

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO: PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
NURSING ASSISTANCE SYSTEMATIZATION FOR THE CRITICAL PATIENT: PROPOSAL OF AN INSTRUMENT TO COLLECT DATA
SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO: LA PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Daniela Borges Bittar¹, Lúlian Varanda Pereira², Rejane Cussi Assunção Lemos³

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

² Enfermeira. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar da UFTM.

³ Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem na Assistência Hospitalar da UFTM.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva. Coleta de dados.

RESUMO: A coleta de dados fundamenta a sistematização da assistência de enfermagem, metodologia que permite ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que embasam a profissão. Este estudo objetivou elaborar um instrumento de coleta de dados visando o registro de forma eficiente e validá-lo em sua forma aparente e de conteúdo. Investigamos os sinais e sintomas freqüentemente encontrados em clientes de um Centro de Terapia Intensiva-Adulto e os categorizamos em Necessidades Humanas Básicas. Posteriormente, o instrumento foi submetido a validações aparente e de conteúdo. Com relação à estrutura do instrumento, foi detectada a necessidade de reduzi-lo, tornando-o mais prático. Quanto ao conteúdo, os juízes concordaram que este seria suficiente para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento da sistematização da assistência ao paciente crítico, em Centro de Terapia Intensiva.

KEYWORDS: Nursing care. Nursing. Intensive Care Units. Data collection.

ABSTRACT: Data collection bases the Nursing Assistance Systematization, methodology that permits the nurse to apply the technical-scientific knowledge which define his/her professional practice. This study aimed to elaborate an instrument for data collection, seeking efficient registry of the data, as well as validating the shape and content of this instrument. It investigated the signs and symptoms most frequently found in patients in an Intensive Care Unit and it categorized them into Basic Human Necessities. Later, the instrument was validated in terms of shape and content. Observing the structure of the instrument, the necessity for reduction was detected. Validation also showed that the instrument permits the development of the nursing diagnosis and the development of the NAS for care for the critical patient in an Intensive Care Unit.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería. Enfermería. Unidades de Terapia Intensiva. Recolección de datos.

RESUMEN: La recolección de datos fundamenta la sistematización de la asistencia de enfermería, metodología esta que permite al enfermero aplicar los conocimientos técnico-científicos que fundamentan la profesión. Este estudio tuvo con objetivo elaborar un instrumento de recolección de datos, teniendo en mente el registro de manera eficiente y la validación en su forma aparente/y de contenido. Investigamos las señales y los síntomas frecuentemente encontrados en clientes de una Unidad de Cuidados Intensivo-Adulto y los clasificamos en Necesidades Humanas Básicas. Posteriormente, el instrumento fue sometido a validaciones aparente/y de contenido. Con relación a la estructura del instrumento, se detectó la necesidad de reducirlo, siendo este más práctico. Con respecto al contenido, los jueces concordaron que éste sería suficiente para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, favoreciendo el desarrollo de la sistematización de la asistencia al cliente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Endereço: Daniela Borges Bittar
R. Comandante Marcondes Salgado, 1058, Ap. 84
14.010-150 - Centro, Ribeirão Preto, SP.

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de dezembro de 2005.
Aprovação final: 01 de novembro de 2006.

INTRODUÇÃO

O trabalho ou exercício profissional é determinante do espaço social das profissões, as quais se inserem na multidimensionalidade desse espaço social que é complexo e, por vezes, exigente. Enfatizamos, neste estudo, a enfermagem como uma profissão crucial para a construção de uma assistência qualificada à saúde, cuja metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade local.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.¹

Na era do conhecimento torna-se importante a busca de novas competências nos modos de organizar o trabalho, nas atitudes profissionais integradas aos sistemas sociais de relações e interações múltiplas, em suas diversas dimensões, abrangências e especificidades.²

O Processo de Enfermagem (PE), considerado a base de sustentação da SAE, é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação.^{3,4}

As fases de coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação se relacionam e dependem uma da outra, sendo inseparáveis dentro de um contexto prático.⁵

Dessa forma, incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidar de enfermagem humanizado, contínuo, mais justo e com qualidade para o paciente/cliente.⁶ Assim, buscamos neste estudo, colaborar com os conhecimentos relacionados à SAE, abordando uma das fases do PE, a coleta de dados.

O presente estudo teve por objetivo elaborar um instrumento de coleta de dados, visando o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva-Adulto (CTI-A) e validá-lo em sua forma aparente e de conteúdo.

