

PATRÍCIA MADALENA VIEIRA HERMIDA

***ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A
COLETA DE DADOS NA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM***

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Patricia Madalena Vieira Hermida Prof. Dr. Izilda Esmenia Muglia Araujo

Orientadora



CAMPINAS

2005

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

PATRÍCIA MADALENA VIEIRA HERMIDA

***ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA A
COLETA DE DADOS NA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem, área Enfermagem e Trabalho.*

ORIENTADORA: PROF^a DR^a IZILDA ESMÊNIA MUGLIA ARAÚJO

CAMPINAS

2005

UNIDADE	DC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP H428e
V	EX
TOMBO BC	63473
PROC.	16-P-00086-05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	05/05/05
Nº CPD	

Bib. id 349357

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP
 Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira CRB 8ª./6044

H428e Hermida, Patrícia Madalena Vieira
 Elaboração e validação de instrumentos para a coleta de dados na assistência de enfermagem / Patrícia Madalena Vieira Hermida. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Izilda Esmênia Muglia Araújo
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Validação de Métodos. 2. Coleta de dados. 3. Confiabilidade. 4. Enfermagem. I. Araújo, Izilda Esmênia Muglia. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(Slp/fcm)

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Izilda Esmenia Muglia Araujo

Membros:

1. Prof^ª. Dr^ª. Izilda Esmenia Muglia Araujo Izilda Esmenia Muglia Araujo
2. Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia Regina Maria Vera Lucia Regina Maria
3. Prof^ª. Dr^ª. Edinêis de Brito Guirardello Edinêis de Brito Guirardello

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 03/02/2005

200508914

DEDICATÓRIA

A meus pais que, mesmo à distância, sempre me motivaram e apoiaram na realização do mestrado. A meu marido Alexandre, pela compreensão e dedicação sempre presentes. E, à Prof^a Dr^a Izilda Esmênia Muglia Araújo, por ter confiado no meu potencial e na proposta deste estudo, pela forma como o conduziu e pelos laços de amizade que construímos.

MUITO OBRIGADA

À Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pela relevante colaboração, orientando à distância a elaboração do ante-projeto de mestrado.

Às professoras Drª Maria Bettina C. Bub e Drª Edinêis de Brito Guidardello e enfermeiras Keila e Odete, pelos conhecimentos compartilhados nesta pesquisa.

À Drª Vera Lúcia Regina Maria, professores Drª Edinêis de Brito Guidardello, Drª Maria Filomena Ceolim e José Luiz Tatagiba Lamas, por contribuírem com valiosas sugestões no Exame de Qualificação.

À enfermeira Keila, também mestranda neste Curso, pela amizade e colaboração ao coletar os dados para o teste de confiabilidade, muitas vezes deixando de estar com sua família aos sábados.

Aos pacientes que aceitaram participar deste estudo, muitas vezes, confiando às pesquisadoras informações tão íntimas e pessoais.

À Equipe de Enfermagem da Unidade de Neurocirurgia do Hospital das Clínicas da Unicamp, por facilitar a coleta de dados, informando às pesquisadoras as condições de inclusão ou exclusão dos pacientes neste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Indaiatuba, por facilitar minha permanência no Curso, durante os horários de trabalho.

A toda a família, amigos e àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

*"Da mesma forma que, em uma galeria de arte, não é o conhecimento do artista ou o instrumental que utilizou o que importa, mas a obra artística criada por ele, pode-se afirmar que os referenciais teóricos ou os instrumentos metodológicos e tecnológicos próprios da área **não são** a Enfermagem. Enfermagem é o que se **cria** usando esse conhecimento e esses instrumentos".*

ROSE apud GARCIA e NÓBREGA (2004)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxix
ABSTRACT	xxxv
APRESENTAÇÃO	39
1. INTRODUÇÃO	43
2. REFERENCIAL TEÓRICO	55
2.1. A teoria	57
2.2. Aplicações da teoria	59
2.3. Componentes teóricos	63
2.3.1. Componentes estruturais	63
2.3.1.1. Pressuposições básicas	63
2.3.1.2. Conceitos	64
2.3.1.3. Proposições	66
2.3.2. Componentes funcionais	67
2.3.2.1. Metodologia	67
3. OBJETIVOS	71
4. SUJEITOS E MÉTODOS	75
4.1. Campo da pesquisa	77
4.2. Delineamento do estudo	77
4.3. Procedimento	78
4.3.1. Instrumento	78

4.3.1.1. Elaboração dos instrumentos	78
4.3.2. Avaliação da validade dos instrumentos	82
4.3.3. Avaliação da confiabilidade dos instrumentos	84
4.4. Aspectos éticos da pesquisa	90
4.5. Tratamento e análise estatística dos dados	90
4.5.1. Validade de conteúdo	90
4.5.2. Confiabilidade	92
5. RESULTADOS	95
5.1. Análise da validade dos instrumentos	97
5.1.1. Entrevista de Enfermagem	97
5.1.2. Exame Físico de Enfermagem	102
5.1.3. Guias de apoio à decisão	110
5.2. Análise da confiabilidade dos instrumentos	113
5.2.1. Entrevista de enfermagem	113
5.2.2. Exame Físico de Enfermagem	118
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	123
6.1. Análise da validade de conteúdo dos instrumentos	125
6.1.1. Entrevista de Enfermagem	125
6.1.2. Exame Físico de Enfermagem	125
6.2. Análise da confiabilidade dos instrumentos	127
6.2.1. Entrevista de Enfermagem	127
6.2.2. Exame Físico de Enfermagem	129
7. CONCLUSÕES	147

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
10. APÊNDICES	169

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Bireme	Biblioteca do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
D	Direito
E	Esquerdo
ECG	Escala de Coma de Glasgow
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GESAE	Grupo de Estudos do Sistema de Assistência de Enfermagem
HU	Hospital Universitário
NAAM	Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher
PE	Processo de Enfermagem
PIC	Pressão intracraniana
PO	Pós-operatório
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAS	Statistical Analysis System
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1 - Distribuição do número total de respostas dos juízes na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem, quanto à sua organização	98
Tabela 2 - Distribuição do número total de respostas dos juízes, quanto à objetividade, na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem	99
Tabela 3 - Distribuição do número total de respostas dos juízes na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem, quanto à sua clareza	100
Tabela 4 - Distribuição do número total de respostas dos juízes em relação à facilidade de leitura na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem	101
Tabela 5 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à compreensão do conteúdo na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem	101
Tabela 6 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à organização na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem	103
Tabela 7 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à objetividade na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem	105
Tabela 8 - Distribuição do número total de respostas dos juízes em relação à clareza na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem ..	107
Tabela 9 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à facilidade de leitura na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem	108
Tabela 10 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à compreensão do conteúdo na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem	109

	<i>PÁG.</i>
Figura 1 - Fluxograma para análise de teorias, elaborado pelas Prof ^{as} Dr ^{as} Izilda E. M. Araújo e Edinêis B. Guirardello da Unicamp, baseado em LEOPARDI	70
Figura 2 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à Objetividade dos itens do instrumento Entrevista de Enfermagem	99
Figura 3 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à Organização dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem	104
Figura 4 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à Objetividade dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem	106
Figura 5 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à Clareza dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem	107
Figura 6 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes quanto à Facilidade de Leitura dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem	109
Figura 7 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à Organização, Objetividade, Clareza, Facilidade de Leitura e Compreensão do Conteúdo do Guia de Apoio à Decisão da Entrevista de Enfermagem	111
Figura 8 - Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à Organização, Objetividade, Clareza, Facilidade de Leitura e Compreensão do Conteúdo do Guia de Apoio à Decisão do Exame Físico de Enfermagem	112

Figura 9 -	Distribuição dos níveis de concordância dos subitens do instrumento Entrevista de Enfermagem	117
Figura 10 -	Distribuição dos níveis de concordância dos subitens do instrumento Exame Físico de Enfermagem	122

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1 - Apresentação das fases do processo de enfermagem de Orem comparadas às fases sugeridas por outros autores	68
Quadro 2 - Distribuição dos níveis de concordância dos subitens do instrumento Entrevista de Enfermagem	113
Quadro 3 - Distribuição dos níveis de concordância dos subitens do instrumento Exame Físico de Enfermagem	118

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, realizada por meio do Processo de Enfermagem, tem sido ensinada nos cursos de graduação em enfermagem e utilizada em algumas instituições de saúde. É uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Resolução COFEN nº 272/2002). Essa metodologia assistencial é composta por algumas fases, as quais diferem entre si, de acordo com vários autores. A fase da coleta de dados é descrita como a primeira delas, a partir da qual é possível fazer julgamentos, definindo os diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, as intervenções de enfermagem para cada paciente. Este estudo teve como objetivos elaborar, validar e verificar a confiabilidade de dois instrumentos de coleta de dados para a assistência de enfermagem, guiado pelo referencial teórico de Dorothea Orem. Para a validação de conteúdo, os instrumentos foram encaminhados para apreciação de quatro juizes, assim como seus respectivos guias de apoio à decisão. O teste de concordância entre observadores foi realizado com uma amostra de 18 sujeitos internados num hospital universitário, pela pesquisadora e uma enfermeira convidada. A concordância entre os juizes foi analisada pelo Teste Qui-Quadrado de Cochran, que apontou diferença estatisticamente significativa no número de respostas quanto à objetividade do instrumento Entrevista de Enfermagem e em relação à organização, objetividade, clareza e facilidade de leitura do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Entretanto, apesar dessa diferença, o número de respostas positivas foi maior, indicando que os instrumentos apresentam os quesitos pertinentes. A análise descritiva da concordância entre os juizes quanto ao guia de apoio à decisão do instrumento Entrevista de Enfermagem mostra que, dos cinco critérios avaliados, a objetividade obteve 50% de respostas negativas, e, no guia de apoio do instrumento Exame Físico de Enfermagem esse mesmo percentual foi atribuído à objetividade e a clareza, dados que sugeriram a realização de algumas alterações apontadas pelos juizes para aperfeiçoá-los. A concordância entre observadores foi analisada pelo coeficiente de concordância Kappa, mostrando um total de 95,3% e 85,7% de coeficiente de concordância entre bom e excelente, para os instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, respectivamente. Os resultados demonstram que os instrumentos permitem coletar os dados dos pacientes de forma sistemática e voltados para o autocuidado, embasados no referencial teórico de Orem. Além disso, tais instrumentos apresentam validade e confiabilidade. Os registros dos dados coletados possibilitam a avaliação

periódica do paciente, a continuidade do cuidado e contribuem para a melhoria da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Validação, Confiabilidade, Coleta de dados, Enfermagem

ABSTRACT

Systematization of Nursing Care using the Nursing Process is being taught in nursing graduate courses and is used in some health institutes. It is a nursing activity regulated by the Federal Nursing Council (Resolution COFEN n° 272/2002). This care-giving methodology consists of some phases that differ according to the authors. The data collection phase is described as the first phase since it allows the definition of nursing diagnoses and consequently the nursing interventions needed for each patient. The purpose of this study was to elaborate, validate and verify the reliability of two data collecting instruments related to nursing care based on the Dorothea Orem theory. In order to validate the content, the instruments were referred to four judges with their respective decision guides. The concordance test was performed by a researcher and a nurse using a sample of 18 patients in a university hospital. The concordance between the judges was analyzed using Cochran's chi-square test, which indicated a significant difference in the number of answers regarding the objective of the instrument Nursing Interview and the organization, objectivity, clarity and facility in reading the instrument of Nursing Physical Exam. Despite this difference, the number of positive answers was greater, indicating that the instruments presented pertinent queries. The descriptive analysis of the concordance between the judges in relation to the decision guide of the instrument Nursing Interview demonstrated that out of the five criteria evaluated, objectivity obtained 50% negative responses and with regard to the decision guide of Nursing Physical Exam, the same percentage applied to objectivity and clarity, indicating the need for an improvement in the guides. The Kappa concordance coefficient was applied to analyze the concordance between the observers and demonstrated 95.3% and 85.7% concordance that ranged from good to excellent for the instruments Interview and Physical Examination of Nursing, respectively. The results demonstrated that the instruments were capable of collecting data in a systematic manner and with a focus on self-care based on the Orem theory. Moreover, these instruments presented validity and reliability. Data records not only make it possible to have periodic assessment of the patients and continued care but also contribute towards improving nursing care.

Key words: validation, reliability, data collection, nursing

APRESENTAÇÃO

Como enfermeira assistencial pude vivenciar uma experiência prática de dificuldade de implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Isso aconteceu em 2000, quando me tornei membro de um grupo multidisciplinar de estudos sobre Neurotrauma que estava se formando no hospital onde eu trabalhava. Como os demais profissionais do grupo, elaborei um instrumento de trabalho para a enfermagem, o qual seria aplicado nos pacientes neurotraumatizados. Tal instrumento, Processo de Enfermagem, foi apresentado ao grupo que o considerou completo, prático e de fácil aplicabilidade. Cheguei a aplicá-lo em alguns pacientes, porém, faltou por parte dos próprios enfermeiros, engajamento nesse trabalho para torná-lo operacional. Naquela ocasião, a não adesão dos enfermeiros à metodologia me parecia estar muito associada à sobrecarga de trabalho e pelo número reduzido de enfermeiros. Percebi então, que é preciso muito mais que criar um instrumento, é necessário um trabalho junto à equipe de enfermagem para que se tenha sucesso na implementação de uma metodologia assistencial, ou seja, vencer a barreira, apontada por ROSSI e CASAGRANDE (2001b), da operacionalização do processo de enfermagem no contexto da prática.

No meu dia-a-dia, trabalhando como enfermeira assistencial na Unidade de Internação Neurocirúrgica desse hospital, percebi a necessidade de tornar a enfermagem melhor preparada para cuidar de uma clientela que exige cuidados especiais, em que o próprio instrumento de observação do paciente, muitas vezes, contribui, salvando vidas que se descompensam rapidamente. Daí a minha preocupação em elaborar uma estratégia/método de cuidado que viabilize uma enfermagem mais adequada às necessidades desses pacientes, por meio do processo de enfermagem fundamentado numa teoria própria, a qual poderá sistematizar toda uma forma de pensar o cuidado e organizá-lo cientificamente.

Dentre as vantagens de se utilizar um método como uma estratégia para a assistência de enfermagem, LEOPARDI (1995) aponta a sustentação de um padrão mínimo de qualidade da assistência e um melhor sistema de registro de informações sobre o paciente. Penso que esses são alguns dos resultados que poderei alcançar ao buscar sistematizar a assistência de enfermagem.

Minha angústia maior enquanto enfermeira, recém-formada, cheia de sonhos e expectativas naquela Unidade de Internação, era não poder desempenhar uma assistência

guiada por um referencial teórico e por um método, no qual eu pudesse aplicar todo o conhecimento aprendido na Universidade, aspectos considerados essenciais para uma enfermagem mais qualificada e independente. Digo que não podia desempenhar tal assistência porque não existia, e até hoje não existe naquele hospital, uma assistência sistematizada baseada num referencial e num método. A enfermagem lá exerce uma atividade “tarefeira”, retrato da realidade de muitos hospitais brasileiros, onde os enfermeiros se confundem aos auxiliares e técnicos de enfermagem, desempenhando atribuições destes e deixando de realizar o que lhe é privativo segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 (BRASIL, 2001).

ROSSI e CASAGRANDE (2001b) enfatizam que, a operacionalização de algumas propostas assistenciais, por meio do processo de enfermagem, tem esbarrado em muitas dificuldades, prevalecendo na prática clínica a organização do cuidado centrado em tarefas, pois o que interessa é a realização da ação.

Se, por um lado, em muitos hospitais, os enfermeiros realizam atividades “tarefeiras”, não utilizando uma metodologia assistencial, em outros, como mostra o estudo de PEDUZZI e ANSELMINI (2002), a SAE como instrumento de trabalho, no modelo de organização do trabalho de enfermagem, vem reproduzindo a rígida e disciplinada divisão do trabalho em enfermagem, pela cisão entre os momentos da concepção do cuidado, exclusivo dos enfermeiros, e sua execução, pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Essa situação apontada por tais autoras também requer reflexão, uma vez que, quem executa o cuidado de enfermagem não participa diretamente do seu planejamento, mas fornece informações diárias sobre as observações e as intervenções executadas, material que colabora na fundamentação do planejamento da assistência.

Mesmo não conseguindo implementar a sistematização naquele momento, fui “plantando a sementinha”, discutindo com os enfermeiros a importância do método para uma assistência de qualidade e para a valorização da própria atuação da enfermagem junto ao paciente. O interesse dos enfermeiros daquela Unidade pelo assunto foi surgindo e hoje apostam nesta proposta de trabalho de mestrado para dar início à construção e implementação da sistematização.

1. INTRODUÇÃO

A evolução da enfermagem e a sua consolidação como ciência é caracterizada pela construção de um corpo de conhecimento próprio no decorrer de sua história, mas, especificamente a partir da década de 50. Até então, “a prática da enfermeira era baseada em regras, princípios e tradições passados pela educação e senso comum, conseqüentes de anos de experiência” (ANGELO et al., 1995).

NUNES (1996) aponta que a enfermagem, durante sua evolução como profissão, passou por diversos estágios e vivenciou diversos momentos em relação ao cuidado humano e que, em relação ao processo saúde/doença, obedeceu a diversas correntes e seguiu diversos modelos, dentre esses o modelo religioso, o biomédico e, na atualidade, o modelo dos marcos conceituais e teorias. Por meio desse modelo atual, a enfermagem procura definir sua natureza específica em relação ao cuidado do ser humano, construindo um corpo de conhecimento próprio.

Para GARGIA e NÓBREGA (2004), na enfermagem a necessidade de descrever, explicar, prever e controlar fenômenos pertencentes ao seu domínio de interesse, a partir de referenciais próprios, forneceu o ímpeto para o desenvolvimento de teorias de enfermagem, assim como para o estabelecimento de dispositivos que assegurassem o uso desse conhecimento na prática.

Essas mesmas autoras escrevem que o marco inicial para o desenvolvimento de referenciais teóricos próprios da enfermagem foi a publicação, em 1952, do livro de Hildegard Peplau enfocando o relacionamento interpessoal.

A partir de então, outras teóricas norte-americanas desenvolvem e publicam novas teorias de enfermagem, em que selecionam e inter-relacionam, a partir de diferentes pontos de vista filosóficos, conceitos que refletem a natureza e o escopo da enfermagem (GARCIA e NÓBREGA, 2004, p. 230).

Para essas autoras, a divulgação e subsequente utilização na prática profissional (ensino, pesquisa e assistência) desses referenciais teóricos não se limitou, como é de se supor, à cultura de enfermagem norte-americana, extrapolando suas fronteiras para o âmbito internacional e, inclusive, estimulando elaborações semelhantes por enfermeiras de outros países.

No Brasil, foi nos anos 70, que a preocupação das enfermeiras com o desenvolvimento de teorias de enfermagem se destacou, tendo como pioneiro os estudos da Dra Wanda de Aguiar Horta (1979). Segundo ANGELO et al. (1995) esse desenvolvimento de teorias revelou-se um meio de estabelecer a enfermagem como profissão.

As teorias de enfermagem passaram a enfatizar, por meio de conceitos, definições e proposições, o cuidado total ao indivíduo nos aspectos não só biológicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais (ROSSI e CASAGRANDE, 2001b). Dentro desse corpo de conhecimentos, baseado em teorias de enfermagem, surge o processo de enfermagem (PE) como uma metodologia de assistência de enfermagem, que deve ser amplamente implementada nos serviços de saúde, no qual a enfermagem tenha o seu real espaço para o cuidar.

O PE já vinha sendo aplicado nos Estados Unidos e Reino Unido quando, na década de 70, essa metodologia chegou ao Brasil invadindo as escolas de enfermagem, tendo por base a contribuição para uma teoria de enfermagem, de Wanda de Aguiar Horta (ROSSI e CASAGRANDE, 2001b).

O PE recebe várias definições de acordo com muitos autores e teóricas de enfermagem. Em cada teoria, ele segue um modelo próprio e é fundamentado de acordo com os conceitos, pressupostos e proposições próprios dessas teorias. Na verdade, pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência de enfermagem aos pacientes.

Para Orem, o processo de enfermagem é definido como um sistema para determinar por que uma pessoa está sob cuidado, bem como o plano de cuidados e a implementação dos cuidados (MELEIS, 1985; LEOPARDI, 1999).

Para ROSSI e CASAGRANDE (2001b), esse processo trata-se de uma representação do mecanismo por meio do qual os conhecimentos de enfermagem são aplicados na prática profissional, focalizando a individualização do cuidado pela abordagem de solução de problemas. Para esses mesmos autores e para BARROS (1999), o PE pode ser entendido ainda como uma forma organizada de cuidar do paciente, seguindo alguns passos previamente estabelecidos como: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados.

BARROS (1999) completa que, o PE é um método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem, baseando-se num modelo assistencial que leve em conta a especialidade a que está sendo dirigido, como exemplo a cardiologia, a nefrologia, a pediatria.

A escolha do modelo teórico e a adaptação da teoria à realidade que se pretende aplicar, são apontados também por outros autores (CARRARO, 1998; LEOPARDI, 1999; GUTIERREZ et al., 2001; GARCIA e NÓBREGA, 2004). LEOPARDI (1999) escreve que toda e qualquer teoria deverá ser adaptada à realidade, pois elas serão sempre modelos para orientar práticas e podem ser alterados conforme às necessidades dessa realidade. GUTIERREZ et al. (2001) confirma que “O modelo teórico escolhido deve atender ao perfil epidemiológico da clientela, direcionando a assistência de enfermagem para o atendimento ambulatorial, de emergência ou de uma unidade de internação”.

Portanto, direcionar o modelo assistencial a um tipo de serviço de enfermagem específico, como no caso da assistência sistematizada voltada aos pacientes neurocirúrgicos, é recomendado, segundo alguns autores.

Como o PE pode ser entendido como um método utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem, convém esclarecer o que é método. LEOPARDI (1999) escreve que, de maneira geral, ele é entendido como uma forma sistemática e ordenada de delimitar problemas, fazer e executar planos para resolvê-los, mesmo que seja necessário delegar a outros a execução desses planos, e exige como última etapa a avaliação da eficácia na resolução dos problemas. Esse método na prática também reforça o papel gerencial do enfermeiro (LEOPARDI, 1995).

Dentre os métodos existentes, o processo de enfermagem vem sendo estudado por muitos autores e possui aplicações práticas tanto no âmbito nacional como no exterior. No âmbito nacional, Wanda de Aguiar Horta baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, foi a precursora do processo de enfermagem no Brasil, o qual possui seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Segundo essa teórica, o PE “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano” (HORTA, 1979).

Para OREM (1991), “O processo de enfermagem é um termo usado pelas enfermeiras ao referirem-se às operações profissionais-tecnológicas da prática da enfermagem e ao planejamento e operações avaliatórias associadas”. O processo é uma ação regular e contínua ou uma sucessão de ações que ocorrem ou são realizadas de maneira definida.

Atualmente, percebe-se que muitas terminologias têm sido utilizadas para tratar dessa metodologia assistencial. Assim, as terminologias “processo de enfermagem” e “sistematização da assistência de enfermagem” (SAE) têm sido geralmente empregadas como sinônimos, sem que nem ao menos se conheça suas origens. Dessa forma, convém neste momento do texto uma explicação acerca desses termos.

