

# COLETA DE DADOS DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA: PROPOSTA DE INSTRUMENTO E ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO<sup>1</sup>

Nereide de Andrade Virgínio<sup>2</sup>  
Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>3</sup>

## RESUMO

A coleta de dados é considerada como etapa fundamental para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Neste estudo, apresenta-se proposta de instrumento validado para coleta de dados em serviço de internação para adultos. O campo de pesquisa foi a Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW, hospital-escola da UFPB, em João Pessoa. A etapa de coleta de dados na unidade tem sido realizada desde 1984, e o instrumento validado é o quinto modelo utilizado. Utilizou-se para a validação a técnica de entrevista com o grupo focal, para o qual a população-alvo era de enfermeiras em atividade no HULW. Procederam-se oito sessões de análise do conteúdo do instrumento para elaborar a sua versão definitiva e o roteiro instrucional. O resultado dos debates permitiu a reestruturação do instrumento, com realização de modificações de acordo com o consenso obtido nas sessões do grupo focal.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Coleta de dados. Validação.

## 1 REFLEXÕES INICIAIS

Como primeira etapa do Processo de Enfermagem (PE), a coleta de dados, de acordo com a literatura da área, é denominada de várias maneiras: Avaliação (GEORGE *et al.*, 1993; KRON; GRAY, 1994); Avaliação Inicial (GORDON, 1994); Histórico de Enfermagem (ANABUKI, 2002; ANTUNES, 2002; BENEDET; BUB, 2001; DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2003; GUTIERREZ *et al.*, 2001; HORTA, 1979; MELLEIRO *et al.*, 2001; POTTER; PERRY, 1999; SMELTZER; BARE, 2002); Investigação (CARPENITO, 2002); Levantamento de Dados (BARROS *et al.*, 2002; FELISBINO, 1994; TIMBY, 2001). Essa etapa configura o início do relacionamento com o ser humano e sua família, tendo por finalidade buscar conhecer o(a) cliente e conseguir informações que possibilitem a continuidade do PE (CARRARO, 2001).

Ao descrever o primeiro passo do seu modelo, Horta (1979, p. 41) o denominou como Histórico de Enfermagem e o definiu como um “roteiro sistematizado

---

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado apresentada e aprovada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.- FACENE. Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley-UFPB.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria – CCS/UFPB. Pesquisadora do CNPq. Professora Orientadora.

para o levantamento de dados (significativos para a(o) enfermeira(o)), do ser humano, que tornam possível a identificação de seus problemas”. Segundo essa autora, o histórico de enfermagem deve apresentar as seguintes características: ser conciso (sem repetições, claro, preciso), conter informações que permitam dispensar cuidados imediatos, ser individualizado e completo. Pela sua essência, constitui-se em atividade específica da enfermeira, que não deve ser delegada a outro membro da equipe de enfermagem (HORTA, 1979).

As habilidades da enfermeira, relacionadas com a observação, a comunicação e a interação, são enfatizadas como extremamente importantes para a implementação dessa fase do PE, enquanto recursos facilitadores para a obtenção de dados relevantes do cliente (CARPENITO, 2002; CIANCIARULLO *et al.*, 2000; KIMURA *et al.*, 1994; KRON; GRAY, 1994; LAROCCA; MAZZA, 2001; NASCIMENTO; MEIER, 2001; STEFANELLI, 1993; TIMBY, 2001). A enfermeira deve investir esforços para estabelecer um relacionamento empático e de confiança com o(a) cliente e sua família, a partir do primeiro contato vivenciado.

Avaliando o impacto da coleta de dados para a assistência de enfermagem, Carneiro (1998) ressalta a sua importância como elemento-chave para os demais passos do PE, constituindo a base fundamental para o diagnóstico, a prescrição, a implementação das intervenções e a avaliação das ações de enfermagem. Segundo Michel (1999), a percepção dessa importância tem suscitado a realização de inúmeras propostas de instrumentos de coleta de dados, com variações de forma e conteúdo, que conduzam à obtenção de dados os mais completos possíveis, quanto à quantidade e à qualidade.

De acordo com Christensen e Griffith-Kenney (1986), a coleta de dados é o fundamento do PE. Seu propósito é identificar informações pertinentes sobre o(a) cliente. As autoras ressaltam a importância do relacionamento entre a enfermeira e o(a) cliente; a comunicação; padrões de comportamento e funcionamento; instrumentos (interação, observação, mensuração); uso de teorias, esquemas, modelos e a documentação dos dados como aspectos importantes para sua realização. Assim como Carpenito (1997), declaram que, nessa etapa, são realizadas as atividades de coleta de dados objetivos e subjetivos, organização dos dados coletados e documentação metódica dos mesmos.