A revolução científica e tecnológica, posta a serviço do cuidado humano, introduziu uma riqueza de possibilidades para salvar vidas; entretanto, é necessário nos posicionarmos frente a esse avanço para

que os valores humanos possam ter prioridade.⁷

Para que se obtenha um cuidado de enfermagem adequado às exigências de um cliente em estado crítico, é preciso uma estrutura organizacional específica, tanto em relação aos cuidados humanos quanto aos recursos físicos e materiais.⁸

Para o cliente do CTI-A, dada a sua situação instável, a assistência de enfermagem sistematizada é ainda mais necessária, pois facilitará o domínio apurado da técnica, conciliando-o com um cuidado humanizado e holístico.

Quanto maior o número de necessidades afetadas do cliente, maior é a necessidade de se planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada.

Contudo, para a implementação do PE, há pelo menos duas barreiras iniciais a serem transpostas: uma relacionada à escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual; e outra a sua operacionalização no contexto da prática, situação em que outras dificuldades se interpoem.⁹

Assim, na escolha de um modelo de assistência, devemos obter informações básicas, que permitam prever o grau de envolvimento do paciente/cliente no seu tratamento, algumas estratégias que possam ser mais úteis para este cliente e o grau de auxílio de outros profissionais que a situação possa necessitar. Esta fase preliminar auxilia dirigir e priorizar a coleta de dados e definir qual modelo poderá ser mais congruente às condições do cliente. A análise de seleção do modelo leva também em consideração que alguns são mais aplicáveis a indivíduos, outros à família e outros à comunidade; alguns pressupõem que o enfermeiro “forneça” a assistência, enquanto outros “favorecem o autocuidado”.⁹

Neste contexto, a coleta de dados é uma fase guiada pelos conceitos do modelo que auxiliam na construção do instrumento (direcionando a coleta e auxiliando na organização e seleção de dados significativos). Adotamos neste trabalho então, o modelo de Horta, no qual a hierarquia das necessidades deve direcionar a busca de suas alterações.¹⁰

Além disso, dadas às inúmeras particularidades do cliente de CTI, a tecnologia encontrada no setor e a necessidade de oferecer um cuidado desvinculado do modelo biomédico, que assista o ser humano de forma integral, atendendo suas necessidades biopsicossociais e espirituais, acreditamos que a construção e validação de um instrumento de

coleta de dados são relevantemente necessárias, para que a SAE seja desenvolvida com um embasamento adequado e coerente com o setor em questão.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo comportou duas etapas: na primeira foi construído um instrumento de coleta de dados, fundamentado no modelo conceitual de Horta, que se baseia nas NHB.¹⁰ Na segunda etapa, o mesmo foi submetido a validações de aparência e conteúdo.

Realizou-se um levantamento bibliográfico, no período de março a maio de 2005, bem como uma análise descritiva e exploratória, que teve por finalidade investigar, na literatura, livros, revistas e artigos, em idiomas português e inglês, sítios confiáveis e anais eletrônicos de congressos e fóruns de enfermagem, que discorressem sobre a SAE, enfatizando a etapa de coleta de dados, e sobre CTI.

Assim, nos propusemos a pesquisar o que a enfermagem tem descrito sobre esses temas, objetivando construir e validar um instrumento de coleta de dados para aplicação e desenvolvimento da SAE em CTI-A, do Hospital Universitário da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HU/UFTM), em Uberaba, MG.

Após leitura exploratória e objetiva do material adquirido, ordenamos as informações pertinentes à pesquisa e construímos um instrumento de coleta de dados, tipo *checklist*, para CTI-A, que compreende itens relacionados à identificação do cliente e às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

O procedimento seguinte à elaboração do instrumento de coleta de dados foi a realização de sua validação de aparência e conteúdo.

Para a realização da validação foram convidados nove enfermeiros, os quais trabalhavam em CTI-A, há mais de um ano e possuíam conhecimento sobre processo de enfermagem, CTI-A e semiologia e semiotécnica. Todos os juízes eram de cidades do interior do Estado de São Paulo (Ribeirão Preto, Barretos e Campinas) e do Estado de Minas Gerais (Uberaba).

Para essa validação, foi elaborado um questionário norteador, o qual foi entregue aos profissionais no momento da entrega do instrumento, com o intuito de guiá-los durante a realização da validação do instrumento. Esse questionário era composto pelas seguintes questões: os itens e/ou questões são

relevantes e suficientes para identificar as Necessidades Humanas Básicas afetadas no cliente? Os termos utilizados são adequados? Os itens são claros? Há repetição de questões nas diferentes necessidades? Há alguma sugestão de inclusão ou exclusão de itens e/ou questões? Qual a sua opinião quanto à forma de apresentação e conteúdo do instrumento?