Diferentemente do processo de enfermagem que foi importado do Reino Unido e Estados Unidos para o Brasil, a sistematização da assistência de enfermagem, teve sua origem mais recentemente no Brasil, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo, a partir da formação, em 1979, de um grupo de estudos constituído por quatro enfermeiros, que incorporou o conceito de PE de Horta e adotou, em vez das seis fases propostas pela teórica, apenas três: histórico, evolução e prescrição de enfermagem. Posteriormente, decidiu-se denominar o planejamento de Sistematização da Assistência de Enfermagem, o qual passou a ser a aplicação do PE de Horta simplificado, adaptado e dirigido aos pacientes com afecções cardiovasculares (MARIA et al., 1987).

Em 1981, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) outra terminologia surgiu para tratar do PE, quando a Divisão de Enfermagem decidiu por operacionalizar a assistência de enfermagem sistematizada, implantando as mesmas três fases do PE de Horta operacionalizado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Esse modelo assistencial foi então denominado de Sistemática de Assistência de Enfermagem. Em 1985, essa terminologia foi substituída por Sistema de Assistência de Enfermagem – o SAE³, quando o grupo de enfermeiros do HU-USP refletia sobre novas estratégias para que o cuidar permanecesse individualizado, contínuo e de qualidade. Foi quando o Grupo de Estudos do Sistema de Assistência de Enfermagem (GESAE) do HU-USP se propôs a

³ Essa substituição do termo “sistemática” pelo termo “sistema”, está relacionada ao fato deste último se referir ao conjunto de elementos, materiais ou ideais, entre os quais se pode encontrar ou definir alguma relação; disposição das partes ou elementos de um todo, coordenados entre si e que funcionam como estrutura organizada (CASTELLANOS e CASTILHO, 1992).

reavaliar o SAE após seus quatro anos de implantação, estabelecendo normas condizentes com a nova realidade do hospital e implantando as condutas necessárias aos problemas de enfermagem mais incidentes (MELLEIRO et al., 2001).

Concluindo, de acordo com suas origens, os termos Sistematização da Assistência de Enfermagem e Sistema de Assistência de Enfermagem representam teoricamente exatamente a mesma estrutura, ou seja, a proposta de implantação de apenas três fases (histórico, evolução e prescrição de enfermagem) do processo de enfermagem preconizado por Horta.

Hoje, tanto sistema como sistematização da assistência de enfermagem são termos freqüentemente utilizados, e os próprios órgãos regulamentadores da profissão – COREN/COFEN, assumem a terminologia Sistematização da Assistência de Enfermagem em suas regulamentações oficiais sobre essa prática da enfermagem profissional. Entretanto, diferentemente da forma como foi concebida, hoje a SAE é constituída estruturalmente por: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e relatório de enfermagem, estrutura esta apresentada pelo COFEN na Resolução nº 272/2002 (COFEN, 2002). Tal Resolução surgiu após a iniciativa e investimento do COREN-SP, em 1999, de implantar o processo de enfermagem de forma definitiva nas instituições de saúde públicas e privadas em todo o Estado, e, pode ser considerada uma medida de apoio legal para a implementação dessa prática no âmbito nacional, dispondo sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. Trata no seu Art. 1º sobre a função privativa do enfermeiro de implantar, planejar, organizar, executar e avaliar o processo de enfermagem.

O PE como metodologia assistencial é composto por algumas fases (passos ou etapas), as quais diferem entre si de acordo com cada modelo teórico proposto e diversos autores. A fase da coleta de dados é descrita como a primeira delas, a partir da qual é possível fazer julgamentos, definindo os diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, as intervenções de enfermagem para cada paciente.

VIRGÍNIO e NÓBREGA (2004) no estudo de validação de um instrumento de coleta de dados de enfermagem com clientes adultos hospitalizados, apontam a coleta como a base fundamental para o desenvolvimento da SAE e que, todo o planejamento da

assistência depende da objetividade, fidedignidade e abrangência com que os dados iniciais são coletados.

A fase da coleta de dados do PE tem recebido diversas denominações, dentre elas: levantamento de dados, avaliação, histórico de enfermagem e anamnese de enfermagem, esta última se refere à primeira terminologia atribuída a essa fase, no Brasil (HORTA, 1979; WALDOW, 1988; ANSELMi et al., 1988).

Nesse momento do texto, convém destacar e discutir como o termo Histórico de Enfermagem vem sendo utilizado. Para alguns autores, Histórico de Enfermagem e Exame Físico são etapas distintas do Processo de Enfermagem. A exemplo, o próprio Conselho Federal de Enfermagem os considera dessa forma, segundo a Resolução 272/2002. Segundo outros autores, o Exame Físico juntamente com a Entrevista de Enfermagem, constituem o Histórico de Enfermagem (HORTA, 1979; GAIDZINSKI e KIMURA, 1992; CARRARO, 2001; GUTIERREZ et al., 2001).

Essas aplicações distintas do termo Histórico de Enfermagem apontam a necessidade de se refletir a definição e delimitação dessa terminologia, para que a comunicação entre os profissionais de enfermagem seja uniforme, coerente e compreensível.

No PE a fase de coleta de dados é definida por alguns autores (HORTA, 1979; CRUZ et al., 1987; MARIA et al., 1987; WALDOW, 1988), sendo que para WALDOW (1988), ela consiste na coleta e análise de dados do paciente, de forma sistemática, ordenada e com o objetivo de estabelecer a situação desse paciente por meio da elaboração do seu diagnóstico de enfermagem.

ANSELMi et al. (1988), após analisar conceitos de vários autores acerca da terminologia “Histórico de Enfermagem”, escreve que há uma predominância em defini-lo como sendo a primeira fase de um processo, no qual coleta-se dados sobre o paciente, e estes, após análise, permitem identificar problema e determinar o diagnóstico de enfermagem, fornecendo, conseqüentemente, subsídios para elaborar o plano de cuidados.

WALDOW (1988) classifica os dados coletados pelo enfermeiro basicamente em dois tipos: subjetivos e objetivos. Ao levantar os dados de identificação do paciente e averiguar seu estado geral, através da entrevista do enfermeiro com o paciente ou seu

responsável, coletam-se os dados subjetivos. O exame e a observação do cliente fornecem os dados que podem ser vistos ou mensurados objetivamente, constituindo os chamados dados objetivos. No entanto, outros dados podem ser investigados, a exemplo das crenças, valores, expectativas, dentre outros.

Mais recentemente, VIRGÍNIO e NOBREGA (2004) apresentam quatro tipos de dados coletados pelo enfermeiro nessa primeira fase do PE, quais sejam: dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais. Estes podem ser obtidos, utilizando-se como métodos: a entrevista, a observação, o exame físico, os resultados de provas diagnósticas, a revisão de recursos informativos do prontuário e a colaboração de outros profissionais.

A SAE por meio do processo de enfermagem tem sido ensinada nos cursos de graduação em enfermagem e vem sendo alvo de trabalhos acadêmicos e de experiências práticas em algumas instituições (SAUPE e HERR, 1982; MARIA et al., 1988; OLIVEIRA, 1988; OSAWA, 1988; SILVA et al., 1988; NORONHA e MARTINO, 1994; NAKATANI et al., 1998; SANTOS e RAMOS, 1998; VALE, 1999; TORRES et al., 1999; MELLEIRO et al., 2001; ROSSI e CASAGRANDE, 2001a; SANTOS et al., 2001; SENA et al., 2001; CARRARO et al., 2003; MENDES e BASTOS, 2003; SANTOS e SILVA, 2003; VIRGÍNIO e NÓBREGA, 2004) e, embora isso venha ocorrendo no Brasil desde a década de 60/70, iniciando o século XXI ainda se vê que a enfermagem, na prática, encontra-se muito voltada a cuidar do cliente, seguindo as recomendações e condutas médicas, o que pode acontecer devido a própria estrutura de organização dos serviços de saúde, que prioriza a atenção médica individualizada e curativa.

PIRES (2000, p.89) explica que,

A organização dos serviços segue a lógica das especialidades que é a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem e corresponde ao modelo biológico positivista de entendimento das doenças. Esse modelo tem dado sinais de esgotamento, tanto para o entendimento da manifestação das doenças no homem e do seu comportamento epidemiológico, quanto tem sido insuficiente para determinar medidas terapêuticas eficazes.

ROSSI e CASAGRANDE (2001b) reforçam que esse tipo de organização burocrática, encontrada dentro da maioria das instituições de saúde, ao valorizar a

especialidade e o controle, e ao favorecer a manutenção do foco de atenção da enfermagem na execução das tarefas e não na pessoa, faz com que a enfermagem ocupe uma posição de subordinação.

LEOPARDI (1999) contextualiza a situação atual do saber da enfermagem, avaliando os limites para o seu desenvolvimento, os quais aparecem em decorrência dos aspectos socioculturais, no desenvolvimento histórico da profissão. Para essa autora, o primeiro limite é a questão interna profissional, situação em que os enfermeiros formados para dar conta do cuidado a partir do diagnóstico médico, tornam-se executores de prescrições médicas e responsáveis por manter a ordem nas instituições de saúde, o que parece impedir a expansão teórica dos enfermeiros com aplicação de seus próprios conhecimentos. Portanto, os enfermeiros enfrentam, internamente, a emergência de redefinição profissional. Para tanto, é necessária competência teórica e relações políticas com outros trabalhadores da área de saúde.

O segundo limite apontado pela autora, é a própria história da enfermagem, na qual os estereótipos (prostituição, marginalidade social, vida monástica, sacerdócio, desprendimento) atribuídos à figura dos enfermeiros produzem comportamentos profissionais ambivalentes, da insegurança técnica e teórica até a autocomiseração. Mesmo fazendo tudo, nada do que o enfermeiro faz parece adquirir valor.

LEOPARDI (1999) apresenta como o terceiro limite para o desenvolvimento da enfermagem a luta pela autodeterminação, assim, enquanto alguns profissionais lutam por sistematizar a ação da enfermagem e enfrentam o aprofundamento teórico para definir o objeto e método específico da profissão, a maioria executa funções administrativas e normativas impostas pelas instituições de saúde onde trabalham.

SOUZA (1989) já ressaltava que, quando a assistência não é realizada de maneira sistematizada, esta mais facilmente se torna rotineira e se reduz ao cumprimento da prescrição médica.

Diante dessas considerações, LEOPARDI et al. (2000) enfatiza que a enfermagem deve privilegiar suas ações específicas e próprias junto ao cliente e atuar como parceira dos demais profissionais, não apenas como suporte de ações médicas e administrativo-burocráticas, mas compartilhando seus saberes no atendimento às necessidades do paciente.

Há uma interdependência entre o trabalho médico e de enfermagem, porém, cada disciplina exerce funções específicas e tem uma visão diferente acerca do ser humano, enquanto objeto de estudo/trabalho que requer atenção de ambos. Hoje, a enfermagem se apresenta como uma disciplina melhor definida em relação ao seu objeto e precisa ser mais valorizada enquanto trabalho profissional que tem no cuidar/cuidado a sua essência.

De acordo com ROSSI e CASAGRANDE (2001b), existem pelo menos duas barreiras iniciais a serem transpostas para viabilizar a implementação do PE. A primeira, relacionada à escolha, interpretação e aplicação do modelo conceitual, e a segunda, à sua operacionalização no contexto da prática.

As dificuldades encontradas na implementação do processo de enfermagem na prática, como forma de sistematizar a assistência, bem como àquelas relacionadas ao ensino do processo de enfermagem na graduação, são apontadas por enfermeiros e docentes em diversos trabalhos científicos em âmbito nacional (ARAÚJO et al., 1988; MARIA et al., 1988; SOUZA, 1989; FERREIRA, 1990; UTYAMA e URATANI, 1990; ARAÚJO et al., 1996; BARROS, 1998; SANTOS e RAMOS, 1998; THOFEHRN et al., 1999; DELL'ACQUA e MIYADAHIRA, 2000; MATTÉ et al., 2001; MONTE et al., 2001; ROSSI e CASAGRANDE, 2001a; THOMAZ e GUIRARDELLO, 2002).

ROSSI e CASAGRANDE (2001b) acrescentam que as dificuldades na implementação dessa metodologia também são apresentadas na literatura por muitos autores estrangeiros. As mesmas autoras descrevem ainda, após análise de literaturas, que existem ordens diferentes de fatores que interferem na aplicação do processo de enfermagem, e que esses se inter-relacionam. Alguns desses fatores estão no âmbito da organização como políticas, normas, objetivos dos serviços, muitas vezes estabelecidos por médicos e administradores sem a participação dos enfermeiros. Outros fatores fazem parte do próprio cotidiano desses profissionais, tais como as atitudes, crenças, valores, habilidades técnicas e intelectuais, para os quais muitas vezes se busca explicação nas deficiências do ensino formal e na sua relação com a prática. O terceiro fator seria a maneira como o processo tem sido operacionalizado nos serviços, por uma imposição da chefia de enfermagem ou mesmo em conjunto com outros enfermeiros, porém, valorizando mais a documentação que a própria implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática.

HERMIDA e ARAÚJO (2004), em seu estudo de revisão de literatura sobre o tema, apontaram os fatores mais citados que interferem, prejudicando a implementação da SAE. Esses fatores, de ordem pessoal/profissional, organizacional e outros, são respectivamente apresentados: o preparo inadequado na graduação/despreparo do pessoal, a carência de pessoal de enfermagem/enfermeiros e, a falta de tempo.

Um dos fatores relacionados ao modelo teórico que prejudica a implementação do PE, especificamente em relação à etapa de coleta de dados, é a ausência da etapa do histórico de enfermagem que embasa a elaboração da prescrição de enfermagem (SANTOS e RAMOS, 1998).

Com base no que foi apresentado até então em relação às dificuldades de implementação da SAE, na experiência desta pesquisadora ao tentar implementar essa metodologia no hospital onde trabalhava, na relevância que tem sido atribuída ao tema em prol de uma qualidade na assistência de enfermagem prestada ao paciente e no interesse dos enfermeiros daquela Unidade de Neurocirurgia em implementar a sistematização, pressupõe-se que com esta proposta de estudo:

- é possível trabalhar junto às enfermeiras para definir um referencial teórico comum que guie o cuidado prestado ao paciente e a construção de instrumentos para a coleta de dados de enfermagem;
- é possível elaborar, validar e verificar a confiabilidade de instrumentos de coleta de dados de enfermagem, baseados numa teoria de enfermagem, que contribuam para a sistematização da assistência numa unidade de internação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para consolidar de forma efetiva e com o rigor científico, a proposta de elaborar, validar e verificar a confiabilidade dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, fez-se necessário, primeiramente, definir o referencial teórico que os sustentaria.

Nesse sentido optou-se pela teoria de Dorothea E. Orem, com seus componentes estruturais (pressuposições básicas, conceitos e proposições) e definindo seus componentes funcionais (foco, sujeitos da ação, área de atuação e metodologia).

Para MELEIS (1985), a teoria ajuda a identificar o foco, o significado e as metas da prática. LEOPARDI (1999) escreve que a teoria ajuda na busca da sistematização e organização das observações feitas na prática e na estruturação das ações, visando alcançar os objetivos determinados, caso contrário, a prática se torna caótica e desintegradora. Para a autora, os componentes estruturais “Constituem-se nos elementos da lógica da formulação teórica, ou seja, expressam o conjunto teórico, no qual a proposta se forma”, enquanto, os componentes funcionais apresentam a fisiologia da teoria e a sua organização para funcionar, respondendo a questões básicas sobre a utilização da proposta (quem faz, para quem faz, para que faz, como e onde faz).

Como componente funcional de uma teoria, a metodologia será desenvolvida em parte neste estudo, por meio dos instrumentos de coleta de dados (Entrevista e Exame Físico) do Processo de Enfermagem, seguindo o referencial teórico de Dorothea Orem.

2.1. A TEORIA

Dorothea E. Orem nasceu em 1914 em Maryland. Iniciou sua educação em enfermagem em Washington. Em 1939, recebeu o grau de Bacharel em Ciências em Educação de Enfermagem e Mestre, em 1945, pela Catholic University of America (FOSTER e BENNETT, 2000).

Durante a sua vida profissional trabalhou como enfermeira de equipe, enfermeira particular, educadora de enfermagem, administradora e consultora, atividade esta que continua desenvolvendo, além de desenvolver sua teoria de enfermagem (FOSTER e BENNETT, 2000).

O estímulo das idéias de Orem, ou seja, aquilo que a levou a construir sua teoria, como é o caso para muitos outros teóricos, foi a necessidade de definir o conteúdo curricular para a enfermagem (MELEIS, 1985).

A Teoria geral de enfermagem de Orem é formulada a partir da condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem em um adulto, sendo essa condição a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e qualidade do autocuidado que é terapêutica na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou lesão, ou no enfrentamento dos seus efeitos. Nas crianças, a condição para a enfermagem atuar está na incapacidade dos pais ou responsáveis em manter continuamente a quantidade e qualidade do cuidado terapêutico (OREM, 1991). Esse modelo de enfermagem está embasado em atividades para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (AGGLETON e CHALMERS, 1986).

Essa teoria geral de Orem, a qual é denominada Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem, é constituída por três teorias inter-relacionadas (construtores teóricos): teoria do autocuidado; teoria do déficit do autocuidado e, teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 1991).

A Teoria do Déficit do Autocuidado é o constituinte crítico da teoria do déficit de autocuidado de enfermagem (OREM, 1991). É o núcleo da teoria geral de Orem e determina quando a enfermagem é necessária, identificando quando o ser humano não tem competência para executar seu autocuidado (LEOPARDI, 1999; FOSTER e BENNETT, 2000).

Orem (1991) identificou cinco métodos de ajuda, os quais são: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

As enfermeiras podem utilizar todos os métodos de ajuda, selecionando-os e combinando-os em relação às demandas e limitações de ação associadas à saúde, nas pessoas sob o cuidado de enfermagem (OREM, 1991).

A Teoria do Autocuidado é a prática de cuidado realizado pelo indivíduo que possui uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar (LEOPARDI, 1999). Segundo DUPAS et al. (1994), a idéia central dessa teoria está no fato de que o autocuidado

e o cuidado de dependentes são comportamentos que regulam a integridade estrutural humana, seu funcionamento e o desenvolvimento humano, e denota a relação existente entre as ações deliberadas de autocuidado de membros maduros ou não de um grupo social e seu próprio desenvolvimento, tanto quanto a relação entre cuidado contínuo de membros de uma família e seu funcionamento e desenvolvimento.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem é o componente essencial de organização da teoria do déficit de autocuidado de enfermagem, porque ela estabelece a forma da enfermagem e a relação entre paciente e enfermeira (OREM, 1991). Está baseada nas necessidades e capacidades do paciente para executar seu autocuidado, o que determinará a intervenção ou não da enfermagem profissional (LEOPARDI, 1999).

Orem (1991) determina três tipos de sistemas de enfermagem para o autocuidado: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório e, sistema de apoio-educação.

2.2. APLICAÇÕES DA TEORIA

No Brasil, alguns estudos mostram que o modelo teórico de Wanda de Aguiar Horta tem sido o mais utilizado, tanto no ensino (HORR et al., 1987; UTYAMA e URATANI, 1990; FERREIRA, 1990; DELL'ACQUA e MIYADAHIRA, 2002; CARRARO et al., 2003) como na prática assistencial (HORR et al., 1987). Entretanto, MELEIS (1985) escreve que a teoria de Orem tem sido uma das mais discutidas e utilizadas na enfermagem.

CARRARO et al. (2003), em sua pesquisa com docentes do Curso de Graduação em Enfermagem de instituições de ensino superior do Estado do Paraná, revela que o referencial teórico de Wanda Horta é adotado por 53% dos docentes para implementação da SAE, seguido pela teoria de Orem com 12%. Esse estudo também aponta a diversidade de referenciais teóricos adotados pelos docentes, o que indica a busca por novos subsídios para a prática do ensino da metodologia da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, sobre a prática assistencial do enfermeiro.

Segundo FOSTER e BENNETT (2000), a teoria do autocuidado de Orem tem sido aplicada por clínicas de enfermagem em uma série de circunstâncias e utilizada como base dos currículos de escolas de enfermagem e do sistema de informações de enfermagem.

LEOPARDI (1999) aponta que a teoria de Orem vem sendo implementada na pesquisa, prática e administração, porém, com mais ênfase na prática. Na pesquisa, a mesma autora afirma que essa teoria tem sido utilizada como base para o desenvolvimento de instrumentos de pesquisas, como é o caso deste estudo.

Pode-se constatar tentativas de implementação do modelo teórico de Orem em diversos estudos no âmbito nacional e em diversas áreas especializadas, tanto em nível hospitalar como ambulatorial (FERREIRA, 1990; TORRES et al., 1999; VALE, 1999; SENA et al., 2001; GUTIERREZ et al., 2001; SANTOS e SILVA, 2003). Uma breve análise desses estudos, especialmente acerca dos instrumentos utilizados, passa a ser apresentada para melhor fundamentar o uso do referencial de Orem.

FERREIRA (1990) apresenta a consulta de enfermagem voltada para a saúde da mulher com enfoque principal na prevenção do câncer, desenvolvida no Núcleo de Assistência para o Autocuidado da Mulher (NAAM), por meio do Histórico de Saúde da mulher fundamentado nos conceitos da teoria de Orem, o qual tem sido utilizado desde sua implantação em 1986. Nesse estudo as autoras se propõem a identificar as alterações do exame físico mais comuns encontradas nessa população e, escrevem que o Histórico utilizado é composto de três partes: I. Histórico Auto- Aplicado; II. Entrevista e, III. Exame Físico. Esses instrumentos foram apresentados no estudo, inclusive anexados a ele.

O estudo de TORRES et al. (1999) do tipo estudo de caso, foi realizado com uma adolescente grávida solteira, inscrita no programa de pré-natal de um ambulatório de uma maternidade-escola, na cidade de Natal/RN. O objetivo do estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem em uma adolescente grávida. As autoras afirmam que a coleta de dados foi desenvolvida seguindo-se um roteiro de entrevista fundamentado e adaptada à teoria do autocuidado de Orem, o qual se encontra anexado à publicação do estudo. O roteiro é composto pelos itens: 1. Fatores pessoais e condicionantes básicos; 2. Requisitos de desenvolvimento (antecedentes pessoais); 3. Requisitos universais para o autocuidado (exame físico) e, 4. Desvio de saúde (queixas atuais). As autoras esclarecem que a coleta de dados procedeu-se na residência da paciente, a partir da entrevista, observação e exame físico.

VALE (1999), em seu estudo, propôs um instrumento de coleta de dados para o profissional de enfermagem realizar uma avaliação inicial do potencial da mãe, em termos de motivação, em se engajar no papel de provedora do autocuidado dependente a seu filho internado em UTI neonatal. Nesse estudo, a autora apresenta anexado o instrumento de coleta de dados, no qual constam: 1. Histórico de Enfermagem (Dados de identificação e antecedentes obstétricos) e, 2. Avaliação do Potencial para o Autocuidado Dependente.

