



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Borges Bittar, Daniela; Varanda Pereira, LÍlian; Cussi Assunção Lemos, Rejane
Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta
de dados

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 15, núm. 4, outubro-dezembro, 2006, pp. 617-628

Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415410>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

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, Lillian 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 frequentemente 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 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 Enferm.* 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: ____:____/____:____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|---|---|------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------|---|---|------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>Paciente: _____ RG: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data de nascimento: ____/____/____ Leito: ____</p> <p>Fone: _____ Data de internação no hospital: ____/____/____ Data de internação no CTI: ____/____/____ Hora da internação: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS 1.1 OXIGENAÇÃO E CIRCULAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Tipo respiratório: <input type="checkbox"/> espontâneo <input type="checkbox"/> mecânico \Rightarrow VM¹: <input type="checkbox"/> TOT² <input type="checkbox"/> TNT³ <input type="checkbox"/> Traqueostomia</p> <p>Modalidade Ventilatória: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> CPAP⁴ <input type="checkbox"/> Controlada (CMV) <input type="checkbox"/> Assistida/Controlada</p> <p><input type="checkbox"/> SIMV/V⁵ <input type="checkbox"/> SIMV/P Entubação: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não \Rightarrow ____° dia Cateter Nasal: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Máscara</p> <p>de O₂: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Venturi: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não \Rightarrow ____ l/min. O₂ Tosse \Rightarrow <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim \Rightarrow <input type="checkbox"/> não eficaz</p> <p><input type="checkbox"/> eficaz \Rightarrow <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> produtiva \Rightarrow características: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Eupnéico (s/n)⁶</th> <th>Dispnéico (s/n)</th> <th>FR total</th> <th>Sat. O₂</th> <th>FiO₂</th> <th>Volume Corrente</th> <th>Fluxo</th> <th>PEEP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | | | Eupnéico (s/n) ⁶ | Dispnéico (s/n) | FR total | Sat. O ₂ | FiO ₂ | Volume Corrente | Fluxo | PEEP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eupnéico (s/n) ⁶ | Dispnéico (s/n) | FR total | Sat. O ₂ | FiO ₂ | Volume Corrente | Fluxo | PEEP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">Ausculta pulmonar</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MV + (s/n)</th> <th>MV ↓ (s/n)</th> <th>MV - (s/n)</th> <th>Esteriores (P/A)⁷</th> <th>Roncos (P/A)</th> <th>Sibilos (P/A)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | | | MV + (s/n) | MV ↓ (s/n) | MV - (s/n) | Esteriores (P/A) ⁷ | Roncos (P/A) | Sibilos (P/A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MV + (s/n) | MV ↓ (s/n) | MV - (s/n) | Esteriores (P/A) ⁷ | Roncos (P/A) | Sibilos (P/A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> sons cardíacos normais <input type="checkbox"/> sons cardíacos anormais Arritmias: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>\Rightarrow tipo: _____ Pulsos periféricos preservados: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Ritmo: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular</p> <p>Amplitude: <input type="checkbox"/> cheio <input type="checkbox"/> fino <input type="checkbox"/> Clano: ____/+ + + ____ localização: ____</p> <p>Rede vascular: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada Acesso venoso: <input type="checkbox"/> central <input type="checkbox"/> periférico Marcapasso: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>Flebite: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim \Rightarrow Local: _____ Edema: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim \Rightarrow ____</p> <p>Cateteres: <input type="checkbox"/> 1° acesso periférico puncionado: ____ / ____° dia ; 2° ____ / ____° dia</p> <p>Cateter arterial: ____ / ____° dia Flebotomia: ____ / ____° dia</p> <p>Cateter Swan Ganz: ____ / ____° dia Monitorização PIC: ____° dia</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Expansibilidade Torácica</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">Amplitude respiratória (superficial/ profunda)</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">Ritmo respiratório (regular/irregular)</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">Batimento de asa de nariz (s/n)</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">Tiragens (s/n)</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Preservada bilateralmente (s/n)</th> <th style="text-align: center;">Diminuída à D (s/n)</th> <th style="text-align: center;">Diminuída à E (s/n)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | | | Expansibilidade Torácica | | Amplitude respiratória (superficial/ profunda) | Ritmo respiratório (regular/irregular) | Batimento de asa de nariz (s/n) | Tiragens (s/n) | Preservada bilateralmente (s/n) | Diminuída à D (s/n) | Diminuída à E (s/n) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expansibilidade Torácica | | Amplitude respiratória (superficial/ profunda) | Ritmo respiratório (regular/irregular) | Batimento de asa de nariz (s/n) | Tiragens (s/n) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preservada bilateralmente (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

1.2 HIDRATAÇÃO E NUTRIÇÃO

Peso: _____ kg Altura: _____ m cm Perda Ponderal: _____ kg em quanto tempo? _____ IMC: _____

