

Bases teórico- -metodológicas para a coleta de dados de enfermagem

1

Mariana Fernandes de Souza / Alba Lucia Bottura Leite
de Barros / Jeanne Liliane Marlene Michel /
Maria Miriam Lima da Nóbrega / Marcela Zanatta Ganzarolli

➔ Aplicação de modelos teóricos na enfermagem

A realidade, a circunstância em que vivemos, precisa ser por nós interpretada. Temos a necessidade de atribuir-lhe significados para poder interagir com ela. Sem interpretação, compreensão ou explicação, não saberíamos como abordá-la ao exercer nossas atividades. Essa compreensão ou explicação é feita pela elaboração de modelos e teorias, os quais organizam a nossa percepção e interpretação do mundo (Souza, 1996).

A enfermagem, como qualquer profissão, sempre estruturou princípios, valores e normas para guiar sua ação. A proposta mais antiga dessa organização foi feita por Florence Nightingale, há mais de um século. A partir de 1950, iniciou-se o movimento de organização formal de modelos conceituais e teorias de enfermagem. Discussões acerca das diferenças entre modelo conceitual e teoria e questionamentos sobre a produção dessas teorias (na área da enfermagem) começam a aparecer na literatura na década de 1970.

Para alguns autores, como, por exemplo, Fawcett (1984), o modelo conceitual se refere a ideias globais sobre indivíduos, grupos, situações e eventos de interesse para uma disciplina. Os conceitos têm um alto nível de abstração e generalização. A teoria apresenta um conjunto de conceitos inter-relacionados de forma mais concreta e específica. São definidos e podem ser operacionalmente testados. Ao discutir essas diferenças, Meleis (1997) analisa e diz que são baseadas em três aspectos: definição, inter-relação dos conceitos e nível de abstração. As definições e inter-relações dos conceitos são atualmente consideradas necessárias tanto para um modelo conceitual como para uma teoria. Quanto ao nível de abstração, as teorias podem ser classificadas como de ampla, média ou pequena abrangência, dependendo da quantidade de fenômenos tratados, das proposições e do nível de definições operacionais componentes da teoria. Assim, a proposta da autora é de um esquema para classificar teorias, em vez de diferenças entre modelo conceitual e teoria.

As teorizações são criações do ser humano para guiar sua ação. Barnum (1998) e Fourez (1995) defendem que as teorias podem ser comparadas a mapas geográficos: não são cópias, não mostram a totalidade de um terreno, mas apontam as partes importantes; segundo seu objetivo, são uma maneira de localizar-se. O conteúdo de um mapa é determinado da mesma forma que os modelos teóricos, a partir de um projeto. Exemplificando, um mapa rodoviário fornece informações diferentes de um geológico, cada um é estruturado de acordo com um propósito. Quando se sabe utilizar o mapa, ele permite comunicar conhecimento. Fourez (1995) afirma que:

o mesmo ocorre com os modelos científicos. É a possibilidade de utilizá-los no interior de uma comunidade científica que conhece o seu modo de utilização, que lhes dá a sua "objetividade", isto é, a sua possibilidade de servir como "objeto" nessa comunidade humana.

Não existe saber acabado, definitivo. É impossível elaborar teorias perenes, pois a capacidade humana tem limites, e a realidade é processual, um vir a ser constante.

As teorias (representações do mundo) são aceitáveis se atenderem aos nossos projetos e, quando essas representações não são úteis, são substituídas por outras. Não existe saber acabado, definitivo. É impossível elaborar teorias perenes, pois a capacidade humana tem limites, e a realidade é processual, um vir a ser constante (Souza, 1996).

Resumindo as ideias em dois aspectos relevantes, temos: a necessidade de elaborar modelos para ajuste à circunstância em que vivemos, para guiar o nosso agir; os modelos não são perenes. A construção, a adoção e a rejeição de modelos são o caminho natural do conhecimento científico.

A ação profissional deve ter como marca a compreensão e a reflexão teórica, que têm como essência o pensamento crítico. Uma e outra são inerentes a todos os papéis desempenhados pelos enfermeiros na assistência, no ensino, na administração e na pesquisa. Segundo Alves (1981), “a inteligência está diretamente relacionada à nossa capacidade de inventar e operar modelos”.

A construção, a adoção e a rejeição de modelos estão presentes na evolução histórica da enfermagem. Na inter-relação dos conceitos centrais, que mostram a unidade da profissão (ser humano, sociedade/ambiente, saúde, enfermagem), têm sido construídos e utilizados modelos próprios da profissão e de várias áreas do conhecimento. A relação entre ser humano, sociedade, saúde e ação de enfermagem pode ser compreendida e explicada por meio de teorias biológicas, sociológicas, psicológicas, epidemiológicas, etc., bem como pelos modelos propostos por enfermeiros. A aplicação dos conceitos e das proposições desses modelos teóricos é que mostra o quanto eles atendem aos nossos propósitos de ação.

São amplas as possibilidades de criação científica na enfermagem. Aos profissionais da área cabe criar, selecionar e aplicar modelos que sejam mais adequados ao tipo de serviço que prestam. Da utilização vai surgir a avaliação crítica, que, por sua vez, poderá corroborar ou reformular o modelo, resultando em progresso do conhecimento científico da área da enfermagem.

➔ Construção de instrumentos de coleta de dados

O processo de enfermagem é utilizado como método para sistematizar o cuidado, propiciando condições para individualizar e administrar a assistência e possibilitando, assim, maior integração do enfermeiro com o paciente, com a família, com a comunidade e com a própria equipe, gerando resultados positivos para a melhoria da prestação dessa assistência (Guimarães, 1996). A utilização da metodologia de trabalho traz benefícios tanto para os indivíduos, as famílias e as comunidades, que podem ter suas necessidades atendidas, como para os próprios enfermeiros, a profissão de enfer-

O processo de enfermagem é utilizado como método para sistematizar o cuidado, propiciando condições para individualizar e administrar a assistência e possibilitando, assim, maior integração do enfermeiro com o paciente, com a família, com a comunidade e com a própria equipe, gerando resultados positivos para a melhoria da prestação dessa assistência.

magem e as instituições de saúde, que podem usá-la como recurso para avaliação da qualidade de seus serviços (Doenges; Moorhouse, 1992).

A organização das ações de enfermagem, por meio do processo de enfermagem, consiste na elaboração de um planejamento das ações terapêuticas, que tem suas bases no método de resolução de problemas e nas etapas do método científico (Barros, 1998; Christensen; Griffith-Kenney, 1990; Doenges; Moorhouse, 1992; George et al., 1993; Gordon, 1994; Horta, 1979; Iyer; Taptich; Bernocchi-Losey, 1993). O processo de enfermagem, em sua forma atualmente mais conhecida, consiste, portanto, de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas.

A fase inicial do processo de enfermagem, comumente conhecida como coleta de dados ou levantamento de dados do paciente, foi denominada como: história de enfermagem (modelo de Horta, 1979) ou avaliação inicial (modelo de Gordon, 1994) e corresponde ao levantamento de dados do método científico. Essa etapa do processo diz respeito, basicamente, a três atividades: coleta de dados objetivos e subjetivos, organização dos dados coletados e documentação metódica. Seu propósito é identificar e obter informações pertinentes sobre o paciente (Carpenito, 1997; Christensen; Griffith-Kenney, 1990).

Tal como ocorre com o método científico, a coleta de dados é fundamental para todo o desenvolvimento do processo de enfermagem, constituindo o alicerce no qual se baseiam as etapas seguintes (Pimenta et al., 1993). Todas as decisões quanto a diagnósticos e intervenções de enfermagem, além da avaliação dos resultados, são baseadas nas informações obtidas nesse momento, que diz respeito não só à coleta dos dados, mas também à sua validação e organização, à identificação de padrões e teste de impressões iniciais e ao relato e registro desses dados (Alfaro-Lefevre, 1994).