Os juízes foram solicitados a discutir e apontar as alterações que julgassem necessárias, para a adequada estruturação e apresentação do instrumento de coleta de dados proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo serão apresentados seguindo a seqüência: elaboração do instrumento de coleta de dados para aplicação e desenvolvimento da SAE em CTI-A; validação subjetiva aparente e de conteúdo do instrumento elaborado.

O instrumento de coleta de dados, construído neste estudo, em anexo, foi direcionado a clientes internados em CTI-A e se constitui de itens relacionados à identificação do cliente e às necessidades psicobiológicas de oxigenação e circulação, hidratação e nutrição, eliminação, sono e repouso, exercícios, atividade física e motilidade, cuidado corporal e integridade física, integridade cutâneo-mucosa, regulação, sexualidade, abrigo e moradia e terapêutica; necessidades psicossociais de segurança, amor, comunicação, conhecimento, gregária, auto-estima, auto-imagem e auto-realização; e necessidades psicoespirituais, envolvendo as crenças e religião do cliente.

O resultado obtido na primeira etapa desta pesquisa foi norteador pelo entendimento do pesquisador em relação a um instrumento de coleta de dados, ou seja, esse deve se constituir em um roteiro sistematizado para o levantamento de sinais e sintomas do ser humano; ser significativo para o enfermeiro e para o cliente e possibilitar o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, das metas e dos objetivos; a prescrição das intervenções de enfermagem deve viabilizar a interação enfermeiro-cliente e um cuidado profissional, que forneça dados que suscitem hipóteses para o desenvolvimento de pesquisas, colaborando com os conhecimentos próprios da profissão.

A estrutura do instrumento de coleta de dados deve retratar o referencial teórico adotado, a dinâmica do serviço, o padrão de organização da assistência e a especificidade da clientela assistida.¹¹

Acreditamos que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência instrumentalizada pelo PE, à luz de um referencial teórico, será capaz de aprimorar as habilidades cognitivas e psicomotoras, associar e correlacionar conhecimentos multidisciplinares e estabelecer relações de trabalho melhor definidas e concretas.¹²

A coleta de dados tem por finalidade identificar os problemas reais ou potenciais do cliente, de forma a subsidiar o plano de cuidados e atender as necessidades encontradas prevenindo as complicações. É uma das etapas da SAE que mais exige tempo e trabalho, reunindo informações indispensáveis à comprovação da hipótese. É uma fase que pressupõe a confecção de um instrumento adequado de registro e leitura dos dados, e o desenvolvimento de técnicas para obter esses dados.¹³

A coleta de dados, realizada através de entrevista e exame físico, é o primeiro passo para determinar o estado de saúde do cliente. Todos os passos do PE dependem dos dados coletados durante esta fase, por isso a necessidade de assegurar que as informações obtidas sejam efetivas, completas e organizadas de modo que ajude a adquirir um senso de padrão entre saúde e doença.⁴

Após a elaboração do instrumento de coleta de dados, realizou-se sua validação de aparência e conteúdo. Dessa forma, o instrumento foi avaliado por um grupo de profissionais com conhecimento sobre processo de enfermagem, CTI-A e semiologia e semiotécnica.

Todos os profissionais expressaram que o instrumento certamente favorecerá o desenvolvimento da SAE para clientes internados em CTI-A e que os dados pareceram-lhes suficientes para identificar alterações ocorridas nas necessidades básicas de saúde e possibilitar o diagnóstico de enfermagem.

Seis juízes sugeriram alterações na estrutura do instrumento e também em seu conteúdo, tais como: redução do número de itens, buscando torná-lo mais prático para a atual situação de nossos CTIs, no que se refere à falta de recursos humanos; alterar a posição de alguns sinais e sintomas dentro das NHB; esclarecer melhor alguns deles, já que tiveram dificuldade de entender as siglas. A grande maioria dos enfermeiros colocou que o instrumento encontra-se muito extenso, devendo ser revisto neste aspecto.

Todos os profissionais colocaram que os termos utilizados são adequados e claros, devendo-se

colocar uma legenda no rodapé para que as siglas sejam bem compreendidas.

Quanto à repetição de sinais e sintomas nas diferentes necessidades, apenas três profissionais os identificaram, sendo que um deles referiu ser necessário haver repetições para reforçar itens importantes. Neste sentido, discordamos e não acatamos a sugestão, uma vez que no raciocínio diagnóstico durante a fase de síntese, o agrupamento dos dados nos permitirá percorrer cada categoria e retirar dali aqueles que evidenciarem a hipótese ou inferência. Ademais, esse fato poderia incorrer em estender o instrumento, já que repetiríamos vários sinais e sintomas em diversas categorias, e a solicitação dos profissionais foi justamente de reduzi-lo.