Diversos outros autores definem a fase de coleta de dados, caracterizando-a nos seus múltiplos aspectos: direcionada, ordenada, sistemática, contínua, possibilitando uma visão abrangente do(a) cliente (pessoa, família, comunidade) e a identificação das

necessidades afetadas e dos problemas (reais ou potenciais) de saúde e respostas terapêuticas, através do uso dos instrumentos básicos pela enfermeira (observação, comunicação, interação, conhecimento, método e princípios científicos, experiência, habilidade técnica, mensuração, criatividade, bom senso, flexibilidade, capacidade crítica e de tomada de decisão), ressaltando a sua importância para as demais fases do PE (ANABUKI, 2002; BARROS *et al.*, 2002; BENEDET; BUB, 2001; CARPENITO, 2002; CIANCIARULLO *et al.*, 2000; DANIEL, 1988; FELISBINO, 1994; GAIDZINSKI; KIMURA, 1989; GUTIERREZ *et al.*, 2001; IYER.; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; KRON; GRAY, 1994; PIMENTA *et al.*, 1993; SMELTZER; BARE, 2002; TAVARES, 1998; TIMBY, 2001).

As mesmas autoras referem que quatro tipos de dados são coletados pela enfermeira durante a primeira fase do processo: dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Citam os métodos principais que são utilizados para a coleta de informações: a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas (de laboratório e de imagem), a revisão de recursos informativos do prontuário e a colaboração de outros profissionais.

Alfaro-Lefreve (2000) e Barros *et al.* (2002) consideram que essa fase diz respeito não só à coleta de dados, mas também à sua validação e organização, à identificação de padrões, ao teste de impressões iniciais e ao relato e registro desses dados. Barros *et al.* (2002) ressaltam a necessidade de a enfermeira instrumentalizar-se para a coleta de dados através do aprendizado de semiologia e semiotécnica, que lhe possibilitem coletar dados mais fundamentados, que conduzam à identificação de diagnósticos corretos. Benedet e Bub (2001, p. 28) declaram que, como enfermeiras, “temos a oportunidade e o dever de estar sempre validando com os clientes se nossa impressão corresponde àquilo que eles próprios experienciam e desejam”.

Algumas condições são também básicas para a realização da fase de coleta de dados: ambiente adequado (local confortável, tranquilo e privativo), recursos materiais necessários (impressos, roteiro, materiais e equipamentos), disponibilidade do(a) profissional (demonstrando interesse e atenção ao que lhe é informado, evitando interrupções) e sensibilidade (para entender e respeitar os limites e a vontade do cliente).

Entre os fatores que influenciam a coleta de dados, Barros *et al.* (2002) e Jesus (2002) citam o relacionamento entre a enfermeira e o(a) cliente, as habilidades de comunicação e interação, as percepções e experiências (crenças, valores) dos envolvidos,

os interesses dos(das) clientes e dos(das) profissionais, as condições ambientais e o referencial teórico-filosófico.

A Enfermagem não conta com instrumentos de coleta de dados que sejam universalmente aceitos, e eles podem ser desenvolvidos com base em qualquer uma das abordagens teóricas ou conceituais de Enfermagem, com conteúdo que descreva características do indivíduo e suas respostas ao estado de saúde (CARNEIRO, 1998). Os instrumentos utilizados para a coleta de dados devem ser encarados de um ponto de vista que contemple o aspecto dinâmico da assistência de enfermagem, que implica na necessidade de considerá-los sempre como não definitivos nem encerrados, necessitando de reavaliação e aperfeiçoamento constantes (CARRARO, 2001). Barros (1998) considera que o instrumento de coleta de dados deve refletir um pouco da cultura da instituição em que será aplicado, demonstrar a filosofia de trabalho adotada e as crenças das(dos) suas(seus) enfermeiras(os) sobre a assistência de enfermagem.

Na realidade da nossa instituição de trabalho, há um consenso das enfermeiras de diversas unidades, que estão interessadas no estudo do PE e sua viabilização para o seu trabalho, de que cada unidade de internação, pelas suas especificidades, deve validar o seu instrumento de coleta de dados, de forma a direcioná-lo para as necessidades dos(das) clientes daqueles serviços. Esse consenso vem ao encontro da referência de diversos autores relativa à importância de direcionar o instrumento de coleta de dados para a realidade onde será aplicado (BARROS, 1998; DANIEL, 1988; GAIDZINSKI; KIMURA, 1989; GUTIERREZ *et al.*, 2001; HORTA, 1979; MICHEL, 1999; MICHEL, BARROS; 2002; SILVA *et al.*, 2002; SOUZA; BARROS; MICHEL, 2002).

Este artigo tem como objetivo divulgar, entre os(as) profissionais e estudantes de enfermagem, a proposta de instrumento de coleta de dados de enfermagem em uso no Serviço de Clínica Médica - HULW, desenvolvido em dissertação de mestrado, em ação conjunta das autoras do estudo, equipe técnica do Projeto de Sistematização e enfermeiras do Serviço, para utilização junto a clientes adultos(as) hospitalizados(as).

