

# PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO MÉTODO DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA.\*

Suzel Regina R. Deienno\*\*

Carmem Silvia Gabriel\*\*\*

Eliana Maria Scarelli\*\*

Alba Franzão Miranda\*\*\*\*

---

**RESUMO:** Consiste numa proposta de adaptação do modelo de Método de Solução de Problemas, proposto por Bailey & Claus, na sistematização da assistência de enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. Utilizou-se a metodologia de estudo de caso, com a aplicação do modelo em um paciente de terapia intensiva. Para isso, elaboramos um instrumento que possibilitasse a aplicação do modelo na prática assistencial do enfermeiro de C.T.I., e discutimos os passos propostos por este modelo. Concluimos que sua aplicação é viável, desde que sejam efetuadas adaptações nos passos propostos, e se desenvolva numa estrutura com enfermeiros qualificados, recursos técnicos e materiais adequados.

**ABSTRACT:** This is a proposal for the adaptation of the Problem Solving Method proposed by Bayley and Claus in the systematization of nursing care in an Intensive Care Unit. The case Study Methodology was used, with the application of the model to an intensive care patient. We elaborated an instrument which permitted the application of the model to nursing care practiced in the ICU and discussed the proposed steps of this model. We conclude that its application is feasible if adaptations of the proposed steps are made, and if it is developed in a structure with qualified nurses, technical resources and adequate material.

---

## 1. INTRODUÇÃO

DANIEL<sup>(4)</sup> comenta a essencialidade do planejamento das atividades na vida do ser humano, possibilitando que os resultados desejados sejam alcançados com mais facilidade, melhor aproveitamento do tempo e dos recursos humanos e materiais.

Para ARNDT & HUCKABAY<sup>(1)</sup>, a função de planejar, permite que se tenha uma visão do todo, de forma mais clara e ampla. Se não houver propósitos, metas e objetivos pré-determinados, torna-se mais

difícil a tarefa de administrar.

Reportando-nos aos serviços de saúde, acreditamos serem pertinentes as afirmações feitas anteriormente, dada a existência de uma forte tendência a enfatizar a questão do planejamento dentro destas organizações.

Nesse sentido, o que observamos, na nossa vivência prática, é que a enfermagem não tem priorizado a questão do planejamento na sua atuação profissional, o que resulta, em uma assistência de enfermagem feita de forma intuitiva e despersonalizada, acarretan-

---

\* Este trabalho foi produto de avaliação final da Disciplina "Metodologia de Solução de Problemas na Assistência de Enfermagem", oferecido pelo curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, área de Enfermagem Fundamental de Ribeirão Preto-USP, 1992. Apresentado como tema livre no 44º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília-DF, 4 a 9 de outubro de 1992.

\*\* Enfermeira, aluna do curso de pós-graduação, nível mestrado, área de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, docente do Curso de Enfermagem FMTM - Uberaba, bolsista do CNPq.

\*\*\* Enfermeira, aluna do curso de pós-graduação, nível mestrado, área de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, docente do Curso de Enfermagem FMTM - Uberaba, bolsista do CAPES.

\*\*\*\* Enfermeira - Unidade de Terapia Intensiva do Hospital-Clinicas-UNICAMP.

do assim, uma diminuição na qualidade desta assistência. No dizer de KRON.<sup>(8)</sup> "O planejamento é essencialmente um processo de solução de problemas ou de tomada de decisões".

Entendemos ser o método de solução de problemas, uma das formas de sistematizar a assistência de enfermagem, destacando ainda, que este método não se constitui numa especificidade da enfermagem, sendo aplicado em várias áreas do conhecimento.

Acreditamos ser a sistematização da assistência de enfermagem uma das formas de individualizar e melhorar a qualidade desta, assim como, torná-la mais independente, facilitando também a questão da comunicação dos membros da equipe de enfermagem e, destes com os demais profissionais da equipe de saúde.

Na década de 60, como cita WALTER et al.<sup>(11)</sup>, iniciam-se as publicações que relacionam sistemáticos métodos para procura e solução de problemas, conduzindo à tomada de decisão.