Dentre as sugestões feitas pelos enfermeiros que atuavam como juízes no processo de validação do instrumento, aceitas pelo pesquisador, uma vez que vieram a contribuir para melhoria do instrumento, ressaltamos: substituir idade por data de nascimento; inserir descerebração e decorticação em regulação neurológica; rever a Escala de Sedação de Ramsay; inserir PIC no quadro da necessidade de oxigenação; abrir algumas colunas no quadro de Balanço Hídrico, acrescentando itens como vômitos, sangue e colunas para medicamentos; substituir a palavra abolido por ausente; inserir escolaridade na necessidade de conhecimento; inserir na necessidade de abrigo e moradia: poço, fossa, presença de animais domésticos, número de cômodos da residência; inserir em integridade cutâneo-mucosa: quelóide, equimoses, petéquias, hematomas, tatuagens; retirar o item "hora" das diversas tabelas; refazer a tabela sobre ausculta pulmonar; retirar os itens M, T e N de alguns locais.

As alterações sugeridas foram parcialmente atendidas e observamos que o instrumento remodelado em sua estrutura e conteúdo ficou mais adequado, objetivo e claro, como pode ser observado no Apêndice, em anexo no presente artigo.

Tal instrumento foi elaborado para sistematizar a coleta de dados, na qual há verificação e comunicação de dados sobre o cliente, tendo como propósito estabelecer uma base de dados sobre as necessidades, problemas de saúde, experiências relacionadas, práticas de saúde, metas, valores e estilo de vida do cliente. Sabemos que somente a utilização dele poderá apontar novas e necessárias alterações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ciência da enfermagem está baseada numa ampla estrutura teórica. A SAE é o método, por meio do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas, que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, estando direcionada para a satisfação das necessidades do cliente e da família. A SAE consiste em cinco fases sequenciais e interrelacionadas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem.¹⁴

Nesse estudo evidenciamos apenas uma etapa da SAE, a coleta de dados, mas conhecendo a importância das demais, entendemos que esse foi apenas o início de futuras mudanças e de propostas para implementação do processo de enfermagem ao cliente internado em CTI-A.

A experiência de elaborar e validar um instrumento, nos possibilitou entender melhor a importância do processo de sistematização da coleta de dados, uma vez que proporcionará economia de tempo e praticidade para os enfermeiros, no sentido de elaborar o plano de cuidados, visando uma assistência de qualidade. A verificação e a comunicação de dados sobre o cliente em CTI de forma sistematizada viabilizarão uma base de dados completa sobre as necessidades, problemas de saúde, experiências relacionadas, práticas de saúde, metas, valores e estilo de vida do cliente, tornando possível estudos mais abrangentes e refinamento dos instrumentos propostos.

Observamos que os enfermeiros sugeriram a redução dos itens do instrumento, alegando a necessidade de economizar tempo e torná-lo prático para o CTI. Concordamos em parte, porém, queremos provocar os profissionais perguntando-lhes se a questão é reduzir o instrumento estritamente ao biológico, tornando-o prático, porém reducionista, ou aumentar o número de profissionais preparados para a assistência nestes setores, uma vez que o cliente deve ser considerado um ser holístico. E vamos oferecer um cuidado restrito ao biológico?

Observa-se, então, uma dicotomia entre a teoria e a prática. Se o foco do cliente no CTI está no biológico, como muitos profissionais concordaram, então as demais necessidades humanas básicas deveriam estar satisfeitas e o que se observa é o contrário.

Clientes insatisfeitos, com relatos espantosos sobre a experiência vivida no CTI, desenvolvendo distúrbios emocional e físico, que resultam em processos patológicos e sofrimento desnecessário.

A coleta de dados é a base para o processo de enfermagem. Tem como objetivo identificar e obter importantes dados sobre o estado de saúde do indivíduo, família e comunidade. Essas informações são fundamentais para a individualização do plano de cuidados. Contudo, como individualizar o cuidado reduzindo-o à visão biologicista? Sendo considerado como um processo contínuo de coleta e agrupamento de dados objetivos e subjetivos, importantes para a avaliação do cuidado, como reduzi-lo?

Estas e outras indagações nos vêm à mente e sabemos que é necessário utilizarmos este e outros instrumentos em nossa prática assistencial, para podermos decidir pela necessidade ou não de cada informação e, nos aquietar saber que estamos apenas começando a elaborar um instrumento ideal para a coleta de dados em CTI-A.

Corroboramos a idéia de que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência de enfermagem instrumentalizada pela SAE, à luz de um referencial teórico de enfermagem, será capaz de aprimorar habilidades cognitivas e psicomotoras para associar teoria e prática, relacionando conhecimentos multidisciplinares e estabelecendo relações de trabalho mais profundas e produtivas.