## **2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS**

Nesse estudo, o instrumento de coleta de dados foi analisado a partir do conceito da validade de conteúdo que, segundo Burns e Grove (1993), é um dos conceitos

estudados pela Teoria da Mensuração. Para coleta de dados utilizamos a técnica de grupo focal, estratégia grupal qualitativa, não diretiva, cujo resultado visa à promoção da discussão de um grupo de pessoas sobre o tema de pesquisa. Foi inspirada em técnicas de entrevista não-direcionada e em técnicas grupais usadas na Psiquiatria (BIREME/OPAS/OMS, 2002). Michel (1999) afirma que essa técnica é usada em pesquisa qualitativa para verificar sentimentos e opiniões de um grupo sobre um determinado assunto.

O estudo foi desenvolvido utilizando como campo de pesquisa a Clínica Médica do HULW, instituição pública, hospital-escola da UFPB, em João Pessoa. Ocupa o quinto andar do hospital, composto por duas alas (A e B) e se caracteriza por apresentar altas taxas de ocupação (média de 93,4%), com uma demanda predominante de clientes já triados por outros serviços, casos de elucidação diagnóstica complexa, com alto custo de tratamento e alguns casos de alta permanência no Serviço.

Constituíram a população-alvo enfermeiras docentes e assistenciais em atividade no HULW. A amostra foi do tipo intencional, e os critérios para inclusão foram: ter experiência de, no mínimo, dois anos na assistência a clientes adultos(as) hospitalizados na Clínica Médica - HULW, estar familiarizada com o instrumento a ser validado e aceitar voluntariamente, por escrito, a participar do estudo. As atividades foram iniciadas com a realização de um treinamento intitulado “Sistematização da Assistência de Enfermagem - A Etapa de Coleta de Dados”.

As participantes do treinamento foram enfermeiras de Clínica Médica e de outros serviços do hospital, interessadas no assunto. Ao final do treinamento, foi definida a composição do grupo focal. Aceitaram participar do grupo 13 enfermeiras que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, após explanação sobre a natureza do estudo e a metodologia utilizada para sua realização, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as recomendações da Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), onde já fora explicitada a autorização para gravação das sessões.

### **3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Para a validação do instrumento foram realizadas oito sessões. Seis foram destinadas para debater o conteúdo do instrumento inicial, conservando o mesmo

direcionamento: avaliação item a item, com discussão até a obtenção de consenso, quando passávamos para o item posterior. Após cada reunião, a pesquisadora realizou escuta das gravações, transcrição do conteúdo gravado, leitura dos registros (da observadora, da relatora e da autora do estudo) e elaboração de resumo do assunto debatido. A partir dos registros e dos dados transcritos, foram realizadas também, a cada sessão, a modificação do instrumento de acordo com o conteúdo debatido, e a elaboração da parte correlacionada do roteiro instrucional. O início da sessão seguinte se dava então com a leitura e revisão desse material e, se necessário, nova discussão complementar e fechamento dos itens antes de avançar para os novos tópicos do dia. As participantes levavam para casa o material modificado recebido na sessão, como forma de facilitar a análise crítica.

### 3.1 O INSTRUMENTO VALIDADO



**HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO**  
LAURO WANDERLEY-UFPB

**DIVISÃO DE ENFERMAGEM**  
Sistematização da Assistência de Enfermagem

#### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:			Idade:
Gostaria de ser chamado por:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Escolaridade:	
Estado civil:	Profissão/Ocupação:		
Religião:	Procedência:		
Data de admissão: ___/___/___	Enfermaria:	Leito:	Nº Prontuário

#### 2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO

--

#### 3. NECESSIDADES / AUTOCUIDADO:

<p><b>Alimentação/hidratação:</b> refeições diárias [    ] ingestão de líquidos: _____  Restrição Alimentar: _____  <b>Sono e repouso:</b> <input type="checkbox"/> satisfatório <input type="checkbox"/> prejudicado <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> auxiliares do sono _____  <b>Higiene - corporal:</b> <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada. Freqüência de banho: _____, Horário: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N.  <b>Oral:</b> <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada _____</p> <hr/> <p><b>Mobilidade:</b> <input type="checkbox"/> deambula <input type="checkbox"/> deambula com ajuda <input type="checkbox"/> não deambula <input type="checkbox"/> restrito ao leito. Movimenta-se no leito: <input type="checkbox"/> com ajuda <input type="checkbox"/> s/ajuda. Não se movimenta. _____</p> <hr/> <p><b>Demanda de ajuda para o autocuidado:</b> <input type="checkbox"/> alimentação <input type="checkbox"/> higiene <input type="checkbox"/> vestir-se/arrumar-se <input type="checkbox"/> locomoção _____</p> <hr/> <p><b>Interação social:</b> <input type="checkbox"/> comunicativo <input type="checkbox"/> pouco comunicativo <input type="checkbox"/> não comunicativo _____  <b>Suporte da família/amigos para o cuidado:</b> _____</p>
--