Em 1969, Laurence Weed propõe aos médicos um sistema para elaborar registros de história clínica, centrados nos problemas dos pacientes e, muitos enfermeiros encontram nesse método uma fórmula para melhorar os registros e a comunicação entre os componentes da equipe de enfermagem.

Já na década de 70, autores como BAILEY & CLAUS<sup>(2)</sup>, JOHNSON & DAVIS<sup>(7)</sup> e WALTER et al.<sup>(11)</sup>, propõem modelos de utilização de método de solução de problemas na sistematização da assistência de enfermagem.

Neste estudo nos propomos a utilizar o modelo de BAILEY & CLAUS na sistematização da assistência de enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (C.T.I.).\*

## REFERENCIAL TEÓRICO

O modelo de BAILEY & CLAUS utiliza-se da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow.<sup>(9)</sup> A dinâmica do modelo baseia-se na Teoria Geral de Sistemas e Teoria da Decisão. A Teoria Geral de Sistemas estabelece o uso do Sistema Cibernético que é um sistema fechado constituído de quatro elementos: entrada, transformação, produto e o "feed-back"; este quarto elemento fecha o sistema e

assim permite constantes e rápidas avaliações. A Teoria da Decisão, que estabelece uma seqüência de três etapas - investigação, análise e escolha, embasa o bloco central do modelo.

O modelo apresenta um instrumento logicamente estruturado passo a passo, numa seqüência de dez passos, dinamicamente dispostos, onde qualquer elemento pode alterar a significância da informação, mas nenhum elemento pode ser eliminado.

Os passos propostos são:

### 1º Passo: Definir Necessidades, Propósitos e Objetivos.

A definição de necessidades, propósitos e objetivos é baseada nas necessidades do paciente e do serviço. Estes referem-se diretamente ao estabelecimento do problema; para tanto, devem estar claramente definidos para que se defina a natureza exata do problema.

Se os propósitos não estiverem claramente estabelecidos e listados em ordem de prioridade, um serviço poderá falhar em atingir seus fins.

### 2º Passo: Definir o Problema

Este passo implica em identificar problemas e estabelecer prioridades para resolvê-los.

O problema é definido como discrepância, isto é, uma diferença entre o que realmente é e o que deveria ser. Para estabelecer a discrepância é necessário que informações adequadas sejam coletadas. O enfermeiro coleta dados e estabelece as discrepâncias.

### 3º Passo: Ponderar as Restrições Versus Capacidades e Recursos

Depois de definir o problema, a tomada de decisão para resolvê-los, implica em observar as restrições, capacidades e recursos disponíveis. Estes recursos devem estar diretamente relacionados aos objetivos do serviço, os quais implicam em: apoio financeiro, equipamentos, facilidade técnica, assistência a pesquisa e outros equipamentos dentro e fora da organização. O enfermeiro deverá comparar os recursos a as restrições encontradas.

### 4º Passo: Especificar uma Abordagem para Solução do Problema

Este passo é o marco teórico para a solução de problemas. Isto implica em definir as suposições e crenças sobre o papel específico da enfermagem no

Nesse trabalho utilizamos os termos Centro de Terapia Intensiva e Unidade de Terapia Intensiva como sinônimos.

cuidado ao cliente e sua família. É importante lembrar que existem várias abordagens e suposições na resolução de problemas. Os tipos de abordagem que os autores colocam são:

1. Aliviar as ansiedades e pressões: as decisões são tomadas lentamente e os objetivos são priorizados; e o problema não é resolvido como um todo.
2. Satisfação (otimização): quando os tomadores de decisão procuram a primeira solução mais satisfatória para o problema.
3. Ideal: o tomador de decisão tenta achar o melhor curso alternativo possível de ação, ou achar a alternativa melhor entre as disponíveis.
4. "Open-loop": quando decisões têm que ser tomadas sem experimentação, ou, não é aplicado nenhum teste do resultado final, um exemplo são as decisões políticas.
5. "Closed-loop": quando os resultados de uma decisão são facilmente anulados e a ação pode ser anulada sem custo considerável.