Dessa forma, para atender a uma determinada filosofia de trabalho, a SAE deve ser muito bem embasada e a fase de coleta de dados, acima de tudo, sistemática e específica para cada cliente, já que tal levantamento de dados é o alicerce no qual se fundamenta o cuidado de enfermagem.

Portanto, considerando a relevância da SAE para nossa prática, observamos a necessidade de se capacitar melhor nossos profissionais para sua execução, trabalhando com instrumentos específicos e aplicáveis a cada realidade, de forma a oferecer um cuidado integral e qualificado a nossos clientes.

REFERÊNCIAS

- 1 Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo. In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p.680.
- 2 Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do

- cuidado complexo. *Texto Contexto Enfem.* 2006 Jul-Set; 15 (3): 483-91.
- 3 Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.* 6a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
 - 4 Alfaro-Léfevre R. *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo.* Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.
 - 5 Christensen PJ, Kenney JW. *Nursing process: application of conceptual models.* 4a ed. Saint Louis (Missouri/EUA): Mosby; 1995.
 - 6 Silva ALR, Pereira A. *Sistematização da assistência de enfermagem: o significado atribuído pela enfermeira.* In: *Anais do 56o Congresso Brasileiro de Enfermagem;* 2004 Out 24-29; Gramado, Brasil. Brasília (DF): ABEn-Nacional; 2005 [acesso em 2005 Abr 25]. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>
 - 7 Barroso MGT. *Cuidado humano, ética e tecnologia: reflexão teórica.* In: *Anais do 56o Congresso Brasileiro de Enfermagem;* 2004 Out 24-29; Gramado, Brasil. Brasília (DF): ABEn-Nacional; 2005 [acesso em 2005 Abr 25]. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>
 - 8 Matté VM, Thofhern MB, Muniz RM. *Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo.* *Rev. Gaúcha Enferm.* 2001 Jan; 22 (1): 101-22.
 - 9 Rossi LA, Carvalho EC. *A coleta de dados: relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis.* In: *Anais do 3o Fórum Mineiro de Enfermagem;* 2002 Nov 20-21; Uberlândia, Brasil. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2002. p.21-8.
 - 10 Horta WA. *Processo de enfermagem.* São Paulo (SP): EDUSP; 1979.
 - 11 Dalri MCB. *Perfil diagnóstico de paciente queimados segundo modelo conceitual de Horta e a Taxonomia I da NANDA [dissertação].* Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 1993.
 - 12 Dalri CC. *Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica [dissertação].* Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 2005.
 - 13 Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais.* São Paulo (SP): Cortez; 1991.
 - 14 Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. *Processo e diagnóstico de enfermagem.* Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

CTI-ADULTO Instrumento de Coleta de Dados - Necessidades Humanas Básicas Data: ___/___/___ Hora de preenchimento: ___/___/___

Paciente: _____ RG: _____ Sexo: M F Data de nascimento: ___/___/___ Leito: _____
 Fone: _____ Data de internação no hospital: ___/___/___ Data de internação no CTI: ___/___/___ Hora da internação: _____

1. NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
1.1 OXIGENAÇÃO E CIRCULAÇÃO

Tipo respiratório: espontâneo mecânico \Rightarrow VM¹; TOT² TNT³ Traqueostomia
Modalidade Ventilação: Espontânea CPAP⁴ Controlada (CMV) Assistida/Controlada
 SIMV/V⁵ SIMV/P Entubação: sim não \Rightarrow ___° dia Cateter Nasal: sim não Máscara
 de O₂: sim não Venturi: sim não \Rightarrow ___ l/min.O₂ Tosse \Rightarrow não sim \Rightarrow não eficaz
 eficaz \Rightarrow seca produtiva \Rightarrow características: _____

Eupnéico (s/n) ⁶	Dispneico (s/n)	FR total	Sat. O ₂	FIO ₂	Volume Corrente	Fluxo	PEEP

Ausculta pulmonar

MV + (s/n)	MV ↓ (s/n)	MV - (s/n)	Esteriores (P/A) ⁷	Roncos (P/A)	Sibilos (P/A)

Ausculta cardíaca: sons cardíacos normais sons cardíacos anormais **Arritmias:** não sim
 \Rightarrow tipo: _____ **Pulsos periféricos preservados:** não sim **Ritmo:** regular
 irregular **Amplitude:** cheio fino Cianose: ___/+ + + + localização: _____
Rede vascular: preservada prejudicada **Acesso venoso:** central
 periférico **Marcapasso:** não sim \Rightarrow
Flebite: não sim \Rightarrow Local: _____ **Edema:** não sim \Rightarrow
 ___/+++ generalizado localizado: ___° dia; 2° ___° dia
Cateteres \Rightarrow 1° acesso periférico puncionado: ___° dia
 Cateter arterial: ___° dia Flebotomia: ___° dia
 Cateter Swan Ganz: ___° dia Monitorização PIC: ___° dia