A percepção dessa importância tem suscitado inúmeras propostas de instrumentos de coleta, com variações de forma e de conteúdo, visando a obtenção de dados, os mais completos possíveis, tanto do ponto de vista da quantidade como da qualidade. Vários autores relatam que a enfermagem não conta com instrumentos de coleta de dados universalmente aceitos, os quais podem ser desenvolvidos com base em qualquer uma das abordagens teóricas ou conceituais de enfermagem, devendo descrever as características do indivíduo e suas respostas ao estado de saúde (Carneiro, 1998). Há instrumentos de coleta de dados baseados, por exemplo, na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), nos Padrões Funcionais de Saúde propostos por Gordon (1994), na proposta de autocuidado de Orem (1995) ou, ainda, nos Padrões de Resposta Humana da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2000).

A construção de um instrumento de coleta de dados deve refletir, de certa forma, um pouco da cultura da instituição em que ele será utilizado, demonstrando a

filosofia de trabalho adotada e as crenças dos enfermeiros com relação ao cuidado dos pacientes/clientes (Barros, 1998). O instrumento também pode ser composto de diversas partes, com diferentes referenciais teóricos. Cada uma dessas partes pode revelar os conceitos interligados desses referenciais teóricos em sua concepção (Michel, 1999).

Apresentamos no Anexo A, a título de exemplo, o instrumento de coleta de dados elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo, da Universidade Federal de São Paulo (Barros, 1998; Michel, 1999). A primeira parte, **identificação**, tem como objetivo registrar dados que identifiquem o paciente. A segunda parte, **informações sobre a doença e o tratamento**, visa situar o enfermeiro quanto ao quadro patológico atual do paciente, procurando determinar fatores ambientais, sociais, características pessoais, comportamentos e hábitos que afetem as condições de saúde ou contribuam para o surgimento de doenças, sendo, portanto, fundamentada quase totalmente no modelo epidemiológico. Na terceira parte desse instrumento, denominada de **hábitos**, são investigados aspectos da vida do paciente nos níveis psicobiológico e psicossocial, segundo os modelos de Horta e de Orem, capazes de influenciar na assistência, que exijam intervenções específicas do enfermeiro ou mesmo ajustes do próprio paciente no período de internação ou após este.

A parte de **exame físico** inclui a mensuração de sinais vitais, perímetros, estatura e peso, além de dados coletados por meio de inspeção, palpação, percussão e ausculta, a fim de identificar sinais normais e anormais nos diversos sistemas biológicos, refletindo claramente a utilização do modelo biomédico. Os **aspectos psicossociais** compõem a quinta parte do instrumento, que visa levantar dados referentes a interação social, resolução de problemas, apoio espiritual, suporte financeiro, conhecimento sobre o problema de saúde, autocuidado e mudanças percebidas no humor ou nos sentimentos após o conhecimento do problema de saúde. Nessa parte, identificam-se novamente os níveis psicossocial e psicoespiritual do modelo de Horta e as ações e o déficit de autocuidado do modelo de Orem. Além dos dados colhidos até aqui, o enfermeiro tem a oportunidade de complementar os dados da sua área de especialidade na sexta parte do instrumento, denominada **dados específicos de cada área**.

Esse instrumento de coleta de dados apoiou-se no modelo adotado pela Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo (Barros, 1998) para a assistência aos pacientes hospitalizados, que foi eclético, integrando conceitos de diferentes referenciais teóricos, que se somaram para permitir uma abordagem abrangente

A construção de um instrumento de coleta de dados deve refletir, de certa forma, um pouco da cultura da instituição em que ele será utilizado, demonstrando a filosofia de trabalho adotada e as crenças dos enfermeiros com relação ao cuidado dos pacientes/clientes.

te do paciente (ANEXO A). O instrumento proposto inicialmente foi discutido e modificado pelo Grupo de Estudos e pelos enfermeiros das diversas clínicas do hospital, pois se percebeu a necessidade de um refinamento que permitisse a abordagem de diferentes tipos de pacientes, adaptando o instrumento para uso em unidades especializadas. Isso permitiu agilizar o processo de coleta de dados e a consequente realização das demais etapas da assistência sistematizada. Foi necessária a elaboração de um roteiro instrucional que direcionasse sua aplicação e facilitasse o treinamento dos enfermeiros novatos e dos alunos para a sua utilização. Ao final deste capítulo, apresentamos o instrumento resultante dessa reformulação, realizada junto aos enfermeiros da unidade de Cardiologia (ANEXO B), bem como o roteiro instrucional elaborado pelo grupo (ANEXO C).

Muitos enfermeiros sentem-se desconfortáveis para estabelecer diagnósticos de enfermagem, devido a uma lacuna fundamental entre o levantamento de dados e os diagnósticos, causada por falhas nos instrumentos de coleta utilizados na prática clínica.

Essa percepção vem ao encontro do que se tem observado em todo o mundo. As entidades internacionais que estão estudando o processo de enfermagem têm reiterado a necessidade de validação de instrumentos para as diferentes realidades. Muitos enfermeiros sentem-se desconfortáveis para estabelecer diagnósticos de enfermagem, devido a uma lacuna fundamental entre o levantamento de dados e os diagnósticos, causada por falhas nos instrumentos de coleta utilizados na prática clínica (Guzetta et

al., 1989). Ainda que muito trabalho tenha sido efetivado nos últimos 15 anos para formalizar, padronizar e pesquisar diagnósticos relacionados aos problemas dos pacientes, pouco se tem feito para criar uma base de dados apta a medir adequadamente sinais e sintomas que permitam formular diagnósticos.

Em seu trabalho, Guzzetta e colaboradores (1989) apresentam instrumentos de coleta de dados que, com base em uma mesma estrutura, estão voltados para as necessidades específicas de diferentes grupos de pacientes, utilizando a estrutura dos padrões funcionais de saúde propostos por Gordan (1994). Tornando-se o instrumento de coleta de dados mais específico, de forma a garantir uma abordagem holística do paciente, a assistência sistematizada por parte dos enfermeiros será beneficiada, seja em sua prática assistencial, no ensino ou na pesquisa.

A construção de instrumentos de coleta de dados é um processo dinâmico, pois é necessário que se faça uma constante avaliação daquele que está em uso, adequando-o às mudanças do modelo de sistematização da assistência de enfermagem adotado, às características da clientela, às características e às necessidades da equipe de enfermagem e também às mudanças nos processos de trabalho adotados pela instituição (como, por exemplo, a informatização do prontuário do paciente). Essas experiências nos levam a propor um novo instrumento apoiado no referencial de Guzzetta e colaboradores (1989), modificado para os padrões

funcionais de saúde de Gordon (1994) e para a estrutura da Taxonomia II da NANDA (ANEXO D).

➔ Considerações finais

Os próximos capítulos deste livro tratarão especificamente da primeira fase do processo de enfermagem, ou seja, da coleta de dados ou história de enfermagem, que consta da entrevista e do exame físico, aspectos fundamentais para a avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Os leitores que quiserem mais subsídios sobre o processo de enfermagem como um todo encontrarão referências que dizem respeito a esse assunto.

É importante lembrar, também, que o levantamento de dados de enfermagem de um paciente inclui a observação, a entrevista e a coleta de dados empíricos. É necessário que os enfermeiros, além de dominarem as técnicas propedêuticas de inspeção, palpação, percussão e ausculta, tenham uma profunda compreensão da fisiologia normal, de patologia clínica e de diagnóstico por imagem, o que lhes permitirá extrapolar e analisar criticamente os dados coletados e oferecer cuidados e intervenções adequados à evolução positiva da saúde do paciente. Também não deve ser negligenciado o desenvolvimento da sensibilidade e da observação para detectar questões de cunho emocional, psicológico e espiritual, que levem ao estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e que demandem uma intervenção efetiva e imediata para garantir o bem-estar do paciente/cliente.