#### **5º Passo: Declarar Objetivos Específicos das Decisões**

Este passo envolve a declaração dos objetivos comportamentais ou aqueles de execução da ação de decisão. O enfermeiro deve saber exatamente o que deseja.

Os objetivos devem ser listados em ordem de prioridade, classificando-se em críticos e não críticos.

Objetivos críticos - não podem ser violados pelas alternativas geradas e devem especificar se os resultados são efetivos.

Objetivos não críticos - estão ligados ao julgamento do tomador de decisões, enfocando objetivos críticos, eliminando assim decisões ineficazes.

Enfocando os objetivos críticos elimina-se decisões ineficazes.

#### **6º Passo: Gerar e Listar Soluções Alternativas**

As alternativas são geradas através da criatividade, habilidade e informações do enfermeiro. A pesquisa de comportamento inclui habilidades de pesquisa e utilização de informações, recursos, restrições e capacidades da organização para se avaliar a viabilidade da alternativa. O processo de gerar alternativas adequadas, implica que o tomador de decisões se reporte a sua "bagagem estrutural" (back ground), à idéias de especialistas, conselho de colegas ou outros membros do serviço. Todos os recursos disponíveis devem ser utilizados. Uma maneira de se escolher

alternativas é atribuir-lhe números após analisá-las.

#### **7º Passo: Analisar as Opções**

A avaliação das alternativas deve ser testada em relação aos objetivos comportamentais (passo 5). Isto implica em confrontar a alternativa, com o objetivo crítico, descartando assim aquelas alternativas que não atinjam esses objetivos.

#### **8º Passo: Escolher a Melhor Alternativa para Aplicar as Regras de Decisão**

Após percorrer os passos anteriores as alternativas que receberam os números mais altos (scores) serão as escolhidas. As regras de decisão baseiam-se nas abordagens selecionadas para a solução do problema, assim como nas propostas e objetivos especificados.

#### **9º Passo: Controlar e Implementar as Decisões**

Constitui-se num passo bastante relevante.

Numa primeira etapa, o tomador de decisão controla os efeitos destas utilizando-se do "feed-back", e para tal, lança mão de procedimentos como:

- comparar registros de procedimentos; verificar se os membros da equipe estão compreendendo; designar pessoa responsável para cumprir as diretrizes; estabelecer um sistema que indique se a decisão está com dificuldades.

Numa segunda etapa especificar dados que estabelecem parâmetros de avaliação.

#### **10º Passo: Avaliar a Efetividade da Decisão**

A avaliação consiste em comparar a eficiência da alternativa selecionada com os objetivos determinados a priori. O "feed-back" pode ser então positivo ou negativo - indicando respectivamente que a decisão tomada foi eficaz - (apropriada) - ou ineficaz indicando que problema não foi resolvido.

## **2. OBJETIVOS**

Tendo em vista que a nossa proposta nesse estudo é de aplicar o modelo de BAILEY & CLAUS na sistematização da assistência de enfermagem em C.T.I., os nossos objetivos específicos são elaborar um instrumento que possibilite aplicação do modelo de Bailey & Claus na prática de enfermagem de C.T.I., e discutir as etapas propostas pelo modelo, após algumas adaptações, fazendo uma análise da viabilidade da sua implantação.

### 3. METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido no C.T.I. da unidade de emergência de um hospital-escola em um município do Estado de São Paulo.

Numa primeira fase, adaptamos um instrumento para coleta de dados proposto por GABRIEL et al.<sup>(5)</sup>, acrescentando a ele alguns itens, e testamos o instrumento na referida unidade (anexo I).

Para o registro dos dados propusemos um instrumento contendo: lista de problemas, plano de enfermagem e avaliação, conforme mostra o anexo II.

A partir daí fizemos um estudo de caso aplicando os passos adaptados do modelo proposto por BAILEY & CLAUS.

