

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA UM MODELO DE HISTÓRICO DE
ENFERMAGEM ADULTO HOSPITALAR**

ASSESSMENT INSTRUMENT FOR AN ADULT HOSPITAL NURSING HISTORY MODEL

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA UN MODELO DE HISTORIA DE
ENFERMERÍA HOSPITALARIA DE ADULTOS**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n6-279>

Data de submissão: 24/05/2025

Data de publicação: 24/06/2025

José Paulo da Silva Ferreira
Mestre Profissional em Enfermagem
Centro Universitário São Camilo - CUSC
E-mail: jp_wy@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8212023582000106>

Ewerton Naves Dias
Professor
Universidade de Guarulhos
E-mail: ewertonnaves@yahoo.com.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4233051467359839>

Vera Lúcia Regina Maria
Promotora do Processo de Enfermagem
Grupo de Estudo, Pesquisa e Assistência em Sistematização da Assistência de Enfermagem
(GEPASAE) da Escola Paulista de Enfermagem – UNIFESP
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8525874585643200>

RESUMO

Depois de implementado, o histórico de enfermagem precisa de avaliação para seu aperfeiçoamento. Desta forma o objetivo do presente estudo foi construir um instrumento para avaliar um modelo de histórico de enfermagem destinado a pacientes adultos hospitalizados. Para tal, realizou-se pesquisa metodológica descritiva em três etapas: pesquisa bibliográfica, escolha do modelo de histórico de enfermagem de referência e construção do instrumento de avaliação com base na literatura e experiência dos pesquisadores. O instrumento de avaliação foi finalizado com 205 indicadores concretos 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, com cinco pontos. O produto disponibilizado contém indicadores concretos que podem ser dispostos de acordo com outros históricos de enfermagem de referência, no entanto, antes de ser levado à prática, ele necessita ser submetido a um processo de validação.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Avaliação em Saúde. Gestão da Qualidade. Pacientes Internados.

ABSTRACT

Once implemented, nursing history needs to be assessed for its improvement. Objective: to construct an instrument to evaluate a nursing history model for hospitalized adult patients. Methods: descriptive methodological study completed in three stages: bibliographic research, choice of reference nursing history model and construction of the evaluation instrument based on the literature and experience of the researchers. Results: The evaluation instrument was finalized with 205 concrete indicators distributed in four parts: identification, general indicators, domains, classes and items evaluated in the patient, and the result of the evaluation. In each of these parts a five-point Likert type evaluation scale was inserted. Conclusion: The available product contains concrete indicators that can be arranged according to other reference nursing histories, however, before being put into practice, it needs to be submitted to a validation process.

Keywords: Nursing Process. Health Evaluation. Quality Management. In-Patients.

RESUMEN

Una vez implementado, el registro de enfermería necesita evaluación para mejorar. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue construir un instrumento para evaluar un modelo de historia de enfermería destinado a pacientes adultos hospitalizados. Para ello, se realizó una investigación metodológica descriptiva en tres etapas: investigación bibliográfica, elección del modelo de historia de enfermería de referencia y construcción del instrumento de evaluación a partir de la literatura y la experiencia de los investigadores. El instrumento de evaluación quedó finalizado con 205 indicadores concretos distribuidos en cuatro partes: identificación, indicadores generales, dominios, clases e ítems evaluados en el paciente y resultado de la evaluación. En cada una de estas partes se insertó una escala de evaluación tipo Likert, con cinco puntos. El producto disponible contiene indicadores concretos que pueden ser ordenados de acuerdo con otros registros de enfermería de referencia, sin embargo, antes de ser puesto en práctica, necesita ser sometido a un proceso de validación.

Palabras clave: Proceso de Enfermería. Evaluación de Salud. Gestión de Calidad. Pacientes hospitalizados.

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 decisão sobre a otimização desse produto¹.

A avaliação periódica é um requisito para realinhar qualquer prática, no sentido de garantir segurança, renovação, limites e qualidade no desempenho dos profissionais², e no que diz respeito à assistência de enfermagem, busca-se entender como ela se processa na prática, coletando elementos que possam contribuir para a tomada de decisão para aperfeiçoá-la.

Nesse cenário, conhecer como o histórico, também denominado avaliação inicial 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^{2;3;4}.

A Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024, dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em todos os contextos em que ocorre o cuidado de enfermagem¹⁷.