➔ Referências

- ALFARO-LEFEVRE, R. *Applying nursing process: a step-by-step guide*. 3th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1994.
- ALVES, R. *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras*. 12. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- BARNUM, B. J. S. *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1998.
- BARROS, A. L. B. L. de. *O trabalho docente assistencial de enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM*. 1998. Tese (Livre Docência) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1998.
- CARNEIRO, I. A. *Levantamento de dados e diagnósticos de enfermagem na assistência à criança hospitalizada*. 1998. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1998.
- CARPENITO, L. J. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.
- CHRÉTIEN, C. *A ciência em ação*. São Paulo: Papyrus, 1994.
- CHRISTENSEN, P. J.; GRIFFITH-KENNEY, J. W. *Nursing process: application of conceptual models*. 3th ed. Saint Louis: Mosby, 1990.

- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo*. Lisboa: Lusodidacta, 1992.
- FAWCETT, J. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1984.
- FOUREZ, G. *A construção das ciências*. São Paulo: UNESP, 1995.
- GEORGE, J. B. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.
- GORDON, M. *Nursing diagnoses: process and application*. St. Louis: Mosby, 1994.
- GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. *Identificação e validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem "excesso de volume de líquidos" proposto pela NANDA*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina São Paulo, 1996.
- GUZZETTA, C. E. et al. *Clinical assessment tools for use with nursing diagnoses*. Saint Louis: Mosby Company, 1989.
- HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.
- MELEIS, A. I. *Theoretical nursing: development and progress*. 3th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.
- MICHEL, J. L. M. *Validação de instrumento para coleta de dados de pacientes cardiopatas*. 1999. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1999.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 1999-2000*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. 5th ed. Saint Louis: Mosby-Year Book, 1995.
- PIMENTA, C. A. de M. et al. O ensino da avaliação do paciente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 69-76, jul. 1993.
- SOUZA, M. F. Construção do marco conceitual: significado para o ensino de enfermagem. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESCOLAS DE ENFERMAGEM, 1996, São Paulo. *Anais*. São Paulo: Frontis, 1996. p. 37-41.

Anexo A

Instrumento de coleta de dados elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM)

DIRETORIA DE ENFERMAGEM – SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO – COLETA DE DADOS

1.1 Identificação

Nome: _____ Idade: _____ RG: _____ Leito: _____

Profissão: _____ Estado civil: _____

Diagnóstico médico: _____

1.2 Informações sobre a doença e o tratamento

Motivo da internação: _____

Doenças crônicas: _____

Tratamentos anteriores: _____

Fatores de risco: tabagismo, etilismo, obesidade, perfil sanguíneo alterado, câncer, uso de medicações antineoplásicas ou imunossupressoras, radioterapia, outras: _____

Medicamentos em uso: _____

Antecedentes familiares: _____

1.3 Hábitos

Condições de moradia: área urbana, rural, casa, apartamento, com saneamento básico, sem saneamento básico. _____

Cuidado corporal: asseado, com roupas limpa, falta asseio corporal, cabelos, unhas, higiene bucal.

Hábito de tomar banho no período: M T N

Atividade física no trabalho: em pé, sentado, aposentado. _____

Sono e repouso: não tem insônia, apresenta dificuldade em conciliar o sono, acorda várias vezes à noite, sonolência, dorme durante o dia. Dorme _____ horas por noite. Não tem insônia em casa e acorda várias vezes à noite na UTI _____

Exercícios físicos programados: exercícios aeróbicos, musculação, natação, não faz exercício programado. Faz exercício _____ vezes por semana.

Recreação e lazer: viagem, cinema, TV, leitura, jogos esportivos

Costuma comer com frequência: frutas, verduras: cruas, cozidas; carne: vermelha, frango, peixe; suco, água, café, chá, leite. Costuma fazer _____ refeições por dia. _____

Eliminação urinária: normal, menos que cinco vezes por dia, polaciúria, nictúria, urgência miccional, incontinência urinária, diminuição do jato urinário

Eliminações intestinais: normal, obstipação, diarreia, mudança de hábito intestinal. Frequência: _____

Ciclo menstrual: sem alterações, menopausa, dismenorreia, amenorreia disfuncional _____

Atividade sexual: desempenho satisfatório, não satisfatório, não tem relacionamento sexual. _____

1.4 Exame físico/informações relevantes sobre órgãos e sistemas

Pressão arterial _____ mmHg / **Pulso** _____ bat./min / **Frequência cardíaca** _____ bat./min / **Temperatura** _____ °C / **Freq. resp.** _____ mov./min. / **Peso** _____ kg / **Altura** _____ cm

Estado nutricional: normal, obeso, desnutrido, relato de perda ponderal. _____

Nível de consciência: acordado, lúcido, comatoso, torporoso, confuso, desorientado, com falhas de memória. _____

Movimentação: deambula, acamado, restrito ao leito, sem movimentação, semiacamado, deambula com ajuda, movimenta-se com ajuda.

Pele/tecidos: sem alterações, anasarca, cianose, icterícia, descolorado, reações alérgicas, lesões de pele, escaras. _____

Crânio: sem anormalidades, incisão, drenos, cefaleia, lesões no couro cabeludo. _____

Olhos: visão normal, diminuição da acuidade visual, presença de processos inflamatórios/infecciosos, uso de lentes de contato ou óculos, exoftalmia, pupilas fotorreativas. _____

Ouvido: audição normal, acuidade diminuída, zumbido, presença de processo inflamatório/infeccioso, uso de prótese auditiva. _____

Nariz: sem anormalidades, coriza, alergia, epistaxe. _____

Boca: sem anormalidades, cáries, falhas dentárias, gengivite, prótese, outras lesões. _____

Pescoço: sem anormalidades, linfonodos, tireoide aumentada, estase venosa jugular, traqueostomia. _____

Tórax: sem alteração anatômica, expansão torácica normal, com alteração anatômica, diminuição da expansão torácica, presença de frêmitos. _____

Mamas: sem alterações, simétricas, presença de nódulos palpáveis, dor, secreção. _____

Ausculta pulmonar: normal, murmúrios vesiculares diminuídos, roncos, estertores, sibilos. _____

Oxigenação: ar ambiente, oxigenoterapia, entubado, traqueostomizado, sem ventilação mecânica, com ventilação mecânica. _____

Coração: ritmo normal, taquicardia, bradicardia, galope, presença de sopros, arritmia. _____

Pecórdio: sem alteração, dor. _____

Abdome: indolor, plano, globoso, flácido à palpação, resistente à palpação, com presença de ruídos hidroaéreos, ausência de ruídos hidroaéreos, presença de dor, incisão cirúrgica, colostomia, hepato/esplenomegalia. _____

Geniturinário: sem alterações anatômicas, micção espontânea, presença de anomalias, SVD,* irrigação vesical, lesões nos órgãos genitais, incontinência urinária. _____

Membros superiores: sensibilidade e força motora preservadas em todas as extremidades, pulsos periféricos palpáveis, paresia, plegia, edema, amputações, gesso, tala gessada, dispositivo venoso, lesões. _____

Membros inferiores: sensibilidade e força motora preservadas em todas as extremidades, pulsos periféricos palpáveis, paresia, plegia, edema, amputações, gesso, tala gessada, dispositivo venoso, lesões. _____

Medicamentos que utiliza em casa: _____

Exames de laboratório, diagnóstico por imagem e outros: _____

*Sonda vesical de demora

Outras queixas (não mencionadas no exame físico): _____

1.5 Psicossocial

Interação social: normal, não faz amizades com facilidade, prefere ficar sozinho, não se adapta com facilidade a lugares ou situações novas

Resolução de problemas: toma decisões rapidamente, demora para tomar decisões, costuma pedir ajuda para familiares e amigos, não consegue tomar decisões

Apoio espiritual: possui crença religiosa, procura apoio em sua fé nos momentos difíceis, anda meio descrente ultimamente, não possui crença religiosa

Suporte financeiro: possui recursos para tratamento médico, possui convênio/seguro saúde, conta com a ajuda de familiares, utiliza exclusivamente hospitais conveniados do SUS. _____

Conhecimento sobre seu problema de saúde: orientado, pouco orientado, prefere não falar no assunto, prefere que os familiares sejam orientados.