#### Discussão da Aplicação prática do Modelo

**1º Passo:** Definindo necessidades, propósitos, metas e objetivos:

Nesta fase BAILEY & CLAUS ressaltam a importância de que o serviço ou instituição possuam propósitos, metas e objetivos pré-determinados.

O serviço estudado não possuía metas pré-determinadas de maneira formal, por isso, utilizamos-nos de referencial bibliográfico para definir as metas e propósitos de uma unidade intensiva.

Para GOMES<sup>(6)</sup> as unidades de terapia intensiva “são áreas hospitalares destinadas a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles estritos”. Para a autora a finalidade da U.T.I. é a observação e manutenção das funções básicas de vida do paciente, atingidas através de um atendimento em tempo hábil.

GOMES<sup>6</sup> afirma que os objetivos da U.T.I. são:

- assegurar uma melhor qualidade de cuidado ao paciente seriamente enfermo;
- usar de maneira mais eficaz o pessoal de enfermagem e terapêutica especial, por estarem os pacientes necessitados de observação e cuidados especiais, concentrados numa área planejada funcionalmente;
- usar de forma mais econômica recursos humanos e recursos materiais.

Para o levantamento de necessidades do paciente utilizamos o instrumento de coleta de dados (anexo I).

Algumas considerações acerca do instrumento:

- Está baseado na teoria das necessidades humanas básicas proposta por MASLOW<sup>(9)</sup>.
- Nosso instrumento privilegia o levantamento de necessidades fisiológicas afetadas, dadas as condições críticas do paciente por nós selecionado e considerando os objetivos e metas de uma C.T.I.
- Para BAILEY & CLAUS<sup>(2)</sup>, discrepância ou problema “é a diferença entre o que é e o que deveria ser”. Nosso instrumento é direcionado para problemas ou discrepâncias, que consideramos ser as necessidades básicas afetadas.
- Estruturamos o instrumento predominantemente na forma de “check list”, por acreditarmos que esta seja uma forma de guia para o levantamento de problemas pelos enfermeiros e assim, proporcionar economia de tempo na sua utilização.
- O instrumento possui um espaço para o registro de dados anteriores para possibilitar uma comparação com a situação atual e podemos estabelecer as discrepâncias.

**2º Passo:** Definido o Problema

Como colocado anteriormente, foram priorizadas as necessidades fisiológicas e dentre elas, selecionamos a necessidade de oxigenação para apresentarmos a abordagem dos problemas. Os problemas selecionados foram os seguintes: entubação, presença de secreção pulmonar, ventilação mecânica, risco de infecção pulmonar, cianose de extremidades e paciente competindo com o ventilador (anexo II).

**3º Passo:** Ponderando as Restrições Versus Capacidade de Recursos

Enfatizamos a importância do enfermeiro fazer um levantamento dos recursos e restrições existentes e compará-los.

Consideramos o número de pessoal de enfermagem como recurso, tendo em vista sua capacidade teórica e técnica, e também como restrição, pois a relação entre o número de enfermeiros (6) e o número de auxiliares de enfermagem e atendentes (25), não é a ideal para um cuidado de qualidade a pacientes críticos. Cabe considerar aqui, que a lei do exercício profissional, no seu artigo 11<sup>(3)</sup>, determina que quem deve prestar cuidados de enfermagem a pacientes críticos de vem ser os enfermeiros. Isto é inviável na proporção enfermeiro/paciente observada neste serviço.

Em relação aos recursos materiais oferecidos na unidade, consideramos serem adequados para o atendimento da necessidade de oxigenação afetada, pois

os equipamentos em geral são adequados e existe material de consumo necessário à demanda.

#### 4º Passo: Definindo a Abordagem

Após uma análise das restrições e capacidades e do levantamento dos problemas, acreditamos não ser possível fazer uma abordagem do tipo “ideal” que é definida por BAILEY & CLAUS<sup>(2)</sup> como aquela onde se escolhe a melhor alternativa entre as disponíveis; esta abordagem requer mais planejamento e esforço para analisar o valor das alternativas geradas.