A norma define claramente as etapas do processo de enfermagem e o papel da equipe de enfermagem em sua execução, revisando aspectos como a Avaliação de Enfermagem, que passa a destacar a importância de uma avaliação contínua e dinâmica, e a Evolução de Enfermagem, com a demarcação do papel específico dos enfermeiros e técnicos¹⁷.

A nova resolução também favorece a pesquisa e construção do conhecimento, assegura o reconhecimento do valor do cuidado de enfermagem e reforça sua visibilidade no atendimento às necessidades de pacientes, famílias e comunidades¹⁷.

O histórico constitui a primeira fase do processo de enfermagem, em que o enfermeiro coleta dados subjetivos e objetivos do cliente, de forma deliberada e sistemática⁵.

Essa etapa é privativa 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-espirituais⁶.

No que diz respeito à avaliação do processo de enfermagem, a literatura é carente de instrumentos com escalas de medidas, que incluem todas suas etapas, ou que sejam específicos para o

histórico de enfermagem. Foram encontradas apenas duas publicações, que versam sobre assunto: uma tese de doutorado⁷ e um trabalho de conclusão de curso de graduação⁸.

Após estas reflexões, considerou-se pertinente as seguintes justificativas para essa investigação: que o histórico de enfermagem faz parte do processo de enfermagem implantado há mais de dez anos na instituição e ainda não sofreu avaliação; que o histórico é a primeira etapa do processo de enfermagem e portanto, a prioridade na avaliação do processo de enfermagem; que o histórico organizado com itens agrupados em domínios e classes, poderia apoiar o enfermeiro no raciocínio diagnóstico, e por fim, que a escassez de literatura com disponibilização de instrumento de avaliação específico para o histórico de enfermagem com enfoque bio-psico-sócio-espiritual apontam para a necessidade de investir nessa temática.

Assim, resolveu-se desenvolver essa pesquisa, a partir de uma questão norteadora: Qual é o conteúdo pertinente a um instrumento de avaliação para um modelo de histórico de enfermagem destinado à área hospitalar?

Instrumentos de avaliação são fundamentais para avaliar as práticas e garantir que a assistência de enfermagem seja fundamentada em critérios científicos e éticos, promovendo o reconhecimento da profissão e a confiança dos pacientes¹⁷

2 OBJETIVO

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

3 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 de novas ferramentas, que buscam entender a realidade, com base no estudo de paradigmas, métodos e técnicas dominantes da produção científica^{9;10}.

4 QUESTÃO DE PESQUISA

Qual é o conteúdo pertinente a um instrumento de avaliação para um modelo de histórico de enfermagem destinado à área hospitalar?

5 REVISÃO 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^{6;11}.

- Paciente hospitalizado: indivíduo que em decorrência dos confrontos entre o processo saúde/doença, estão internados em instituições de saúde para tratamento¹².

- 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 enfermagem¹³.

6 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: processos de enfermagem e histórico de enfermagem, com utilização do operador booleano AND.

7 FONTES DE REFERÊNCIA PRIMÁRIA

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 médica, 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).

8 CRITÉRIO DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO

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 da Universidade de Guarulhos (UNG); 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 e apenas duas^{7,8} apresentavam instrumento de avaliação com indicadores e suas respectivas escalas. Esses conteúdos, associados à experiência dos pesquisadores, serviram de referência preliminar para a construção de um instrumento para avaliação do modelo de histórico de enfermagem adotado.

9 ESCOLHA DO MODELO DE HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A escolha do modelo de histórico de enfermagem foi feita com base nas reflexões 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, que representa as dimensões bio-psico-sócio-espirituais do cliente de enfermagem agrupado em domínios da NANDA I¹⁴, com classes intermediárias e subclasses concretas, que podem ser ajustadas e sequenciadas em conformidade com a teoria da Necessidades Humanas Básicas ou qualquer outra¹⁵.

10 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Para a elaboração do instrumento de avaliação, foi tomado como referência o conteúdo do modelo de histórico de enfermagem adotado: primeiro foram listados 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.

Os indicadores concretos, ou seja, aqueles, que podem ser verificados diretamente no paciente, forma chamados de itens, nessa construção.

Optou-se por analisar os registros do modelo de histórico quanto à frequência de preenchimento e qualidade do seu conteúdo.

Cada classe contém espaço para os registros das incongruências quanto ao registro nessas duas categorias de avaliação.

Nessas duas modalidades foram propostas as escalas tipo Likert convencionadas com dois até cinco pontos, aplicadas à cada item contido em cada classe.