Hábitos alimentares: _____

Alimenta-se sozinho: ☐ sim ☐ não Oral com auxílio: ☐ parcial ☐ total

Aceitação alimentar: ☐ boa ☐ inapetente ☐ intolerante

Tipo de dieta: _____ ☐ Jejum ⇒ Início: _____ h ☐ SNE ☐ SOE

☐ SNG ☐ SOG ⇒ ☐ sob BIC a _____ ml/h ☐ NPP ⇒ ☐ sob BIC a _____ ml/h

Gastrostomia ⇒ ☐ aberta: ☐ M ☐ T ☐ N ☐ com dieta: ☐ M ☐ T ☐ N ☐ Sonda clamped (Início: _____ h)

Abdome: ☐ plano ☐ globoso ☐ normotenso ☐ tenso ☐ distendido ☐ escavado

☐ timpânico ☐ massa palpável ⇒ local _____

☐ Hérnia(s) local: _____

Fígado palpável ⇒ ☐ sim ☐ não

Baço palpável ⇒ ☐ sim ☐ não ☐ Náusea ☐ Disfagia ☐ Refluxo ☐ Pirose

☐ Fistulas ☐ Dificuldade à mastigação: ☐ não ☐ sim ⇒ Motivo: _____

RHA: ☐ presentes ☐ ausentes ☐ diminuídos ☐ Asclte: _____ / ++++

Exames laboratoriais

| Hora | Hb | Ht | Na | K | Ca | Plaquetas | Proteínas | Outros |
|------|----|----|----|---|----|-----------|-----------|--------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

BALANÇO HÍDRICO

| H O | GANHOS | | | | PERDAS | | | |
|--------|------------|--------|-----|------|--------|--------|------|-------|
| | Sonda e VO | Sangue | Med | Soro | NPP | Micção | Evac | Sonda |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | |
| TP | | | | | | | | |
| T | | | | | | | | |

1.3 ELIMINAÇÃO

Eliminação intestinal ⇒ Vaso sanitário: ☐ M ☐ T ☐ N Comadre: ☐ M ☐ T ☐ N Fralda: ☐ M ☐ T ☐ N

☐ Melena ☐ Fecaloma ☐ Diarréia ☐ Presença de muco ☐ Incontinência fecal ☐ Constipação ☐ Flatulência ☐ Enterorragia ☐ Hematoquezia ☐ Hemorroidas

Ostomia: ☐ não ☐ sim ⇒ Local, tipo e características: _____

Características das fezes (consistência, cor odor): _____

| | |
|---|---|
| Eliminação vesical ⇒ <input type="checkbox"/> Vaso sanitário <input type="checkbox"/> Comadre <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uropen Sondagem: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N Tipo ⇒ <input type="checkbox"/> demora: ____° dia <input type="checkbox"/> alívio: ____° dia Características da urina (cor, odor, presença de sedimentos): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Bexigona <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Piúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Glicosúria <input type="checkbox"/> Irrigação vesical por sonda ⇒ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Sonda Vesical Clampada: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Cistostomia | |
| Sudorese: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ <input type="checkbox"/> intensa <input type="checkbox"/> discreta Vômitos ⇒ características: _____ Hematêmese: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ quantidade: _____ Hemoptise: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ quantidade: _____ Epistaxe: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ quantidade: _____ Drenagem gástrica: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N ⇒ características da secreção: _____ Escarro: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente ⇒ características: _____ Sialorréia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ quantidade: _____ Dreno (s) abdominal (is): local ____° dia Dreno torácico: ____° dia ⇒ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E ⇒ oscilação: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - ⇒ secreção: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sob aspiração contínua: ____° dia Outros drenos e tipo de secreção: _____ Aspiração/drenagem de secreções | |
| Local (TOT, traqueostomia, nariz, boca, dreno) | Quantidade secreções (peq.; méd.; grande; ml) |
| Características das secreções (consistência, cor, presença de rolhas) | |
| Otorrágia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ quantidade: _____ Otorréia: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ quantidade: _____ | |
| 1.4 SONO E REPOUSO | |
| <input type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Alterado ⇒ causa: _____ <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Dorme devido à medicação Horas de sono/repouso 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? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____ Fatores que interferem na qualidade do sono e do repouso: _____ | |
| 1.5 EXERCÍCIOS, ATIVIDADE FÍSICA E MOTILIDADE | |
| Decúbito: <input type="checkbox"/> dorsal <input type="checkbox"/> ventral <input type="checkbox"/> lateral D <input type="checkbox"/> lateral E Repouso no leito: <input type="checkbox"/> absoluto <input type="checkbox"/> relativo Atitude: <input type="checkbox"/> voluntária <input type="checkbox"/> involuntária Pratica algum esporte? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ Qual? _____ Períodicidade? _____ Atividades que causam dispnéia: _____ Há melhora quando interrompida? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Deambulação: <input type="checkbox"/> independente <input type="checkbox"/> dependente _____ <input type="checkbox"/> não deambula | |
| 1.6 CUIDADO CORPORAL E INTEGRIDADE FÍSICA | |
| Dependência para auto-cuidado: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> parcial ⇒ <input type="checkbox"/> alimentar-se <input type="checkbox"/> ir ao banheiro <input type="checkbox"/> tomar banho <input type="checkbox"/> vestir-se <input type="checkbox"/> tomar o remédio Realizada higiene: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> corporal <input type="checkbox"/> cabelos <input type="checkbox"/> genitais Realizada tricotomia: <input type="checkbox"/> facial <input type="checkbox"/> genital <input type="checkbox"/> outra: _____ Cortadas unhas: <input type="checkbox"/> pés <input type="checkbox"/> mãos Dentição: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> falhas dentárias <input type="checkbox"/> próteses dentárias <input type="checkbox"/> Tabagismo ⇒ n.º de cigarros/dia: ____ há ____ anos Alcoolismo ⇒ quantidade: ____ há ____ meses <input type="checkbox"/> anos / <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> Etilismo social <input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas ⇒ Qual(is)? _____ Quando? _____ Usa prótese e/ou órtese para locomover-se? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim ⇒ Especificar: _____ | |
| 1.7 INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA | |
| Pele: <input type="checkbox"/> Íntegra Coloração: <input type="checkbox"/> normocorada <input type="checkbox"/> hipocorada (____/____/____/____) <input type="checkbox"/> cianótica (____/____/____/____) Umidade: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> sudorenta Textura: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> lisa ou fina <input type="checkbox"/> áspera <input type="checkbox"/> enrugada Espessura: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> atrófica <input type="checkbox"/> espessa Temperatura: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> aumentada (local: _____) | |

