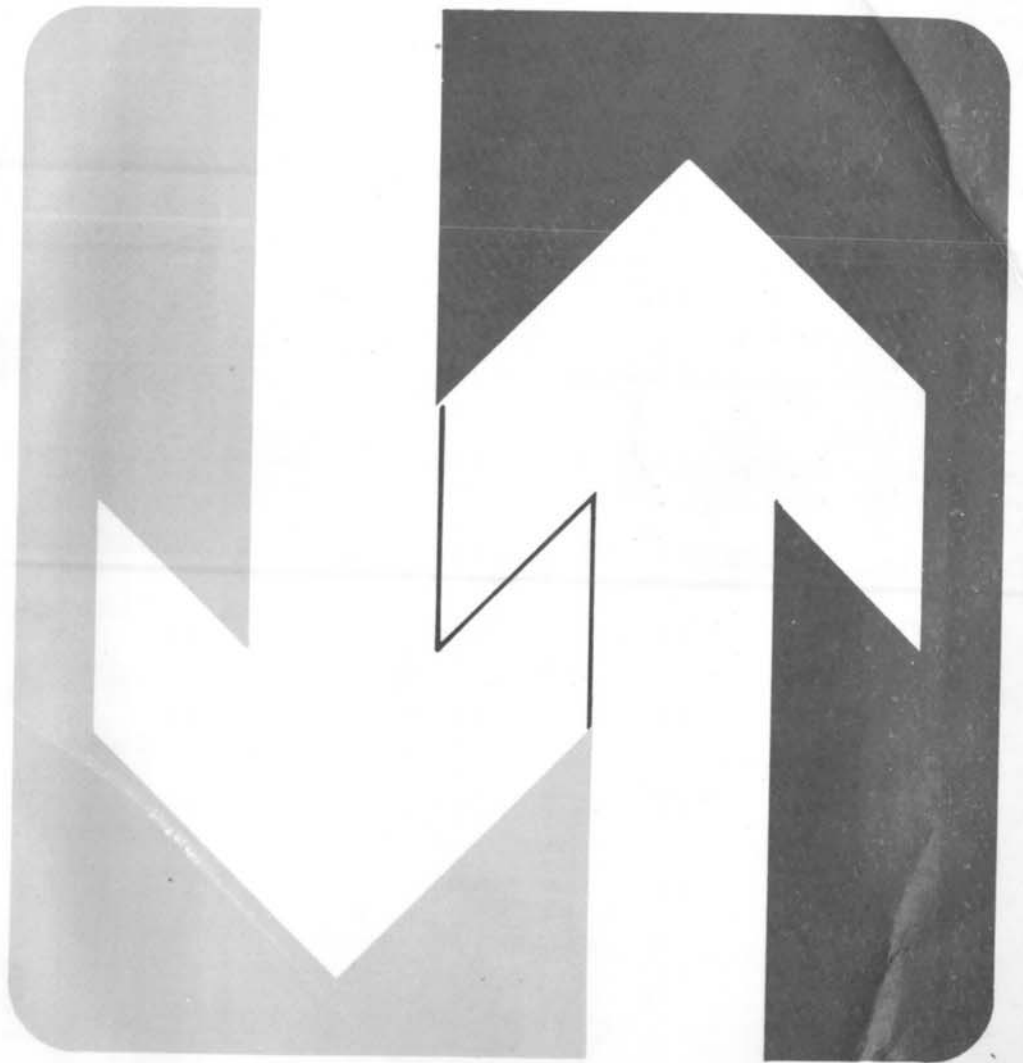


ANAIIS



3º CONGRESSO
BRASILEIRO DE ARQUIVOLOGIA
ASSOCIAÇÃO DOS ARQUIVISTAS BRASILEIROS

02

*O RELATÓRIO DE ENFERMAGEM NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA
O PACIENTE E A ENFERMAGEM*

Sonia Maria Tavares Cristóvão

A formulação dos problemas referentes à enfermagem só terão autenticidade enquanto tomar como ponto de partida suas múltiplas relações com a situação do doente.

A ação do enfermeiro junto ao paciente tem importância não somente sob os aspectos somato-fisiológicos, mas, principalmente sob as disposições psíquicas e as preocupações éticas que o doente apresenta em função da sua enfermidade.

O contato do enfermeiro com o doente marca o seu real papel na enfermagem. Para a enfermagem é mais importante o doente do que as doenças.