Condições que o paciente apresenta para seu autocuidado: independente, precisa de ajuda para poucas atividades, precisa de ajuda para muitas atividades, é totalmente dependente. _____

Mudança percebida no humor ou nos sentimentos após ter tomado conhecimento do seu problema de saúde está otimista com o tratamento, refere estar desanimado, não aceita o problema, nega o problema. _____

1.6 Dados específicos de cada área:

Impressões do(a) entrevistador(a):

Enfermeiro(a): _____ COREN: _____ Data: ____/____/____

Diretoria de Enfermagem - Setor de Educação Continuada

Anexo B

Instrumento de coleta de dados reformulado pelos enfermeiros da Unidade de Cardiologia do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM)

UNIDADE DE CARDIOLOGIA - COLETA DE DADOS

1.1 Identificação

Nome: _____ Sexo: ____ Idade: ____ Raça: _____

RG hospitalar: _____ Leito: ____ Profissão: _____ Estado civil: _____

Nº de filhos: _____ Naturalidade: _____ Procedência: _____

1.2 Informações sobre queixas, doenças e tratamentos pregressos

Queixas: _____

Doenças preexistentes: _____

Tratamentos anteriores: _____

Antecedentes familiares: _____

Fatores de risco: _____

Medicamentos utilizados em casa: _____

1.3 Exame físico

PA:* MSE _____ mmHg / MSD _____ mmHg / MIE _____ mmHg / MID _____ mmHg;

P: _____ bat./min-caract.: _____; FC: _____ bat./min; T: _____ °C; Resp: Padrão:

Freq: _____ mov./min; **Peso:** _____ kg; **Altura:** _____ cm; **Tipo morfológico:** _____

Estado nutricional: _____

Nível de consciência: _____

Movimentação: _____

Pele, mucosas e anexos: _____

Face: _____

Crânio: _____

Olhos: _____ **Ouvidos:** _____ **Nariz:** _____

Boca: _____ **Pescoço:** _____ **Tórax:** inspeção estática e dinâmica: _____

Aparelho respiratório: Palpação: _____ Percussão: _____

Ausulta: _____

Aparelho cardiovascular: Palpação: _____ Percussão: _____

Ausulta: _____

Abdome: Inspeção: _____ Ausulta: _____ Percussão: _____

Palpação: _____

Geniturinário: Inspeção: _____

Membros: Inspeção: _____

*MSE – membro superior esquerdo; MSD – membro superior direito; MIE – membro inferior esquerdo; MID – membro inferior direito

Palpação: _____

Medicamentos em uso no momento: _____

Exames de laboratório, ECG, diagnóstico por imagem e outros: _____

Outras queixas: _____

1.4 Necessidades humanas/autocuidado

Moradia: _____

Higiene: _____

Nutrição e hidratação: _____

Sono e repouso: _____

Eliminações: _____

Sexualidade: _____

Atividade física: _____

Recreação e lazer: _____

Interação social: _____

Equilíbrio emocional: _____

Espiritualidade: _____

Suporte financeiro: _____

Conhecimento sobre seu problema de saúde: _____

Diagnóstico médico: _____

Impressões do(a) enfermeiro(a): _____

Enfermeiro(a): _____ COREN: _____ Data: ____/____/____

Anexo C

Instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados de pacientes cardiopatas

HOSPITAL SÃO PAULO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

O instrumento de coleta de dados de enfermagem é um elemento fundamental para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, que permite coletar os dados necessários para o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e o posterior planejamento da assistência, com as metas a serem alcançadas e as intervenções a serem realizadas junto aos pacientes. O instrumento utilizado para pacientes cardiopatas foi adaptado por um grupo de enfermeiros da Cardiologia, a partir do modelo criado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo, e utiliza um marco conceitual baseado nos modelos de Horta e Orem, no modelo epidemiológico e no modelo biomédico. Em cada uma das partes, são encontrados conceitos interligados desses vários referenciais em uma proposta flexível, que busca ver o paciente como um todo, da forma mais simples e prática possível.

Esse roteiro de instruções objetiva direcionar a abordagem de cada item do instrumento de coleta de dados, oferecendo uma orientação sobre o que se espera que o enfermeiro observe e anote. No final, há uma relação de livros que poderão oferecer maiores subsídios caso surjam dúvidas quanto aos problemas observados no paciente ou com relação aos procedimentos técnicos de anamnese e exame físico.

1.1 Identificação

Esta parte visa identificar o paciente e inclui alguns dados que podem revelar fatores de risco para cardiopatias, tais como sexo, idade, raça, profissão, naturalidade e procedência. Os itens referentes a estado civil e número de filhos contribuem para avaliar o suporte familiar do paciente.

➔ 1.2 Informações sobre queixas e doenças e tratamentos progressos

- ➔ **Queixas:** Perguntar ao paciente o que o levou a procurar assistência e o que está sentindo. Verificar:
- **Dor:** localização (valorizar queixa em região precordial), tipo (em aperto, em pontada, facada, latejante, surda), intensidade (escala de 0 a 10), irradiação (se a dor for precordial: para pescoço, braço esquerdo, região epigástrica, costas), duração (verificar a hora de início e término, se é contínua ou intermitente) e fatores relacionados (fatores desencadeantes e de piora – pequenos, médios ou grandes esforços e emoções; fatores de melhora – repouso e/ou medicamentos; associação com náuseas, vômitos, sudorese, palpitação, tontura, pré-síncope ou síncope).
 - **Fadiga (cansaço ou fraqueza):** definir intensidade (escala de + a +++) e fatores relacionados (idem a dor).
 - **Dispneia:** definir intensidade (escala de + a +++) e fatores relacionados (idem a dor e fadiga).
 - **Alterações de nível de consciência:** tontura, pré-síncope e síncope.
 - **Outras queixas:** hipertermia, claudicação e formigamento e alteração de coloração e temperatura dos membros.
- ➔ **Doenças preexistentes:** Questionar, sobretudo, sobre doenças crônicas ou agudas que possam representar risco para as cardiopatias, como *diabete, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, doenças cardíacas em geral* (doença de Chagas, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, valvulopatias, miocardiopatias, endocardite bacteriana, febre reumática, cardiopatias congênitas) e suas complicações, como *arritmias*, além de quaisquer outras doenças que o paciente queira relatar e você julgue relevante no momento.
- ➔ **Tratamentos anteriores:** O paciente deve informar sobre:
- **Tratamentos clínicos:** medicamentos específicos que tenha tomado anteriormente (p. ex., quimioterapia, pulsoterapia, etc.), dietas, radioterapia.
 - **Cirurgias:** qualquer cirurgia a que tenha se submetido.
 - **Procedimentos invasivos:** cateterismo cardíaco com angioplastia ou valvuloplastia, ablações em estudo eletrofisiológico, diálise, etc.
 - **Implantes de dispositivos:** marca-passos, desfibriladores, etc.