<p><b>Conhecimento sobre o seu problema de saúde:</b> <input type="checkbox"/> informado <input type="checkbox"/> pouco informado <input type="checkbox"/> não informado _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

**4. FATORES DE RISCO**

tabagismo  etilismo  sedentarismo  banho de rio  animais domésticos  perfil sanguíneo alterado. Outros tratamentos de saúde/tratamentos anteriores \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Doenças da infância:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Afecção clínica:** \_\_\_\_\_

**5. EXAME FÍSICO E OUTRAS INFORMAÇÕES:**

<b>Tax</b> _____ °C	<b>P</b> _____ bpm	<b>R</b> _____ ipm	<b>PA</b> _____ mmHg	<b>Alt</b> _____ cm	<b>Peso</b> _____ Kg
---------------------	--------------------	--------------------	----------------------	---------------------	----------------------

**Estado nutricional:**  normal  obeso  emagrecido  caquético. Outro: \_\_\_\_\_

**Nível de consciência:**  consciente  orientado  desorientado. Nível de resposta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pele/tecidos:**  íntegra  hidratada  ressecada  sudoreica  pálida  cianótica  lesões \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Cabeça:** \_\_\_\_\_

**Couro cabeludo:**  alopecia  seborréia  pediculose. Outros: \_\_\_\_\_

**Face:**  cushingoide  acromegálica  paralisia facial. Outras: \_\_\_\_\_

**Olhos:**  visão normal  visão turva  acuidade visual diminuída  cegueira  exoftalmia  processo inflamatório/infeccioso

aspecto da mucosa/outros \_\_\_\_\_

**Nariz:**  sem anormalidades  deformidade  obstrução  secreção  epistaxe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ouvidos – Audição:**  normal  diminuída  zumbido  surdez  processo inflamatório/infeccioso. Outros: \_\_\_\_\_

**Boca:**  cáries  falhas dentárias  halitose  língua saburrosa  prótese. Mucosa oral:  íntegra  lesões \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pescoço:**  linfonodos palpáveis  tireóide aumentada  ingurgitamento jugular  traqueostomia  mov. Difícil ou dolorosa.

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tórax:**  típico  atípico \_\_\_\_\_. Expansão torácica:  normal  diminuída \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mamas:**  simétricas  assimétricas  presença de nódulos palpáveis  secreção \_\_\_\_\_

**Sistema respiratório:**  eupnéico  bradipnéico  taquipnéico. Dispnéico:  em repouso  mínimos esforços  médios esforços  grandes esforços  uso de O<sub>2</sub>  tosse  secreção. Ausculta pulmonar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Atividade cardíaca:**  regular  irregular. Frequência/fonese \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Edema:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



coletados nesse momento (sua objetividade, fidedignidade e abrangência). Seu conteúdo possibilitará o planejamento da assistência, possibilitando a definição de metas a alcançar e intervenções a realizar junto aos(às) clientes. Neste estudo, foi pretensão construir um roteiro que direcione a abordagem de cada item do instrumento, sugerindo o que se deseja que a enfermeira observe, avalie, registre e como fazê-lo. A intenção é prover a enfermagem de um roteiro prático, de fácil uso no trabalho diário das enfermeiras do Serviço, contribuindo para a melhor operacionalização da coleta de dados inicial.

### **1 - Identificação:**

- **Nome:** registrar nome completo (sem abreviaturas), a **Idade**, a forma pela qual o(a) cliente **Gostaria de ser chamado(a)**, e o **Sexo**. Registrar a **Escolaridade**, atentando nos casos de educação informal, para o nível de capacidade de leitura e escrita (lê e escreve, lê com dificuldade, escreve com dificuldade, só assina o nome, é analfabeto(a)); é importante esclarecer se o(a) cliente lê o suficiente para entender e cumprir medidas de tratamento (se necessário, complementar o dado em Impressões da Enfermeira). No item **Estado civil**, registrar o dado a partir das referências: casado(a): quem tem o estado civil de casado(a); desquitado(a), separado(a) e divorciado(a): quem tem esse estado homologado por decisão judicial; viúvo(a); solteiro(a); e união consensual: quem vive em companhia de cônjuge com quem não constituiu união legal. Em **Profissão/Ocupação**, registrar a atividade principal, atentando para, no caso de aposentados, registrar a ocupação anterior. Registrar a **Religião** professada pelo cliente e o último local de **Procedência** (residência, instituição de saúde ou outra clínica do hospital). Na última linha, registrar **Data de admissão**: dia, mês e ano; **Enfermaria**, **Leito** e **Número do Prontuário do cliente**.