Hora	PA ⁸	FC ⁹	PVC ¹⁰	PIC ¹¹	Outro:
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
01					
02					
03					
04					
05					
06					

Preservada bilateralmente (s/n)	Expansibilidade Torácica		Amplitude respiratória (superficial/profunda)	Ritmo respiratório (regular/irregular)	Batimento de asa de nariz (s/n)	Tiragens (s/n)
	Diminuída à D (s/n)	Diminuída à E (s/n)				

¹(VM) = Ventilação Mecânica; ²(TOT) = Tubo Orotraqueal; ³(TNT) = Tubo Nasotraqueal; ⁴(CPAP) = Pressão Positiva Contínua; ⁵(SIMV) = Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada; ⁶(s/n) = sim ou não; ⁷(P/A) = presente ou ausente; ⁸(PA) = Pressão Arterial; ⁹(FC) = Frequência Cardíaca; ¹⁰(PVC) = Pressão Venosa Central; ¹¹(PIC) = Pressão Intracraniana

Eliminação vesical ⇒ Vaso sanitário Comadre Fralda Uropen **Sondagem:** M T N Tipo ⇒ demora: ____° dia alívio: ____° dia
Características da urina (cor, odor, presença de sedimentos): _____

Hematúria Incontinência Bexigoma Oligúria Anúria Piúria Distúria Glicosúria Irrigação vesical por sonda ⇒ M T N Sonda Vesical
 Clampada: M T N Cistostomia

Sudorese: não sim ⇒ intensa discreta **Vômitos** ⇒ características: _____ **Hematêmese:** não sim ⇒ quantidade: _____
Hemoptise: não sim ⇒ quantidade: _____ **Epístaxe:** não sim ⇒ quantidade: _____ **Drenagem gástrica:** M T N ⇒ características da secreção: _____
Escarro: ausente presente ⇒ características: _____ **Dreno torácico:** ____° dia ⇒ D E ⇒ oscilação: + - ⇒ sim ⇒ quantidade: _____ **Dreno (s) abdominal (s):** local _____ **Outros drenos e tipo de secreção:** _____
 secreção: sim não Sob aspiração contínua: ____° dia **Aspiração/drenagem de secreções** _____

Local	Quantidade secreções (peq.; méd.; grand.; ml)	Características das secreções (consistência, cor, presença de rolhas)
(TOT, traqueostomia, nariz, boca, dreno)		

Otorrria: não sim ⇒ quantidade: _____ Otorrria: não sim ⇒ quantidade: _____

1.4 SONO E REPOUSO

Preservado Alterado ⇒ causa: _____ Tranquilo Agitado Sonolento Dorme durante o dia Insônia Comatoso Dorme devido à medicação Horas de sono/reposo diárias: ____ h Tempo para adormecer: ____ h Horas de sono ininterruptas: ____ h O que faz para relaxar? _____
 O que faz para dormir com facilidade? _____ Usa medicamentos para dormir? sim não Qual? _____
 Fatores que interferem na qualidade do sono _____ e do repouso _____

1.5 EXERCÍCIOS, ATIVIDADE FÍSICA E MOTILIDADE

Decúbito: dorsal ventral lateral D lateral E **Repouso no leito:** absoluto relativo **Atitude:** voluntária involuntária **Pratica algum esporte?** não sim ⇒ Qual? _____
 Periodicidade? _____ Atividades que causam dispnéia: _____ Há melhora quando interrompida? não sim **Deambulação:** independente dependente _____ não deambula

1.6 CUIDADO CORPORAL E INTEGRIDADE FÍSICA

Dependência para auto-cuidado: não sim ⇒ total parcial ⇒ alimentar-se ir ao banheiro tomar banho vestir-se tomar o remédio
Realizada higiene: oral corporal cabelos genitais **Realizada tricotomia:** facial genital outra: _____
Cortadas unhas: pés mãos **Dentição:** preservada falhas dentárias próteses dentárias Tabagismo ⇒ n.º de cigarros/dia: ____ há ____ anos
Alcoolismo ⇒ quantidade: ____ há ____ anos / meses Etilismo social Uso de drogas ilícitas ⇒ Qual(is)? _____
 Amputações/traumas ⇒ Local: _____ Causa: _____ Quando? _____ Usa prótese e/ou órtese para locomover-se? não sim ⇒ Especificar: _____