O estudo de SENA et al. (2001), utilizando o referencial de Orem, tipo estudo de caso, foi realizado em uma instituição hospitalar, também campo de atividades de ensino, assistência e pesquisa no Estado de Minas Gerais, com um paciente portador da AIDS. Elaborou-se um instrumento de coleta de dados compatível com a teoria de Orem. Os autores escrevem que tiveram a preocupação de, ao elaborar o instrumento de coleta de dados, utilizar todas as etapas propostas pelo referencial teórico de Orem e listar, para cada tópico descrito, as possíveis modalidades semióticas que um enfermeiro poderia valer-se para obter tais informações. Ao publicar esse estudo, os autores apresentaram o instrumento de coleta de dados, no qual constam os dados de identificação pessoal e de autocuidado. Neste último, encontram-se:

- a) Autocuidado: História da saúde anterior e atual, pessoal e/ou familiar relacionada a ações executadas pelo próprio indivíduo para manter sua vida, saúde e bem estar; História de saúde: atividades iniciadas ou executadas pelo paciente em seu próprio benefício; Processo familiar; Filosofia de vida, práticas e/ou rituais religiosos e posicionamento ético relacionado com o significado e os costumes adotados e, Condições para autocuidado;
- b) Atividade de autocuidado: Condições emocionais, culturais e sócioeconômicas;
- c) Exigência terapêutica para o autocuidado: Condições ambientais, habitacionais e terapêuticas relacionadas a fatores externos e/ou internos e Condições pessoais;
- d) Requisitos para o autocuidado: universais, desenvolvimento e desvios de saúde.

No estudo de SANTOS e SILVA (2003), realizado com mulheres hipertensas em nível ambulatorial, as autoras tinham por objetivo aplicar a consulta de enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado de Orem e identificar a satisfação da mulher com o engajamento no autocuidado. A elaboração da consulta norteou-se no processo de

enfermagem de Orem com seus requisitos universal, desenvolvimental e por desvio de saúde e sistema apoio-educativo. As autoras descrevem que a elaboração dos instrumentos para a consulta foi baseada na experiência profissional e nos pressupostos do autocuidado de Orem, os quais foram validados por essa clientela e por estudantes de enfermagem que desenvolviam atividades práticas no referido ambulatório. Foi apresentada nesse estudo, a descrição dos instrumentos, quais sejam: 1. Levantamento de dados (dados de identificação; dados dos requisitos de autocuidado – universal, desenvolvimental e por desvio de saúde; saúde relacionados ao exame físico e, avaliação das demandas e habilidades para o autocuidado); 2. Plano de intervenção; 3. Acompanhamento de enfermagem; 4. Resultados de exames laboratoriais e, 5. Metas desejáveis para o engajamento da cliente hipertensa no autocuidado.

A maioria dos estudos apresentados (FERREIRA, 1990; TORRES et al., 1999; VALE, 1999) não teve a preocupação de discorrer sobre a etapa de elaboração dos instrumentos de coleta de dados e foram aplicados em uma amostra que não é representativa (TORRES et al., 1999; VALE, 1999; SENA et al., 2001). Além disso, dentre os estudos apenas um (SANTOS e SILVA, 2003) referia-se à validação dos instrumentos, o que sugere a necessidade de que estudos utilizando referenciais teóricos descrevam o desenvolvimento dos instrumentos e realizem a validação e confiabilidade dos mesmos, para que possam ser re-elaborados por outros e aplicados na prática com a confiança de medir aquilo que se propõem a medir. Isto é enfatizado por GEORGE (2000, p.337) quando escreve que,

O uso consistente de teorias ou modelos de enfermagem selecionados na prática promove uma forma de validar e testar essas teorias e modelos. A transmissão desse conhecimento pelas enfermeiras assistenciais e pesquisadoras enriquece o corpo de conhecimentos necessários a uma profissão.

WALDOW (1988) afirma que o desenvolvimento do saber da enfermagem está incipiente, as aplicações das teorias são raras e pouco propagadas.

Essas considerações acerca da elaboração, validação e confiabilidade de instrumentos, o uso de teorias de enfermagem na prática, bem como a carência de estudos com esse enfoque, constituem mais uma justificativa para o desenvolvimento desta

pesquisa, a qual se propõe a elaborar, validar e verificar a confiabilidade dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, baseados no referencial de Orem.

2.3. COMPONENTES TEÓRICOS

Para melhor compreender a teoria de Orem, a mesma será apresentada a partir dos seus componentes estruturais (pressuposições básicas, conceitos e proposições) e de um de seus componentes funcionais, a metodologia.

2.3.1. Componentes estruturais

2.3.1.1. Pressuposições básicas

As pressuposições básicas explicam os pontos de partida do autor, ou seja, seus valores e crenças sobre os quais desenvolve seu pensamento e formula a teoria (LEOPARDI, 1999).

Segundo MELEIS (1985), Orem tem como pressupostos explícitos que:

- a enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desenvolvido por enfermeiras para outras pessoas, por um período de tempo;
- as pessoas são capazes e desejam realizar autocuidado para si ou para os membros dependentes da família;
- o autocuidado é parte da vida necessária para a saúde, desenvolvimento humano, e bem estar;
- a educação e cultura influenciam os indivíduos;
- o autocuidado é aprendido por meio da interação humana e da comunicação, e
- o autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas realizadas para tornar conhecidas necessidades de cuidado.

Quanto ao pressupostos implícitos de Orem têm-se que:

- as pessoas deveriam ser autoconfiantes e responsáveis pela sua própria necessidade de cuidado, assim como para os outros na família, os quais não são capazes de cuidar de si mesmos, e

- as pessoas são indivíduos com identidades que são distintas dos outros e do seu meio ambiente (MELEIS, 1985).

2.3.1.2. Conceitos

Os conceitos de uma dada teoria podem ser entendidos como as idéias do autor que dirigem sua proposta, e, uma vez definidos, desenvolvem a sua correspondência com a realidade (LEOPARDI, 1999). Dentre os conceitos da teoria de Orem, alguns serão apresentados por guiarem este estudo, quais sejam:

a) Autocuidado: é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar (OREM, 1991).

b) Demanda terapêutica de autocuidado: são ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher exigências conhecidas de autocuidado, utilizando métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas (OREM, 1991).

c) Capacidades ou competências do indivíduo para o autocuidado: é o poder que o indivíduo possui de atuar deliberadamente para regular fatores que afetam seu próprio funcionamento e desenvolvimento (OREM, 1991). São as possibilidades de desempenho do indivíduo na satisfação dos requisitos de autocuidado, ou seja, é o que ele é capaz de fazer para satisfazer suas necessidades de autocuidado (LEOPARDI, 1999).

d) Fatores condicionantes básicos: são os fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam as habilidades deles para engajar-se no autocuidado ou afetam o grupo e resulta no autocuidado requerido. Esses fatores são a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de atendimento de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e a disponibilidade de recursos (OREM, 1991).

e) Déficit de autocuidado: refere-se à relação entre a atividade de autocuidado e as demandas terapêuticas de autocuidado dos indivíduos (OREM, 1991). Nas palavras de LEOPARDI (1999), é o conjunto dos requisitos que o indivíduo não pode desempenhar, ou seja, é o que falta para ele satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

f) Saúde: estado de totalidade ou integridade dos seres humanos (OREM, 1991). DUPAS et al.(1994) acrescenta que esse conceito de Orem se refere ao estado do ser humano individual, suas partes e seus modos de funcionamento.

g) Ser humano: é diferenciado das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, de simbolizar o que experimentam e usar as criações simbólicas (idéias, palavras) para pensar, comunicar-se e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para os outros (OREM, 1991).

h) Enfermagem: é um serviço de saúde especializado, o qual é distinto dos outros serviços humanos pelo seu foco nas pessoas com incapacidades, para provisão contínua em quantidade e qualidade de cuidado específico. Pessoas que são socialmente dependentes, requerem o serviço de saúde de enfermagem especializado, quando os pais ou responsáveis são incapazes de oferecer a quantidade e qualidade dos cuidados regulatórios contínuos exigidos pela pessoa dependente (OREM, 1991).

Para Orem (1991) os requisitos de autocuidado são expressões dos objetivos de autocuidado que os indivíduos requerem. Os três requisitos de autocuidado desenvolvidos por Orem são:

- Universais: comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida, conforme a idade, estado desenvolvimental e ambiental e outros fatores. Eles estão associados com os processos de vida, com a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano e com o bem-estar geral. Orem sugere oito requisitos de autocuidado universais, quais sejam: a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, de água e de alimentos; a provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excrementos; a manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; a manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, funcionamento e bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro de grupos sociais de acordo com o potencial humano, conhecimento das limitações humanas e o desejo humano de ser normal.

- Desenvolvimentais: são associados com os processos de desenvolvimento humano e com condições e eventos ocorridos durante vários estágios do ciclo de vida (ex., prematuridade, gravidez) e eventos que podem afetar adversamente o desenvolvimento.

- Desvios de Saúde: associados com defeitos genéticos e constitucionais e desvios estrutural e funcional humano, com os seus efeitos e com o diagnóstico médico e as medidas de tratamento.

2.3.1.3. Proposições

Segundo MELEIS (1985), as proposições da teoria de Orem encontram-se classificadas em dois grupos, quais sejam:

a) Pessoa e cliente de enfermagem

- Os seres humanos têm capacidades para promover seu próprio autocuidado ou o cuidado de seus dependentes para encontrar os requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e nos desvios de saúde. Essas capacidades são aprendidas e recordadas.
- As habilidades de autocuidado são influenciadas pela idade, estágio de desenvolvimento, experiências, conhecimento sócio-cultural assim como outras variáveis.
- Os déficits de autocuidado são o equilíbrio entre as demandas e capacidades de autocuidado e uma indicação do estado de dependência social.

b) Terapêuticas de enfermagem

- Terapêuticas de autocuidado incluem ações de enfermeiras, pacientes e outros que regulam as capacidades de autocuidado e reúnem as necessidades de autocuidado.
- As enfermeiras avaliam as habilidades dos pacientes para encontrar as suas necessidades de autocuidado e o potencial dos mesmos, reprimindo a realização de autocuidado.
- Enfermeiras empenhadas em selecionar processos válidos e confiáveis ou tecnologias ou ações para satisfazer as demandas de autocuidado.
- Os componentes da terapêutica do autocuidado são totalmente compensatórios, parcialmente compensatório, e apoio-educação.

2.3.2. Componentes funcionais

Dentre os componentes funcionais de uma teoria, a metodologia será destacada, uma vez que, neste estudo, os instrumentos elaborados e testados quanto à validade e confiabilidade poderão ser utilizados como uma estratégia metodológica para a assistência de enfermagem.

2.3.2.1. Metodologia

O processo de enfermagem pode ser entendido como a metodologia, ou seja, o modelo como a teoria de Orem deve ser aplicada pela enfermagem.

Para Orem “o processo de enfermagem é um termo usado pelas enfermeiras ao referirem-se às operações profissionais-tecnológicas da prática da enfermagem e ao planejamento e às operações avaliatórias associadas”. De forma mais simplificada, Orem conceitua o processo como uma ação regular e contínua ou uma sucessão de ações que são realizadas de forma definida (OREM, 1991).

O modelo do processo de enfermagem de Orem segue três passos:

1º - Diagnóstico de enfermagem e prescrição – determina as necessidades ou não dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro realiza a coleta de dados, reunindo esses dados de acordo com os requisitos de autocuidado (universais, desenvolvimentais, desvios de saúde), bem como seu inter-relacionamento. Nesse passo do processo, também se analisa e interpreta dados, fazendo julgamentos relacionados ao atendimento;

2º - Esboço de um sistema de enfermagem e de um plano para o fornecimento de atendimento – é a fase do planejamento dos sistemas de enfermagem e do planejamento da execução das ações de enfermagem, de acordo com a demanda de autocuidado do indivíduo identificada na etapa do diagnóstico;

3º - Produção e controle dos sistemas de enfermagem, também denominado planejamento e controle, no qual a enfermagem realiza os cuidados ao indivíduo ou o auxilia; inclui nessa fase a avaliação dos cuidados prestados e a evolução do paciente perante esses cuidados.

Para melhor compreensão do modelo do processo de enfermagem proposto por Orem, no Quadro 1 estão representadas suas fases, comparando-as com as de outros autores (FOSTER e JANSSENS, 1980).

Quadro 1 – Modelo do processo de enfermagem de Orem e de outros autores.

Fases do Processo de Enfermagem	Orem	Outros autores
Fase Intelectual	1ª passo – Coleta de dados; determinar porque um paciente precisa do cuidado de enfermagem; considerar a história e estilo de vida do paciente.	1ª - Avaliação 2ª - Diagnóstico
	2ª passo – projetar um sistema de enfermagem para o paciente; planejar para a independência do cuidado de enfermagem.	3ª - Planejamento
Fase Prática	3ª passo – Iniciar, conduzir e controlar as ações necessárias para o cuidado de enfermagem.	4ª - Implementação
	Controlar a independência do cuidado de enfermagem.	5ª - Avaliação

Finalizando a revisão do referencial teórico adotado, convém ressaltar que:

- este estudo está embasado na Teoria do Autocuidado de Orem e nos conceitos destacados, anteriormente, como componentes estruturais do referencial dessa teórica.

- a escolha por esse referencial teórico aconteceu após duas reuniões no hospital com a enfermeira coordenadora da equipe de enfermagem da unidade de neurocirurgia, local em que a pesquisadora trabalhou e onde inicialmente a pesquisa seria desenvolvida. No primeiro encontro, foi apresentada a proposta de sistematização da assistência de enfermagem e sugerido à enfermeira coordenadora, a obtenção do consenso com a enfermeira do período vespertino quanto ao referencial de escolha para guiar a prática profissional, por meio do processo de enfermagem. Houve consenso entre as duas enfermeiras e, na segunda reunião, foi obtida a resposta de que haviam optado pela teoria de Orem, justificando que era preciso trabalhar com um referencial que enfatizasse o autocuidado ao paciente neurocirúrgico, pois havia uma grande necessidade de orientação

desses pacientes com esse enfoque, desde a sua admissão até à alta hospitalar. Além disso, a escolha pelo referencial de Orem foi atribuída ao interesse das enfermeiras em trabalhar com um referencial considerado “inovador” para elas, embora oficialmente na prática não utilizassem nenhum referencial.

- uma justificativa relevante para o desenvolvimento deste estudo embasado no referencial teórico de Orem, está no fato de não ter sido encontrada, após vasto levantamento bibliográfico no sistema Bireme, nenhuma pesquisa direcionada para os pacientes com afecções neurocirúrgicas utilizando esse referencial;

- neste estudo os requisitos de autocuidado estão presentes nos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, orientando os questionamentos e observações dos enfermeiros;

- embora Orem (1991) tenha descrito pressuposições e proposições específicas de cada uma das suas três teorias, para este estudo escolheu-se apresentar apenas as pressuposições e proposições gerais de seu referencial, e

- optou-se por desenvolver a coleta de dados por meio dos instrumentos de Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, compreendendo-se que a coleta de dados faz parte do primeiro passo da fase intelectual do processo de enfermagem de Orem.

Para sintetizar este capítulo e melhor compreender o referencial teórico utilizado nesta pesquisa, na Figura 1 encontra-se representado um fluxograma elaborado com base em LEOPARDI (1999). Tal fluxograma tem a intenção de facilitar a análise da teoria de Orem, a partir das suas pressuposições básicas, componentes estruturais e funcionais.

PRESSUPOSIÇÕES BÁSICAS

a) Explícitas

- A enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desenvolvido por enfermeiras para outras pessoas, por um período de tempo.
- As pessoas são capazes e desejam realizar autocuidado para si ou para os membros dependentes da família.
- O autocuidado é parte da vida necessária para a saúde, desenvolvimento humano, e bem estar.
- A educação e cultura influenciam os indivíduos.
- O autocuidado é aprendido por meio da interação humana e comunicação.
- O autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas realizadas para tornar conhecidas necessidades de cuidado.

b) Implícitas

- As pessoas deveriam ser auto-confiantes e responsáveis pela sua própria necessidade de cuidado, assim como para os outros na família, os quais não são capazes de cuidar de si mesmos.
- As pessoas são indivíduos com identidades que são distintas dos outros e do seu meio ambiente (MELEIS, 1985).

COMPONENTES ESTRUTURAIS

CONCEITOS

Demanda de Autocuidado, Capacidades ou Competências do indivíduo para o Autocuidado, Fatores Condicionantes Básicos, Déficit de Autocuidado, Saúde, Ser Humano, Enfermagem, Requisitos de Autocuidado: universais, desenvolvimentais e nos desvios de saúde.

PROPOSIÇÕES

a) Pessoa e cliente de enfermagem

- Os seres humanos têm capacidades para promover seu próprio autocuidado ou o cuidado de seus dependentes para encontrar os requisitos de autocuidado universal, desenvolvimento e nos desvios de saúde. Essas capacidades são aprendidas e recordadas.

- As habilidades de autocuidado são influenciadas pela idade, estágio de desenvolvimento, experiências, conhecimento sociocultural assim como outras variáveis.

- Os déficits de autocuidado são o equilíbrio entre as demandas e capacidades de autocuidado e uma indicação do estado de dependência social.

b) Terapêuticas de enfermagem

- Terapêuticas de autocuidado incluem ações de enfermeiras, pacientes, e outros que regulam as capacidades de autocuidado e reúnem as necessidades de autocuidado.

- As enfermeiras avaliam as habilidades dos pacientes para encontrar as suas necessidades de autocuidado e o potencial dos mesmos, reprimindo a realização de autocuidado.

- Enfermeiras empenhadas em selecionar processos válidos e confiáveis ou tecnologias ou ações para satisfazer as demandas de autocuidado.

- Os componentes da terapêutica do autocuidado são totalmente compensatório, parcialmente compensatório, e apoio-educação.

COMPONENTES FUNCIONAIS

FOCO

Paciente (indivíduo), a família e a comunidade

SUJEITO DA AÇÃO

Equipe de enfermagem, o próprio paciente (indivíduo), sua família ou comunidade

ÁREA DE ATUAÇÃO

Instituição hospitalar, ambulatório, clínicas, domicílio, escolas, creches, etc

METODOLOGIA

Processo de Enfermagem (Passos: 1º - diagnóstico de enfermagem e prescrição; 2º - esboço de um sistema de enfermagem e de um plano para o fornecimento de atendimento; 3º - produção e controle dos sistemas de enfermagem)

Figura 1 – Fluxograma para análise de teorias, elaborado pelas Prof^{as} Dr^{as} Izilda E.M. Araújo e Edinês B. Guirardello da Unicamp, baseado em LEOPARDI (1999).

3. OBJETIVOS

- Elaborar os instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem como uma das etapas da SAE, respaldando-se no referencial teórico de Dorothea Orem;
- Avaliar a validade de conteúdo dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem;
- Avaliar a confiabilidade dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem.

4. SUJEITOS E MÉTODOS

4.1. CAMPO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Internação Neurocirúrgica de um Hospital de ensino público, do interior do Estado de São Paulo, local onde se encontram pacientes com afecções neurocirúrgicas, sujeitos desta pesquisa.

A Unidade de Neurocirurgia possui uma capacidade total de atendimento para 12 leitos, distribuídos em um quarto com quatro leitos e outros quatro para atendimento de dois leitos cada.

Os pacientes internados são atendidos por duas equipes de enfermagem no período diurno, cada uma delas completando diariamente uma carga horária de seis horas de trabalho. O período noturno é constituído por três equipes de enfermagem, as quais trabalham 12 horas cada uma. Após cada jornada de trabalho noturno, a equipe folga 60 horas até que se inicia o seu novo plantão de 12 horas.

4.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo é do tipo pesquisa de desenvolvimento, baseado na utilização do prontuário do paciente, na observação desse paciente e nas informações fornecidas pelo paciente/família. A pesquisa de desenvolvimento é a estratégia de pesquisa que, utilizando sistematicamente os conhecimentos existentes, objetiva elaborar uma nova intervenção, ou melhorar consideravelmente uma intervenção existente ou, ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição (CONTANDRIOPOULOS, 1997).¹

Esse tipo de pesquisa pode ser classificada ainda como do tipo descritiva e observacional, e não houve intervenções diretas com os pacientes. Foi dividida em três etapas: elaboração, validade e confiabilidade dos instrumentos, e realizada em uma unidade de internação neurocirúrgica.

¹ O.C.D.E. La mesure des activités scientifiques et techniques, Manual de Frascati, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 1980.

1ª Etapa

Nesta fase, foram elaborados os instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, com o objetivo de coletar os dados dos pacientes internados com afecções neurocirúrgicas.

2ª Etapa

Foi solicitado para dois docentes de enfermagem e para dois enfermeiros com experiência na área, para realizarem a validação do conteúdo. Após a análise estatística dos dados obtidos na validação, os instrumentos foram alterados conforme as sugestões dos avaliadores.

3ª Etapa

Em relação à confiabilidade, verificou-se a concordância entre observadores, utilizando-se os resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos, pela pesquisadora e enfermeira colaboradora, em 18 pacientes de uma Unidade de Neurocirurgia.

4.3. PROCEDIMENTO

Nesta fase procurou-se, inicialmente, descrever os aspectos relacionados à elaboração dos instrumentos. Posteriormente, serão descritos os procedimentos metodológicos da validação e da confiabilidade do instrumento.

4.3.1. Instrumentos

4.3.1.1. Elaboração dos instrumentos

A comunicação escrita dos dados do paciente deve ser uma preocupação e uma responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde. Para que esse tipo de comunicação se efetive na prática, diversas razões podem ser destacadas: a continuidade da assistência, a informação para os demais membros da equipe de saúde sobre as condições do paciente e intercorrências com o mesmo e utilização como fonte para avaliação da assistência prestada, para a pesquisa e como respaldo legal.

Os instrumentos foram elaborados com base na Teoria de Dorothea Orem, em outros instrumentos e publicações sobre o tema e, na experiência assistencial da pesquisadora. Para orientar o preenchimento dos mesmos elaborou-se o Guia de Apoio à Decisão (Apêndice 12 e 13) para cada um dos instrumentos Entrevista (Apêndice 1) e Exame Físico de Enfermagem (Apêndice 2).

Essa etapa de elaboração dos instrumentos exigiu primeiramente um levantamento bibliográfico, com o objetivo de identificar trabalhos que utilizassem o referencial teórico de Orem e/ou instrumentos de coleta de dados, especialmente aqueles baseados nesse mesmo referencial. Para tanto, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados do LILACS, MEDLINE e BDNF da Bireme, utilizando como descritores: sistematização, assistência e enfermagem. Posteriormente, foi feita a leitura dos resumos dos estudos apontados nesse levantamento bibliográfico e selecionados principalmente os que se referiam ao uso de instrumentos de coleta de dados e/ou à aplicação do referencial de Orem.

A partir daí, a pesquisadora reuniu alguns instrumentos encontrados na literatura e estabeleceu as principais características dos instrumentos de coleta de dados que seriam elaborados para este estudo. Nesse momento, definiu-se que o foco da coleta de dados seria identificar os déficits de autocuidado, a partir do levantamento dos requisitos de autocuidado. Uma vez isto definido, foram selecionados e escritos, em dois instrumentos distintos (Entrevista e Exame Físico de Enfermagem), os requisitos de autocuidado. É relevante enfatizar que, como a população em que se aplicará este estudo será pacientes com afecções neurocirúrgicas, alguns requisitos de autocuidado estão mais voltados para atender as particularidades desse grupo de pacientes, o que não inviabiliza a utilização dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem em outros grupos.