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 e utilização de uma única escala de Likert com cinco pontos para todos eles, independentemente da quantidade de indicadores concretos em cada um desses domínios.

A pontuação em cada escala Likert com cinco pontos, foi convencionada em notas com variação de zero a quatro, tanto no preenchimento quanto na qualidade do conteúdo registrado. A nota 4 é a mais alta e corresponde à faixa aproximada de 10% (91% a 100%) dos indicadores concretos em cada domínio, a nota 3 ficou com 20% (71% a 90%), a nota 2 com 30% (41% a 70%), a nota 1 também com 30% (11% a 40%) e a nota zero, a mais baixa, com 10% ou menos dos indicadores.

A distribuição da quantidade de itens em cada faixa está descrita no quadro 1. Considerando que o instrumento de avaliação ficou constituído com 205 itens e que a nota máxima da escala em cada um deles é quatro, a pontuação final foi de 820 pontos, cuja distribuição em cada categoria de julgamento classificatório, é apresentada no quadro - 2.

11 RESULTADOS

O instrumento de avaliação construído para o modelo de histórico de enfermagem adotado foi finalizado com 205 indicadores concretos (itens) inseridos em quatro tópicos: Identificação, Indicadores gerais, Domínios e classes avaliados no paciente e Resultado da avaliação, dispostos no quadro - 1.

Como o conteúdo desse quadro é extenso, para ajustá-lo às páginas, ele foi subdividido em outros quadros de continuidade, identificados de (a) a (e).

Os domínios não estão na sequência do histórico modelo, pois para se ajustar à apresentação nos quadros, foram agrupados, de acordo com o espaço disponível na página.

Quadro1: Variação da quantidade de itens contidos em cada domínio de avaliação do histórico de enfermagem segundo os cinco pontos da escala Likert e distribuição porcentual em cada ponto da escala

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	7 6	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
1	40 11	14- 4	10- 3	8 2	8 2	7 3	7 2	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

Quadro 2: Classificação final de frequência e qualidade do preenchimento dos 205 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%	≤ 82

Quadro 3: 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)				
PARTE 1- IDENTIFICAÇÃO:				
1.1 Data da avaliação				
1.2 Clínica				
1.3 Número do prontuário				
1.4 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 NT= Não Tem ()Sim ()Não		N/A= Não se Aplica () 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				
<ul style="list-style-type: none"> - 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 Idade () Sim ()Não Sexo () Sim ()Não Data () Sim ()Não Horário de admissão () Sim ()Não Procedência () Sim ()Não Motivo da internação () Sim ()Não			Cirurgia agendada () Sim ()Não Anestesia proposta () Sim ()Não	
			Informante: (paciente) () Sim ()Não Acompanhante/vínculo () Sim ()Não Concordância do paciente/responsável legal ()Sim ()Não	
Total de itens preenchidos:			Total de itens corretos:	
Escala de frequência (N=12 itens)			Escala de qualidade (N= 12 itens)	
4 12-11	3 10-9	2 8-5	1 4-2	0 ≤1
4 12-11	3 10-9	2 8-5	1 4-2	0 (≤1)
2.6 Identificação dos enfermeiros que realizaram o HE				
1 indicador = 8 itens				
Data () Sim ()Não Nome () Sim ()Não Assinatura () Sim ()Não Profissão () Sim ()Não			Número de registro no COREN (carimbo) () Sim () Não Tempo de duração HE () Sim () Não	

Especialidade ()Sim ()Não					Identificação do número de focos avaliados por cada enfermeiro ()Sim ()Não				
Total de itens preenchidos:					Total de itens corretos:				
Escala de frequência (N=8 itens)					Escala de qualidade (N=8 itens)				
4 8	3 7-6	2 5-4	1 3-2	0 ≤1	4 8	3 7-6	2 5-4	1 3-2	0 (≤1)