### **2 - Motivo da Internação/Queixa Principal:**

- Questionar o cliente ou acompanhante (quando o cliente não puder responder) sobre o motivo que o levou a procurar o hospital, e o que está sentindo no momento.

### 3 – Necessidades/Autocuidado:

- **Alimentação/Hidratação:** relatar hábitos alimentares do(a) cliente em casa, checando número de refeições, dados sobre a ingestão de líquidos (volume diário aproximado em copos) e restrições alimentares (pessoais e impostas pela patologia ou tratamento).
- **Sono e Repouso:** checar se o(a) cliente considera o seu sono satisfatório ou prejudicado, se relata insônia e quais os auxiliares do sono que são utilizados (medicações, rituais, hábitos). Se é prejudicado, descrever as dificuldades. Se o cliente está no hospital há mais de vinte e quatro horas, relatar as diferenças observadas em casa e no hospital.
- **Higiene - Corporal:** especificar as condições de higiene do(a) cliente observadas no momento da coleta de dados. Registrar a frequência de banhos relatada pelo(a) cliente e o horário preferido. Se a avaliação for definida como prejudicada, relatar em que aspecto específico. Atentar para condições do couro cabeludo, unhas, barba e roupas. **Oral:** Relatar frequência de escovação dos dentes e se o seu aspecto confirma a declaração do(a) cliente. Verificar se há material para escovação. Avaliar a necessidade de orientação, supervisão, ou encaminhamento ao dentista. **Íntima:** indagar o(a) cliente sobre a frequência de realização e meios utilizados. Registrar a necessidade de ajuda ou orientação para sua realização.
- **Mobilidade:** especificar, através de checagem dos itens, as condições de movimentação do(a) cliente. Relatar características individuais relacionadas à locomoção (claudica, marcha modificada, postura em pé e deitado(a)). Se estiver restrito(a) ao leito, especificar o motivo (restrição por recomendação de tratamento ou incapacidade para se movimentar). Na incapacidade para se movimentar, especificar condições de movimentação no leito (movimenta-se no leito sem ajuda, com ajuda, não se movimenta).
- **Demanda de Autocuidado:** especificar que tipo de ajuda o(a) cliente necessita para alimentar-se, realizar cuidados de higiene, vestir-se, arrumar-se e locomover-se ou movimentar-se (ir ao banheiro, transferir-se da cama, realizar eliminações no leito).
- **Interação Social:** checar observações relativas à forma de interação do(a) cliente: comunica-se com facilidade com as pessoas ao redor (adapta-se aos lugares e

situações novas), é pouco comunicativo(a), não quer se comunicar com ninguém, prefere ficar sozinho(a).

- ***Suporte da família/amigos para o cuidado:*** indagar quanto às condições de sustento do(a) cliente e sua família, se conta com a ajuda de familiares ou amigos para o seu cuidado, especificando quem é o seu principal cuidador;
- ***Conhecimento sobre o seu problema de saúde:*** indagar e avaliar se o(a) cliente está informado(a) (descreve, de acordo com as suas possibilidades) sobre o seu diagnóstico, medicação e cuidados que deve manter na vida diária; pouco informado(a) (sabe alguma coisa dos aspectos citados, mas não o suficiente para orientar os cuidados diários); ou não informado (não sabe nada sobre o assunto), relatando também se ele(a) prefere não falar sobre o assunto, ou que outros familiares sejam informados.

As necessidades de oxigenação (sistema respiratório), eliminação (sistema digestivo/abdome e gêrito-urinário), sexualidade, integridade física, regulação, percepção (vários itens da parte exame físico/outras informações) e integridade cutâneo-mucosa (pele/tecidos) são coletadas nos itens correlacionados da parte 5. Exame Físico/Outras informações.

#### **4 - Fatores de Risco**

Checar itens enumerados na parte inicial, especificando hábitos e fatores ambientais que podem constituir riscos. Se o(a) cliente é tabagista ou etilista, questionar e descrever o tipo consumido, quantidade por dia e número de anos de consumo. Relatar tratamentos (inclusive cirúrgicos e partos) e patologias anteriores; uso de medicações antineoplásicas e imunossupressoras. Registrar ***alergias*** referidas. Chamar a atenção para fatores de risco para infecções. Relatar ***doenças da infância*** e ***antecedentes familiares*** (perguntar sobre os pais, tios, avós e irmãos, se vivos ou não, se portadores de doenças crônicas; no caso de familiares falecidos, idade e causa da morte). No sub-item ***Afecção clínica***, registrar o diagnóstico inicial, se já firmado, ou as hipóteses diagnósticas sugeridas.

