



Trabalho 320

PRIMEIROS ENSINAMENTOS SOBRE A PRÁTICA DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: O PRONTUÁRIO DO PACIENTE (1916-1945)

Camila de Oliveira Bezerra¹

Ricardo Quintão Vieira²

Maria Cristina Sanna³

Introdução: A administração constitui o resultado da contribuição cumulativa de vários estudiosos que, no decorrer dos tempos, divulgaram suas obras e teorias¹. O período de industrialização foi essencial para o surgimento da teoria administrativa. A industrialização clássica teve início no final do século XIX, como consequência direta da Revolução Industrial, e estendeu-se até 1950². Essa fase situou-se entre as duas Grandes Guerras Mundiais (de 1914 a 1945), fatos que também demarcaram o desenvolvimento da tecnologia em enfermagem nos EUA³ e influenciaram o Brasil, com a chegada de enfermeiras americanas para lecionarem na Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (hoje Escola Anna Nery - EEAN), em 1921. Essa influência americana deixaria profundas marcas na preparação e atuação dos enfermeiros, e parte das prescrições de que se utilizaram e que fizeram sobre a prática profissional, como a administração de recursos de informação, por exemplo, pode ser apreciada no órgão de divulgação da entidade de classe fundada naquela escola – os Annaes da Enfermagem, da Associação Brasileira de Enfermagem. Em 1856, Florence Nightingale ensinava que “[...] era essencial que os fatos observados pela enfermeira fossem relatados ao médico de forma precisa e correta, e dever-se-ia manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo relacionado com o doente e a enfermagem”⁴. Portanto, desde aquela época, os registros de enfermagem constituíam parte da prática de administração de recursos de informação em enfermagem. Livros sobre Enfermagem publicados em Português, na primeira metade do século XX, também abordaram esse conteúdo e foi utilizado no ensino de enfermagem, o que enseja a questão: quais foram os ensinamentos sobre a administração de recursos de informação em enfermagem contidas nas publicações dessa época? **Objetivo:** Descrever os primeiros ensinamentos sobre o prontuário do paciente, para enfermeiros, contidos nas publicações em português veiculadas no Brasil, datadas entre as duas Grandes Guerras Mundiais. **Método:** Estudo histórico-descritivo que empregou, como fontes diretas, sete livros voltados à formação de enfermeiros, publicados no Brasil, em língua portuguesa, até 1945, e a revista “Annaes de Enfermagem”, circulante até 1941. O material coletado foi lido na íntegra e as informações compiladas e arranjadas por temas. O projeto de investigação não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa porque as fontes são públicas. **Resultados:** Do material consultado, cinco livros apresentaram dados sobre o tema pesquisado. Nenhum dos autores utilizou o termo “prontuário” e sim “papeleta”. O prontuário continha informações relacionadas à identificação do paciente, ordens médicas, relatório de enfermeiras e gráfico. Era função da enfermeira coletar os dados: nome, sexo, cor, idade, naturalidade, filiação e data de entrada, mesmo que o prontuário fosse preenchido na secretaria da instituição de saúde. Era privativo do médico fazer o registro do receituário, dieta, diagnóstico, intervenções realizadas, além da declaração da alta do doente e sua

¹ Enfermeira. Supervisora Técnica de Saúde da AMA Figueira Grande. Mestranda da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE-UNIFESP). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG). E-mail: ca.mila.oliveiras@hotmail.com

² Graduado em Biblioteconomia e em Enfermagem. Bibliotecário do Senac-SP. Membro do GEPAG. E-mail: ricqv@ig.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Pesquisadora Independente. Professora Afiliada da EPE-UNIFESP. Pesquisadora do GEPAG.