Quadro 4: 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)																																						
<table border="1"> <tr> <td>Fala () Sim ()Não</td><td>Idioma ()Sim ()Não</td><td>Orientação: no tempo () Sim ()Não</td><td>No espaço () Sim ()Não</td><td>Escala Glasgow: condições do paciente () Sim () Não</td><td>Escore em pontos (5 itens) () Sim ()Não</td><td>Memória () Sim ()Não</td><td>Atenção () Sim ()Não</td><td>Percepção sensorial: Visual ()Sim ()Não</td><td>Auditiva () Sim ()Não</td><td>Olfativa () Sim ()Não</td><td>Tátil () Sim ()Não</td><td>Gustativa () Sim ()Não</td><td>Local de dor () Sim ()Não</td><td>Características da dor () Sim ()Não</td><td>Escore de dor () Sim ()Não</td><td>Queixas () Sim ()Não</td><td>Dispositivos () Sim ()Não</td><td>Exames ()Sim ()Não</td></tr> </table>																		Fala () Sim ()Não	Idioma ()Sim ()Não	Orientação: no tempo () Sim ()Não	No espaço () Sim ()Não	Escala Glasgow: condições do paciente () 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		
Fala () Sim ()Não	Idioma ()Sim ()Não	Orientação: no tempo () Sim ()Não	No espaço () Sim ()Não	Escala Glasgow: condições do paciente () 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 19-18	3 17-14	2 13-8	1 7-2	0 ≤1	4 19-18	3 17-14	2 13-8	1 7-2	0 ≤1																													
3.2 CIRCULAÇÃO: coração, perfusão periférica e retorno venoso, queixas, dispositivos, exames. 5 indicadores: 26 itens																																						
<table border="1"> <tr> <td>Coração:</td><td>Pulsos femorais () Sim ()Não</td><td>Escala (0 a 4) () Sim ()Não</td><td>Pulsos poplíteos () Sim ()Não</td><td>Escala (0 a 4) () Sim ()Não</td><td>Pulsos tibiais () Sim ()Não</td><td>Escala (0 a 4) () Sim ()Não</td><td>Pulsos pediosos () Sim ()Não</td><td>Escala (0 a 4) () Sim ()Não</td><td>Enchimento capilar (.)Sim () Não</td><td>Ausculta carótidas () Sim ()Não</td><td>Condição das veias () Sim ()Não</td><td>Queixas () Sim ()Não</td><td>Dispositivos () Sim ()Não</td><td>Exames ()Sim ()Não</td><td colspan="4" rowspan="7"></td></tr> </table>																				Coração:	Pulsos femorais () 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				
Coração:	Pulsos femorais () 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 26-24	3 23-19	2 18-11	1 10-3	0 ≤2	4 26-24	3 23-19	2 18-11	1 10-3	0 ≤2																													
3.3 RESPIRAÇÃO: exame do tórax, dispositivos, queixas. 4 indicadores: 9 itens																																						
<table border="1"> <tr> <td>Exame do tórax: Aspecto () Sim ()Não</td><td>Tipo de respiração () Sim ()Não</td><td>Sons pulmonares () Sim ()Não</td><td>Queixas () Sim ()Não</td><td>Dispositivos () Sim ()Não</td><td>Exames ()Sim ()Não</td><td colspan="4" rowspan="5"></td></tr> </table>										Exame do tórax: Aspecto () Sim ()Não	Tipo de respiração () Sim ()Não	Sons pulmonares () Sim ()Não	Queixas () Sim ()Não	Dispositivos () Sim ()Não					Exames ()Sim ()Não																			
Exame do tórax: Aspecto () Sim ()Não	Tipo de respiração () Sim ()Não	Sons pulmonares () Sim ()Não	Queixas () Sim ()Não	Dispositivos () Sim ()Não	Exames ()Sim ()Não																																	
Frequência respiratória (FR) () Sim ()Não																																						
Ritmo da respiração ()Sim ()Não																																						
Profundidade da respiração ()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 9-8	3 7-6	2 5-4	1 3-2	0 ≤1	4 9-8	3 7-6	2 5-4	1 3-2	0 ≤1

Quadro 5: 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 Gástrica: () Sim ()Não Intestinal: Hábito ()Sim ()Não					Características das fezes () Sim ()Não Exame abdominal () Sim ()Não Outras eliminações () 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 (11 itens)					Escala de qualidade (11 itens)				
4 11-10	3 9-7	2 6-5	1 4-2	0 ≤1	4 11-10	3 9-7	2 6-5	1 4-2	0 ≤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 Mobilidade: Abdução () Sim ()Não Adução () 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				
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 12-11	3 10-9	2 8-5	1 4-2	0 ≤1	4 12-11	3 10-9	2 8-5	1 4-2	0 ≤1
3.6 AUTOCUIDADO: 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 7	3 6	2 5-4	1 3-2	0 ≤1	4 7	3 6	2 5-4	1 3-2	0 ≤1