4.3.1.1.1. Entrevista de Enfermagem

Baseado na Teoria de Orem, o instrumento possui quatro categorias, na seqüência: Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos; Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde; Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais e Requisitos de Autocuidado Universais (Apêndice 1).

Os Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos compõem-se de: nome do paciente, número de registro no hospital, procedência, idade, estado civil, filhos, sexo, naturalidade, data de nascimento, escolaridade, profissão, ocupação atual, etnia, unidade de internação procedente, diagnóstico médico atual, quarto, leito, data, hora e médico responsável. Estes dados permitem caracterizar a população estudada e realizar trabalhos futuros.

A categoria Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde é constituída pelos itens: queixa principal; início das queixas; evolução do problema; manifestações associadas; o que fez ao perceber o problema; exames realizados; tratamentos convencionais já realizados; terapêutica complementar usada. Todas as informações registradas nesta categoria devem ser descritas por extenso, pois tratam-se de itens abertos, importantes na compreensão do problema atual de saúde do paciente.

Nos Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais são apresentados os itens antecedentes pessoais e antecedentes familiares. Dentro do primeiro item incluem-se os subitens: imunizações; doenças; outras doenças ou informações; cirurgias realizadas; hospitalizações; medicamentos já utilizados. Quanto aos antecedentes familiares, o instrumento questiona os subitens: Causa Mortis de pais/irmãos, ocorrência de doenças na família e, outras doenças ou informações. Os subitens desta categoria permitem respostas abertas e/ou fechadas.

A categoria Requisitos de Autocuidado Universais permite identificar as características fisiopatológicas do paciente e as necessidades de autocuidado relacionadas. Nesta categoria são apontados os itens: padrões de sono e repouso; exercícios físicos; hábitos; padrões nutricionais/hidratação; atividade diária; participação ou dependência familiar; relacionamento familiar; espiritualidade; segurança emocional; higiene pessoal e, informações adicionais (espaço destinado ao registro de informações que se julgarem necessárias e que não podem ser registradas em nenhuma outra parte do instrumento). Os itens desta categoria admitem tanto respostas abertas como fechadas.

4.3.1.1.2. Exame Físico de Enfermagem

O instrumento foi elaborado com base na estrutura do instrumento de exame físico utilizado em uma unidade de internação de um hospital universitário, e que se encontra em fase de experimentação (LAMAS et al., 2002). Este novo instrumento passou então por várias adaptações de conteúdo em relação ao instrumento de LAMAS et al. (2002), isto para se adequar às necessidades do paciente neurocirúrgico e características do referencial teórico escolhido.

O instrumento é constituído por duas categorias: Identificação e Requisitos de Autocuidado Universais. No final do instrumento encontra-se a data de saída do paciente do hospital com seu respectivo motivo, traduzido pela alta, óbito ou transferência do paciente. Existe um espaço para registrar o nome do enfermeiro responsável pelo preenchimento do instrumento e seu número de COREN. Além disso, uma legenda para preenchimento do instrumento traz o significado de algumas siglas encontradas no decorrer deste instrumento.

Na categoria Identificação é apresentado o nome do paciente, número de registro no hospital, idade, quarto, leito, data de internação, data e hora correspondente à abertura do preenchimento do instrumento e diagnóstico médico.

No Requisitos de Autocuidado Universais os itens que fazem parte do instrumento são: sinais vitais; sistema neurológico/cabeça/pescoço; sistema respiratório/tórax/pulmões; sistema cardiovascular; nutrição/hidratação; eliminações/abdome/genitália; deambulação/mobilidade/extremidades/dorso; competência para o autocuidado; procedimentos e, informações adicionais.

No item neurológico/cabeça/pescoço a Escala de Coma de Glasgow (ECG) é apresentada logo no início, para orientar o enfermeiro na avaliação e registro dos valores relacionados a abertura ocular, resposta verbal e motora identificadas no paciente, e solicitadas no subitem ECG.

4.3.2. Avaliação da validade dos instrumentos

A validade é um dos critérios capaz de avaliar a qualidade de um instrumento (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; PINTO et al., 2003).

A validade pode ser definida como a capacidade de um instrumento medir com precisão o que se propõe a medir, ou seja, o fenômeno estudado (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001). A validade de um instrumento depende do contexto no qual o mesmo será utilizado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Existem três tipos principais de validade, quais sejam: a validade de conteúdo, de construto e relacionada a um critério. A **validade de conteúdo** refere-se à análise minuciosa do conteúdo do instrumento, com o objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra representativa do assunto que se deseja medir. Nesse tipo de validação, os instrumentos são submetidos à apreciação de peritos no assunto, os quais podem sugerir a retirada, acréscimo ou modificação dos itens (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

No presente estudo, para proceder à validade de conteúdo, optou-se em submeter os instrumentos e respectivos Guias de Apoio à Decisão à apreciação de quatro juízes com experiência na área, sendo dois docentes de enfermagem de duas universidades públicas, uma do Estado de São Paulo e outra do Estado de Santa Catarina, e dois enfermeiros assistenciais, um atuando em hospital público e o outro em hospital privado, ambos do Estado de São Paulo. Os juízes foram selecionados por possuírem as seguintes competências:

- docente com titulação de doutor, experiência em assistência de enfermagem ao paciente neurocirúrgico e dissertação de mestrado em sistematização da assistência de enfermagem em terapia intensiva.
- docente com titulação de doutor, domínio acerca da organização e de metodologias assistenciais.

- enfermeiro e mestrando em enfermagem, com experiência em assistência de enfermagem ao paciente neurocirúrgico;
- enfermeiro e mestre em enfermagem, com dissertação embasada no referencial teórico de Dorothea Orem.

Para que os instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem e seus respectivos Guias de Apoio à Decisão pudessem ser apreciados pelos juízes, foram elaborados três instrumentos de avaliação (Apêndices 5, 6 e 7), os quais foram constituídos pelos itens de cada instrumento, respectivamente, e pelos critérios de avaliação, quais sejam: organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo. Cada item dos instrumentos foi avaliado com relação a estes cinco critérios, para os quais os juízes deveriam responder sim ou não. Vale esclarecer que, como não foi especificado para os juízes a definição dos termos utilizados como critérios de avaliação, cada juiz adotou seus próprios conceitos acerca dos mesmos para avaliar cada item dos instrumentos.

No final destes instrumentos de avaliação dos juízes existiam espaços em aberto para que pudessem registrar: itens necessários, porém ausentes nos instrumentos; itens desnecessários nos instrumentos e, comentários e/ou sugestões.

Aos juízes foram encaminhadas cartas, solicitando uma apreciação dos instrumentos Entrevista (Apêndice 1) e Exame Físico de Enfermagem (Apêndice 2), bem como dos Guias de Apoio à Decisão (Apêndices 3 e 4, respectivamente) e os impressos: Análise do instrumento Entrevista de Enfermagem (Apêndice 5); Análise do instrumento Exame Físico de Enfermagem (Apêndice 6) e, Análise dos Guias de Apoio à Decisão (Apêndice 7).

As avaliações dos juízes retornaram à pesquisadora após aproximadamente dois meses. Os juízes enviaram junto com a análise dos itens dos instrumentos, sugestões de alterações, de acréscimos e também de referências bibliográficas.

Os instrumentos foram modificados segundo as críticas e sugestões feitas pelos juízes.

4.3.3. Avaliação da confiabilidade dos instrumentos

Assim como a validade, a confiabilidade também é um critério capaz de avaliar a qualidade de um instrumento (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; PINTO et al., 2003), sendo esses os dois mais importantes aspectos a serem considerados na avaliação de um instrumento de medida (POLIT e HUNGLER, 1995).

A confiabilidade pode ser entendida como a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997) e pode ser avaliada pelo grau de coerência e precisão com que um instrumento mede seu atributo. Quanto menor a variação produzida pelo instrumento em repetidas mensurações, maior a sua confiabilidade. Para um instrumento ser confiável, é preciso que suas medidas reflitam, de maneira precisa, as medidas do atributo investigado (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

A confiabilidade pode ser avaliada a partir de três aspectos: pela estabilidade; pela equivalência ou concordância ou, pela homogeneidade. O método de equivalência ou concordância consiste em dois ou mais observadores diferentes aplicarem o mesmo instrumento simultaneamente para medir os mesmos fenômenos, porém, registrando de maneira independente as informações relevantes. Esse método se baseia na repetição da medida e na comparação dos resultados obtidos (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

No presente estudo, a confiabilidade foi verificada por meio da análise da concordância entre observadores, em relação aos dados dos instrumentos considerados mais relevantes, os quais encontram-se na categoria de Requisitos de Autocuidado Universais de ambos os instrumentos, sendo que no Exame Físico de Enfermagem os itens desta categoria selecionados foram 2.2., 2.3., 2.4., 2.7. e 2.8. (Apêndice 9). A escolha por essa parte dos instrumentos está relacionada ao fato da pesquisadora acreditar que os itens que constam nesta categoria são essenciais na avaliação do paciente neurocirúrgico, por serem capazes de garantir a ele a vida, a saúde e a promoção do seu autocuidado. Isso justifica a relevância de não haver leituras diferentes entre as enfermeiras durante a observação desses itens e,

conseqüentemente, a escolha dessa parte dos instrumentos para a aplicação do Teste de Concordância entre Observadores.

Convém esclarecer que, embora a categoria Requisitos de Autocuidado Universais de ambos os instrumentos tenha sido escolhida para testar a confiabilidade do instrumento, todas as demais categorias e respectivos itens foram preenchidos por ocasião da coleta de dados.

Os instrumentos propedêuticos para se realizar o exame físico de enfermagem são a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta, os quais dependem dos órgãos dos sentidos do examinador, ou seja, da visão, audição, tato e olfato.

A inspeção trata-se do exame visual do paciente, utilizando-se inclusive os sentidos da audição e olfato a fim de identificar as características físicas significativas. Na inspeção, deve-se detectar desde o estado geral do paciente até as características mais específicas dos segmentos examinados (HORIUCHI et al., 1990).

A inspeção pode ser estática ou dinâmica. A primeira, é realizada quando o paciente está em repouso, enquanto a segunda, quando o examinador observa os movimentos corporais do paciente e as alterações decorrentes dos mesmos (MOHALLEM e FUGITA, 1999).

A palpação é a forma de examinar o corpo empregando o sentido do tato, com objetivo de determinar características de órgãos e tecidos que muitas vezes não são visíveis, mas são acessíveis ao toque e podem de certo modo “serem sentidas”, exemplificando: os vasos sanguíneos, nódulos linfáticos, a tireóide, os órgãos do abdome e pelve e o reto (HORIUCHI et al., 1990; BRUNNER e SUDDARTH, 1998). Segundo MOHALLEM e FUGITTA (1999) existem dois tipos de palpação, a superficial, quando se explora a superfície corporal e a profunda, referente ao exame dos órgãos internos. Ao examinar o abdome é importante lembrar que a ausculta deve ser realizada antes da palpação e percussão, para evitar alteração dos sons intestinais (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

Quanto à percussão, esta baseia-se na produção de sons pela aplicação da força física (HORIUCHI et al., 1990). Segundo BRUNNER e SUDDARTH (1998), o princípio

dessa técnica é produzir uma vibração na parede torácica ou abdominal utilizando-se de um golpe sobre essas superfícies corporais. O som produzido reflete a densidade da estrutura adjacente e pode ser classificado como: timpânico, hiper-ressonância; ressonância; macicez e, submacicez. Para MOHALLEM e FUGITA (1999) “Quanto mais densa a área percutida, maior, menos discernível e mais breve será o som”. Esses últimos autores completam que a percussão é entendida como o golpeamento leve de uma área examinada, utilizando-se a parte ulnar dos dedos: percussão dígito-digital, percussão com a borda cubital da mão ou com instrumento próprio, produzindo sons vibratórios.

BRUNNER e SUDDARTH (1998) escrevem que a percussão é uma prática difícil de aprimorar, mas a única capaz de contribuir com muitas informações sobre processos de doença no tórax e doença estabelecida.

A ausculta consiste em escutar os sons produzidos no corpo pelo movimento do ar através das estruturas ocas ou pela força gerada pelo movimento da coluna de líquido dentro das estruturas sólidas em movimento (BRUNNER e SUDDARTH, 1998). A ausculta é realizada com o objetivo de identificar variações e desvios em relação aos padrões de sons característicos (HORIUCHI et al., 1990).

O instrumento da ausculta geralmente é utilizado na avaliação dos ruídos respiratórios (normais e patológicos), das bulhas cardíacas (normais e suas alterações), do fluxo de sangue passando pelos vasos e dos ruídos do trato gastrintestinal (MOHALLEM e FUGITA, 1999).

A ausculta pode ser realizada de forma direta, colocando-se o ouvido diretamente sobre a superfície corporal, e, indireta, quando se utiliza um instrumento que funciona como uma extensão do ouvido humano, o estetoscópio (HORIUCHI et al., 1990; BRUNNER e SUDDARTH, 1998; MOHALLEM e FUGITA, 1999).

A população envolvida nesta etapa do estudo foi constituída por pacientes com afecções neurocirúrgicas e fizeram parte da amostra 18 sujeitos. O tamanho da amostra foi determinado seguindo as orientações do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. De acordo com esse Serviço, não havia como

especificar o número exato de pacientes necessários para este estudo, uma vez que não seria realizada nenhuma comparação entre grupos, mas, apenas medida a concordância entre as respostas da pesquisadora e enfermeira colaboradora. Entretanto, foi sugerida uma amostra com n entre 20 e 22, número que corresponderia aproximadamente ao número de leitos da unidade de internação onde seria aplicado o teste. Dessa forma, ter-se-ia uma idéia da variabilidade das respostas de acordo com os vários perfis de pacientes que poderiam utilizar dos serviços da unidade. O número da amostra dependeria neste caso, da capacidade de coleta e da dificuldade, em termos de prazos. Geralmente, amostras acima de oito/dez são suficientes, embora muitas vezes, sejam sugeridos $n = 20$. Em virtude do tempo gasto com a coleta de dados em 18 sujeitos, para não comprometer as etapas posteriores da pesquisa, optou-se por limitar a amostra a um $n = 18$.

Segundo CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), a amostra pode ser definida como um subconjunto de indivíduos da população-alvo. Neste estudo utilizou-se a amostra aleatória simples, na qual cada indivíduo da população-alvo tem a mesma probabilidade de ser selecionado. Para o autor citado, esse tipo de técnica de amostragem baseia-se essencialmente em um sorteio, no qual os números podem ser escolhidos várias vezes, de modo que o tamanho da população permaneça constante durante o processo de seleção.

A seleção dos pacientes, ou seja, da amostra, foi aleatória, de modo que a cada dia de coleta a pesquisadora realizava um sorteio entre todos os quartos e leitos da Unidade de Neurocirurgia. Tal sorteio definia a seqüência dos pacientes a serem pesquisados, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão na amostra. Como os sorteios eram realizados a partir do número do quarto e leito, alguns sujeitos foram sorteados mais de uma vez por permanecerem hospitalizados, nesses casos, aqueles que já haviam sido pesquisados anteriormente não participavam novamente do estudo e seguia-se a seqüência do sorteio. A inclusão de pacientes na amostra foi realizada sem limite de idade (exceto crianças por não internarem naquela unidade hospitalar), sexo e etnia e com base no seguinte critério:

- ser paciente internado na Unidade de Neurocirurgia com qualquer afecção neurocirúrgica.

Considerou-se como critérios de exclusão na amostra:

- paciente inconsciente ou com estado mental alterado, sem acompanhante ou, caso este tenha recusado sua participação e a do paciente na pesquisa.
- paciente em pré-operatório imediato.
- paciente com alta hospitalar prescrita.
- paciente que não aceitou participar do estudo.

Antes de iniciar a aplicação do teste, os observadores fizeram a leitura dos instrumentos e de seus Guias de Apoio à Decisão e posteriormente se reuniram para um breve esclarecimento sobre dúvidas. Cada observador apontou suas possíveis dificuldades e limitações em relação à aplicação dos instrumentos. Um dos observadores, relatou que provavelmente teria dificuldades na realização das ausculta respiratória e cardíaca, pois só as utilizou durante o curso de graduação, não aplicando-as posteriormente na sua experiência como enfermeiro. O outro observador referiu que talvez teria dificuldades para abordar o paciente na avaliação dos órgãos genitais, para identificar e classificar arritmias cardíacas por meio da ausculta e também certa dificuldade para descrever algumas lesões em mucosa oral.

Convém esclarecer que, a seleção dos observadores para a realização do teste de confiabilidade está relacionada às seguintes competências:

- enfermeiros graduados em universidades públicas, porém de Estados diferentes;
- enfermeiro com experiência de dois anos em assistência de enfermagem ao paciente neurocirúrgico, de um hospital público e de referência para pacientes neurotraumatizados, do Estado de Santa Catarina;
- enfermeiro com experiência de dois anos em assistência de enfermagem ao paciente neurocirúrgico e neuroclínico, de um hospital de ensino público, do interior do Estado de São Paulo;

- ambos mestrandos em enfermagem na mesma universidade pública.

O teste foi realizado no período de 11 de março a 08 de maio de 2004. O horário de início e de término da aplicação do teste em cada sujeito foi registrado por cada observador para que fosse estimado o tempo médio utilizado para cada instrumento, o que não será objeto de análise neste estudo.

A aplicação dos instrumentos pelos observadores se deu conforme a disponibilidade de ambos em relação ao dia e horário. Os sujeitos foram observados pelos dois observadores simultaneamente, porém sem comunicação entre si para evitar influência nas respostas. Nos casos em que o paciente não tinha condições para responder aos questionamentos a família foi responsável pelas respostas, em outros casos houve a participação somente do paciente ou de ambos. Os observadores preencheram os instrumentos em sua totalidade, todavia, em razão da extensão dos instrumentos, apenas alguns itens (os mais relevantes) foram selecionados para análise da confiabilidade. Para preencher os instrumentos, quando necessário, os observadores consultavam os respectivos Guias de Apoio à Decisão. Esse preenchimento dos instrumentos foi feito em separado para testar a confiança interobservadores, sendo os instrumentos identificados pelas letras **A** e **B**, distinguindo-se assim os observadores. Ao final de cada dia de coleta de dados cada observador ficava com os seus instrumentos preenchidos e, somente no último dia da coleta o Observador B entregou todos os seus instrumentos ao Observador A para posterior análise.

O Observador A trata-se da autora da pesquisa e o Observador B, colaboradora convidada, enfermeira que havia trabalhado na Unidade de Neurocirurgia onde foi realizado o presente estudo.

Os itens das categorias Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos e Identificação dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, respectivamente, foram preenchidos, utilizando-se o prontuário, questionando-se o paciente e/ou família.

4.4. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM – UNICAMP, sob parecer nº 290/2003. Após aprovação foi enviada uma carta à Diretoria de Enfermagem da Unidade de Neurocirurgia da instituição, solicitando a permissão para a realização desta pesquisa.

O estudo seguiu a Resolução 196/96 que trata sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996), com termo de consentimento livre e esclarecido dirigido ao paciente/família (Apêndice 10).

A todos os pacientes assegurou-se o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou retirarem-se dela a qualquer tempo. Também foi assegurado aos mesmos o direito de conhecerem o instrumento de coleta de dados, se assim julgassem necessário. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e, nos casos em que o paciente não estava em condições de decidir e assinar por si próprio, a família ou responsável por ele foi esclarecida acerca do estudo e assinou o referido termo.

4.5. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados eletronicamente com o auxílio do programa Microsoft Excel – XP e analisados quantitativamente sob orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp. Os programas de computador utilizados para a análise estatística da validação de conteúdo foram The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 6.12. e SPSS for Windows, versão 10.0.5. Para a análise da confiabilidade dos instrumentos interobservadores foi utilizado o programa de computador SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.2.

4.5.1. Validade de Conteúdo

Para analisar a concordância das respostas dos juízes, quando da validação de conteúdo dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, para todos os itens dos instrumentos foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Cochran para respostas

dicotômicas. O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$). Para a análise de concordância das respostas dos juízes para os Guias de Apoio à Decisão, realizou-se a análise da frequência das respostas (sim ou não) bem como a análise descritiva das sugestões de alterações dos juízes.

Para incorporação das sugestões dos juízes nos itens avaliados de ambos os instrumentos e de seus respectivos Guias de Apoio à Decisão, foi considerada a porcentagem obtida em cada item. Com isso, o item que obteve pontuação total menor que 75% para qualquer um dos critérios avaliados (organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura ou compreensão do conteúdo), foi alterado ou excluído do instrumento. Entretanto, mesmo quando o item recebeu pontuação total acima de 75%, mas algum dos juízes deferiu pontuação menor que 75% foi considerada a justificativa/sugestão do juiz para alteração. Todas as alterações necessárias foram realizadas antes dos instrumentos serem submetidos ao teste de confiabilidade.

As respostas obtidas receberão análise descritiva expressa por tabelas e figuras. Na apresentação da avaliação dos juízes referente ao instrumento Entrevista de Enfermagem, os itens analisados serão representados pelas letras de A a N que corresponderão a: Identificação (A); Histórico da Patologia atual (B); Histórico da Saúde (C); Padrões de Sono e Repouso (D); Exercícios Físicos (E); Vícios (F); Padrões Nutricionais/Hidratação (G); Estilo de Vida (H); Relacionamento Familiar (I); Espiritualidade (J); Ansiedade (K); Depressão (L); Comportamento Emocional (M) e, Higiene Pessoal (N).

Na avaliação dos juízes referente ao instrumento Exame Físico de Enfermagem, os itens analisados serão apresentados por meio das letras de A a M, as quais corresponderão a: Identificação (A); Sinais Vitais (B); Neurológico/Cabeça/Pescoço (C); Respiratório/Tórax/Pulmões (D); Circulatório/Cardiovascular (E); Nutrição/Hidratação (F); Eliminações/Abdome/Genitália (G); Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso (H); Competência para o Autocuidado (I); Procedimentos (J); Outras anormalidades/informações (K); Escala de Coma de Glasgow (L) e, Legenda para preenchimento (M).

Na avaliação dos Guias de Apoio à Decisão dos instrumentos, realizada pelos juízes, as respostas estarão representadas por meio de figuras, nas quais os números 1, 2, 3, 4 e 5 corresponderão aos critérios organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão de conteúdo, respectivamente.

4.5.2. Confiabilidade

No teste de equivalência das respostas entre os observadores em relação aos itens da categoria de Requisitos de Autocuidado Universais dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, utilizou-se para análise o Coeficiente de Concordância Kappa e Kappa ponderado, considerando-se três diferentes faixas para os valores Kappa, segundo o grau de concordância que eles sugerem. Dessa forma, valores maiores ou iguais a 0,75 indicam excelente concordância, valores entre 0,75 e 0,40 indicam boa concordância e valores menores ou iguais a 0,40 não indicam concordância. Esses valores estabelecidos pelo Serviço de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, estão baseados em FLEISS (1981).

O coeficiente Kappa foi introduzido em 1960 e vem sendo utilizado largamente para os estudos de confiabilidade (SILVA e PEREIRA, 1998).