Trabalho 320

circunstância - solicitação, cura ou morte. Por sua vez, o relatório da enfermeira consistia na anotação do medicamento ministrado, alimentação oferecida e tratamentos, que podiam ser realizados sob a forma de cuidados médicos ou de enfermagem. As alunas da EEAN que atuassem no horário diurno tinham que utilizar tinta preta para preencher o relatório, enquanto as alunas do noturno utilizavam a vermelha¹³. O conteúdo desse relatório versava sobre a admissão do paciente, sinais vitais, movimentação, estado geral, queixas, dores, estado de higiene, intercorrências durante dos cuidados de enfermagem, aceite de dieta e sono. Para isso, ela aprendia noções de propedêutica, a fim de ser capaz de fazer a anotação de sintomas objetivos (edemas, erupções, cianose, pediculose, descoloração das mucosas, corrimentos, placas e feridas) e sintomas subjetivos (dor, dispneia e palpitação). Ensinava-se que o relatório devia ser preenchido com letra de forma, de maneira clara e completa e, no final deste, a enfermeira deveria colocar suas iniciais. O relatório de admissão apresentava elementos básicos de semiologia, que incluía a estruturação da coleta de dados em etapas: aspecto geral, história da doença atual (segundo ordem dos sintomas), eliminações, motivo que fez o paciente procurar o serviço, antecedentes pessoais, distúrbios alimentares, doenças da primeira infância, desenvolvimento, sociabilidade, antecedentes hereditários, presença de alcoolismo, tuberculose e epilepsia. O gráfico era composto pela disposição dos valores correspondentes às aferições dos sinais vitais ligados por segmentos de reta. Esses valores deveriam ser verificados no momento da admissão, meia hora depois e conforme rotina do serviço ou prescrição médica, nos demais horários. Nesses gráficos, a temperatura era representada por linha cheia azul, a pulsação por linha vermelha e a respiração por linha tracejada azul. O local de medição da temperatura podia ser especificado, se fosse bucal (B), retal (R), ou ainda se fosse realizada na admissão (A). Na seção de eliminações, a enfermeira deveria anotar a quantidade, ou se fora realizada lavagem intestinal (L). Além disso, ela deveria colocar “Envoltório Frio”, “Banho de álcool”, “Banho de Imersão” na coluna da temperatura, nos casos de intervenção relacionada à hipertermia, sendo a medição desse sinal vital repetida meia hora depois do cuidado de enfermagem. Na folha do gráfico, as dietas, medicamentos prescritos, ocorrência de vômitos, ordens da enfermeira-chefe ou do médico podiam ser descritos em campo especial intitulado “Observações”. Além desses repositórios de informação, o prontuário do paciente podia conter uma folha separada para anamnese médica, exame de laboratório, radiologia, licença para operação e quadro de anestesia. É importante ressaltar que o prontuário era comumente disposto sobre o leito do doente, mas essa prática aparece condenada a partir de, quando os prontuários começaram a ser guardados “nos quartos dos enfermeiros”, com o intuito de facilitar o trabalho da Enfermagem, além de restringir o acesso aos documentos, garantindo o sigilo. **Conclusões:** Os primeiros textos publicados destinados à formação profissional de enfermeiros no Brasil indicam que as anotações nos prontuários dos pacientes foram elementos importantes no conjunto das atribuições profissionais, dentre as quais as relacionadas à administração de recursos de informação. **Implicações para a Enfermagem:** A prática de administração de recursos de informação em enfermagem está presente desde os primórdios da profissionalização da enfermagem brasileira e conhecer sua história ajuda a compreender como esta se constituiu. **Referências:** 1. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003. p.26. 2. Chiavenato I. Administração nos novos tempos. Rio de Janeiro: Campos; 1999. p.33. 3. Sandelowski M. "Making the best of things": 1870-1940. In: Hein EC. Nursing issues in the twenty-first century. Philadelphia: Lippincott Williams; 2001. p.262-8. 4. Oguisso T, Schmidt MJ. Anotações de enfermagem no exercício profissional. Oguisso TO, Schmidt MJ. In: O exercício da enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara; 2010. p.116-7. **Descritores:** História da Enfermagem; Pesquisa em Administração de Enfermagem; Registros de Enfermagem. **Eixo I** - Cuidado de enfermagem na construção de uma sociedade sustentável.