1.7 INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA

Pele: Íntegra **Coloração:** normocorada hipocorada (____/++++) cianótica (____/++++) **Umidade:** normal seca sudoreta
Textura: normal lisa ou fina áspera enrugada **Espessura:** normal atrófica espessa **Temperatura:** normal aumentada (local: _____)

diminuída (local: _____) **Elasticidade:** normal diminuída hiperelástica **Turgor:** normal diminuído **Lesões elementares:** manchas ou máculas nódulos lesão tipo urticária vegetações vesículas pústula abscessos escamas crostas cicatrizes ferida com granulação ferida com fibrina necrose petéquias equimoses quelóides hematomas tatuagens **Características** (tipo, locais, extensão, bordas, secreções): _____

Curativo: incisão cirúrgica inserção de dreno ulceração inserção cateter deiscência queimadura outro: _____
 M Avaliação: _____
 T Avaliação: _____
 N Avaliação: _____
Mucosas (conjuntivas oculares, labiobucal, lingual e gengival) ⇒ **Coloração:** normocoradas descoradas (_____/++++) cianóticas (_____/++++) icterícias (_____/++++) **Umidade:** normal secas íntegras fissuras labiais Placas esbranquiçadas Sangramento gengival Língua saburrosa

1.8 REGULACÃO

Térmica ⇒ Temperatura axilar: normotérmico (_____) Hora: _____ estado febril (_____) Hora: _____ hipotermia (_____) Hora: _____
 hipotermia (_____) Hora: _____ hipertermia (_____) Hora: _____

Imunológica ⇒ Imunodeficiência adquirida? sim não Quem da família sabe da doença? _____

Hormonal ⇒ Diabético: não sim ⇒ Glicemia _____ às _____ h ; _____ às _____ h Alterações em T3 e T4 _____

Percepção Sensorial ⇒ Alterações: visão audição olfato gustação ⇒ Qual? _____

Neurológica ⇒ Rigidez de nuca Disbasia (distúrbio da marcha) Convulsões Sedado Tremores Alterações de memória Decorticação Descerebração
Motricidade espontânea: preservada alterada **Força muscular:** preservada alterada **Reflexo cutâneo-plantar:** normal abolido Sinal de Babinski
Reflexo cônico-palpebral: normal abolido **Paralisia facial:** hemiface D hemiface E bilateral **Obnubilado / confuso:** não sim
Paralisia e/ou paralisia incompleta: flácida espástica / facial braquial crural **Hemiplegia:** D E Paraplegia Tetraplegia Astenia
 Movimentos involuntários **Restrição ao leito:** não sim ⇒ Motivo: _____ Movimentos discretos de MMSS: não sim
 Movimentos discretos de MMII: não sim **Limitação de movimentos:** não sim **Imobilidade:** não sim
Troficidade da musculatura: normal hipotrófica hipotônica **Tonicidade da musculatura:** normal hipertônica/rígidez hipotônica/flacidez

Pupilas: M ⇒ normais (circulares, centradas e diâmetros normais) isocoria anisocoria discoria midríase miose _____
 T ⇒ normais (circulares, centradas e diâmetros normais) isocoria anisocoria discoria midríase miose _____
 N ⇒ normais (circulares, centradas e diâmetros normais) isocoria anisocoria discoria midríase miose _____
Reflexo fotomotor: normal diminuído abolido

Escala de Coma de Glasgow

Abertura dos olhos	Resposta motora	Resposta verbal
<input type="checkbox"/> espontânea 4	<input type="checkbox"/> ao comando verbal 6	<input type="checkbox"/> orientada 5
<input type="checkbox"/> ao comando verbal 3	A dor:	<input type="checkbox"/> desorientada ou confusa 4
	<input type="checkbox"/> localiza o estímulo 5	
<input type="checkbox"/> à dor 2	<input type="checkbox"/> flexão normal do membro estimulado 4	<input type="checkbox"/> inapropriada 3
<input type="checkbox"/> sem resposta 1	<input type="checkbox"/> flexão anormal 3	<input type="checkbox"/> incompreensível 2
	<input type="checkbox"/> extensão 2	<input type="checkbox"/> sem resposta 1
	<input type="checkbox"/> sem resposta 1	

	M	T	N
TOTAL			

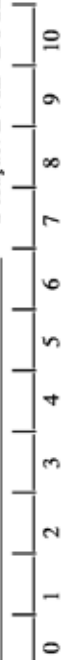
	M	T	N
TOTAL			

Escala de sedação de Ramsay

Nível	Grau de sedação
1	Ansioso e agitado ou irrequieto ou ambos
2	Cooperativo, aceitando ventilação, orientado e tranquilo
3	Dormindo, responde a estímulos táteis ou auditivos leves
4	Dormindo, responde somente a estímulos táteis ou auditivos intensos
5	Sem resposta a estímulos tátil ou auditivo, porém com resposta à dor
6	Sem resposta a estímulo doloroso