## 5 - Exame físico/Outras informações

Em cada segmento examinado há um espaço para acrescentar informações, e que deverá ser preenchido de acordo com a realidade encontrada no cliente. É importante lembrar que não está especificado nenhum tópico referente à **dor**. É pensamento do grupo que os dados objetivos ou subjetivos sejam registrados no tópico do segmento anatômico correspondente, e na parte Impressões da Enfermeira, principalmente naquelas situações em que a dor seja fator determinante para algum comportamento que exija um cuidado ou atenção específica por parte da enfermeira.

Medir e registrar temperatura axilar, pulso, ritmo respiratório, pressão arterial, peso, altura e, se necessário, circunferência abdominal. Nos clientes com alterações da atividade cardíaca, verificar a pressão arterial nos membros superiores direito e esquerdo, comparando os valores. Se necessário, aferir o pulso em outras localizações e avaliar as diferenças.

**Estado Nutricional:** avaliar visualmente o estado do(a) cliente, correlacionando com os termos dos sub-itens. Se necessário, usar as referências constantes nos anexos para orientação individual, especificando método e resultado no espaço em aberto.

**Nível de Consciência:** checar o estado do(a) cliente de acordo com os termos dos sub-itens constantes no tópico e, se necessário, avaliar e descrever o nível de resposta de acordo com as três áreas de avaliação da *escala de Glasgow*.

### Escala de Glasgow

Determina alterações do nível de consciência de forma global e 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). Para avaliação nesse instrumento, não será utilizada a avaliação numérica, mas a enfermeira deverá descrever o estado do cliente com as palavras definidas pela escala para os três parâmetros, sem os números correspondentes nem o número final.

**Abertura dos olhos:** a pontuação vai de **1** a **4.4** pontos: o(a) paciente abre espontaneamente os olhos ao perceber a presença de alguém. **3** pontos: o(a) paciente abre

os olhos ao ser chamado(a) (ordem verbal). **2** pontos: abertura ocular do(a) paciente somente com estímulo doloroso. **1** ponto: nenhuma resposta com abertura ocular à estimulação feita.

**Resposta Verbal:** a pontuação varia de **1** a **5.5** pontos: paciente orientado(a) no tempo e espaço de acordo com as ordens verbalizadas. **4** pontos: as respostas são confusas ou desorientadas. **3** pontos: o(a) 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 pontos **15**, a avaliação neurológica é considerada normal em relação ao nível de consciência, e a menor nota, **3**, é compatível com morte cerebral, porém não necessariamente indicativo da mesma (Fonte: BOTURA, A. L. B. L.de *et al.* **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.32-33).

***Pele/Tecidos:*** descrever alterações através dos sub-itens, e avaliar também a presença de rubor, calor, o turgor e a textura, descrevendo no espaço aberto as lesões observadas: localização, distribuição, dimensão, profundidade, aspecto, presença de secreção, necrose, entre outros. (Vide referencial para classificação de lesões).

***Cabeça/couro cabeludo:*** observar aspecto dos cabelos e couro cabeludo, queixas de dor, lesões, incisões e cicatrizes.

***Face:*** descrever alterações através dos itens e especificar manchas e edema localizados que podem caracterizar ou sugerir doenças (sinal da asa de borboleta-lupus eritematoso; edema de pálpebra e face-problemas renais, entre outros).

***Olhos:*** checar dados especificados, relatando, no caso de acuidade visual diminuída, a gravidade da deficiência e sua repercussão para as atividades diárias, ptose palpebral, uso de lentes de contato ou óculos, estrabismo, nistagmo. Observar alterações de

coloração da mucosa ocular e palpebral (corada, hipocorada, hiperemiada), hidratação (úmida, pouco úmida, ressecada) ou lesões na conjuntiva, esclerótica e córnea. Se necessário, avaliar as pupilas (fotorreagentes ou não, isocóricas ou anisocóricas).

**Nariz:** descrever alterações anatômicas, queixas (obstrução, prurido, dor); na presença de secreção ou epistaxe, relatar características e frequência.

**Ovidos:** checar subitens do tópico, registrando também o nível de diminuição da acuidade auditiva, se for o caso, e sua repercussão para a comunicação com o cliente, queixas de audição de outros tipos de sons, uso de prótese, presença de cerume, sujidades ou lesões nos pavilhões auriculares.

**Boca:** checar os subitens, avaliando também a coloração dos lábios, gengivas e língua, descrevendo lesões e alterações encontradas (gengivite, hemorragias, aspecto das amígdalas).

**Pescoço:** checar os subitens, observando também a postura, contraturas, paralisias musculares, rigidez, presença de cicatrizes, lesões, pulsações anormais e dispositivos venosos.