- ➔ **Antecedentes familiares:** Verificar se os parentes em linhagem direta (*pais, avós, tios, irmãos*) estão vivos (se mortos, qual a causa) e se são portadores de doenças crônicas cuja herança familiar represente fator de risco para cardiopatias, tais como *diabete, hipertensão arterial, coronariopatias*. Histórias de *câncer* na família também devem ser observadas.
- ➔ **Fatores de risco:** Verificar se o paciente é portador de *diabete, hipertensão arterial*, se é *tabagista* (quanto e durante quanto tempo fumou), se é (ou foi durante grande parte da vida) *sedentário*, se é (ou foi) *obeso*, se tem história de *dislipidemias*, se está em faixa de *idade* de risco (mais que 40 anos para homens e mais de 45 anos para mulheres), se vive sob estresse. Em mulheres, anotar o uso de *anticoncepcionais hormonais* e a *menopausa*. Verificar também *uso de medicação imunossupressora, anemia, etilismo, hipertireoidismo*.
- ➔ **Medicamentos utilizados em casa:** Questionar quais são os medicamentos que o paciente toma em casa, verificando se o uso é regular ou não.

➔ 1.3 Exame físico

- ➔ **Pressão arterial:** Deve ser medida em *ambos os braços*. Caso, na anamnese ou no exame dos membros, sejam verificadas alterações nos pulsos ou sinais de comprometimento vascular (diminuição de perfusão e alterações na coloração e na temperatura), deve-se realizar a medida também nos membros inferiores, observando se há variações (a diferença de PA entre membros superiores e inferiores pode ser sugestiva de aneurismas de aorta). Utilizar *manguito de tamanho adequado* (largura equivalente a cerca de dois terços da largura do membro e comprimento suficiente para envolvê-lo totalmente).
- ➔ **Pulso:** Preferencialmente medido na artéria radial, deve ser contado durante um minuto inteiro, para evitar erros. Anotar o número de batimentos e as características: *intensidade (cheio ou filiforme)*, *ritmicidade (regular ou irregular)*, se é do tipo *martelo d'água* (característico da insuficiência aórtica).
- ➔ **Frequência cardíaca:** Pode ser verificada por meio da ausculta do pulso apical ou da visualização pelo cardioscópio (em pacientes monitorados). Observar se existe diferença em relação à medida de pulso radial, devido a arritmias.
- ➔ **Temperatura:** Habitualmente, a medida axilar, por, no mínimo, 5 minutos, é suficiente em adultos.
- ➔ **Respiração:** Anotar o padrão respiratório apresentado pelo paciente: *eupneia, taquipneia, bradipneia, desconforto respiratório, dispneia, Cheyne-Stokes, Kussmaull* e as condições de oxigenação: se em *ar ambiente*, em *oxigenoterapia* (uso de *cateter ou prong nasal, máscara facial, cânula orotraqueal ou nasotraqueal e traqueostomia*) ou em *ventilação mecânica* (anotar a modalidade ventilatória, fração inspiratória de O₂ [FiO₂], pressão de inspiração [Pinsp], pressão expi-

ratória positiva final [PEEP] e frequência ventilatória do aparelho). Registrar também a *frequência respiratória* (medida em 1 minuto).

➔ **Peso:** Medir com o mínimo de roupas possível, sem calçados, após esvaziamento da bexiga. As medidas posteriores devem ser realizadas sempre no mesmo horário do dia e nas mesmas condições, para efeito de comparação.

➔ **Altura:** Observar a postura do paciente e medir sem calçados.

➔ **Tipo morfológico:** *Brevilíneo, normolíneo, longilíneo.*

➔ **Estado nutricional:** *Normal, obeso, desnutrido.* Para essa avaliação, sugerimos utilizar o índice de massa corporal (IMC), que corresponde ao peso (em kg) dividido pela altura (em metros) ao quadrado. O IMC normal fica entre 20 e 30. Valores maiores ou menores significam obesidade ou subnutrição, respectivamente. Verificar também relatos de *ganho ou perda ponderal* (quantos quilos e em quanto tempo).

➔ **Nível de consciência:** O nível de consciência é um dos dados da avaliação neurológica, juntamente com o padrão respiratório, o exame pupilar e de movimentos oculares e as respostas motoras. O paciente pode estar: *alerta, consciente ou inconsciente, orientado ou desorientado* no tempo e no espaço, com *falhas de memória, com ausências, confuso, torporoso, sedado, comatoso* (colocar avaliação segundo escala de Glasgow).

A Escala de Coma de Glasgow determina alterações do nível de consciência de forma global. Essa escala consiste na análise de três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal, obtidos por vários estímulos, desde a resposta espontânea a estímulos verbais até a resposta a estímulos dolorosos (provocados por compressão do leito ungueal).

Abertura dos olhos: a pontuação vai de **1 a 4**.

- 4** pontos: o paciente abre espontaneamente os olhos ao perceber a presença de alguém.
- 3** pontos: o paciente abre os olhos ao ser chamado (ordem verbal).
- 2** pontos: abertura ocular do paciente somente com estímulo doloroso.
- 1** ponto: nenhuma resposta com abertura ocular à estimulação.

Resposta verbal: a pontuação varia de **1 a 5**.

- 5** pontos: paciente orientado no tempo e no espaço de acordo com as ordens verbalizadas.
- 4** pontos: as respostas são confusas ou desorientadas.
- 3** pontos: o paciente responde com palavras impróprias ou desconexas.
- 2** pontos: não há resposta verbal, apenas emissão de sons não compreensíveis.
- 1** ponto: nenhuma resposta.

Resposta motora: a pontuação varia de **1 a 6**:

- 6** pontos: paciente capaz de obedecer a comandos simples em relação à função motora, por exemplo, apertar a mão. Se não responder à estimulação verbal, aplica-se um estímulo doloroso para verificar a resposta.
- 5** pontos: localiza a dor, tentando afastar a fonte do estímulo ou movendo-se para ela.
- 4** pontos: apenas localiza a dor, mas não tenta retirar sua fonte.
- 3** pontos: se a resposta ao estímulo doloroso se fizer em flexão.
- 2** pontos: flexão observada nos membros superiores (*rigidez de decorticação*) ou resposta em extensão dos membros superiores e inferiores (*descerebração*).
- 1** ponto: ausência de respostas motoras à estimulação dolorosa.

No paciente que obtiver o total de **15** pontos, a avaliação neurológica é considerada normal em relação ao nível de consciência, e a menor nota (**3**) é compatível com morte cerebral, porém não é necessariamente indicativa desta.

➔ *Movimentação*: Esse item ajuda a avaliar o grau de dependência do paciente. Anotar: *deambula, claudica, deambula com ajuda, não deambula, movimenta-se bem no leito, movimenta-se com ajuda* ou *não se movimenta*. Observar a postura, tanto em pé como sentado e deitado, e as características dos movimentos.

➔ *Pele, mucosas e anexos*

Verificar na pele:

- *Coloração*: *palidez, icterícia, cianose* (para esses três itens, usar escala de + a ++++), *rubor, manchas* (hipercrômicas ou hipocrômicas)
- *Turgor*: normal ou diminuído
- *Umidade*: *normal ou ressecada*
- *Temperatura*: avaliar com o dorso dos dedos
- *Textura*: *áspera* ou *lisa*

Verificar nas mucosas:

- *Coloração*: *acianótica, cianótica, anictérica, ictérica, corada, descorada* (utilizar escala de + a ++++)
- *Hidratação*: mucosas *hidratadas* ou *desidratadas* (+ a ++++)

Nos anexos (cabelos e unhas), observar *limpeza* ou *sujidade* e presença de parasitas (*pediculose*) e *micoses*.