A Sedação ideal deve manter o paciente em níveis 2 e 4

Sistema sensitivo ⇨ Parestesia Hiperestesia Hipoanestesia Anestesia Analgesia Local (is): _____
Dor: não sim ⇨ Local (is): _____ Duração: < 1h 1-2h 3-5h >6h constante



Relato verbal de dor: M T N Posição antálgica: M T N Comportamento de defesa: M T N expressão facial: M T N Foco em si próprio: sim não Comportamento expressivo/gemente/irritado/choroso: M T N Fatores desencadeantes ou agravantes: M _____ T _____ N _____ Qualidade: queimação pontada pulsátil cólica contínua constritiva provocada outra: _____

Hora	Intensidade de dor

1.9 SEXUALIDADE

Alterações: Vulva Mamas ⇨ Tipo: _____
 Pênis e bolsa escrotal: Edema Lesões Outras alterações: _____
 Vida sexual ativa: não sim Nº de parceiros: _____ Usa preservativo: não sim Já teve ou tem alguma DST: não sim ⇨
 Usa contraceptivos: não sim ⇨ tipo: _____ Nº de filhos: _____ vivos; _____ mortos ⇨ causa: _____
 Observações: _____

1.10 ABRIGO E MORADIA

Condição: rural urbana Casa: própria alugada outro: _____ Tipo de construção: _____
 Nº de residentes: _____ Águas tratada: não sim poço fossa Coleta de lixo: não sim Esgoto: não sim presença de animais domésticos
 Outros problemas: _____

1.11 TERAPÊUTICA

Realiza exames periodicamente? não sim ⇨ Quais? _____
 Medicação habitual utilizada em casa: _____
 Terapias complementares: _____
 Medicamentos utilizados e observações: _____

2. NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

2.1 SEGURANÇA

Segue o tratamento integralmente: sim não ⇨ causas: _____

Uso de EPI pelos profissionais? Se sim, qual (is) _____ PSF no bairro: não sim Recursos no domicílio (cadeira de rodas, iluminação, escadas...) _____ Tem condições de comprar os medicamentos de que precisa? não sim

Tem transporte para ir à consulta/atendimento? não sim Como chega ao local? _____

Apresenta: desespero inquietação irritabilidade indiferença impaciência

2.2 AMOR

Relacionamento familiar: ótimo bom ruim ⇨ _____

Relacionamento conjugal: ótimo bom ruim ⇨ _____

Apresenta: negatividade frustração fuga tristeza solidão humor constante

2.3 COMUNICAÇÃO

Verbal ⇨ Lê: não sim Escreve: não sim Possui: clareza nas idéias compreensão prejudicada respostas desconexas barreira idiomática

Impedimentos a expressão verbal: permanece em silêncio afasia disartria gagueira lesões cordas vocais traqueostomia Não verbal ⇨ Expressa de forma não verbal sofrimento/dor: não sim Fácies tranqüila: não sim

2.4 CONHECIMENTO

Escolaridade: _____ O que sabe sobre seu problema de saúde? _____

Sua família sabe sobre a doença? não sim Conhece sobre o tratamento? não sim Sabe como preveni-la? não sim Na sua opinião, qual a causa da sua condição? _____ Experiências anteriores com doença/internação? não sim Já fez algum tratamento? não sim ⇨ _____ O que gostaria de perguntar? _____ Dificuldade em aprender coisas novas: não sim

2.5 GREGÁRIA

Vive: sozinho familiares amigos asilo outro: _____ Dificuldades na interação familiar? não sim ⇨ _____

Quem mais o ajuda no seu tratamento? _____ Participa de atividades na comunidade: não sim ⇨ _____

Recebe visitas no hospital: não sim

2.6 AUTO-ESTIMA, AUTO-IMAGEM E AUTO-REALIZAÇÃO

Demonstra: negativismo positivismo culpa medo de enfrentar situações novas retraimento falta de iniciativa verbalização de incapacidade

Satisfeito com a imagem corporal? não sim Tem planos para o futuro? não sim ⇨ _____ Descreva suas qualidades: _____ Renda familiar: _____

Adequado para manter a família? não sim A doença modificou seu jeito de ser? não sim ⇨ _____

Acha que pode ajudar no tratamento da doença? não sim Como? _____

3. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Crenças: _____ Religião: _____

Gostaria de praticar alguma atividade religiosa durante a internação? não sim ⇨ Observações: _____

INTERCORRÊNCIAS / OBSERVAÇÕES