Optamos pela abordagem do tipo “otimização” ou de “satisfação”, onde, segundo as autoras, o tomador de decisão procura a primeira solução aceitável; isto significa que ele deve decidir rapidamente sobre a solução mais satisfatória para o problema.

Como na terapia intensiva e, especialmente no caso estudado, trabalhamos com paciente altamente crítico, muitas vezes, não foi possível criar alternativas que resolvessem o problema como um todo, e sim, apenas parcialmente.

Por isso, acreditamos que, para algumas decisões tomadas, teríamos que usar a abordagem do tipo “alívio de pressão”, que as autoras definem como aquela em que se aliviam as pressões ou ansiedades sem resolver totalmente o problema, priorizando objetivos.

#### 5º Passo: Declarando Objetivos Específicos das Decisões.

Esse ponto envolve a declaração dos objetivos para a ação de decisão.

Para BAILEY & CLAUS<sup>(2)</sup> eles devem ser listados por ordem de prioridades e classificados como críticos e não críticos.

Consideramos como críticos:

Manter permeabilidade das vias aéreas, manter permeabilidade do tubo endotraqueal; tornar mínimos os riscos de infecção pulmonar e diminuir o acúmulo de secreção nas vias aéreas.

No caso estudado, consideramos que, dentro da necessidade de oxigenação, todos os objetivos eram críticos.

#### 6º Passo: Escolhendo a Melhor Alternativa

Neste passo, agrupamos os passos 6, 7 e 8 propostos pelas autoras, que consistem respectivamente em gerar e listar soluções alternativas, analisar alternativas de decisão e fazer a escolha; por considerarmos ser esta uma etapa que o enfermeiro possa desenvolver como um todo, baseado no seu conhecimento

científico, na sua vivência prática, no levantamento das necessidades do paciente e dos recursos disponíveis e está diretamente relacionada aos objetivos determinados e à abordagem escolhida.

As alternativas escolhidas para a necessidade de oxigenação foram as seguintes (que constam do plano de enfermagem - anexo II):

- aspirar a cânula orotraqueal e vias aéreas superiores;
- realizar hiperoxigenação antes e após aspiração com bolsa auto-inflável (ambú);
- realizar tapotagem;
- mudar decúbito;
- promover troca do circuito do ventilador;
- manter o “cuff” insuflado;
- verificar parâmetros de ventilador;
- manter posicionamento do tubo;
- controlar padrão respiratório do paciente e ausculta pulmonar;
- assegurar hidratação e fluidificação de secreção.

#### 7º Passo: Controlando e Implementando Decisões

Este passo refere-se ao controle e implementação das decisões.

Aqui consideramos como implementação da decisão o próprio plano de cuidados de enfermagem (anexo II), o qual está diretamente relacionado com as alternativas escolhidas anteriormente (Lista de problema, plano de enfermagem, aprazamento e avaliação).

No anexo II esse plano de cuidados de enfermagem aparece com o aprazamento dos cuidados planejados.

#### 8º Passo: Avaliando a Efetividade da Decisão

Não foi realizado uma implementação do plano de cuidados de enfermagem para que obtivéssemos o “feed back” e assim pudéssemos avaliar se as alternativas escolhidas foram eficazes para resolução dos problemas de oxigenação, por não ser este o nosso objetivo nesse trabalho, visto que, é um trabalho de cunho acadêmico.

Acreditamos que a avaliação fornecerá o “feed back” para retroalimentar o sistema e modificar qualquer um dos passos do modelo.

#### 4. CONCLUSÕES

Concluímos ser a aplicação do modelo viável na assistência de enfermagem de C.T.I.; e aplica-se desde a solução de problemas bastante simples, até aqueles mais complexos.<sup>(10)</sup>

O fato deste modelo ser dinâmico e assim, permitir constantes alterações nos passos, vem ao encontro das necessidades de um serviço de C.T.I. O paciente de C.T.I. caracteriza-se por ser crítico e assim remete a enfermagem a constantes avaliações em suas decisões.