**Tórax:** realizar *inspeção estática* - verificar forma do tórax anterior e posterior, descrevendo alterações (tórax chato, em tonel, escavado, em quilha, em sino, cifótico, escoliótico, cifoescoliotico, abaulamentos ou retrações). Descrever cicatrizes, drenos, cateteres, dispositivos. Prosseguir com a *inspeção dinâmica* - para avaliar tipo, ritmo e frequência respiratórios, expansibilidade, amplitude dos movimentos e tiragens.

**Mamas:** realizar inspeção e palpação, descrevendo assimetrias, alterações anatômicas (retração do mamilo, lesões, presença de nódulos). Proceder à espremedura do mamilo para investigar presença de secreção. Relatar cirurgias anteriores, ginecomastia nos homens (se for o caso). Aproveitar o momento do exame, sempre que possível, para orientação e treinamento para o auto-exame.

**Sistema Respiratório:** checar caracterização do ritmo respiratório, avaliando pela palpação (expansibilidade, sensibilidade, elasticidade e frêmitos), percussão (som claro pulmonar, timpânico, submaciço ou maciço e hiper-ressonância) e ausculta (murmúrio vesicular; som traqueal, respiração brônquica e broncovesicular, estertores, roncos, sibilos, estridor, sons vocais e atrito pleural). Se necessário, especificar nesse item se o paciente está entubado ou no respirador.

**Atividade Cardíaca:** descrever as características do ritmo e frequência cardíacas. Se necessário, comparar os pulsos em várias localizações, identificar o *ictus*

*cordis*, e, pela palpação, avaliar os frêmitos; realizar ausculta para avaliar as bulhas quanto ao ritmo (rítmicas, arrítmicas, galope) e fonese (normo, hipo, hiperfonéticas); cliques (sugestivos de prolapso de válvula mitral ou relacionados a próteses valvares); e sopros quanto ao tempo (sistólico ou diastólico), localização (foco aórtico, mitral, pulmonar ou tricúspide), irradiação, intensidade e presença de atritos.

**Edema:** descrever edema generalizado ou localizado, atentando para localização, intensidade e características da pele, duração e evolução relatadas pelo cliente.

**Sistema Digestivo/Abdome:** checar dados especificados, relatando também outros dados relacionados à função digestiva (sialorréia, soluço, eructação, dispepsia), forma e aspecto (escavado, presença de circulação colateral), condições da pele (estrias), presença de massas, cateteres, drenos, ostomias. No uso de sonda, especificar o tipo, se está aberta ou fechada, aspecto e volume da drenagem. Descrever frequência e características das evacuações.

**Gênito-urinário:** checar subitens relacionados. No uso de sonda, especificar tipo e tempo de sondagem e registrar no espaço aberto, se necessário, aspecto e volume da urina.

**Atividade Sexual:** indagar quanto à vida sexual, avaliando pelas respostas se há necessidades de orientação para a prática do sexo seguro.

**Ciclo Menstrual:** checar dados relativos ao ciclo menstrual, registrando queixas para encaminhamento. Indagar sobre o uso de contraceptivos, registrando por quanto tempo foi utilizado.

**Membros:** através de inspeção e palpação, checar os subitens, avaliando também as condições da musculatura (eutrófica, hipotrófica, hipertrófica, assimetrias), presença de drenos e variação de temperatura. Descrever as condições da rede venosa e a presença de dispositivos, talas e aparelhos gessados. Atentar para deformidades ou aumento de volume articular.

**6 - Impressões da Enfermeira:** anotar dados subjetivos e impressões que você considerar relevantes para a compreensão da situação do cliente, e que não foram contemplados nos itens anteriores. Podem ser incluídos aspectos não relatados, mas captados pela percepção do(a) enfermeiro(a): questionamentos, preocupações, comportamentos (comunicação não verbal), particularidades do estado emocional e espiritual. Registrar se o cliente verbaliza necessidade de assistência espiritual. Incluir dados relevantes sobre as necessidades

humanas básicas não especificadas no instrumento: exercício e atividade física, segurança, aprendizagem, recreação, lazer, entre outras. O instrumento deve ser concluído com a assinatura e o carimbo da enfermeira que procedeu ao levantamento de dados, e o preenchimento do campo da data de execução.

#### **4 CONSIDERAÇÕES PARA UM RECOMEÇO**

Consideramos o instrumento resultante deste estudo como um recurso do Serviço que foi refinado e adaptado de forma mais específica para sua clientela, de acordo com a visão das participantes. Relembramos a declaração de Barros (1998), de que qualquer modelo definido para a prática de enfermagem precisa levar em consideração as características da clientela atendida e do grupo que irá empregá-lo. O grupo esteve consciente de que este não é um instrumento definitivo, mas representa um avanço para o seu aperfeiçoamento e melhor operacionalização. Acreditamos que o seu uso na prática diária do serviço e a incorporação da fase de identificação de diagnósticos de enfermagem deverão suscitar novas necessidades de adaptação, que dirão demandar, no futuro, novos estudos de validação.