Para FLEISS (1981) o Kappa é uma medida da concordância com propriedades desejáveis. Assim, se existe completa concordância, o Kappa é igual à +1. Se, a concordância observada é maior ou igual a concordância esperada o Kappa é maior ou igual a zero, e, se caso a concordância observada é menor ou igual à esperada, Kappa menor ou igual a zero. Para esse autor, o valor mínimo do Kappa está entre -1 e zero.

Segundo CONTANDRIOPOULOS et al. (1997) o valor de Kappa pode variar de -1 à 1, sendo que -1 indica a ausência total de concordância, 0 indica uma concordância atribuível unicamente ao acaso e 1 uma concordância perfeita. Dessa forma, quanto mais elevado for o valor obtido, mais confiável pode ser considerado o instrumento.

Quando o coeficiente Kappa é ponderado para levar em conta a distância das discordâncias entre os examinadores, ele é chamado de “Kappa ponderado” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na prática estatística, o Kappa ponderado é calculado quando existem mais de duas categorias de resposta para uma determinada questão, enquanto o Kappa simples é utilizado somente quando existem duas categorias de resposta.

No teste de concordância deste estudo as respostas serão apresentadas a partir de figuras, dentre as quais, nas figuras 9 e 10, os números de 1 à 42 seguidos pela letra A, e 1 à 48 pela letra B, corresponderão aos subitens dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, respectivamente, analisados conforme o Kappa.

5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados de acordo com a trajetória metodológica e para uma melhor compreensão e apreciação dos mesmos, a análise de cada instrumento é tratada separadamente.

5.1. ANÁLISE DA VALIDADE DOS INSTRUMENTOS

Para cada critério analisado (organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo) é apresentada uma tabela com os dados estatísticos de concordância entre os juízes. Convém destacar que apenas o critério cujo resultado da análise estatística de concordância indica discordância entre os juízes, é analisado também descritivamente através de uma figura, a qual revela os itens que influenciaram esse resultado.

5.1.1. Entrevista de Enfermagem

Na Tabela 1 encontram-se apresentadas as respostas dos juízes da avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem com relação à sua organização, não havendo discordância entre eles ($p=0,087$), uma vez que foram observadas um total de 83,9% de respostas positivas. Entretanto, o resultado de 64,3% de respostas positivas apontado pelo juiz nº 1, sugeriu a necessidade de rever alguns itens do instrumento. Foram revisados por sugestão de três juízes os itens: Identificação; Padrões de Sono e Repouso; Vícios; Padrões Nutricionais/Hidratação; Estilo de Vida; Relacionamento Familiar; Espiritualidade; Ansiedade e, Depressão. Após rever estes itens, a maioria sofreu algum tipo de alteração sugerida pelo(s) juiz(es), exceto os itens Padrões de Sono e Repouso, Padrões Nutricionais/Hidratação e Espiritualidade, uma vez que não havia nenhuma sugestão específica de alteração dos mesmos. As modificações realizadas no instrumento para melhor adequá-lo ao aspecto da organização estão relacionadas à mudança na seqüência de apresentação dos subitens, acréscimo de subitens, troca de terminologias e a numeração de todos os itens e subitens do instrumento.

Tabela 1 – Distribuição do número total de respostas dos juízes na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem, quanto à sua organização. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	9	64,3	11	78,6	13	92,9	14	100	47	83,9
Não	5	35,7	3	21,4	1	7,1	-	-	9	16,1
Total	14	100	14	100	14	100	14	100	56	100

p=0,087

A Tabela 2 apresenta os resultados da avaliação dos juízes quanto à objetividade do instrumento, mostrando que houve discordância significativa entre as respostas ($p < 0,001$), ocorrida especialmente pelo número de respostas negativas do juiz nº 1, embora o total de respostas positiva tenha sido 76,9%, valor este que obedece ao critério de validação deste instrumento. Tal discordância sugeriu a necessidade de rever alguns itens apontados pelos juízes nº 1 e nº 2, quais sejam: Histórico da Patologia Atual; Histórico da Saúde; Exercícios Físicos; Vícios; Padrões Nutricionais/Hidratação; Estilo de Vida; Relacionamento Familiar; Espiritualidade; Ansiedade e, Depressão. Após rever estes itens, a maioria sofreu algum tipo de alteração sugerida por eles, exceto os itens Padrões Nutricionais/Hidratação e Espiritualidade, porque não havia nenhuma sugestão específica dos juízes de modificação destes.

Considerando-se que o maior número de respostas negativas foram atribuídas aos itens Estilo de Vida, Ansiedade e Depressão, conforme a Figura 2, as modificações mais relevantes sugeridas pelos juízes e acatadas pela pesquisadora para melhorar a objetividade do instrumento, foram a exclusão destes itens, com a re-elaboração e a substituição do item Estilo de Vida pelos itens Atividade Diária e Participação ou Dependência Familiar e, a Ansiedade e Depressão substituídas por um novo item denominado Segurança Emocional. Além disso, a definição do que é Segurança Emocional, permitiu a transferência dos subitens pertencentes ao item Comportamento Emocional, o que fez com que este último fosse excluído do instrumento. As demais modificações do instrumento relacionadas à objetividade foram menos significativas, dentre elas a síntese do item Exercícios Físicos e a troca de algumas terminologias.

Tabela 2 – Distribuição do número total de respostas dos juízes, quanto à objetividade, na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Sim	4	28,6	11	78,6	14	100	14	100	43	76,9
Não	10	71,4	3	21,4	-	-	-	-	13	23,1*
Total	14	100	14	100	14	100	14	100	56	100

* p<0,001

A Figura 2 representa a freqüência das respostas dos juízes em relação à objetividade dos quatorze itens do instrumento, os quais se encontram identificados pelas letras de A a N. Nesta figura é observado que os itens com maior número de respostas negativas foram: Estilo de Vida, representado pela letra H; Ansiedade, (K) e, Depressão, (L), todos com 50%.

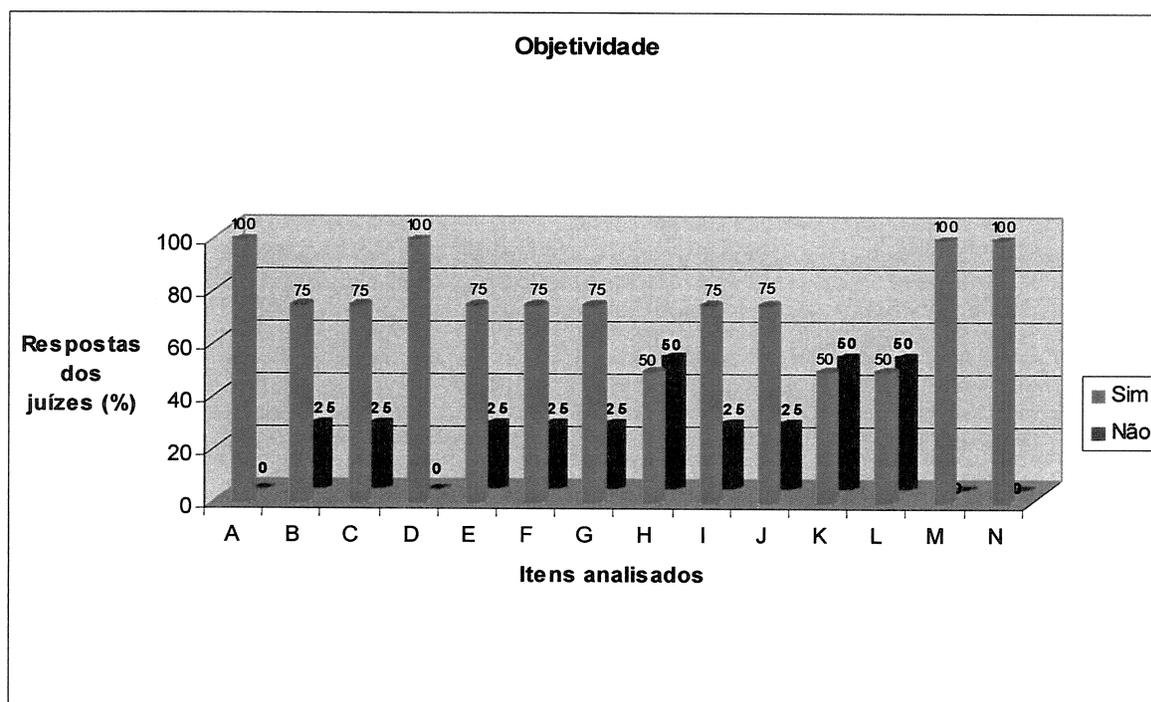


Figura 2 – Distribuição da freqüência relativa das respostas dos juízes em relação à objetividade dos itens do instrumento Entrevista de Enfermagem. Campinas, 2004.

Na Tabela 3 as respostas dos juízes mostram que houve concordância entre eles em relação à clareza dos itens do instrumento ($p=0,095$) com um total de respostas positivas de 75%, porém houve necessidade de rever alguns itens, indicado principalmente pela avaliação do juiz nº 1. Os itens revistos por sugestão dos juízes foram: Identificação; Histórico da Saúde; Exercícios Físicos; Vícios; Padrões Nutricionais/Hidratação; Relacionamento Familiar; Espiritualidade; Ansiedade (apontada negativamente por três juízes); Depressão e, Higiene Pessoal. Após rever estes itens, a maioria sofreu algum tipo de alteração sugerida por eles, exceto os itens Identificação, Espiritualidade (por não haver sugestões) e, Higiene Pessoal.

A maioria das modificações realizadas por sugestão dos juízes para melhorar a clareza do instrumento está relacionada a: descrição por extenso de palavras abreviadas e de siglas técnicas, exclusão de palavras desnecessárias, troca de algumas terminologias e reescrita de alguns subitens para evitar dúbio sentido. Além disso, foram excluídos os itens Ansiedade e Depressão, como já mencionado.

Tabela 3 – Distribuição do número total de respostas dos juízes na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem, quanto à sua clareza. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Sim	7	50	11	78,6	12	85,7	12	85,7	42	75
Não	7	50	3	21,4	2	14,3	2	14,3	14	25
Total	14	100	14	100	14	100	14	100	56	100

$p=0,095$

A Tabela 4 mostra que houve concordância entre as respostas dos juízes em relação à facilidade de leitura dos itens do instrumento ($p=0,223$) e um total de respostas afirmativas de 91,1%, mesmo assim, os itens que receberam respostas negativas foram revistos e modificados para melhorar a facilidade de leitura, quais sejam: Identificação, Histórico da Saúde, Ansiedade e Depressão.

As alterações realizadas no instrumento sugeridas pelos juízes e acatadas pela pesquisadora são referentes a: especificação de abreviaturas no Guia de Apoio à Decisão,

substituição de siglas técnicas pelo seu significado escrito por extenso e a exclusão dos itens Ansiedade e Depressão.

Tabela 4 – Distribuição do número total de respostas dos juízes em relação à facilidade de leitura na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	14	100	11	78,6	13	92,9	13	92,9	51	91,1
Não	-	-	3	21,4	1	7,1	1	7,1	5	8,9
Total	14	100	14	100	14	100	14	100	56	100

p=0,223

A Tabela 5 demonstra a concordância entre as respostas dos juízes quanto à compreensão do conteúdo dos itens do instrumento (p=0,112), porém, a avaliação do juiz nº 1 representada por 42,9% de respostas negativas, sugeriu a necessidade de rever alguns dos itens, mesmo tendo na totalidade 78,6% de respostas positivas.

Tabela 5 – Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à compreensão do conteúdo na avaliação do instrumento Entrevista de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	08	57,1	11	78,6	13	92,9	12	85,7	44	78,6
Não	06	42,9	3	21,4	1	7,1	2	14,3	12	21,4
Total	14	100	14	100	14	100	14	100	56	100

p=0,112

Dentre os itens que foram revistos por sugestão dos juízes estão: Identificação, Histórico da Saúde, Exercícios Físicos, Vícios, Padrões Nutricionais/Hidratação, Estilo de Vida, Ansiedade (apontada negativamente por três juízes), Depressão e Higiene Pessoal. Após rever estes itens, a maioria sofreu algum tipo de alteração sugerida por eles, exceto os itens Identificação, Padrões Nutricionais/Hidratação e Higiene Pessoal, por não haver sugestões específicas de alteração, mas questionamentos de juízes distintos em relação a cada um destes itens.

As modificações realizadas por sugestões dos juízes tratam-se de alterações já descritas anteriormente como a troca de terminologias e escrita por extenso em vez de siglas. Porém, a modificação mais significativa para melhorar a compreensão do conteúdo foi a exclusão dos itens Ansiedade e Depressão, substituindo-os pelo item Segurança Emocional com definição própria bem caracterizada no Guia de Apoio à Decisão.

Do total de avaliações do instrumento Entrevista de Enfermagem, realizada pelos quatro juízes, pode ser observado que o maior número de respostas negativas foram apresentadas pelo juiz nº 1 e, atendendo o critério adotado foi considerada a justificativa/sugestão do juiz para alteração. Todas as alterações realizadas no instrumento para se adequar às sugestões dos juízes foram feitas antes de iniciar o Teste de Concordância entre Observadores, e constam no segundo modelo do instrumento Entrevista de Enfermagem (Apêndice 8).

Observa-se que alguns itens do instrumento precisaram ser revistos por terem se destacado ao ser avaliado negativamente por mais de um juiz e/ou em mais de um critério (organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão de conteúdo).

Embora o juiz nº 3 não tenha apontado nenhuma resposta negativa para o item Identificação suas sugestões em relação a este item para retirar o subitem religião e deixá-lo apenas no item Espiritualidade, bem como separar os subitens data e hora, foram consideradas quando o mesmo foi revisto por indicação de outro juiz.

5.1.2. Exame Físico de Enfermagem

A Tabela 6 apresenta as respostas dos juízes quanto à organização do instrumento e aponta discordância entre eles ($p=0,001$), ocorrida principalmente pela avaliação do juiz nº 2 com um número de respostas negativas de 61,5%, embora o número total de respostas positivas tenha sido 80,8%, valor este que obedece ao critério de validação deste instrumento. Tal discordância sugeriu que alguns itens do instrumento precisavam ser revisados, quais sejam: Identificação, Neurológico/Cabeça/Pescoço, Respiratório/Tórax/Pulmões, Circulatório/Cardiovascular, Nutrição/Hidratação, Eliminações/Abdome/Genitália, Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso,

Competência para o Autocuidado, Outras Anormalidade/Informações e, Escala de Coma de Glasgow. Após rever estes itens, todos sofreram algum tipo de alteração sugerida pelos mesmos, exceto os itens Competência para o Autocuidado e Outras Anormalidades/Informações. Embora o juiz nº 2 não tenha avaliado negativamente a organização do item Competência para o Autocuidado, sua sugestão foi considerada e o item alterado retirando-se o subitem Deambulação/Mobilidade no leito, pois este se repetia no item Mobilidade/Deambulação/Extremidade/Dorso.

Dentre as principais modificações realizadas por sugestão dos juízes para melhorar a organização estão a transferência da Escala de Coma de Glasgow do final do instrumento para dentro do item Neurológico/Cabeça/Pescoço, a troca da seqüência de apresentação de vários subitens, bem como a separação e reescrita dos mesmos melhorando inclusive sua forma de apresentação. Além disso, foram enumerados todos os itens e subitens.

Tabela 6 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à organização na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	12	92,3	5	38,5	12	92,3	13	100	42	80,8
Não	1	7,7	8	61,5	1	7,7	-	-	10	19,2*
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	52	100

* p=0,001

A Figura 3 representa a freqüência das respostas dos juízes quanto à organização dos treze itens do instrumento, os quais se encontram identificados pelas letras de A a M. Nesta figura, pode-se observar que as respostas negativas foram atribuídas a diversos itens, quais sejam: Identificação, representada pela letra A; Neurológico/Cabeça/Pescoço (C); Respiratório/Tórax/Pulmões (D); Circulatório/Cardiovascular (E); Nutrição/Hidratação (F); Eliminações/Abdome/Genitália (G); Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso (H); Competência para o Autocuidado (I); Outras Anormalidade/Informações (K) e, Escala de Coma de Glasgow (L). Todos obtiveram 25% de respostas negativas e apenas os itens Sinais Vitais, Procedimentos e Legenda para preenchimento (B, J e M respectivamente) receberam 100% de respostas positivas.

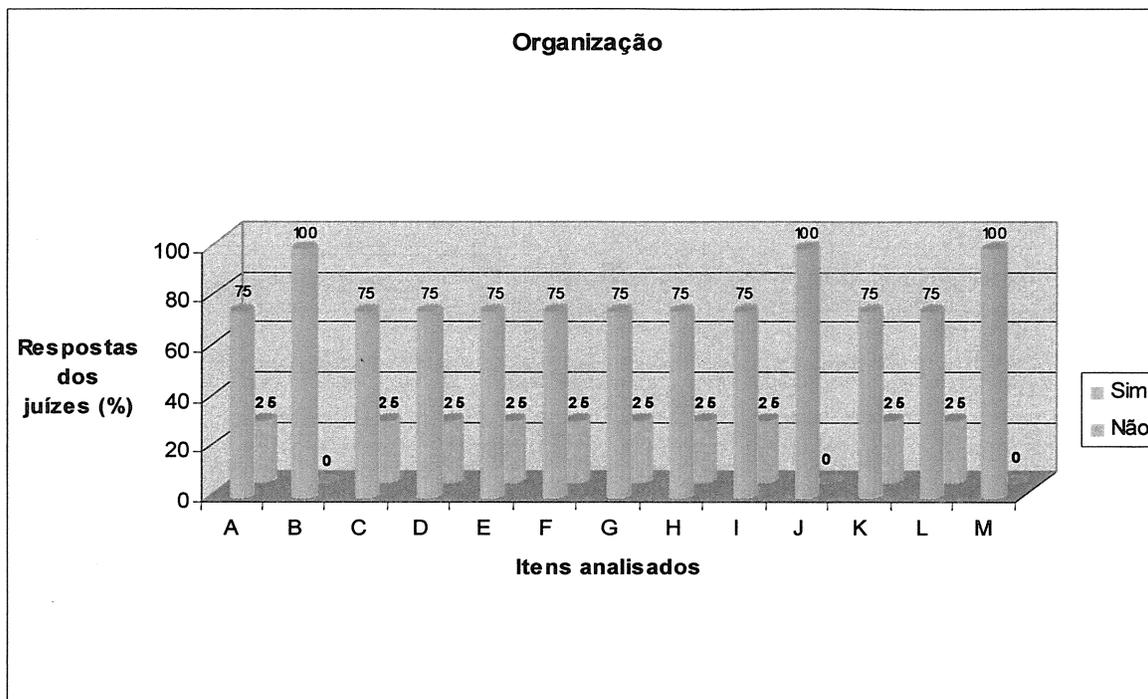


Figura 3 – Distribuição da frequência relativa das respostas dos juizes em relação à organização dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

A Tabela 7 apresenta as respostas dos juizes quanto à objetividade dos itens do instrumento e mostra que houve discordância entre eles ($p=0,004$), ocorrida pela avaliação dos juizes nº 1 e 2 com um número de respostas negativa de 19,2% do total de respostas, embora o número total de respostas positivas tenha sido 80,8%, valor este que se encontra acima dos 75% utilizados como critério para validação do instrumento. A discordância apontada na avaliação dos juizes sugeriu a necessidade de rever alguns itens, a fim de melhorar a objetividade do instrumento, quais sejam: Sinais Vitais, Neurológico/Cabeça/Pescoço, Circulatório/Cardiovascular, Nutrição/Hidratação, Eliminações/Abdome/Genitália, Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso e, Outras Anormalidades/Informações. Após todos os itens terem sido revisados, apenas para este último a pesquisadora não acatou a sugestão de modificação do(s) juiz(es).

As alterações realizadas no instrumento para melhorar sua objetividade estão relacionadas à retirada de subitens considerados desnecessários e confusos, e a

especificação de alguns subitens. Os itens Neurológico/Cabeça/Pescoço e Mobilidade/Deambulação/Extremidade/Dorso foram os mais modificados, recebendo especialmente as sugestões de reformulação e síntese.

Tabela 7 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à objetividade na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	7	53,9	9	69,2	13	100	13	100	42	80,8
Não	6	46,1	4	30,8	-	-	-	-	10	19,2*
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	52	100

* p=0,004

A Figura 4 representa a frequência das respostas dos juízes em relação à objetividade dos treze itens do instrumento, os quais se encontram identificados pelas letras de A a M. Nesta figura pode ser observado que o maior número de respostas negativas foram atribuídas aos itens: Neurológico/Cabeça/Pescoço, representado pela letra C; Nutrição/Hidratação (F) e, Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso (H), os três com 50%.

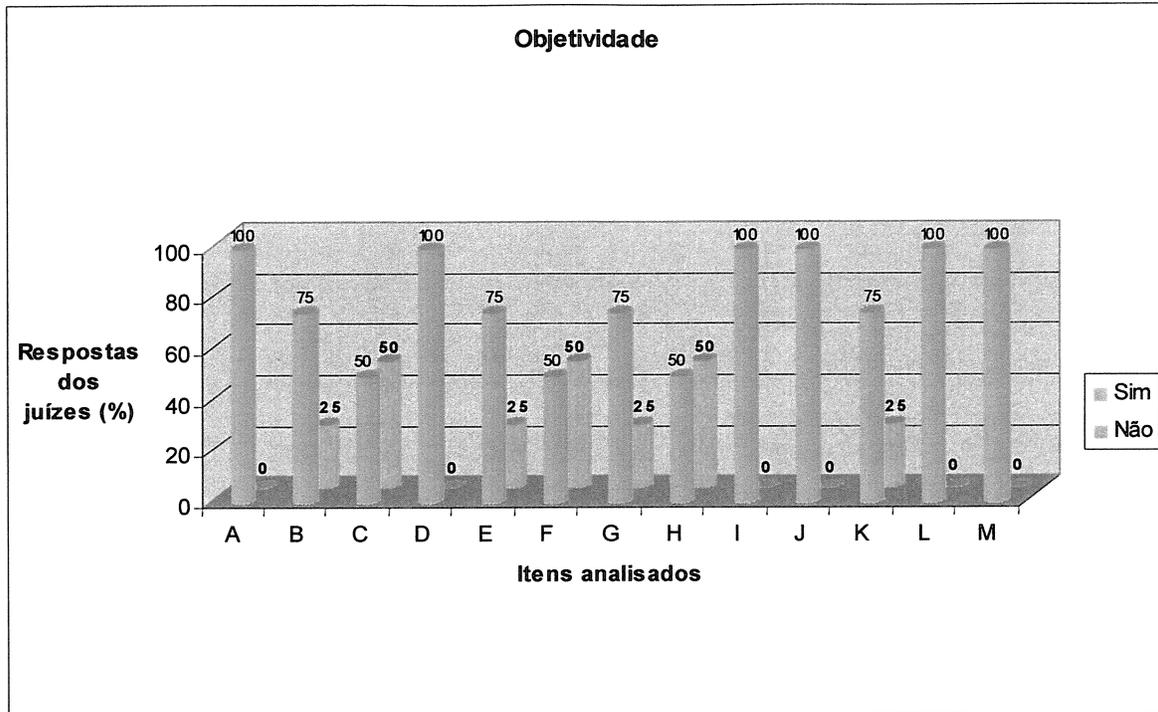


Figura 4 – Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à objetividade dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

A Tabela 8 apresenta a distribuição das respostas dos juízes em relação à clareza dos itens do instrumento, e aponta discordância entre eles ($p=0,006$). Tal discordância é resultado das respostas negativas atribuídas pelos juízes nº 1 e nº 2 que somam 19,2% do total de respostas. Embora as respostas positivas totalizem 80,8%, valor este que satisfaz o critério para validação do instrumento, a discordância entre os juízes sugeriu que alguns itens fossem revistos, quais sejam: Identificação, Sinais Vitais, Neurológico/Cabeça/Pescoço, Nutrição/Hidratação, Eliminações/Abdome/Genitália, Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso e, Outras Anormalidades/Informações. Após rever estes itens, todos sofreram algum tipo de alteração sugerida pelo(s) juiz(es), exceto o item Outras Anormalidades/Informações.