➔ *Face*: Observar aspecto geral (*sem anormalidades, face cushingoide, face acromegálica, desvio de rima* ou *paralisia facial*) e expressão (*face de dor*). Anotar a presença de *sondas* (nasogástrica ou nasoentérica), *cânula orotraqueal, cateter de oxigênio, drenos* e outros *dispositivos* (p. ex.: fixador bucomaxilofacial, máscara

ra de oxigênio). As manchas localizadas podem caracterizar algumas doenças, como o eritema nas regiões malares observado no lúpus eritematoso (*sinal da asa de borboleta*).

- ➔ **Crânio:** *Sem anormalidades*, presença de *lesões no couro cabeludo*, presença de *incisões, cicatrizes, drenos*. Anotar aqui eventuais queixas de *cefaleia* (holocraniana ou hemicraniana). Observar a *postura*, que deve estar ereta, em perfeito equilíbrio e imóvel. Movimentos involuntários ou tremores sugerem parkinsonismo.
- ➔ **Olhos:** *Visão normal, acuidade visual diminuída, uso de lentes de contato ou óculos, presença de processos inflamatórios ou infecciosos, exoftalmia, ptose palpebral*. Avaliar pupilas, se *fotorreagentes, isocóricas* ou *anisocóricas*, e os movimentos de cada globo ocular nas diferentes direções (verificar *estrabismo, nistagmo*). Observar alterações de coloração ou lesões na conjuntiva, na esclerótica e na córnea.
- ➔ **Ouvidos:** *Audição normal, acuidade auditiva diminuída, uso de próteses, processos inflamatórios ou infecciosos, cerume, queixa de zumbido, sujidades ou lesões nos pavilhões auriculares*.
- ➔ **Nariz:** Observar forma e tamanho, que poderão estar alterados nos traumatismos, nos tumores ou nas doenças endócrinas (acromegalia). Anotar: *sem anormalidades*, presença de *lesões* (especificar) e *secreções* (aspecto da secreção) e a ocorrência de *epistaxe*.
- ➔ **Boca:** Avaliar a *coloração* da cavidade oral, *hálito* e *estruturas* como lábios, gengivas, língua e dentes. Anotar: *sem anormalidades*, presença de *lesões* (especificar), alteração de *coloração, cáries, falhas dentárias, gengivite, próteses, língua saburrosa, hemorragias*. Verificar também as *amígdalas*, anotando a presença de processos inflamatórios ou infecciosos.
- ➔ **Pescoço:** Observar postura, que deve ser vertical, e inclinações causadas por contraturas ou paralisias musculares. A *rigidez de nuca* pode indicar processos meníngeos agudos. Anotar: *sem anormalidades*, presença de *linfonodos, tireoide aumentada, estase jugular venosa* (expressa na escala de + a ++++, e medida com o paciente em decúbito a 45°), características dos *pulsos carotídeos* (auscultar a presença ou não de *sopros*), presença de *cicatrizes, lesões, dispositivos venosos, traqueostomia*.
- ➔ **Tórax:** Realizar:
 - Inspeção estática: verificar a forma do tórax anterior e posterior (*sem alteração anatômica* ou tórax em *peito de pombo, peito escavado*, presença de *abaulamentos* ou *retrações*), as *mamas* (simetria, ginecomastia em homens), presença de *cicatrizes, lesões, drenos, cateteres, dispositivos* (fio de marca-passo, fonte de marca-passo implantada)
 - Inspeção dinâmica: *expansibilidade* (normal, diminuída ou assimétrica), *abaulamentos, tiragens, retrações, tórax hiperdinâmico*

➔ **Aparelho respiratório:**

- Palpação: *expansibilidade, sensibilidade, elasticidade e frêmitos*
- Percussão: *som claro pulmonar, timpânico, submaciço ou maciço e hiperresonância*
- Ausculta: *murmúrio vesicular, ruídos adventícios (roncos, estertores crepitantes e subcrepitantes, sibilos), tosse e voz, ruído laringotraqueal*

➔ **Aparelho cardiovascular:**

- Palpação: *lctus cordis* (localização, intensidade, extensão – em polpas digitais), *choque de ponta* e *levantamento sistólico*
- Ausculta: *bulhas* – ritmicidade (bulhas rítmicas, arrítmicas, taquicardia, bradicardia, galope), fonese (bulhas normofonéticas, hipofonéticas ou hiperfonéticas) e cliques (sugestivos de prolapso da válvula mitral ou relacionados a próteses valvares); *sopros* – tempo (sistólico ou diastólico), localização (focos mitral, aórtico, tricúspide ou pulmonar), irradiação e intensidade (escala de + a ++++) e *atritos*

➔ **Abdome:**

- Inspeção: forma (*plano, escavado, distendido, globoso*), presença de *circulação colateral*, condições da pele (*normal, ressecada, com lesões, cicatrizes, estrias*), presença de *cateteres, drenos ou ostomias*
- Ausculta: *ruídos hidroaéreos* (presentes ou ausentes, aumentados ou diminuídos) e *sopros* (relacionados às grandes artérias)
- Percussão: *sons maciço, submaciço e timpânico* (relatar apenas anormalidades)
- Palpação: consistência (*flácido ou tenso*), sensibilidade (*doloroso ou não*) – avaliar a dor (tipo, localização, intensidade, duração, irradiação e fatores relacionados), *visceromegalia*, presença de *massas* e de *líquidos (piparote)* e *pulsção*

➔ **Aparelho geniturinário:** Realizar a inspeção: *alterações anatômicas, lesões e edemas, secreções* (corrimentos), presença de *sondas* (verificar tipo de sonda e tempo de sondagem) e *drenos*.

➔ **Membros:**

- Inspeção: condições de *pele (cicatrizes, hematomas e lesões)*, presença de *dispositivos* (venosos ou arteriais, talas ou aparelhos gessados), *drenos*, condições da *rede venosa, perfusão periférica* e *coloração de extremidades, amputações*, condições da *musculatura (eutrófica, hipotrófica, hipertrófica, assimetrias)*, presença de *edemas*
- Palpação: *pulsos* (características: volume, ritmo), *perfusão periférica* (teste de enchimento capilar no leito ungueal), avaliação de *edemas (sinal de Godet, com escala de + a ++++)*, *sensibilidade* e *força motora* (para avaliação de *parestesias, paresias e plegias*) e variações de *temperatura*

➔ **Medicamentos em uso:** Anotar as medicações que estão sendo utilizadas no momento do exame, com suas respectivas dosagens.

- ➔ *Exames de laboratório, ECG, diagnóstico por imagens:* Anotar os dados relevantes, que necessitem de alguma intervenção de enfermagem.
- ➔ *Outras queixas:* Qualquer informação que seja relevante e não tenha sido investigada nos itens anteriores.