O modelo permite que isto seja feito através de um raciocínio lógico, analítico e crítico, estimulando

a criatividade do enfermeiro e sua capacidade de tomar decisões.

Acreditamos que, através dos instrumentos propostos e da metodologia utilizada, onde alguns passos são agrupados e considerados como etapas, a operacionalização se torna viável.

O fato de não implementarmos o plano de enfermagem nos limita a tecer maiores considerações acerca do modelo, pretendemos, entretanto, continuar nossos estudos relativos ao modelo em questão. No sentido de fazermos inclusive a sua avaliação enquanto forma de organização de enfermagem.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARNDT, C. & HUCKBAY, L.M.D. *Administração em Enfermagem*. 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.
2. BAILEY, J.T. & CLAUS, K.E. *Decision making in nursing tools for change*. Saint Laus: The C.V.Mosby Co., 1975.
3. BRASIL, LEIS, DECRETOS, etc. Lei nº 7498, de sete de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Diário Oficial da União, 26 de junho de 1986. In: *COFEn - Normas e Notícias*, Ano IX, nº 2, 1986.
4. DANIEL, L.F. *A Enfermagem planejada*. 3 ed. São Paulo: EPU, 1981.
5. GABRIEL, C.S., ANTUNES, A.V., REIS, J.N. Processo de enfermagem no C.T.I. Segundo Wanda-Horta - Adaptação da taxonomia I. Revisada. Nanda. In: I CONGRESSO /III JORNADA DE TERAPIA INTENSIVA DE CAMPINAS E I ENCONTRO DE ENFERMAGEM EM U.T.I. *Anais...* Campinas, 1992.
6. GOMES, A.M. et al. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. São Paulo: EPU., 1978.
7. JOHSON, M.M & DAVIS, M.L.C. *Problem Solving in nursing practice*. Iowa: W.M.C.Brown Co., 1975.
8. KRON, T. *Manual de Enfermagem*. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
9. MASLOW, A. *Motivation and Personality*. New York: Appleton Century-Crofts, 1972.
10. McCONNELL, E.A. Decision making - a step-by-step process. *AORN Journal*, v.49, n.5,p.1382-1385, may 1989.
11. WALTER, J.B.; PARDEE, G.P. & MOLBO, D.M. *Dinamics of problem oriented approaches: patient care and documentation*. Philadelphia J.B. Lippincott Co., 1976.

Recebido para publicação em 10.09.93

**ANEXO I**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**I. IDENTIFICAÇÃO\***

NOME: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ EST. CIVIL: \_\_\_\_\_  
NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ ESCOL.: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
DATA DE INTERNAÇÃO NA C.T.I.: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO NO HOSPITAL: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO NA C.T.I.: \_\_\_\_\_  
UNIDADE DE PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_  
HISTÓRIA PREGRESSA: \_\_\_\_\_

**2. LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES BÁSICAS**

**2.1 FISIOLÓGICAS**

**2.1.1 OXIGENAÇÃO**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS (Caracterizar):

- |                                                                       |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA;        | <input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA;       |
| <input type="checkbox"/> TOSSE;                                       | <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA  |
| <input type="checkbox"/> SECREÇÃO                                     | (assisto/controlada; FiO <sub>2</sub> = 80%); |
| (média quantidade com estrias de sangue);                             | <input type="checkbox"/> CIRURGIA;            |
| <input type="checkbox"/> CIANOSE (leve - extremidades e peri-labial); | <input type="checkbox"/> ATELECTASIA;         |
| <input type="checkbox"/> HEMOPTISE;                                   | <input type="checkbox"/> DRENOS;              |
| <input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO                                    | <input type="checkbox"/> OUTROS:              |
| ( ± 24 h; cânula de média compressão);                                |                                               |