### **COLLECTS OF DATA OF NURSING IN PRACTICE: PROPOSAL OF INSTRUMENT AND ITINERARY OF ORIENTATION**

#### **ABSTRACT**

The collects of data is considered as fundamental stage for the development of the nursing process. In this study, presents the instrument proposal validated for collection of data in internment service for adults. The research field was the Medical Clinic of the Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW, hospital-school of UFPB, in João Pessoa. The stage of collection of data in the unit has been accomplished since 1984, and the validated instrument is the fifth used model. It was used for the validation the interview technique with the focal group, for which the population-objective were the nurses in activity in HULW. Eight sessions of analysis of the content of the instrument were proceeded to elaborate the definitive version and the itinerary instructional. The result of the debates allowed the restructuring of the instrument, with accomplishment of modifications in agreement with the consensus obtained in the sessions of the focal group.

**Key Words:** Nursing. Collects of data. Validation.

## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ANABUKI, M. H. SAE: experiência prática do Hospital Universitário da USP-SP. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 87-96.
- ANTUNES, A. V. Sistema integrado de assistência de enfermagem-SIAENF-proposta do Hospital de Clínicas de Uberlândia. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 97-105.
- BARROS, A. L. B. L. de *et al.* **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia, 1998/2001.
- BIREME/OPAS/OMS. **Como operacionalizar um grupo focal**. [200?] Disponível em: <<http://www.bireme.br/bvs/adolesc/P/textocompleto/adolescente/capitulo/cap09.htm>> Acesso em: 16 de jul. 2002.
- BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research**: conduct, critique & utilization. 2nd. ed. Philadelphia: Saunders Company, 1993.
- CARNEIRO, I. A. **Levantamento de dados e diagnósticos de enfermagem na assistência à criança hospitalizada**. 1998, 132 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CARRARO, T. E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.
- CHRISTENSEN, P. J; GRIFFITH-KENNEY, J. W. **Nursing process**: application of theories, frameworks and models. 2nd. ed. Saint Louis: Mosby, 1986.
- CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2000.
- DANIEL, L. F. **A enfermagem planejada**. São Paulo: EPU, 1988.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; GEISLER, A. C. **Planos de cuidados de enfermagem**: orientações para o cuidado individualizado do paciente. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- DURÁN, H; FUENTES, S; GONZÁLEZ, C. **Grupos focales experiência en la República de Guatemala**. Proyecto de Garantía de la Calidad. Guatemala, 1999.

- FELISBINO, J. E. **Processo de enfermagem na UTI: uma proposta metodológica**. São Paulo: EPU, 1994.
- GAIDZINSKI, R.R.; KIMURA, M. Entrevista e exame físico: instrumentos para levantamento de dados. In: CAMPEDELLI, M. C. (Org). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989. p. 66-88.
- GEORGE, J. B *et al.* **Teorias em enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3rd. ed. St Louis: Mosby, 1994.
- GUTIERREZ, B. A. O. *et al.* Histórico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 131-63.
- 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, 1993.
- JESUS, C. A. de. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução histórica e situação atual. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., Uberlândia. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 14-20.
- KIMURA, M. *et al.* O exame físico e o enfermeiro de UTI. **R. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.28, n.2, p. 156-70, ago 1994.
- KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança**. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.
- LARROCA, L. M.; MAZZA, V. de A. A comunicação permeando a metodologia da assistência de enfermagem. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 117-25.
- MELLEIRO, M. M. *et al.* A evolução do sistema de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: uma história de 20 anos. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p. 109-30.
- MICHEL, J. L. M. **Validação de instrumento para coleta de dados de pacientes cardiopatas**. 1999. 105 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- MICHEL, J. L. M.; BARROS, A. L. B. L. de. SAE: experiência prática do Hospital São Paulo (UNIFESP). In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3., 2002. **Anais...** Uberlândia: UFU, 2002. p. 78-86.
- NASCIMENTO, S. R do.; MEIER, M. J. Uma visão tecnológica do exame físico. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 127-36.
- PIMENTA, C. A. de M. *et al.* O ensino da avaliação do paciente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **R. Latino-am enfermagem**. Ribeirão Preto, v.2, n.1, p. 69-76, jul. 1993.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. v.1.

SILVA, M. R. da *et al.* Protótipo de um instrumento de coleta de dados para pacientes pneumopatas. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 6., e SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ENFERMAGEM, 1., São Paulo. **Livro Programa (resumo)**... São Paulo, 2002. p. 60.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: - tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1.

SOUZA, M. F. de; BARROS, A. L. B. L. de; MICHEL, J. L. M. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: BARROS *et al.* **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 19-35.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.

TAVARES, S. Histórico de enfermagem. **R. Nursing**, São Paulo, ano 1, n.4, p. 20-7. set. 1998.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.