Quadro 6: 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 ()			Café da manhã () Sim ()Não Lanche da manhã () Sim ()Não Almoço () Sim ()Não Lanche da tarde () Sim ()Não Jantar ()Sim ()Não	

Prega tricipital do braço esquerdo () Sim Não () Prega torácica () Sim ()Não Prega abdominal () Sim ()Não Prega supra ilíaca () Sim ()Não Taxa de gordura corporal () Sim ()Não Massa magra () Sim ()Não Exame da Tireoide () Sim ()Não Circunferência abdominal () Sim ()Não Circunferências: punho () Sim ()Não Cintura () Sim ()Não quadril ()Sim Não () Dieta ()Sim ()Não	Mastigação () Sim ()Não Deglutição () Sim ()Não Uso de prótese dentária () Sim ()Não Digestão, absorção e metabolismo: Exame do figado () 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 36-33	3 32-26	2 25-15	1 14-4	0 ≤3	4 36-33	3 32-26	2 25-15	1 14-4	0 ≤3
3.8 SONO/REPOUSO: características, queixas, dispositivos e exames 4 indicadores (6 itens)									
Características: Horas de sono/noite () Sim ()Não Horas de repouso()Sim ()Não Não Indutores do sono ()Sim ()Não	QueixasSim () 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 6	3 5	2 4-3	1 2	0 ≤1	4 6	3 5	2 4-3	1 2	0 ≤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: Resultados do exame () 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 21-19	3 18-15	2 14-9	1 8-2	0 ≤1	4 21-19	3 18-15	2 14-9	1 8-2	0 ≤1

Quadro 7: 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, anestesias 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 Anestesias 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 18-17	3 16-13	2 12-8	1 7-3	0 ≤1	4 18-17	3 16-13	2 12-7	1 7-3	0 ≤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 genitálio () Sim ()Não Parceiros sexuais () Sim ()Não Frequência sexual () Sim ()Não Satisfação sexual () Sim ()Não Dificuldades性性uais () Sim ()Não Atividades preferenciais Descrição das atividades ()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 22-20	3 19-16	2 15-9	1 8-2	0 ≤1	4 22-20	3 19-16	2 15-9	1 8-2	0 ≤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 Apelo 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 10-9	3 8-7	2 6-4	1 3-2	0 ≤1	4 10-9	3 8-7	2 6-4	1 3-2	0 ≤1

Quadro 8: 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

12 DISCUSSÃO

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.

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 subsequentes 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-sócio-espirituais.

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-sócio-espiritual do ser humano.

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^{11;13}.

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 variação¹⁶.

13 CONCLUSÃO

Apesar da escassez de literatura sobre o tema, o objetivo proposto dessa pesquisa foi alcançado, com a disponibilização de um instrumento preliminar para avaliar um modelo histórico de enfermagem com enfoque bio-psico-sócio-espiritual que pode ser aplicado a qualquer histórico com estrutura de domínios e classes de avaliação do paciente hospitalizado.

O produto dessa pesquisa é uma contribuição para o avanço no conhecimento da enfermagem sobre avaliação do histórico de enfermagem na prática, primeira etapa do processo de enfermagem.

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

1. TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.
2. 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. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 649-655, dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000400006>.
3. SILVA, Nathália Caroline da. O Processo de Enfermagem (PE) e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). *Enfermeiro Aprendiz*, São Paulo, 6 set. 2016. Disponível em: <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/o-processo-de-enfermagem-pe-e-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-sae/>.
4. 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: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n3.298>.
5. 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>.
6. SANTOS, Neuma; VEIGA, Patrícia; ANDRADE, Renata. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, mar./abr. 2011.
7. SANTOS, Lindete Amorim. Instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados físicos de enfermagem: proposta fundamentada na administração por objetivos. 1986. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1986.
8. 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]. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
9. HENDIGES, Eleci Adriano; SANTOS, Edwilson Dantas dos. A prática da pesquisa para educar: fundamentos e pressupostos. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL, 5., 2011, São Cristóvão. Anais... São Cristóvão: EDUCON, 2011.
10. DEMO, Pedro. Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

11. 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 Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200002>.
12. 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>.
13. 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>.
14. NANDA-I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.
15. MARIA, Vera Lúcia Regina et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem no Instituto "Dante Pazzanese" de Cardiologia: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 21, n. esp., p. 77-87, jun. 1987. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0080-62341987021esp00077>.
16. DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Revista Gestão Organizacional*, v. 6, ed. esp., 2013. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/>.
17. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de Enfermagem. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>.