As modificações mais significativas para tornar o instrumento mais claro foram a retirada ou substituição de subitens considerados confusos e a reescrita de alguns subitens classificando-os ou sintetizando-os.

Tabela 8 - Distribuição do número total de respostas dos juízes em relação à clareza na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Sim	8	61,5	8	61,5	13	100	13	100	42	80,8
Não	5	38,5	5	38,5	-	-	-	-	10	19,2*
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	52	100

* p=0,006

A Figura 5 representa a freqüência das respostas dos juízes em relação à clareza dos treze itens do instrumento, os quais são identificados pelas letras de A a M. Nesta figura pode ser observado que há um predomínio de respostas negativas para os itens: Neurológico/Cabeça/Pescoço, representado pela letra C; Nutrição/Hidratação (F) e, Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso (H), todos com 50%.

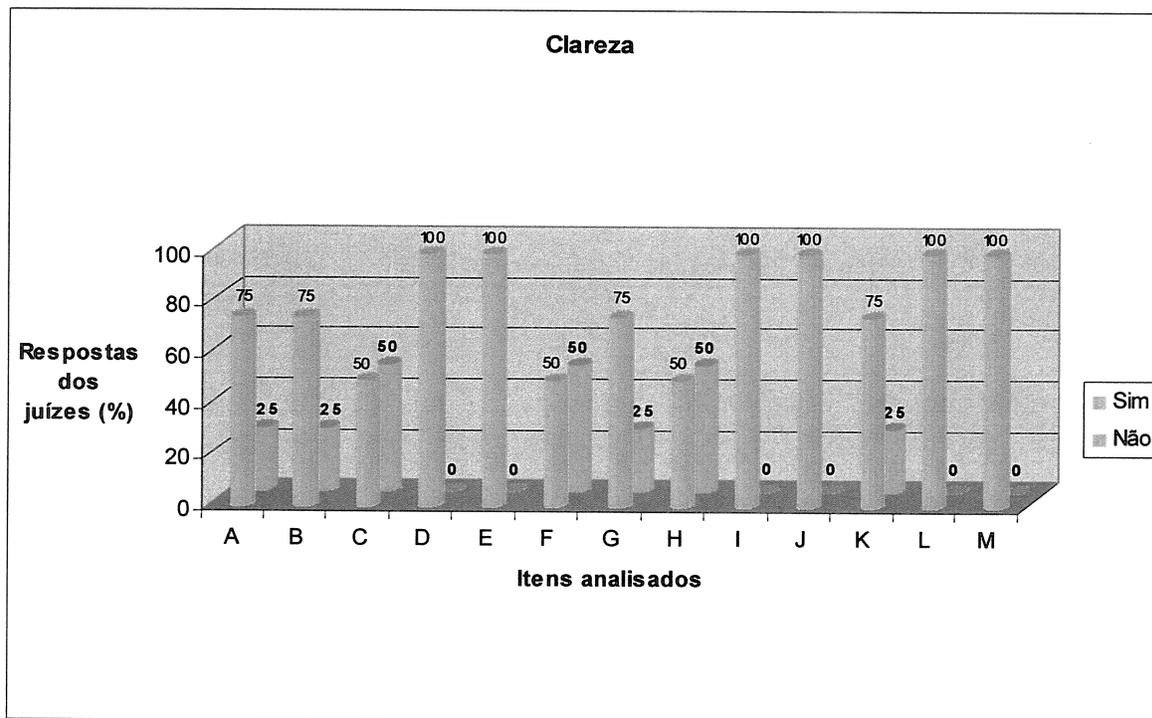


Figura 5 – Distribuição da freqüência relativa das respostas dos juízes em relação à Clareza dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

A Tabela 9 demonstra as respostas dos juízes em relação à facilidade de leitura dos itens do instrumento, e aponta discordância entre eles ($p=0,023$), embora o total de respostas positivas tenham somado 86,5%. Tal discordância foi atribuída às respostas negativas apresentadas pelos juízes nº 1 e nº 2, as quais representam 13,5% do total de respostas. Essa discordância sugeriu que alguns itens apontados por eles fossem revisados, os quais são: Identificação, Neurológico/Cabeça/Pescoço, Respiratório/Tórax/Pulmões, Nutrição/Hidratação, Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso, Procedimentos e, Outras Anormalidades/Informações. Após rever estes itens, apenas os dois últimos não sofreram as alterações sugeridas pelos juízes.

As alterações mais relevantes para melhorar a facilidade de leitura do instrumento foram: a transferência da Escala de Coma de Glasgow do final do instrumento para dentro do item Neurológico/Cabeça/Pescoço, a reescrita e a reorganização na forma de apresentação de alguns subitens, e a separação de outros.

Tabela 9 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à facilidade de leitura na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Sim	11	84,6	8	61,5	13	100	13	100	45	86,5
Não	2	15,4	5	38,5	-	-	-	-	7	13,5*
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	52	100

* $p=0,023$

A Figura 6 representa a frequência das respostas dos juízes em relação à facilidade de leitura dos treze itens do instrumento, os quais são identificados pelas letras de A a M. Nesta figura é observado que respostas negativas foram atribuídas a diversos itens, quais sejam: Identificação, representada pela letra A; Neurológico/Cabeça/Pescoço, (C); Respiratório/Tórax/Pulmões, (D); Nutrição/Hidratação, (F); Mobilidade/Deambulação/Extremidade/Dorso, (H); Procedimentos, (J); e, Outras Anormalidade/Informações, (K), todos com 25%.

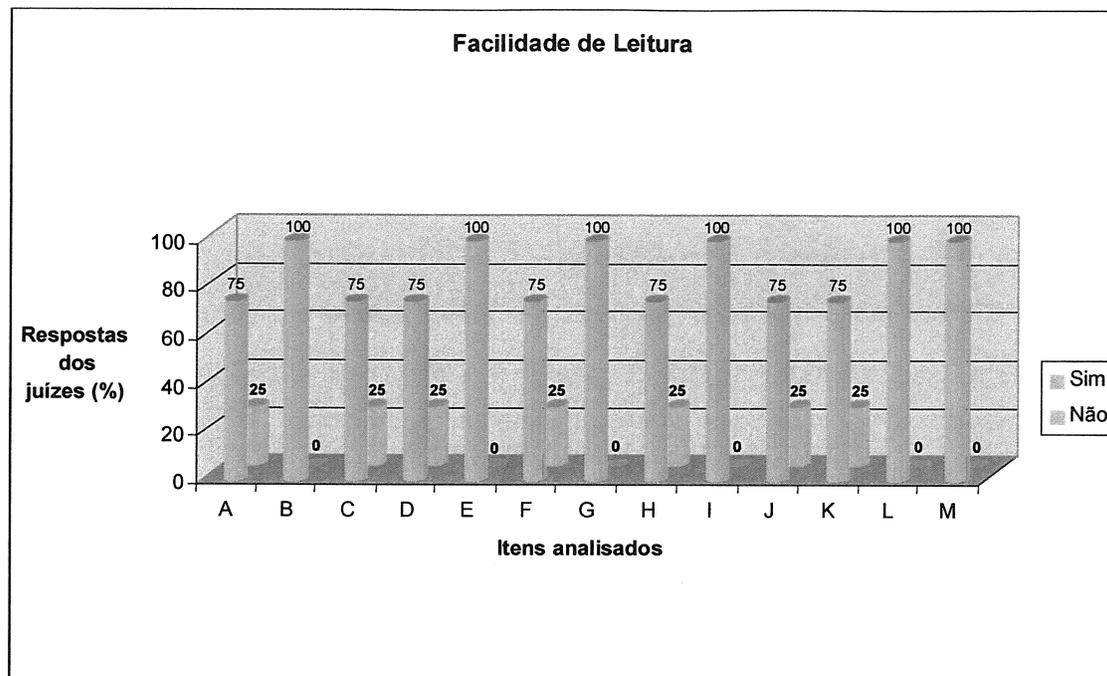


Figura 6 – Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à facilidade de leitura dos itens do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

A Tabela 10 apresenta a distribuição das respostas dos juízes em relação à compreensão do conteúdo, a qual aponta concordância entre eles ($p=0,137$) e um total de 86,5% de respostas positivas. Mesmo havendo concordância alguns itens foram alterados descrevendo-os de forma diferente e criando-se especificações. Os itens com respostas negativas dos juízes que foram modificados por sugestão dos mesmos foram: Identificação, Sinais Vitais, Nutrição/Hidratação, Eliminações/Abdome/Genitália, Mobilidade/Deambulação/Extremidade/Dorso, Outras Anormalidades/Informações.

Tabela 10 - Distribuição do número total de respostas dos juízes quanto à compreensão do conteúdo na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

Nº Respostas	Juiz nº 1		Juiz nº 2		Juiz nº 3		Juiz nº 4		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Sim	11	84,6	9	69,2	13	100	12	92,3	45	86,5
Não	2	15,4	4	30,8	-	-	1	7,7	7	13,5
Total	13	100	13	100	13	100	13	100	52	100

$p=0,137$

Convém ressaltar que os itens Neurológico/Cabeça/Pescoço e Mobilidade/Deambulação/Extremidade/Dorso foram os mais modificados por sugestão dos juízes quanto aos aspectos de objetividade, clareza, facilidade de leitura e organização, incluindo-se neste último critério, os itens Respiratório/Tórax/Pulmões e Eliminações/Abdome/Genitália, também com alterações relevantes.

Na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem, realizada pelos juízes, observa-se que o maior número de respostas negativas foram apresentadas pelo juiz nº 2, e atendendo o critério adotado foi considerada a justificativa/sugestão do juiz para alteração do(s) item(s). As alterações realizadas no instrumento para se adequar às sugestões dos juízes foram feitas antes de iniciar o Teste de Concordância entre Observadores, e constam no segundo modelo do instrumento Exame Físico de Enfermagem (Apêndice 9).

5.1.3. Guias de Apoio à Decisão

A Figura 7 apresenta a frequência das respostas dos juízes em relação à Organização, Objetividade, Clareza, Facilidade de Leitura e Compreensão do Conteúdo, representados respectivamente pelos números 1, 2, 3, 4 e 5, observados na avaliação do Guia de Apoio à Decisão da Entrevista de Enfermagem. A Objetividade do Guia foi o único item que obteve 50% de respostas negativas, enquanto os demais receberam 75% de respostas afirmativas.

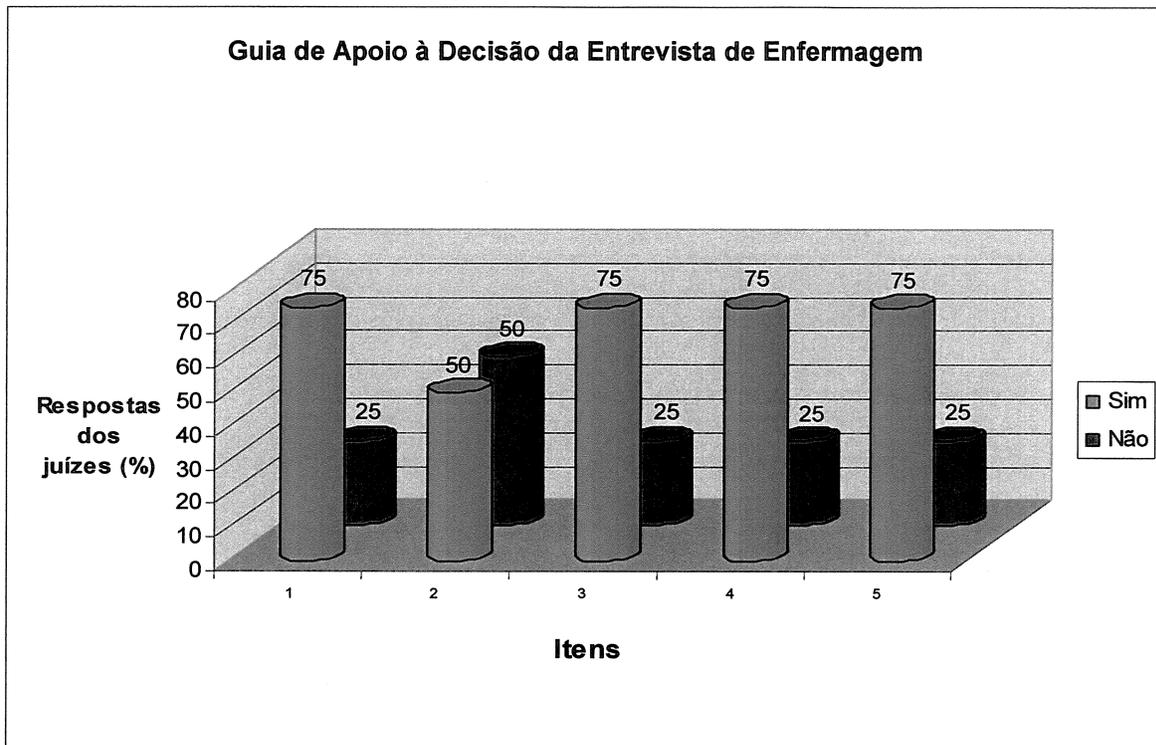


Figura 7 – Distribuição da frequência relativa das respostas dos juizes em relação à organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo do Guia de Apoio à Decisão da Entrevista de Enfermagem. Campinas, 2004.

Antes de realizar o teste de confiabilidade, as sugestões dos juizes foram analisadas e o Guia de Apoio foi submetido a algumas alterações, conforme é possível observar no Apêndice 12. Dentre as alterações realizadas estão: a conceituação/definição de termos, como atividade diária, segurança emocional, medo, ansiedade e desesperança; roteiro mais sintético; descrição por extenso dos níveis de escolaridade e descrição dos sintomas encontrados nos casos de medo, ansiedade e desesperança.

A Figura 8 representa a frequência das respostas dos juizes em relação à organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo, representados respectivamente pelos números 1, 2, 3, 4 e 5, observados na avaliação do Guia de Apoio à Decisão do Exame Físico de Enfermagem. A objetividade e a clareza do

Guia receberam 50% de respostas negativas, enquanto a organização, a facilidade de leitura e a compreensão do conteúdo obtiveram 75% de respostas afirmativas.

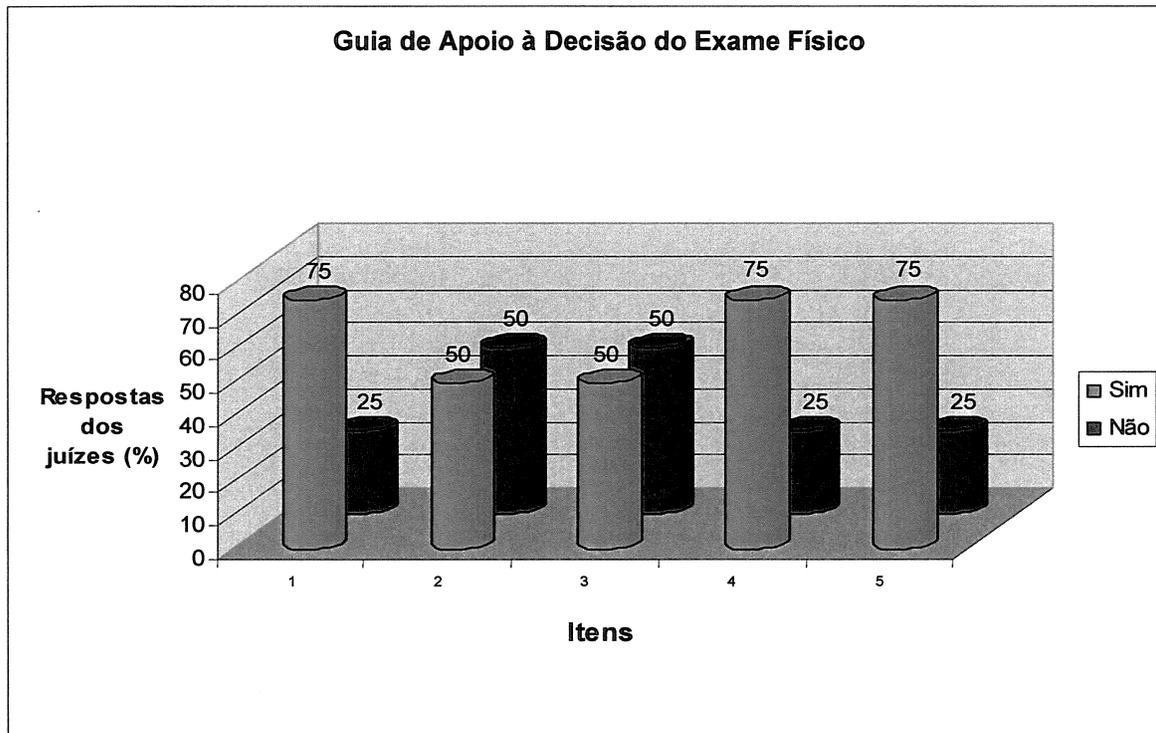


Figura 8 – Distribuição da frequência relativa das respostas dos juízes em relação à organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo do Guia de Apoio à Decisão do Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

Antes de iniciar o teste de confiabilidade, as sugestões dos juízes foram analisadas e o Guia de Apoio foi submetido às alterações, conforme constam no Apêndice 13. Dentre as alterações realizadas estão: definição/conceituação de termos, como ritmos respiratórios (Biot, Kussmaul, Cheyne-Stokes), ausculta respiratória e cardíaca, estado de hidratação (definição do edema em cruzes); roteiro mais sintético; retirada dos “quadrados” na orientação de onde assinalar com um “X” e, retirada dos subitens Outros Fármacos, Nível de Consciência e Estado Mental.

5.2. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

A confiabilidade foi testada pelo preenchimento simultâneo de ambos os instrumentos por dois observadores, representados pela pesquisadora e pela enfermeira colaboradora.

O teste de concordância aplicado nos 18 (100%) sujeitos internados na Unidade de Neurocirurgia constituiu-se de 11 pacientes do sexo masculino (61,1%) e sete do sexo feminino (38,9%).

Uma análise descritiva aponta que, em 77,8% (14) dos sujeitos, os instrumentos foram preenchidos tendo o paciente como o único responsável pelas respostas subjetivas e em apenas 11,1% (dois) a família foi a única responsável por esse tipo de resposta. A participação co-responsável do paciente e de sua família nas respostas subjetivas também somou 11,1% (dois) do total de sujeitos.

O teste de concordância entre os observadores obteve os resultados que estão apresentados nos subitens 5.2.1, 5.2.2 e 5.2.3.

5.2.1. Entrevista de Enfermagem

Embora no momento da entrevista com o paciente todos os itens do instrumento Entrevista de Enfermagem tenham sido preenchidos, apenas os priorizados e selecionados foram analisados e discutidos neste estudo, dada sua relevância para o paciente neurocirúrgico, como mencionado anteriormente. Estes dados encontram-se apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição dos níveis de concordância dos subitens do instrumento Entrevista de Enfermagem. Campinas, 2004.

Requisitos de Autocuidado Universais	Níveis de Concordância		
	Ausente ($\leq 0,40$)	Bom (0,41 à 0,74)	Excelente ($\geq 0,75$)
1. Padrões de Sono e Repouso			
1.1. Problemas do Sono			

1.1.1. Dificuldade de iniciar o sono			
1.1.2. Dificuldade de manter o sono			
1.1.3. Ronco			
1.1.4. Sonolência diurna			
2. Exercícios Físicos			
2.1. Pratica exercícios com recomendação profissional			
3. Hábitos			
3.1. Café			
3.2. Cigarro			
3.3. Alcool			
4. Padrões Nutricionais/Hidratação			
4.1. Alimentação			
4.1.1. Aversões			
4.1.2. Dieta Especial			
4.2. Hidratação			
4.2.1. Chá			
4.2.2. Sucos naturais			
4.2.3. Refrigerante			
4.2.4. Refrescos			
4.2.5. Leite			
4.2.6. Café			
5. Atividade Diária			
5.1. Trabalha			
5.2. Estuda			
5.3. Outros			
6. Participação ou Dependência Familiar			
6.1. Nas atividades ou cuidados diários			
6.1.1. Por limitação e/ou deficiência física			
6.1.2. Por limitação e/ou deficiência visual			
6.1.3. Grau de parentesco do cuidador: marido			
6.1.4. Grau de parentesco do cuidador: esposa			
6.1.5. Grau de parentesco do cuidador: filha			
6.1.6. Grau de parentesco do cuidador: mãe			
6.1.7. Grau de parentesco do cuidador: irmã			
7. Relacionamento Familiar			
7.1. Reside com outros			
7.2. Classificação da relação			
7.3. Vida sexual ativa			
7.4. Parceiro sexual			
7.5. Sexualidade			
7.6. Uso de método contraceptivo			
8. Espiritualidade			
8.1. Religião ou crença			
8.2. Deseja receber ajuda religiosa			

9. Segurança Emocional			
9.1. Sentimento de medo			
9.2. Choro			
9.3. Agressão			
9.4. Nervosismo			
9.5. Tremores			
9.6. Preocupação			
9.7. Inquietação			
9.8. Outros			
Total	2	12	28

Conforme apresentado no Quadro 2, não houve concordância entre os observadores apenas no subitem Trabalha, o qual compõem o item Atividade Diária, e no subitem Outros, do item Segurança Emocional, uma vez que para estes subitens o Kappa foi $\leq 0,40$. O nível de concordância bom com Kappa entre 0,40 e 0,75 ocorreu em 12 subitens do instrumento, enquanto outros 28 subitens obtiveram coeficiente de concordância excelente entre os observadores, com Kappa $\geq 0,75$. Não constituem deste Quadro aqueles itens e subitens para os quais o coeficiente Kappa ou Kappa ponderado não pôde ser calculado devido:

- o fato dos observadores apresentarem respostas diferentes para uma mesma questão, o que ocorreu na descrição de perguntas abertas, criando-se assim categorias de respostas distintas;
- o número de categorias de resposta diferente entre os observadores;
- a existência de apenas uma categoria de resposta quando houve 100% de concordância entre os observadores;
- o preenchimento incorreto por um dos observadores criando uma quarta categoria de resposta, a qual não existia no instrumento.