**2.1.2 HIDRATAÇÃO/NUTRIÇÃO**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS:

- |                                            |                                                                     |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANOREXIA          | <input type="checkbox"/> OSTOMIAS;                                  |
| <input type="checkbox"/> DISFAGIA;         | <input type="checkbox"/> CIRURGIAS;                                 |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEAS;          | <input type="checkbox"/> SONDAS (SNG em drenagem há + 24 h coletan- |
| <input type="checkbox"/> VÔMITOS;          | etando secreção acastanhada em média quan-                          |
| <input type="checkbox"/> DOR;              | tidade);                                                            |
| <input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA; | <input type="checkbox"/> DRENOS                                     |
| <input type="checkbox"/> DIETAS;           | <input type="checkbox"/> JEJUM (desde a internação a ± 24 h);       |
| <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE;       | <input type="checkbox"/> OUTROS.                                    |
| <input type="checkbox"/> FÍSTULAS;         |                                                                     |

**2.1.3 ELIMINAÇÕES**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

\* A identificação poderá ser dispensada, nos locais onde já conste no prontuário.

**DADOS ATUAIS (Caracterizar)**

- |                                                                               |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DOR:                                                 | <input type="checkbox"/> DRENOS;                                                 |
| <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA:                                   | <input type="checkbox"/> SONDAS<br>(sonda vesical de demora permeável há + 24 h) |
| <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA:                              | <input type="checkbox"/> CIRURGIAS                                               |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES DA DIURESE (pcte. em oligúria há + 24 h): | <input type="checkbox"/> MELENA (1 episódio)                                     |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES DAS EVACUAÇÕES:                           | <input type="checkbox"/> ENTERORRAGIA:                                           |
| <input type="checkbox"/> FLATULÊNCIA:                                         | <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE RUÍDOS HIDRO-AÉREOS:                       |
| <input type="checkbox"/> DISTENSÃO ABDOMINAL:                                 | <input type="checkbox"/> OUTROS:                                                 |
| <input type="checkbox"/> FÍSTULAS:                                            |                                                                                  |

**2.1.4. SONO E REPOUSO**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS (caracterizar):

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INSÔNIA: | <input type="checkbox"/> OUTROS: |
|-----------------------------------|----------------------------------|

**2.1.5. REGULAÇÃO HIDRO-ELETROLÍTICA**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS: \_\_\_\_\_

**2.1.6. REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS (caracterizar):

- |                                                                                                                         |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DAS PUPILAS (anisocoria HD>E no HP>S : no momento estão isocóricas e fotorreativas): | <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO NO TEMPO (espaço): |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA RESPOSTA MOTORA (não localiza dor/reage com flexão dos membros):                  | <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA:                  |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA RESPOSTA VERBAL (entubada):                                                       | <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO (episódios):        |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA ABERTURA OCULAR (somente à dor):                                                  | <input type="checkbox"/> AMNÉSIA:                     |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> CRISE CONVULSIVA:            |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> CEFALÉIA:                    |
|                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> OUTROS:                      |

VALOR DA ESCALA DE GLASCOW:

**2.1.7. REGULAÇÃO VASCULAR**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS (caracterizar):

- |                                                                                     |                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VARIZES:                                                   | <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES DE PA. (hipotensa desde a intrnação):      |
| <input type="checkbox"/> CIANOSE (de extremidade, discreta):                        | <input type="checkbox"/> PERMEABILIDADE DA REDE VENOSA (difícil visualização): |
| <input type="checkbox"/> NECROSE:                                                   | <input type="checkbox"/> CATÉTERES CENTRAIS (subclávia D., há 24 h):           |
| <input type="checkbox"/> FLEBITE:                                                   | <input type="checkbox"/> PUNÇÕES PERIFÉRICAS:                                  |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA PERFUSÃO PERIFÉRICA (má perfusão periférica): |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> ARRITIMIAS (episódios de F.A. de alta frequência):         |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE FC. (taquicardia):                            |                                                                                |

PA = 70 X 40 mmHg FC = 126 bat/min. PVC = 16 cm H2O.

