: Características:

nódulo (D/E). Quadrante: dor à palpação (D/E). Quadrante:

Mamilos: plano protuso invertido fissuras dir.
 esq. Abdômen: globoso plano flácido distendido tenso

Outros: RHA+ RHA- massa palpável indolor
 à palpação doloroso à palpação timpânico maciço sub
 maciço cicatrizes e/ou cirurgias anteriores Dinâmica uterina:

presente ausente Movimentos fetais: não sim Altura
 uterina: no nível da cicatriz umbilical acima da cicatriz umbilical

abaixo da cicatriz umbilical Gêrito urinário: Anomalias: não sim
 Qual(is)? Lesões: não sim

Qual(is)? Secreções: não sim Qual(is)?

Fissuras: não sim Qual(is)?

Fístulas: não sim Qual(is)?

Outros MMSS e MMII: Edemas: não sim. Onde e

quanto? Perfusão periférica normal lento rápido ausente

Outros: Escoriações não sim Onde e quanto?

Dispositivos: acesso venoso periférico Data de

instalação acesso venoso central Data de instalação

cateter vesical de demora

Data de instalação

cateter nasoenteral

Data de instalação

cateter nasogástrico

Data de instalação

Outros:

Data de instalação

Outras informações: -----

Enfermeiro

Nome:

ASS:

Hora:

Carimbo:

ANEXO 2

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DISCIPLINA: Bases teóricas do cuidado: da gênese a evolução das teorias 2015

MODELO DE AVALIAÇÃO INICIAL: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Docente: Profa. Dra. Vera Lúcia Regina Maria

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Data: / / Horário: Procedência: Motivo da internação: _____
 Cirurgia agendada: Anestesia proposta: Informante: _____ Paciente ()
 Acompanhante: () Vínculo: Concordância do paciente: sim () não () ou do
 responsável legal: sim () não ()

1- COGNIÇÃO E PERCEPÇÃO

1.1- Comunicação (fala / idioma):
 1.2- Orientação, memória, atenção: - Estado mental: Escala de Glasgow
 Escore (3 a 15 pontos) Condições: Escore do paciente: _____ ptos
 1.3- Percepção sensorial (visual, auditiva, tátil, olfativa, gustativa):
 1.3.1 -Acuidade visual : 1.3.2-Acuidade auditiva:
 1.4: Sensação/Conforto: - Dor: local características:
 Escala de dor: 0 = nenhuma dor e 10 = dor insuportável Nota: _____
 1.5-Queixas:
 1.6- Dispositivos:
 1.7- Exames:

2- CIRCULAÇÃO

2.1: Coração - FC: bpm Pulso: bpm Ritmo: - Ausculta: - PA: mmHg
 Local:
 2.2- Perfusão periférica e retorno venoso - Pulsos (carotídeos, radiais, ulnar, femural, polpíteia, tibiais, pediosas): Escala de 0 a 4: - Enchimento capilar:
 - Ausculta das carótidas: - Condição das veias:
 2.3- Queixas:
 2.4- Dispositivos:
 2.5- Exames:

3- RESPIRAÇÃO

3.1- Tórax (aspecto): - FR: ipm - Ritmo: -
 Profundidade: - Tipo de respiração: - Sons pulmonares:
 3.2-Dispositivos:
 3.3-Queixas:
 3.4-Exames:

S/A= Sem Alteração NT= Não Tem N/A = Não se Aplica NV=Não Verificado

* Modelo desenvolvido por Maria VLR a partir de sua experiência clínica e ensino, mestrado em 1990, doutorado em 1997 e consultoria em SAE desde 1999.

4- ELIMINAÇÃO

4.1- Urinária (características):

- Exame:Rins/Bexiga

4.2-Gástrica:

4.3-Intestinal: Hábito (características):

4.4- Exame abdominal:

4.5-Outras eliminações:

4.6- Queixas:

4.7- Dispositivos:

4.8- Exames:

5- LOCOMOÇÃO

5.1- Marcha: Risco de queda: Escala de Morse = pontos () 0-24 = Baixo risco
() 25-44 = Médio risco () > ou = 45 = Alto risco. Critérios: história de quedas ();
Diagnóstico secundário (); Auxílio na deambulação – mobiliário/parede (); Terapia
endovenosa (); Marcha (); Estado mental ()

5.2- Mobilidade (Abdução/Adução/ Extensão/Flexão):

5.3- Reflexos: RN (Reflexo de Busca e Sucção, Moro, Prensão Plantar, Babinski,
Marcha e Tônico Cervical): Adulto:

5.4- Atividade física regular:

5.5- Queixas:

5.6-Dispositivos:

5.7-Exames:

6- AUTO-CUIDADO: deambular, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, alimentar-se

6.1-dependência:

6.2- condições de higiene oral e corporal:

7- CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

7.1- Perímetro cefálico:

7.2-Perímetro Abdominal:

7.3- Perímetro torácico:

7.4-Fontanela bregmática:

7.5- Fontanela lambdóide:

8- NUTRIÇÃO

8.1-Estado nutricional: Altura: cm Peso: Kg IMC (ou Percentil): -

Estrutura corporal: Altura/circunferência do Punho: ----- ()Pequena; ()Média
ou ()Grande

- Prega tricipital do Braço Direito: mm Prega tricipital do Braço Esquerdo: mm

- Prega torácica: - Prega abdominal: - Prega suprailíaca:

- Taxa de gordura corporal(< 15):
- Tireóide: - Circunferência abdominal:
- Relação Cintura-Quadril (RCQ): cintura (cm) / quadril (cm) =(até 0,80 nas mulheres e 1,0 nos homens
- 8.2 Ingestão: Dieta prescrita/assumida:
- Padrão de alimentação: nº de refeições:
- Café da manhã:
- Lanche:
- Almoço:
- Lanche
- Jantar:
- Mastigação / Deglutição / Sucção:
- Prótese dentária:
- 8.3- Digestão, Absorção e Metabolismo:
- Fígado: - Pâncreas:
- 8.4- Hidratação: - Quantidade: l/dia - Tipo:
- 8.5- Queixas:
- 8.6- Dispositivos:
- 8.7- Exames:

9- SONO/REPOUSO

- 9.1- Características: - H/noite:
- Repouso:
- Indutores do sono:
- 9.2-Queixas:
- 9.3- Dispositivos:
- 9.4- Exames:

10-SEGURANÇA E PROTEÇÃO

- 10.1-Integridade tegumentar e tissular:
- Pele e anexos:
- Mucosas:
- Tecidos internos (moles e duros):
- Escala de Risco de Braden: variação = 6 a 20
- Escore: 6-11= Alto risco () 12-17 = Risco médio () 18-20 = Baixo risco ()
- Condições do cliente:
- 10.2-Imunidade:- Vacinas:
- Alergias:
- Intoxicações exógenas:
- Reações inflamatórias:
- Linfonodos (palpação):
- Procedimentos invasivos:
- 10.3-Temperatura: °C local:
- 10.4- Coagulação:
- 10.5- Riscos ambientais:
- 10.6- Queixas:
- 10.7- Exames (hemograma, coagulação, hemocultura):

11- CONHECIMENTO PACIENTE/FAMÍLIA

- 11.1- Escolaridade:
- 11.2- Patologias:
 - Conhecimento:
- 11.3- Cirurgias / Exames programados:
 - cirurgias anteriores:
 - anestesias anteriores:
- 11.4- Medicções prescritas/ usadas em casa: (Nome Dose Frequência Horário Habitual)
 - Conhecimento sobre medicamentos:
- 11.5- Fatores de risco:
 - Conhecimento:
- 11.6- Cuidados de enfermagem especiais:

12- RECREAÇÃO

- 12.1- Atividades preferenciais:

13- RELACIONAMENTO: família, trabalho e reprodução/sexualidade

- 13.1-Família: constituição (nomes, sexo, idades, adotivos),
 - vínculos (tipo de relacionamento, conflitos, separações, divórcios, mortes, etc.):
 - Cuidador:
 - Moradia:
- 13.2-Trabalho: - Profissão/ocupação:
 - Satisfação das necessidades:
- 13.3- Reprodução e sexualidade: - Histórico obstétrico:
 - Menstruação:
 - Exame genitalia:
 - Atividade sexual (parceiros, frequência, satisfação, dificuldades):

14-ENFRENTAMENTO

- 14.1-Auto-conceito/imagem:
- 14.2-Aceitação de eventos:
- 14.3-Reações emocionais demonstradas:
- 14.4- Preocupações e expectativas:

15-VALORES E CRENÇAS

- 15.1- Religião/Filosofia de vida:
- 15.2- Conflito religioso na família:
- 15.3-Necessidade de apoio religioso:
- 15.4-Implicações religiosas para a saúde:

ENFERMEIRA (O) 1:	
COREN- SP:	
Data: ____ / ____ / ____	Hora:
Duração HE:	
FOCOS AVALIADOS:	
Ass. e Carimbo:	

ENFERMEIRA (O) 2:	
COREN- SP:	
Data: ____ / ____ / ____	Hora
Duração HE: ..	
FOCOS AVALIADOS:	
Ass. e Carimbo:	

APÊNDICE 1

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ANEXAR CÓPIA DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DA INSTITUIÇÃO À DISSERTAÇÃO

São Paulo, 27 de junho de 2019

Prezada Sra

Márcia de Oliveira Rodrigues

Diretoria Técnica de Saúde – Enfermagem

Hospital Geral “ Dr José Pangella” de Vila Penteado

Eu, José Paulo da Silva Ferreira, aluno do Mestrado Profissional em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo de São Paulo, estou desenvolvendo minha dissertação, uma pesquisa metodológica, sob a orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia R. Maria e co-orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Mello Ciaccio.

Essa pesquisa tem o objetivo de construir um instrumento de avaliação para um modelo de histórico de enfermagem centrado na integralidade de pacientes adultos hospitalizados, que também poderá ser aplicado na análise do histórico do Hospital Geral “Dr José Pangella” de Vila Penteado, que foi a inspiração para esse estudo.

Venho então, através desta, solicitar autorização para anexar uma cópia do histórico da instituição à minha dissertação.

Atenciosamente,

José Paulo da Silva Ferreira. Enfermeiro.
Mestrando. COREN-SP- 0123408
RG:844737894-20 – SSP-SP
Endereço eletrônico: jp_wy@hotmail.com

Profa. Dra. Vera Lúcia R. Maria
Enfermeira. COREN-SP-2245.
Orientadora
RG: 6911116 – SSP-SP
Endereço eletrônico: vr.maria@uol.com.br

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ANEXAR CÓPIA DO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM DA INSTITUIÇÃO À DISSEERTAÇÃO
(Continuação)

Parecer: Aprovado (X) Recusado ()

Justificativas: _____

Data: 28/06/2019

Assinatura e carimbo: _____