Os itens e subitens para os quais o Kappa ou Kappa ponderado não foi calculado pelos motivos supracitados são: Sono diário e Outros, do item Padrões de Sono e Repouso; o Tempo de consumo de café, cigarro e álcool; o Tempo em que deixou o vício; o Consumo diário de café, cigarro e álcool; Alimentos que costuma consumir; Número de refeições diárias; Alimentos que não tem possibilidade de consumir; Consumo diário de líquidos e Líquidos que costuma ingerir (água), ambos do item Hidratação; Aposentado, do item

Atividade Diária; Participação ou dependência familiar financeira; Reside com pais/filhos/marido/esposa; Tagarelice, Excitação excessiva, Voz trêmula e Retraimento social, todos do item Segurança Emocional e, Higiene pessoal.

Convém destacar que, para algumas variáveis o Kappa não foi calculado porque as mesmas não foram preenchidas por ambos observadores durante a coleta de dados, quais sejam: Participação ou dependência familiar nas atividades ou cuidados diários pela Idade e por Deficiência mental, e Temor, Apreensão e/ou comportamento de negação, Fuga, Relatos de pânico/obsessões, Tensão facial e Afeto diminuído, do item Segurança Emocional.

Para melhor visualizar os coeficientes de concordância Kappa ou Kappa ponderado dos subitens do instrumento Entrevista de Enfermagem, obtidos na avaliação dos dois observadores, estes estão demonstrados na Figura 9.

A leitura desta figura exige que se entenda que os números de um a 40 seguidos da letra A, correspondem respectivamente aos subitens do instrumento: dificuldade de iniciar o sono (1A), dificuldade de manter o sono (2A), ronco (3A), sonolência diurna (4A), pratica exercícios com recomendação profissional (5A), hábito de café (6A), hábito de cigarro (7A), hábito de álcool (8A), aversões a alimentos (9A), dieta especial (10A), chá (11A), sucos naturais (12A), refrigerante (13A), refrescos (14A), leite (15A), café (16A), trabalha (17A), estuda (18A), outros (19A), participação ou dependência familiar nas atividades ou cuidados diários por limitação e/ou deficiência física (20A), por limitação e/ou deficiência visual (21A), grau de parentesco do cuidador: marido (22A), grau de parentesco do cuidador: esposa (23A), grau de parentesco do cuidador: filha (24A), grau de parentesco do cuidador: mãe (25A), grau de parentesco do cuidador: irmã (26A), reside com outros (27A), classificação da relação familiar em ruim, regular, boa e ótima (28A), vida sexual ativa (29A), parceiro sexual (30A), sexualidade (31A), uso de método contraceptivo (32A), religião ou crença (33A), deseja receber ajuda religiosa (34A), sentimento de medo (35A), choro (36A), agressão (37A), nervosismo (38A), tremores (39A), preocupação (40A), inquietação (41A) e, outros (42A).

Instrumento Entrevista de Enfermagem

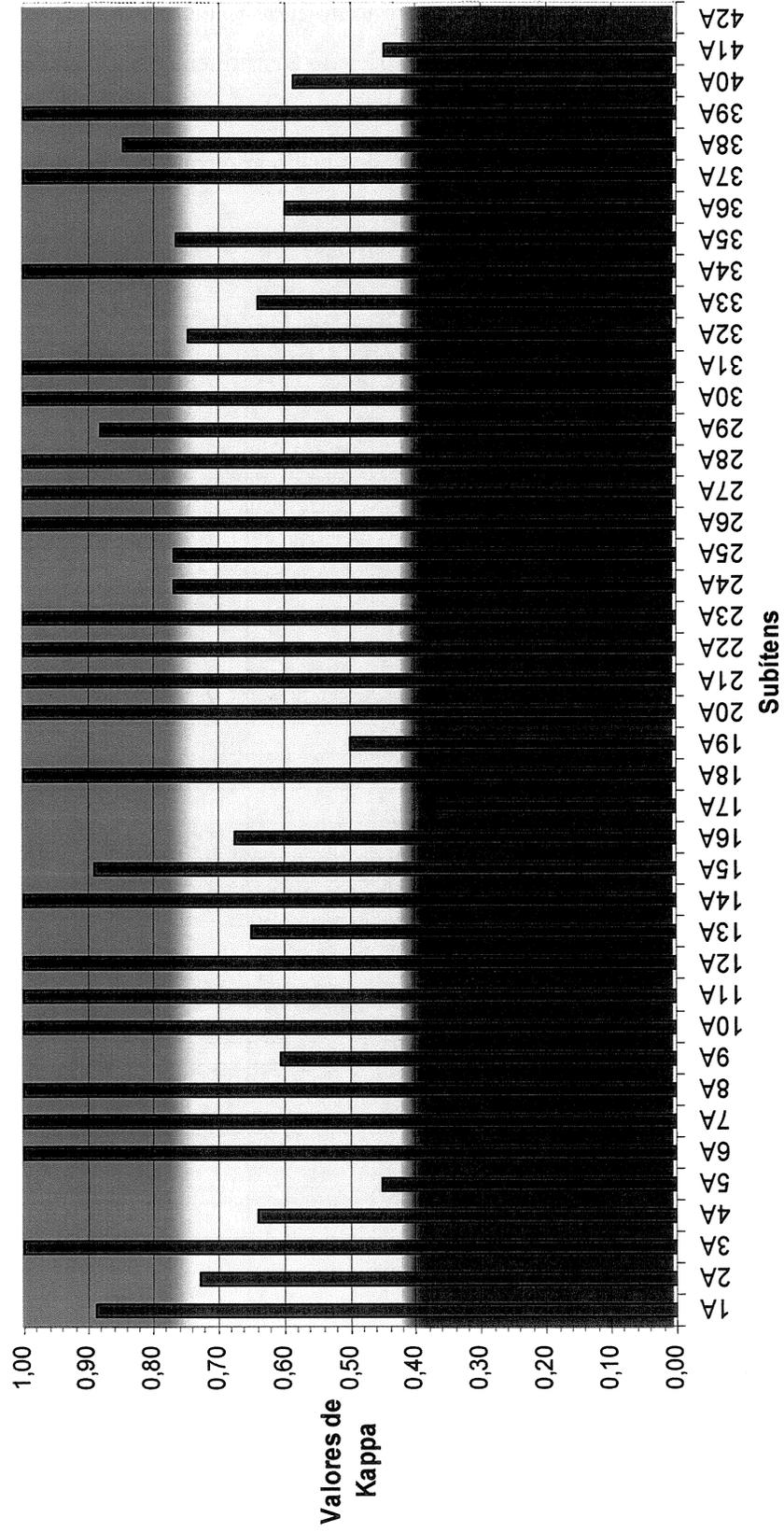


Figura 9 – Distribuição dos níveis de concordância dos subítemos do instrumento Entrevista de Enfermagem. Campinas, 2004.

5.2.2. Exame Físico de Enfermagem

Como já explicitado anteriormente, o instrumento Exame Físico de Enfermagem foi preenchido na íntegra, porém, em virtude da extensão do instrumento, apenas alguns itens que compõem os Requisitos de Autocuidado Universais foram selecionados para serem objetos de análise e discussão neste estudo. Estes dados estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição dos níveis de concordância dos subitens do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

Requisitos de Autocuidado Universais	Níveis de Concordância		
	Ausente ($\leq 0,40$)	Bom (0,41 à 0,74)	Excelente ($\geq 0,75$)
1. Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço			
1.1. ECG			
1.1.1. Abertura dos olhos			
1.1.2. Resposta verbal			
1.1.3. Resposta motora			
1.1.4. Somatório de 1.1.1, 1.1.2. e 1.1.3			
1.2. Condições pupilares			
1.2.1. Tamanho olho D			
1.2.2. Simetria			
1.2.3. Reação à luz olho D			
1.2.4. Reação à luz olho E			
1.3. Alterações visuais			
1.3.1. Diminuição da acuidade			
1.4. Alterações auditivas			
1.4.1. Diminuição da acuidade			
1.4.2. Zumbido			
1.5. Condições da comunicação			
1.5.1. Verbal sem dificuldade			
1.5.2. Por gesto eficaz			
1.5.3. Escrita sem dificuldade			
1.5.4. Escrita com dificuldade			
1.6. Cavidade oral			
1.6.1. Sialorréia			
1.6.2. Ausência de dentes			
1.6.3. Prótese dentária			
1.7. Lesões/incisões			
1.8. Higiene prejudicada			
1.8.1. Higiene prejudicada em couro cabeludo			

1.8.2. Higiene prejudicada em cavidade oral			
2. Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões			
2.1. Tipo respiratório			
2.2. Padrão respiratório			
2.3. Expansão torácica			
2.3.1. Superficial			
2.4. Alterações			
2.4.1. Tosse seca			
2.4.2. Tosse produtiva com expectoração			
2.5. Lesões/incisões			
3. Sistema Cardiovascular			
3.1. Ausculta cardíaca			
3.2. Pulsos periféricos			
3.2.1. Palpáveis			
3.2.2. Não palpáveis			
3.2.3. Rítmico			
3.2.4. Cheio			
3.2.5. Filiforme			
4. Deambulação/Mobilidade/Extremidade/Dorso			
4.1. Capacidade para deambular			
4.2. Capacidade para mover-se no leito			
4.3. Capacidade para transferir-se de uma superfície para outra			
4.4. Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido:			
4.4.1. Consciência prejudicada ou inconsciência			
4.4.2. Cirurgias recentes			
4.4.3. Parestesias			
4.4.4. Paresias			
4.4.5. Dor			
4.4.6. Dispositivos			
5. Competência para o Autocuidado			
5.1. Higiene corporal			
5.2. Higiene oral			
5.3. Tricotomia facial			
5.4. Vestimenta			
5.5. Alimentação			
5.6. Eliminações			
Total	7	17	25

De acordo com o Quadro 3, verifica-se que o nível de concordância bom entre os observadores com Kappa entre 0,40 e 0,75 ocorreu em 17 subitens do instrumento. A concordância entre os observadores considerada excelente ocorreu em 25 subitens, para os

quais o Kappa foi $\geq 0,75$. Não compõem este Quadro aqueles itens e subitens para os quais o coeficiente Kappa ou Kappa ponderado não pôde ser calculado devido:

- o fato de existir um número diferente de categorias de resposta entre os observadores;
- a existência de uma única categoria de resposta quando houve 100% de concordância entre os observadores;
- o baixo número de respostas, mesmo havendo concordância entre os observadores;
- o preenchimento incorreto de um dos observadores criando uma terceira categoria de resposta, a qual não existia no instrumento.

Os itens e subitens para os quais o Kappa ou Kappa ponderado não foi calculado pelos motivos supracitados são: Condições pupilares (tamanho no olho Esquerdo), Reflexo córneo-palpebral, Visão turva, Cegueira, Ptose palpebral, Afasia, Comunicação verbal com dificuldade, Gânglios no pescoço e Higiene prejudicada no pescoço, todos do item Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço; Oxigenoterapia, Ritmo, Expansão torácica simétrica, Expectoração, Secreções e Ausculta, variáveis do item Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões; Enchimento capilar, Pulso periférico arritmico, Coloração da pele, Temperatura da pele e Umidade da pele, todos do item Sistema Cardiovascular; Capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas, bengalas e andadores, Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido a Tremores e Edema, e Lesões/incisões, todas variáveis do item Deambulação/Mobilidade/Extremidade/Dorso.

Destaca-se que, para alguns itens e subitens o Kappa não foi calculado porque os mesmos não foram preenchidos por ambos observadores durante a coleta de dados, quais sejam: Observações da avaliação pela ECG, Nistagmo, Diplopia, Hematoma palpebral, Edema palpebral, Uso de prótese (Alterações visuais), Surdez, Uso de prótese (Alterações auditivas), Disartria, Dislalia, Desvio de rima labial, Mudez, Comunicação por gesto ineficaz, Dificuldade de compreensão, Secreção orofaríngea e Higiene prejudicada na face, todas variáveis do item Sistema Neurológico/Cabeça/pescoço; Tosse produtiva sem expectoração e Respiração ruidosa, do Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões; Capacidade ou

incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido a Desequilíbrios, Plegias, Pé equino e, Amputação, do item Deambulação/Mobilidade/Extremidade/Dorso.

Para melhor visualizar os coeficientes de concordância Kappa e Kappa ponderado dos subitens do instrumento Exame Físico de Enfermagem, obtidos na avaliação dos dois observadores, estes estão demonstrados na Figura 10.

A leitura desta figura exige que se entenda que os números de um a 47 seguidos da letra B, correspondem respectivamente aos subitens do instrumento: abertura dos olhos (1B), resposta verbal (2B), resposta motora (3B), somatório dos valores da abertura dos olhos, resposta verbal e motora (4B), tamanho pupilar no olho D (5B), simetria das pupilas (6B), reação à luz no olho D (7B), no olho E (8B), diminuição da acuidade visual (9B), diminuição da acuidade auditiva (10B), zumbido (11B), comunicação verbal sem dificuldade (12B), comunicação por gesto eficaz (13B), comunicação pela escrita sem dificuldade (14B), pela escrita com dificuldade (15B), sialorréia na cavidade oral (16B), ausência de dentes (17B), prótese dentária (18B), lesões/incisões (19B), higiene prejudicada em couro cabeludo (20B), em cavidade oral (21B), tipo respiratório (22B), padrão respiratório (23A), expansão torácica superficial (24B), tosse seca (25B), tosse produtiva com expectoração (26B), lesões/incisões (27B), ausculta cardíaca (28B), pulsos periféricos palpáveis (29B), não palpáveis (30B), pulsos periféricos rítmico (31B), cheio (32B), filiforme (33B), capacidade para deambular (34B), capacidade para mover-se no leito (35B), capacidade para transferir-se de uma superfície para outra (36B), capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido consciência prejudicada ou inconsciência (37B), por cirurgias recentes (38B), parestesias (39B), paresias (40B), devido à dor (41B) e/ou dispositivos (42B), competência para o autocuidado relacionada à higiene corporal (43B), à higiene oral (44B), à tricotomia facial (45B), à vestimenta (46B), à alimentação (47B) e, às eliminações (48B).

Instrumento Exame Físico de Enfermagem

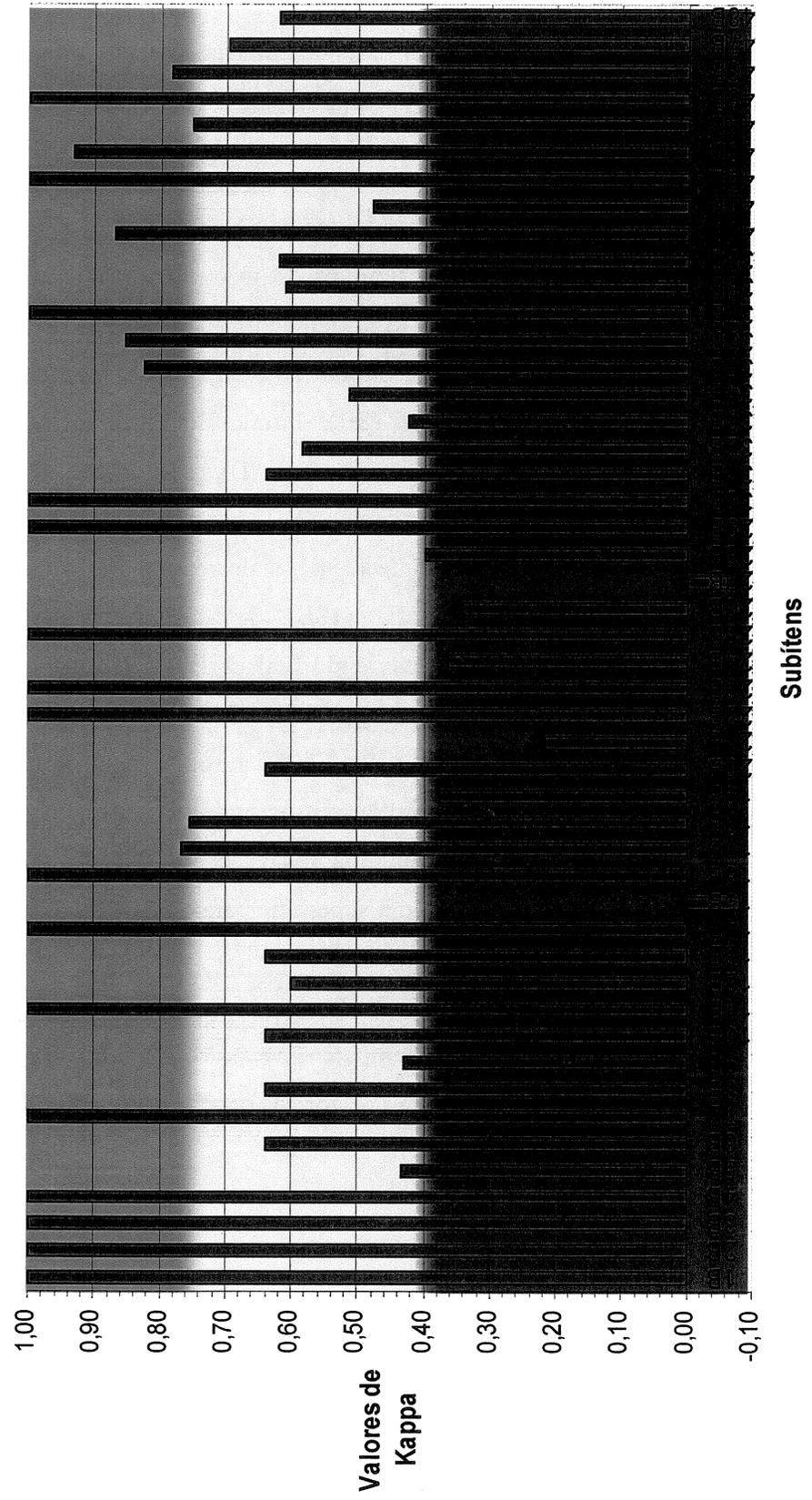


Figura 10 – Distribuição dos níveis de concordância dos subítem do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Campinas, 2004.

6. DISCUSSÕES

As discussões desta pesquisa são apresentadas de acordo com a trajetória metodológica e, para uma melhor compreensão, a análise de cada instrumento é tratada separadamente.

Vale destacar inicialmente que, a ausência de estudos de validação sobre o tema desta pesquisa que pudessem ser utilizados para analisar e comparar dados, fez com que a pesquisadora utilizasse estudos de fisiopatologia para discutir este estudo.

6.1. ANÁLISE DA VALIDADE DE CONTEÚDO DOS INSTRUMENTOS

A validade de conteúdo envolve o julgamento por enfermeiros, com vasta experiência profissional, dos itens contidos no instrumento, para analisar se estes são representativos do que se pretende medir (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

6.1.1. Entrevista de Enfermagem

O instrumento Entrevista de Enfermagem teve uma avaliação positiva em relação à organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo, respectivamente, representada por 83,9%, 76,9%, 75%, 91,1% e 78,6%, sugerindo que o instrumento é organizado, objetivo, claro, fácil de ler e ser compreendido. As sugestões manifestadas pelos juízes foram incorporadas ao instrumento para o seu aperfeiçoamento.

Embora os resultados mostrassem que, apenas em relação à objetividade, ocorreu uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) no número de respostas afirmativas e negativas entre os juízes e que um deles apontou mais respostas negativas do que os demais, o total de respostas positivas continuou maior, indicando que os juízes compreenderam a maioria dos itens do instrumento e que o conteúdo desse poderia ser entendido pelos enfermeiros. Sugere-se que o instrumento apresenta validade de conteúdo.

6.1.2. Exame Físico de Enfermagem

O instrumento Exame Físico de Enfermagem foi avaliado pelos juízes e obteve 80,8% de respostas positivas quanto à sua organização, objetividade e clareza e, 86,5% em relação à facilidade de leitura e compreensão do conteúdo, sugerindo que o instrumento é

organizado, objetivo, claro, fácil de ler e ser compreendido. As sugestões apontadas pelos juízes foram analisadas e algumas incorporadas ao instrumento para o seu aperfeiçoamento.

No Teste Qui-quadrado de Cochran obtido em relação à organização ($p=0,001$), objetividade ($p=0,004$), clareza ($p=0,006$) e facilidade de leitura ($p=0,023$) houve diferença estatisticamente significativa no número de respostas afirmativas e negativas entre os juízes, sendo que um dele apontou mais respostas negativas do que os demais. Porém, o total de respostas positivas foi maior, indicando que os juízes compreenderam a maioria dos itens do instrumento e que o conteúdo desse poderia ser entendido pelos enfermeiros. Dessa forma, sugere-se que o instrumento apresenta validade de conteúdo.

Pode-se considerar diversas explicações para as discordâncias apontadas pelos juízes na avaliação do instrumento Exame Físico de Enfermagem, dentre elas o fato dos juízes terem se formado em diferentes escolas e possuírem experiências práticas distintas, apesar de todos serem enfermeiros. Estes dados precisam ser destacados, uma vez que estudos apontam que os docentes não estão completamente preparados para o ensino do exame físico (SOUSA e BARROS, 1998), e conseqüentemente, os enfermeiros também não se sentem completamente aptos para realizar essa atividade na sua prática profissional (BARROS et al., 1996).

No trabalho de SOUSA e BARROS (1998) realizado em quatro escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo, a maioria dos docentes (51,3%) sentia-se apto, em parte, para ensinar o exame físico e 2,6% não se sentiam aptos para ensiná-lo. Para as autoras, esses dados mostram que o ensino dessa prática recebido na graduação, além do aperfeiçoamento individual na vida profissional, não foram suficientes para a maioria dos docentes no sentido de embasá-los para o ensino do exame físico.

A pesquisa de BARROS et al. (1996) identificou que, antes da realização do curso de Bases Propedêuticas para a Enfermagem na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 66,7% das(os) enfermeiras(os) não se sentiam capacitadas(os) para realizar o exame físico de enfermagem com os conhecimentos de propedêutica e 33,3% sentiam-se aptas(os) em parte.

6.2. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

A confiabilidade foi um dos critérios utilizados para avaliar a qualidade destes instrumentos no presente estudo, mais especificamente a confiabilidade entre observadores ou interavaliadores, a qual, possibilita verificar o grau de correspondência (concordância) entre as avaliações independentes de dois ou mais enfermeiros em relação ao mesmo paciente, utilizando-se o mesmo instrumento (POLIT e HUNGLER, 1995; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; LOBIONDO-WOOD e HABER, 2001).

Antes de iniciar a análise da confiabilidade de cada instrumento, é relevante considerar que a ausência de concordância entre os observadores apontada para alguns itens e/ou subitens, pode estar relacionada aos seguintes fatos:

- os observadores foram formados em universidades públicas distintas;
- os observadores possuem experiências práticas de hospitais diferentes;
- os observadores admitiram ter dificuldades e limitações específicas relatadas por cada um deles antes de iniciar o teste;
- não foi realizado nenhum preparo ou treinamento específico dos observadores para a aplicação destes instrumentos.

6.2.1. Entrevista de Enfermagem

Na avaliação da concordância do instrumento entre observadores, a Entrevista de Enfermagem obteve um coeficiente de concordância excelente para 66,7% (28/42) dos itens/subitens, um nível de concordância bom para 28,6% (12/42) desses e a ausência de concordância para apenas 4,76% (2/42) do total de itens/subitens, dados que sugerem que o instrumento é confiável.