➔ 1.4 Necessidades humanas/autocuidado

- ➔ *Moradia:* Anotar se o paciente reside em *área urbana* ou *rural*, se em *casa* ou *apartamento*, de *madeira* ou *alvenaria*, com ou sem *escadas*, com ou sem *saneamento básico*.
- ➔ *Higiene:* Avaliar se o paciente é *independente*, *parcialmente dependente* ou *totalmente dependente* para os cuidados de higiene. Descrever também seus *hábitos de higiene* (horário e frequência de banho, higiene oral, higiene de cabelos, unhas e barba).
- ➔ *Sono e repouso:* Verificar se o sono e o repouso são considerados *satisfatórios* ou *não satisfatórios* pelo paciente (se não, justificar), anotando as diferenças observadas *em casa* e *no hospital*.
- ➔ *Nutrição e hidratação:* Verificar os *hábitos alimentares* do paciente em casa – especificar *frequência*, *quantidade* e *tipo de refeições* e *ingesta hídrica*, além da existência de *restrições* (pessoais ou impostas). Avaliar também a *aceitação da dieta no hospital*.
- ➔ *Eliminações:* Verificar as *características* das *eliminações urinárias* (frequência, quantidade, aspecto, distúrbios relatados – disuria, nictúria, polaciúria, oligúria, hematuria, incontinência, urgência) e das *eliminações intestinais* (frequência, horário usual, consistência, distúrbios – obstipação, diarreia, cólicas, tenesmo). Avaliar diferenças relatadas pelo paciente quanto às eliminações *em casa* e *no hospital*.
- ➔ *Atividade física:* Anotar a atividade diária realizada *em casa* e *no trabalho* e se o paciente tem alguma *atividade programada* (*esportes, ginástica, caminhada*), indicando a *frequência* (quantas vezes por semana e durante quantos minutos) e se é realizada *com ou sem orientação*.
- ➔ *Sexualidade:* Verificar a *atividade sexual* do paciente (em caso de vida sexual ativa, observar satisfação quanto ao *desempenho* e questionar *formas de proteção*). Em mulheres, anotar *menarca* e *menopausa*.
- ➔ *Recreação e lazer:* Especificar as atividades que o paciente relata como *fontes de lazer*.
- ➔ *Interação social:* Avaliar se é *normal* (se o paciente interage facilmente com as pessoas à sua volta), se o paciente *adapta-se ou não com facilidade a lugares ou situações novas*, se relata que *não faz amizades com facilidade*, se *prefere ficar sozinho*.

- ➔ **Equilíbrio emocional:** Detectar presença de *ansiedade, depressão, negação, euforia, raiva, carência, medo* (em casa e no hospital). Comente sua observação.
- ➔ **Espiritualidade:** Verificar se o paciente possui ou não *crença religiosa* e se busca apoio religioso. Em caso positivo, questionar quando e de que forma, e se deseja algum suporte específico durante a hospitalização.
- ➔ **Suporte financeiro:** Verificar se o paciente possui *recursos para tratamento médico*, se possui convênio/seguro-saúde ou utiliza exclusivamente serviços públicos, e se *conta com a ajuda de familiares*.
- ➔ **Conhecimento sobre o seu problema de saúde:** Avaliar se o paciente está *orientado, pouco orientado* ou *não orientado*, se prefere não falar no assunto ou se prefere que os familiares sejam orientados.

Finalmente, anotar o **diagnóstico médico**, dado que pode contribuir para direcionar o seu raciocínio clínico e o planejamento da assistência de enfermagem e, no item **impressões do enfermeiro**, anotar dados subjetivos que julgar relevantes para a compreensão da situação do paciente e que não foram contemplados nos itens anteriores.

➔ Sugestões de bibliografia para consulta

BATES, B. *Propedêutica médica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BENNETT, J. C.; PLUM, F. *Cecil: tratado de medicina interna*. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. *Luckmann & Sorensen: enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

CARPENITO, L. J. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.

CARPENITO, L. J. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

HUDAK, C. M.; GALLO, P. M. *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2007-2008*. Traduzido por: R. M. Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

Anexo D

Proposta inicial de um instrumento de coleta de dados[†]

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
SISTEMA CARDIOVASCULAR
Adaptado de GUZZETTA, et al. (1989)

Nome: _____	Idade: _____	Sexo: _____
Endereço: _____	Telefone: _____	
Parente/pessoa significativa: _____	Telefone: _____	
Data da admissão: _____	Diagnóstico médico: _____	
Alergias: _____		

Diagnósticos de enfermagem

*Presentes em outros domínios e classes

ATIVIDADE/REPOUSO

Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos
Classe 4 – Respostas cardiovasculares/pulmonares

Circulação

Cerebral

Alterações neurológicas/sintomas _____ Perfusão tissular cerebral

Pupilas

D 2 3 4 5 6 mm

E 2 3 4 5 6 mm

Reação: rápida _____

Lenta _____ Não reage _____

Melhor resposta verbal

Sem resposta (1)

Sons incompreensíveis (2)

Palavras inapropriadas (3)

Confusão (4)

Orientado (5)

Abertura ocular

Sem resposta (1)

À dor (2)

Ao comando verbal (3)

Espontânea (4)

Melhor resposta motora

Sem resposta/flácido (1)

Extensão anormal (2)

Flexão anormal (3)

Retirada à dor (4)

Apropriada à dor (5)

Obedece comandos (6)

Escala de coma de Glasgow total: _____

Cardíaca

Ictus _____ Marca-passo _____

Frequência e ritmo apicais _____

Bulhas cardíacas/sopros _____

Arritmias _____

Pressão arterial

Posição: Sentado Deitado Em pé

Braço: D ___ E ___ D ___ E ___ D ___ E ___

PAM _____

Volume de líquidos*
Déficit
Excesso

Débito cardíaco

Perfusão tissular
cardiopulmonar

Volume de líquidos*
Déficit
Excesso

[†]Este instrumento não foi validado pelas pesquisadoras que o adaptaram (Marcela Zanatta Ganzarolli, Alba Luiza Bottura Leite de Barros).

Índice cardíaco _____ Débito cardíaco _____
PVC _____ PAP _____ PCP _____
Líquidos EV _____
Medicação para aparelho cardiovascular EV _____

Nível sérico de enzimas _____

Periférica

Distensão de veia jugular D _____ E _____

Pulsos:

3+ = cheio 2+ = palpável 1+ = filiforme

Carotídeo D _____ E _____ Poplíteo D _____ E _____

Braquial D _____ E _____ Tibial posterior D _____ E _____

Radial D _____ E _____ Pedioso D _____ E _____

Femoral D _____ E _____

Temperatura da pele: _____ Coloração _____

Enchimento capilar _____

Edema _____

Oxigenação

Queixa de dispnéia _____ Precipitada por _____

Ortopnéia _____

Frequência _____ Ritmo _____ Profundidade _____

Trabalhosa/Não trabalhosa (circular)/Uso de musculatura acessória _____

Expansão torácica _____

Tosse: produtiva/não produtiva _____

Catarro: Cor _____ Quantidade _____ Consistência _____

Sons respiratórios _____

Gases arteriais _____

Porcentagem de O₂ e dispositivo _____

Ventilador _____

Classe 2 – Atividade/exercício

Atividade

História de deficiência física _____

Limitações das atividades de vida diária _____

Hábitos de exercício _____

Recreação

Atividades de lazer _____

Atividades de recreação deficientes _____

Atividades sociais _____

Classe 1 – Sono/repouso

Horas de sono/noite _____ Sente-se descansado: Sim ____ Não ____

Auxílio para o sono (travesseiros, medicação, alimentos) _____

Dificuldade para conseguir/permanecer dormindo _____

Classe 5 – Autocuidado

Habilidade para executar AVDs: Independente _____

Dependente _____

Especificar déficits _____

Necessidades para o planejamento de alta _____

Débito cardíaco

Perfusão tissular periférica

Volume de líquidos*

Déficit

Excesso

Débito cardíaco

Ventilação espontânea

prejudicada

Desobstrução ineficaz das

vias aéreas*

Troca de gases prejudicada*

Mobilidade física prejudicada

Estilo de vida sedentário

Atividades de recreação

deficientes

Padrão de sono perturbado

Déficit no autocuidado

vertir-se/arrumar-se

higiene/banho

alimentação

higiene íntima

ELIMINAÇÃO E TROCA

Secreção e excreção dos produtos residuais do metabolismo do organismo

Classe 4 – Função respiratória

Classe 1 – Função urinária

Padrão urinário normal _____
Alterações em relação ao normal _____
Cor _____ Cateter _____
Débito urinário: 24 horas _____ Média mL/hora _____
Bexigoma _____
Ureia _____ Creatinina _____ Gravidade específica da urina _____
Achados na urina _____

Classe 2 – Função gastrintestinal

Hábitos intestinais normais _____
Alterações em relação ao normal _____
Exame físico do abdome _____

SEGURANÇA/PROTEÇÃO

Estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico; preservação contra perdas; e proteção da segurança e seguridade.