A situação de cada doente é uma situação particular, que se caracteriza por circunstâncias também particulares.

Diante do paciente o enfermeiro deve reconhecer e compreender o caráter único de cada doente; e em seguida lançar mão dos princípios e dos métodos diversos para ajudar cada qual a uma melhor adaptação.

“Cada homem vive o seu mundo íntimo mais ou menos impenetrável. Ser contingente e com aspirações que o levam até o infinito, o homem é sempre um ser misterioso e cheio de contradições. Tratando-se de um doente, a situação se modifica, exacerbam-se as tensões.”

A principal responsabilidade do enfermeiro reside pois na capacidade de auxiliar o paciente em sua vivência diária.

Para tanto, não basta compreender as necessidades específicas de cada paciente; deve também saber executar todos os cuidados exigidos, desde os mais simples até os mais complexos. “A eficiência profissional é fator de segurança para o doente”.

Prontuário

O prontuário constitui uma soma total de todos os relatórios, quer médicos, quer de enfermagem, ou de origem administrativa, usados durante a estada do paciente no hospital. Os relatórios de enfermagem são compilados durante a estada do paciente, e após a alta são arquivados na seção de Arquivos Médicos.

O Prontuário é útil:

Ao Paciente
Ao Médico
Ao Hospital principalmente para pesquisas científicas.
Na defesa legal
Para a saúde pública

O Relatório de Enfermagem

O relatório de enfermagem deverá conter um registro claro e conciso:
Das condições do paciente
Do tratamento que ele recebe
Das reações do paciente ao tratamento.

As Regras Gerais para fazer as anotações no Relatório de Enfermagem

Os tratamentos devem ser anotados imediatamente, após serem executados.

As anotações devem ser feitas com letra legível a fim de facilitar a leitura por outros membros da equipe de saúde.

Qualquer sintoma anormal ou qualquer modificação nas condições do paciente.

As condições mentais.

Os cabeçalhos devem ser preenchidos com tinta azul e legível.

As anotações no período de 7hs. às 19hs. devem ser escritas com tinta azul e de 20hs. às 7hs. com tinta vermelha. A fim de separar um dia do outro faz-se um traço com tinta vermelha às 24hs. abrangendo a folha de uma ponta a outra.

Há vários hospitais que adotam a folha única. Aparentemente parece reduzir o trabalho da equipe, mas na realidade não engloba o relato correto sobre o paciente.

É através do relatório de Enfermagem que o enfermeiro toma conhecimento sobre o acontecido com seus pacientes; suas necessidades individuais e o relato ao médico sobre o andamento do tratamento.

Quando o paciente tem alta, ele ficará anexado ao prontuário e será encaminhado ao serviço de Arquivo Médico. A folha única torna-se em pouco tempo ilegível, o espaço destinado as anotações é mínimo.

Conclusão

O relatório de enfermagem se consiste na única documentação de enfermagem anexada ao prontuário médico.

Esse documento (relatório de enfermagem) é de suma importância para a equipe de saúde, não só para orientação da enfermeira, pois é através dele que a enfermeira supervisora toma conhecimento sobre seus pacientes.

PERGUNTAS À SRA. SONIA MARIA TAVARES CRISTÓVÃO

1) *Maria de Lourdes Martins* (Hospital de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – SP): Sendo os relatórios de enfermagem psiquiátrica muito extensos, gostaríamos que nos informasse que profissionais podem fazer anotações nos mesmos: Atendentes? Auxiliares de enfermagem ou Enfermeiros?

R – Qualquer tipo de relatório de enfermagem, psiquiátrico ou não, deveria ser feito pelo enfermeiro, isso seria o ideal mas a realidade não é essa. Na maioria das vezes é feito por atendentes que não tem capacidade para fazê-lo.

2) Por que constantemente encontramos enganos, erros ou falhas no início do relatório, ou seja: a) falta do nome do doente e seu registro; b) datas erradas; c) tempo de permanência errado. Seria por motivo de os mesmos serem abertos no período da noite ou por desatenção do profissional?

R – O relatório de enfermagem, como já disse, é muitas vezes manuseado por gente não qualificada. Num prontuário médico vindo de laboratório um nome de paciente pode vir errado, um resultado trocado e em 90% dos casos a culpa é jogada na Enfermagem. O relatório não é aberto à noite e sim na hora da entrada ou admissão do paciente. Creio que o problema de erros independe da hora em que se inicia um relatório. É a mão-de-obra não qualificada que cria problemas.