**2.1.8. INTEGRIDADE CUTÂNEO - MUCOSA**

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS (caracterizar):

- |                                       |                                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES: | <input type="checkbox"/> HEMATOMAS (de punções): |
| <input type="checkbox"/> LESÕES:      | <input type="checkbox"/> DESÇAMAÇÕES:            |
| <input type="checkbox"/> INFLAMAÇÕES: | <input type="checkbox"/> PARASITAS:              |



- ÚLCERAS:
- DEISCÊNCIAS:
- ICTERÍCIA:
- ENFISEMA SUB-CUTÂNEO:

- DESIDRATAÇÃO:
- HIGIENE PRECÁRIA:
- OUTROS:

### 2.1.9. MECÂNICA CORPORAL

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS:

- FRATURAS (MID.):
- DEAMBULA COM AJUDA:
- DEAMBULA SEM AJUDA:
- NÃO DEAMBULA:
- NÃO VIRA NO LEITO:
- CIRURGIAS:
- DEFORMIDADES:
- REPOUSO NO LEITO:
- IMOBILIZAÇÕES (gesso em MID há + 4 dias):
- ALTERAÇÃO NO MOVIMENTO DOS MEMBROS:
- ALTERAÇÃO NO MOVIMENTO DA CABEÇA:
- OUTROS:

### 2.1.10. REGULAÇÃO TÉRMICA

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS:

- ALTERAÇÕES DA TEMPERATURA CORPORAL (febril):
- ALTERAÇÕES DA TEMPERATURA DE EXTREMIDADES (frias):

T = 37,5 C

### 2.1.11 PERCEPÇÃO

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS (caracterizar):

- ALTERAÇÃO DA VISÃO:
- ALTERAÇÃO DA AUDIÇÃO:
- ALTERAÇÕES GUSTATIVAS:
- COMUNICAÇÃO (não contactua com o meio):
- ALTERAÇÃO DA SENSIBILIDADE DOLOROSA:

### 2.1.12 TERAPÊUTICA

DADOS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

DADOS ATUAIS: \_\_\_\_\_

## 2.2 SEGURANÇA

2.2.1 EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DO PACIENTE EM RELAÇÃO A DOENÇA, TRATAMENTO E HOSPITALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

## 2.3. SOCIAIS/AMOR

2.3.1. ACEITAÇÃO DO PROCESSO DOENÇA PELO PACIENTE: \_\_\_\_\_

2.3.2. ACEITAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO TRAÇADO PELA EQUIPE (impressões do enfermeiro): \_\_\_\_\_

## 3. RESPONSABILIDADE DA INFORMAÇÃO

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

OUTRAS FONTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura / COREN

## ANEXO II

NOME: \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_

DATA/HORA \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS	PLANO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	AVALIAÇÃO
- Ventilação mecânica	- Aspirar cânula orotraqueal de 2/2hs. E.S.Q.N.	- 2/2 Hs E.S.Q.N.	
- Presença de secreção pulmonar.	- Aspirar boca e narinas de 2/2 hs. E.S.Q.N.	- 2/2 Hs E.S.Q.N.	
- Entubação endotraqueal.	- Fazer hiperoxigenação com ambu +2l de O <sub>2</sub> /min. Antes e após aspiração.	- Antes e após aspiração	
- Risco de infecção pulmonar	- Instalar de 2 a 4ml de cânula orotraqueal antes da aspiração.	- Antes de aspirar.	
- Competindo com o ventilador	- Realizar tapotagem bilateral de 4/4 hs.	- 16-20-24-4-8-12	
	- Realizar troca de circuito do ventilador a cada 24 horas.	- 10	
	- Realizar mudança de decúbito a cada 4 hs.	- 16-20-24-4-8-12	
	- Observar e comunicar alteração na frequência respiratória.	- 1/1h.	
	- Mudar o lado da cânula orotraqueal e trocar fixação a cada 24 horas.	- 8	
	- Assegurar hidratação parental para fluidificação de secreção pulmonar.		
Ass. COREN	Ass. COREN	Ass. COREN	Ass. COREN