Classe 2 - Lesão física

Integridade tissular _____
Integridade da pele _____
Eritemas _____ Lesões _____
Petéquias _____ Hematomas _____
Abrasões _____ Incisões cirúrgicas _____
Outros _____

Classe 6 – Termorregulação**

Temperatura _____ Local de aferição _____

Classe 1 – Infecção

Linfonodos aumentados _____ Local _____
Leucócitos _____ Diferencial _____

NUTRIÇÃO

Atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção dos tecidos, reparação dos tecidos e produção de energia.

Classe 1 – Ingestão

Padrões alimentares

Número de refeições por dia _____
Dieta especial _____
Onde foi administrada _____
Preferências/intolerâncias alimentares _____
Alergias alimentares _____
Consumo de cafeína (café, chá, refrigerante) _____
Alterações no apetite _____
Náuseas/vômitos _____
Condições de boca/garganta _____
Altura _____ Peso _____ Peso ideal _____

Troca de gases prejudicada

Eliminação urinária
Retenção
Incontinência
Perfusão tissular renal*

Eliminação intestinal
Incontinência
Diarréia
Constipação
Perfusão tissular GI*

Integridade tissular prejudicada
Integridade da pele prejudicada

Termorregulação ineficaz
Hipotermia
Hipertermia

Infecção

Nutrição desequilibrada
Mais/menos que as necessidades corporais

Terapia atual

NPT _____ Entubação gástrica _____
Nutrição enteral _____

Exames laboratoriais

Na+ _____ K+ _____ Cl- _____ Glicose _____
Colesterol _____ Triglicérides _____
Ht (hematócrito) _____ Hb (hemoglobina) _____

CONFORTO

Sensação de bem-estar, conforto mental, físico ou social

Classe 1 – Conforto físico

Dor/desconforto: Sim _____ Não _____
Início _____ Duração _____
Localização _____ Qualidade _____ Irradiação _____
Fatores associados _____
Fatores agravantes _____
Fatores de alívio _____

Dor aguda
Dor crônica

PERCEPÇÃO/COGNIÇÃO

Sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação.

Classe 4 – Cognição

Problemas de saúde atuais _____
Doença/hospitalização/cirurgia prévias _____

Conhecimento deficiente

História dos seguintes problemas:

Coração _____
Vasos periféricos _____
Pulmão _____
Fígado _____ Rim _____
Cerebrovascular _____ Febre reumática _____
Tireoide _____ Outros _____
Medicamentos em uso _____

<i>Fatores de risco</i>	<i>Presente</i>	<i>Percepção/conhecimento de</i>
1. Hipertensão	_____	_____
2. Hiperlipidemia	_____	_____
3. Fumo	_____	_____
4. Obesidade	_____	_____
5. Diabetes	_____	_____
6. Sedentarismo	_____	_____
7. Estresse	_____	_____
8. Uso de álcool	_____	_____
9. Contraceptivo oral	_____	_____
10. História familiar	_____	_____

Percepção/conhecimento da doença/exames/cirurgia _____
Expectativas em relação à terapia _____
Concepções errôneas _____
Disposição para aprender _____

Disposição para
conhecimento aumentado

Solicita informação sobre _____
Nível educacional _____
Aprendizagem impedida por _____

Processo de pensamento

Orientação

Nível de alerta _____
Orientação: Pessoa _____ Espaço _____ Tempo _____
Comportamento/comunicação adequados _____

Confusão

Memória

Memória intacta: Sim ____ Não ____ Recente ____ Remota ____

Memória

Classe 5 – Comunicação

Lê, escreve, entende português (circular) _____
Outros idiomas _____
Entubado _____ Fala prejudicada: sim/não _____
Forma alternativa de comunicação: _____

Comunicação verbal

Classe 3 – Sensação/percepção

História de ambientes restritos _____
Visão prejudicada _____ Uso de óculos _____
Audição prejudicada _____ Uso de aparelho auditivo _____
Cinestesia prejudicada _____
Paladar prejudicado _____
Tato prejudicado _____
Olfato prejudicado _____

Percepção sensorial
perturbada
visual
auditiva
cinestésica
gustativa
tátil
olfativa

Reflexos:

Bíceps D ____ E ____ Tríceps D ____ E ____
Braquiorradial D ____ E ____ Joelho D ____ E ____
Tornozelo D ____ E ____ Plantar D ____ E ____

ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE

Lidar com eventos; processos da vida

Classe 2 - Respostas de enfrentamento

Eventos de vida estressantes recentes _____
Verbaliza sentimentos de _____
Fonte _____
Manifestações físicas _____

Medo
Ansiedade
Tristeza crônica

Enfrentamento

Método usual do paciente de resolução de problemas _____
Método usual da família de resolução de problemas _____
Método do paciente para lidar com o estresse _____
Método da família para lidar com o estresse _____
Paciente afetado por _____
Manifestações físicas _____
Sistemas de apoio disponíveis _____

Enfrentamento ineficaz
Enfrentamento familiar
incapacitado
comprometido

AUTOPERCEÇÃO

Consciência quanto a si mesmo

Classe 1 – Autoconceito

Verbaliza desesperança _____
Verbaliza/percebe perda do controle _____

Desesperança
Sentimento de impotência

Classe 2 - Autoestima

Descrição que o paciente faz de si _____
Efeitos da doença/cirurgia no autoconceito _____

Imagem corporal*
Autoestima
Identidade pessoal*

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A consciência de bem-estar ou de normalidade da função e as estratégias utilizadas para manter sob controle ou aumentar esse bem-estar ou normalidade de função.

Classe 2 – Controle de saúde

Gerenciamento da manutenção do lar

Tamanho e disposição do lar (escadas, banheiro) _____
_____Necessidades para segurança _____
Responsabilidades no lar _____

Manutenção do lar
prejudicada

Manutenção da saúde

Convênio médico _____
Consultas médicas periódicas _____
Participação/cumprimento do regime terapêutico anterior/atual _____

Manutenção ineficaz
da saúde

Disposição para cumprir com futuro regime terapêutico _____

Controle de regime
terapêutico

Tomada de decisão

Habilidade para tomada de decisão
Perspectiva do paciente _____
Perspectiva de outros _____

RELACIONAMENTOS DE PAPEL

Conexões e associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas.

Classe 2 – Relações familiares

Estado civil _____
Idade e estado de saúde da pessoa significativa _____

Desempenho de papel*
pai/mãe
Disfunção sexual*

Número de filhos _____ Idades _____
Papel desempenhado no lar _____

Apoio financeiro _____
Ocupação _____

Processos familiares

Satisfação/preocupações no trabalho _____
Gasto de energia física/mental _____

Relacionamento sexual (satisfatório/insatisfatório) _____
Dificuldades físicas/efeitos da doença em relação ao sexo _____

Padrões de sexualidade*

Classe 3 – Desempenho de papel

Qualidade dos relacionamentos com outros _____
Descrição do paciente _____
Descrição da pessoa significativa _____
Observações da equipe _____
Verbaliza sentir-se sozinho _____
Atribuído a _____

Interação social prejudicada

Isolamento social*

PRINCÍPIOS DE VIDA

Princípios nos quais são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto a atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou como dotados de valor intrínseco.

Classe 3 - Congruência entre valores/crenças/ações

Preferência religiosa: _____
Práticas religiosas importantes _____
Preocupações espirituais _____
Orientação cultural _____
Práticas culturais _____

Religiosidade

Bem-estar espiritual*

Angústia

Lista de diagnósticos de enfermagem/problemas prioritários

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Assinatura: _____ Data: _____

Referência

GUZZETA, C. E. et al. *Clinical assessment tools for use with nursing diagnoses*. Saint Louis: Mosby Company, 1989.