☐ diminuída (local: _____) *Elasticidade*: ☐ normal ☐ diminuída ☐ hiperelástica *Turgor*: ☐ normal ☐ diminuído *Lesões elementares*: ☐ manchas ou máculas ☐ nódulos ☐ lesão tipo urticária ☐ vegetações ☐ vesículas ☐ pústula ☐ abcessos ☐ fissuras ☐ 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: _____

AM Avaliação: _____

AT Avaliação: _____

AN Avaliação: _____

Mucosas (conjuntivas oculares, labiobucal, lingual e gengival) ⇒ *Coloração*: ☐ normocoradas ☐ decoloradas (_____/++++) ☐ cianóticas (_____/++++) ☐ ictericas (_____/++++) *Umidade*: ☐ normal ☐ secas ☐ Integras ☐ Fissuras labiais ☐ Placas esbranquiçadas ☐ Sangramento gengival ☐ Língua saburrosa

1.8 REGULAÇÃO

Térmica ⇒ Temperatura axilar: normotérmico (____°C) Hora: _____ estado febril (____°C) Hora: _____ hipotermia (____°C) Hora: _____ hipotermia (____°C) Hora: _____

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

Hormonal ⇒ Diabético: ☐ não ☐ sim ⇒ Glicemia _____ às _____ h; _____ 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 corno-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 ☐ hipertrofica ☐ hipotrofica **Tonicidade da musculatura**: ☐ normal ☐ hipertônica/rigidez ☐ hipotônica/facidez

Pupilas: ☐ M ⇒ ☐ normais (circulares, centradas e diâmetros normais) ☐ isocoria ☐ anisocoria ☐ discoria ☐ midríase ☐ miase

☐ T ⇒ ☐ normais (circulares, centradas e diâmetros normais) ☐ isocoria ☐ anisocoria ☐ discoria ☐ midríase ☐ miase

☐ N ⇒ ☐ normais (circulares, centradas e diâmetros normais) ☐ isocoria ☐ anisocoria ☐ discoria ☐ midríase ☐ miase

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 | À 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 | |

| TOTAL | M | T | N |
|-------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Nível | Grau de sedação | M | T | N |
|-------|--|---|---|---|
| 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 | | | |
| 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 ☐ Hipoaestesia ☐ Anestesia ☐ Analgesia Local (is): _____
Dor: ☐ não ☐ sim ⇒ Local (is): _____ Duração: ☐ < 1h ☐ 1-2h ☐ 3-5h ☐ > 6h ☐ constante

INTENSIDADE: Escala Numérica de Dor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
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
alívio: ☐ M _____ ☐ T _____ ☐ N _____
☐ 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 N° de parceiros: _____ Usa preservativo: ☐ não ☐ sim Já teve ou tem alguma DST: ☐ não ☐ sim ⇒
Usa contraceptivos: ☐ não ☐ sim ⇒ tipo: _____ N° de filhos: _____ vivos; _____ mortos ⇒ causa: _____
Observações: _____

1.10 ABRIGO E MORADIA

Condição: ☐ rural ☐ urbana Casa: ☐ própria ☐ alugada ☐ outro: _____ Tipo de construção: _____
N° de residentes: _____ Água 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 PSICOSSOCIAIS

2.1 SEGURANÇA

Segue o tratamento integralmente: ☐ sim ☐ não ⇒ causas: _____ PSF no bairro: ☐ não ☐ sim Recursos no domicílio (cadeira de rodas, uso de EPI pelos profissionais? Se sim, qual (is) _____ Tem condições de comprar os medicamentos de que precisa? ☐ não ☐ sim
iluminação, escadas...)
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? _____ Já fez algum tratamento? ☐ não ☐ sim ⇒ _____ Experiências anteriores com doença/interação? ☐ 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: _____
O que gostaria de mudar em você? _____ 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