A ausência de concordância entre os observadores em relação aos subitens Trabalha e Outros, sugere que os mesmos sejam modificados e, para facilitar a aplicação de estudos posteriores, um terceiro modelo do instrumento Entrevista de Enfermagem foi proposto após o teste de confiabilidade, com alterações que constam no Apêndice 14. Convém destacar que, o subitem Trabalha durante a validação do conteúdo constituía o item Estilo de Vida, o qual, antes do teste de concordância entre observadores, já havia sido

modificado por sugestão dos juízes. Quanto ao subitem Outros, este não foi alterado após a validação do instrumento por ter apresentado 100% de respostas positivas ao constituir o item Comportamento Emocional.

Na categoria dos Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos, o item Interações Anteriores foi removido por sugestão da pesquisadora e da enfermeira colaboradora, as quais, durante o teste de confiabilidade, perceberam que este item se repetia na categoria Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais, quando se questiona os antecedentes pessoais.

O instrumento de Entrevista de Enfermagem é de suma importância na prática assistencial de enfermagem, pois a partir da coleta de dados feita por meio deste instrumento é possível levantar os diagnósticos de enfermagem e, posteriormente, planejar as intervenções. É na primeira fase do Processo de Enfermagem que esse instrumento deve ser utilizado. Para WALDOW (1988) essa fase, também conhecida como levantamento, avaliação, histórico de enfermagem, consiste na coleta e análise de dados do paciente de forma sistemática e ordenada, com o objetivo de definir a situação do mesmo, ou seja, o seu diagnóstico de enfermagem.

Segundo a mesma autora, essa fase é vital, uma vez que um levantamento de dados insuficiente ou incorreto pode levar a um diagnóstico incorreto e, conseqüentemente, a uma assistência ineficiente. A visão holística nesse levantamento de dados deve garantir as esferas biológica, psicológica, social e espiritual do indivíduo.

O instrumento Entrevista de Enfermagem proposto neste estudo, compreende dentro da categoria Requisitos de Autocuidado Universais de Orem as quatro esferas de conhecimento sobre o indivíduo apontadas por WALDOW (1988) e que devem ser avaliadas pelo enfermeiro durante a coleta de dados. Dessa forma, a esfera biológica encontra-se expressa no instrumento pelos itens: Padrões de Sono e Repouso; Exercícios Físicos; Hábitos e Padrões Nutricionais/Hidratação. Na esfera social estão a Atividade Diária, a Participação ou Dependência Familiar e o Relacionamento Familiar. Por fim, nas esferas psicológica e espiritual estão, respectivamente, a Segurança Emocional e a Espiritualidade.

6.2.2. Exame Físico de Enfermagem

A avaliação da concordância entre observadores para o instrumento Exame Físico de Enfermagem resultou em um coeficiente de concordância excelente para 51% (25/49) dos itens/subitens, um nível de concordância bom para 34,7% (17/49) destes e a ausência de concordância para 14,3% (7/49) do total de itens/subitens do instrumento, o que sugere que ele seja confiável.

A ausência de concordância entre os observadores em relação aos subitens: Escrita com dificuldade, Lesões/incisões e Higiene prejudicada em cavidade oral, sugere a necessidade dos mesmos serem revistos. Convém destacar que, por ocasião da validação do instrumento, estes subitens, os quais constam do item Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço, não foram modificados por não haver sugestão de alteração pelos juízes.

Os subitens Expansão torácica superficial, Tosse produtiva com expectoração e Lesões/incisões, os quais compõe o item Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões, também apontaram ausência de concordância entre os observadores sugerindo a necessidade de serem revistos. Ressalta-se que, após a validação do instrumento, destes três subitens apenas a Tosse produtiva foi modificada por sugestão dos juízes, o que enfatiza a necessidade desta ser revista.

HORIUCHI et al. (1990) escreveu que o exame físico de enfermagem ocorre geralmente após a entrevista e tem por objetivos: levantar os problemas do paciente que demandam ações de enfermagem; acrescentar informações obtidas sobre o paciente durante a entrevista e proporcionar informações básicas sobre as capacidades funcionais do paciente, dados esses que podem ser utilizados posteriormente no acompanhamento das mudanças do seu estado de saúde, assim como na avaliação da efetividade dos cuidados prestados e da capacidade do indivíduo de se autocuidar.

No estudo de SOUSA e BARROS (1998), 100,0% dos docentes responderam que utilizam a inspeção para ensinar o exame físico, 97,4% a palpação, 92,3% a ausculta e 79,5% a percussão. As autoras concluem que os docentes não dominam adequadamente os conhecimentos essenciais, instrumentos propedêuticos, habilidades e uso de equipamentos necessários para ensinar e realizar o exame físico.

Decorridos quase uma década entre os estudos de HORIUCHI et al. (1990) e SOUSA e BARROS (1998), na realização do exame físico pelo enfermeiro a inspeção se manteve como o instrumento mais utilizado, enquanto a percussão o de menor utilização. Será que isso vem acontecendo devido à falta de preparo profissional do enfermeiro em relação aos instrumentos necessários para se realizar o exame físico, especialmente quanto à percussão?

No paciente com disfunção neurológica deve ser realizado um exame neurológico completo, o que, segundo alguns autores, envolve o teste de várias áreas de funcionamento importantes, incluindo a área cerebral, nervos cranianos, função motora e sensorial e respostas aos reflexos (BRUNNER e SUDDARTH, 1998; SGAMBATTI e SAVONITTI, 1999).

O enfermeiro ao avaliar a disfunção neurológica, observa o nível de alerta do paciente e identifica se há um distúrbio de consciência ou alteração no estado mental e emocional. Nessa avaliação inicial do paciente, o enfermeiro deve observar também os movimentos do paciente e questionar alterações na sensibilidade. A perda ou certas alterações da função podem indicar deterioração neurológica e isso deve ser relatado (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

Os pacientes com disfunções neurológicas podem apresentar uma série de diagnósticos de enfermagem, como: padrão respiratório ineficaz, deglutição comprometida, integridade da pele comprometida, mobilidade física comprometida; déficits de autocuidado; dor; hipertermia; mucosa oral alterada; integridade tecidual comprometida; nutrição alterada (menor que as necessidades corporais); eliminação vesical e fecal alterada; processo mental alterado; disfunção sexual; enfrentamento pessoal ineficaz e processos familiares alterados (BRUNNER e SUDDARTH, 1998). Convém destacar que, nesta pesquisa os diagnósticos de enfermagem para o paciente neurocirúrgico não foram objeto de estudo.

Quando o paciente neurológico é submetido a uma cirurgia intracraniana a frequência da monitorização pós-operatória do paciente baseia-se no seu estado clínico. Essa monitorização pode incluir uma avaliação de diversas funções importantes, pois pode ocorrer: hipóxia, aumentando a isquemia cerebral; flutuações nos sinais vitais que podem

indicar aumento da pressão intracraniana (PIC); alteração no nível de consciência do paciente ou na resposta ao estímulo que pode ser o primeiro sinal de aumento da PIC; agitação, se o paciente estiver mais responsivo, com dor, confusão, hipóxia ou outro estímulo; edema cerebral ou sangramento, aumentando a PIC; drenagem de sangue ou líquido. Portanto, a avaliação do paciente neurocirúrgico deve incluir monitoração da função respiratória, dos sinais vitais, do nível de consciência, de resposta ao estímulo, sinais oculares, resposta motora, problemas de fala, dificuldades de deglutir, fraqueza ou paralisia de uma extremidade, alterações visuais (diplopia, visão turva), parestesias, convulsões, agitação e observação do curativo cirúrgico (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

A sintomatologia que um paciente com disfunção neurológica e/ou submetido a neurocirurgia pode apresentar enfatiza a relevância dos itens que constam do instrumento Exame Físico de Enfermagem, conforme Apêndice 9. Dentre estes itens, aqueles que foram submetidos ao teste de concordância entre observadores passam a ser discutidos (Quadro 3).

No item Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço encontram-se 11 subitens que devem ser avaliados durante o exame físico no paciente neurocirúrgico. A Escala de Coma de Glasgow (ECG) auxilia o enfermeiro no preenchimento do subitem 2.2.1. ECG.

Para PORTO (2000), tal escala deve ser usada no exame neurológico quando o paciente apresentar alteração da consciência. A escala se relaciona com três áreas de funcionamento neurológico e oferece uma visão global do nível de resposta do paciente, ou seja, do seu nível de consciência (JARVIS, 1996; BRUNNER e SUDDARTH, 1998; KOIZUMI, 2000). As três áreas ou parâmetros avaliados são a abertura ocular, a resposta verbal e a motora, obtidos por vários estímulos desde a atividade espontânea e estímulos verbais até estímulos dolorosos (KOIZUMI, 2000). Para cada um desses parâmetros atribui-se uma nota e a soma dos três números indica a gravidade do coma e o possível prognóstico. Como referência, a pontuação mais baixa é três (mínimo responsivo), a mais alta é 15 (muito responsivo) e a pontuação ≤ 7 é geralmente aceita como coma e requer intervenção de enfermagem apropriada para o paciente comatoso (JARVIS, 1996; BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

De acordo com KOIZUMI (2000) a Escala de Coma de Glasgow é utilizada mundialmente e foi desenvolvida em 1974 na Universidade de Glasgow, Escócia. O subitem ECG, do instrumento Exame Físico de Enfermagem, obteve um nível de concordância excelente entre os observadores, o que sugere que deva ser mantido sem alterações.

A avaliação neurológica das pupilas consta do subitem 2.2.2. Condições pupilares do instrumento Exame Físico de Enfermagem. Nesse subitem é examinado o tamanho, a simetria e a reatividade pupilar.

Segundo KOIZUMI (1990), as alterações identificadas no exame pupilar podem inclusive, determinar quais as estruturas encefálicas envolvidas. Exemplificando, pupilas médio-fixas entre 5-6 mm de diâmetro e que não reagem à luz pode indicar disfunção mesencefálica. Uma lesão na ponte pode ser identificada por pupilas puntiformes com fotorreação negativa ou minimamente reagente à luz e, pupilas anisocóricas (unilateralmente dilatada) e não fotorreagente com frequência é indicativo de herniação do úncus temporal nos processos expansivos hemorrágicos de evolução rápida, constituindo-se em emergência neurocirúrgica.

O subitem Condições pupilares, do instrumento Exame Físico de Enfermagem, obteve um nível de concordância bom quanto ao tamanho, simetria e reação pupilar à luz no olho esquerdo e um coeficiente de concordância excelente entre os observadores, para a reação à luz no olho direito.

A avaliação neurológica do subitem 2.2.3. Reflexo córneo-palpebral ficou prejudicada em relação ao coeficiente Kappa, uma vez que este não pode ser calculado pelas razões mencionadas anteriormente. Porém, uma análise descritiva dos dados mostra que, em relação ao olho direito, as respostas dos observadores concordaram entre si em 16 (88,9%) pacientes e quanto ao olho esquerdo houve concordância entre eles em 17 (94,4%) pacientes. Estes dados indicam que o subitem Reflexo córneo-palpebral mede o que se propõe a medir e não precisa ser modificado.

TRENTIN e FERRO (2002) escrevem que o reflexo corneano é provocado por meio de um leve toque sobre a córnea. A resposta a esse estímulo é um piscamento ipsilateral (resposta direta) e contralateral (resposta consensual). Quando o paciente tem uma lesão

unilateral do nervo trigêmeo (V par craniano) ocorre anestesia da córnea e então não se observa resposta direta e consensual quando o lado ipsilateral é estimulado, porém quando estimula-se o lado normal (sem anestesia), ambas as respostas ocorrem.

De forma geral, pode-se afirmar que uma ausência de reflexo córneo-palpebral indica lesão no nervo trigêmeo, mais especificamente no nervo oftálmico (V1), pois o nervo trigêmeo (literalmente três gêmeos) é constituído por uma porção sensitiva: nervo oftálmico (V1), nervo maxilar (V2) e nervo mandibular (V3) e, uma porção motora (nervo mastigatório) (JARVIS, 1996; PORTO, 2000; TRENTIN e FERRO, 2002).

Segundo PORTO (2000), as raízes sensitivas são responsáveis pela sensibilidade da metade anterior do segmento cefálico. Dessa forma, uma vez comprometida a raiz sensitiva, o paciente refere dor, a qual estará limitada à área correspondente (região oftálmica, maxilar ou mandibular), utilizando-se nesses casos a denominação neuralgia do trigêmeo ou trigeminalgia. Para esse mesmo autor, as alterações do trigêmeo podem ser consequência de herpes-zóster, traumatismo e tumores.

A avaliação neurológica do subitem 2.2.4. Alterações visuais ficou de certa forma prejudicada quanto ao coeficiente Kappa, pois apenas para a diminuição da acuidade visual o mesmo foi calculado e obteve um nível de concordância bom. Para a visão turva, a cegueira e a ptose palpebral, o coeficiente Kappa não pôde ser calculado pelas razões já citadas. Entretanto, uma análise descritiva permite apontar que, quanto à visão turva e à ptose palpebral, os observadores concordaram nas respostas de 17 (94,4%) pacientes e em relação à cegueira eles concordaram na avaliação de 15 (83,3%). Estes dados indicam que o subitem Alterações visuais mede o que se propõe medir e não precisa ser alterado.

Para BRUNNER e SUDDARTH (1998) as alterações visuais podem ocorrer como sintomas localizados, quando regiões específicas do cérebro são interrompidas. Exemplificando, um tumor do lobo occipital produz manifestações visuais, como: hemianopsia homônima contralateral (perda visual em metade do campo visual no lado oposto ao tumor) e alucinações visuais.

Segundo PINHO e JÄNISCH (2002), a acuidade visual refere-se à visão central. Quando existe a diminuição da acuidade visual, a lesão pode encontrar-se no feixe maculopapilar e/ou trajeto destas fibras pelo nervo óptico até a via geniculocalcarina. Isso

ocorre porque essas estruturas são muito sensíveis a processos tóxicos e inflamatórios. Também podem acontecer anormalidades ao nível do globo ocular.

Alguns autores escrevem que a acuidade visual é a principal função ocular, sendo testada com um gráfico ocular chamado quadro ou teste de Snellen (BRUNNER e SUDDARTH, 1998; SGAMBATTI e SAVONITTI, 1999). Nesse teste, o examinador fica a seis metros do paciente, o qual deve identificar as letras ou figuras a diferentes distâncias (PINHO e JÄNISCH, 2002).

A diminuição da acuidade visual assim como a diplopia e déficits de campo visual são distúrbios visuais que também podem estar presentes quando existe aumento da pressão intracraniana. Nesse caso, em 70 a 75% dos pacientes, essas alterações visuais estão associadas à papiledema (edema do nervo óptico) (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

A perda visual pode ter diversas causas, inclusive um aneurisma adjacente ao nervo oculomotor pode levar a tal alteração (BRUNNER e SUDDARTH, 1998), bem como a neurite retrobulbar, tumores e hipertensão intracraniana (PORTO, 2000).

PINHO e JÄNISCH (2002) apontam algumas alterações visuais relacionadas à falta ou perda de visão, dentre as quais: escotoma (falta de visão em um campo visual); hemianopsia (perda de visão em metade do campo visual); quadrantanopsia (perda visual referente a determinado quadrante do campo visual).

Algumas alterações visuais estão relacionadas à integridade do controle nervoso dos músculos dos olhos, ou seja, do III par de nervos craniano chamado nervo oculomotor (JARVIS, 1996; BRUNNER e SUDDARTH, 1998; SGAMBATTI e SAVONITTI, 1999; PORTO, 2000). De acordo com PORTO (2000), as causas mais freqüentes de lesão nesse nervo são traumatismos, diabetes mellitus, aneurisma intracraniano, hipertensão intracraniana e tumores da região selar.

Os movimentos extra-oculares estão associados à integridade funcional e estrutural do tronco cerebral, sendo que a ausência desses movimentos indica coma profundo. A diplopia ou visão dupla pode indicar que um ou mais músculos extra-oculares estão funcionando inadequadamente, e pode ocorrer, por exemplo, quando um aneurisma cerebral é adjacente ao nervo oculomotor. O nistagmo, que significa um movimento de tremor irregular dos olhos quando a vista é desviada para uma posição lateral, pode indicar

um certo número de condições, muitas benignas, porém, outras podem refletir graves processos patológicos, como tumores do cerebelo, que podem causar nistagmo comumente na direção horizontal (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

Segundo HILBIG e RIBEIRO (2002), o sintoma mais importante associado às anormalidades da movimentação ocular é a diplopia, porém nem sempre a queixa dos pacientes é clara e, especialmente, quando existem pequenos graus de diplopia. Nesse caso, o paciente pode referir como sintoma visão borrada, confusão visual e tontura. Pode haver ainda, ocasionalmente, paciente com disfunção da movimentação ocular assintomática.

O paciente submetido a uma cirurgia intracraniana pode apresentar como consequência comum edema periorbital. Ele ocorre porque os líquidos drenam para dentro das áreas periorbitais dependentes da força de gravidade quando o paciente está em posição supina durante a cirurgia. Desse modo, forma-se um hematoma sob o couro cabeludo, espalhando-se para dentro da órbita e produzindo uma área de equimose (olho escuro). Por vezes, os olhos não podem se abrir, por alguns dias, por causa do edema palpebral (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

Segundo OLIVEIRA et al. (1999), com a formação do edema periocular o exame pupilar fica prejudicado e, muitas vezes, impossibilita o enfermeiro identificar alterações pupilares como a anisocoria e a ausência de fotorreação da pupila à luz. No estudo realizado por essas autoras, o edema periocular dos pacientes interferiu na avaliação da pupila feita pelo enfermeiro, a partir das primeiras seis horas de pós-operatório (P.O), atingindo o pico máximo nas 18 horas de P.O. e regredindo até o quarto dia de P.O., quando o edema não mais interferiu no exame pupilar.

Para BRUNNER e SUDDARTH (1998), a ptose palpebral (queda da pálpebra) pode ser causada por edema, fraqueza muscular, defeito congênito ou um problema neurológico provocado por trauma ou doença. Quando decorre de problema neurológico está relacionada ao III nervo craniano (oculomotor), uma vez que este inerva o músculo elevador da pálpebra (JARVIS, 1996; BRUNNER e SUDDARTH, 1998; SGAMBATTI e SAVONITTI, 1999).

A avaliação neurológica do subitem 2.2.5. Alterações auditivas do instrumento Exame Físico de Enfermagem, obteve um nível de concordância bom quanto à diminuição

da acuidade auditiva e um coeficiente de concordância excelente em relação ao zumbido, o que sugere que deva ser mantido sem alterações.

A função auditiva é proporcionada pela raiz coclear do VIII par de nervos cranianos (vestibulococlear), também denominado nervo acústico. Para detectar déficits na audição uni ou bilateral é necessário realizar o exame neurológico do componente coclear. A deficiência auditiva de condução corresponde à doença localizada no ouvido médio, enquanto a deficiência auditiva neurosensorial à doença localizada no órgão de Corti ou no nervo coclear (BATISTA e NUNES, 2002).

A surdez pode ser causada por diversas doenças. Dentre as causas de surdez neurosensorial por lesões no nervo coclear estão a meningite, traumas, tumores do ângulo ponto-cerebelar, neurinoma do acústico, etc. Algumas afecções tais como lesões vasculares e tumores são exemplos de comprometimento auditivo ao nível do tronco cerebral (BATISTA e NUNES, 2002).

Outra alteração auditiva é o zumbido, o qual, segundo PORTO (2000), é considerado um sintoma de estimulação ou irritativo que pode estar ou não associado à déficit de audição, ou depender de focos corticais (alucinações) ou, ainda, acompanhar a paralisia facial periférica. Nos tumores do ângulo cerebelopontino, por exemplo, ele é o primeiro sintoma que aparece juntamente com a vertigem e, logo depois, ocorre a surdez nervosa progressiva (disfunção do VIII nervo craniano) (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

A fala é também uma função avaliada no instrumento Exame Físico de Enfermagem, no subitem 2.2.6. Condições da fala. Este subitem não foi analisado pelo coeficiente Kappa, porque a afasia foi a única condição apontada apenas uma vez por um dos observadores. Portanto, uma análise descritiva aponta que os observadores discordaram entre si em relação à afasia em apenas um paciente (5,6%).

Segundo MARRONI e PORTUGUEZ (2002), a fala é produzida pela contração dos músculos, que incluem os músculos dos lábios, maxilares, língua, palato, faringe, laringe e músculos da respiração. Essas contrações musculares são controladas por impulsos nervosos que descem das áreas motoras do cérebro para o nível do tronco cerebral e da medula espinhal, de onde saem para os músculos do mecanismo da fala através de vários

nervos da base do cérebro ou da medula. Estes autores enfatizam que a fala não pode ser definida como a articulação dos sons da linguagem pelo aparato vocal.

Dentre as principais doenças do sistema nervoso que produzem distúrbios da fala estão as doenças cerebrovasculares, os distúrbios neoplásicos, traumatismos cranianos, doenças infecciosas, etc (MARRONI e PORTUGUEZ, 2002).

A afasia pode ser definida por uma dificuldade na comunicação, seja por uma dificuldade em expressar e/ou compreender a linguagem. Esse distúrbio está relacionado ao comprometimento do processo de linguagem causado por lesão cerebral. Os tipos de afasias são: afasia de Broca; de Wernicke; global; de condução; anômica e, transcorticais (MARRONI e PORTUGUEZ, 2002).

Quanto à disartria, é uma articulação imperfeita da fala causada por uma lesão no sistema nervoso central ou periférico. A diferenciação entre afasia e disartria está nas funções lingüísticas preservadas (nomeação, compreensão, leitura e escrita) (MARRONI e PORTUGUEZ, 2002).

A avaliação neurológica do subitem 2.2.7. Condições da comunicação apresentou nível de concordância bom para a comunicação verbal sem dificuldade e por gesto eficaz, coeficiente de concordância excelente para a escrita sem dificuldade e a ausência de concordância entre os observadores para a escrita com dificuldade, o que sugere a necessidade de ser revista esta última condição da comunicação. Neste subitem o coeficiente Kappa ficou prejudicado quanto à comunicação verbal com dificuldade, pelas razões mencionadas anteriormente. Porém, uma análise descrita permite apontar que os observadores concordaram entre si ao registrar que 16 pacientes (88,9%) não tinham dificuldade na comunicação verbal. Estes dados indicam que a Condição da Comunicação Verbal com dificuldade mede o que se propõe medir e não precisa ser modificada.

Segundo MARRONI e PORTUGUEZ (2002) “A linguagem pode ser caracterizada pela manipulação dos símbolos na produção e compreensão dos símbolos comunicativos.” Estas autoras completam que a linguagem é um sistema de símbolos, sons, palavras e frases que dependem de processos localizados no cérebro, particularmente no córtex cerebral.

O subitem 2.2.8. Cavidade oral do instrumento Exame Físico de Enfermagem, avaliou a presença de sialorréia, de secreção orofaríngea, a ausência de dentes e o uso de

prótese dentária. Na análise do coeficiente Kappa um nível de concordância excelente foi apontado quanto à sialorréia, ausência de dentes e prótese dentária.

Na avaliação do subitem 2.2.9. Lesões/incisões, o coeficiente Kappa apontou ausência de concordância entre os observadores. Uma análise minuciosa junto aos instrumentos preenchidos pelos observadores, durante o teste de confiabilidade, mostrou que, neste subitem, essa ausência de concordância ocorreu, na maioria das vezes por causa do registro incorreto das lesões/incisões no subitem Curativo, o qual consta do item Procedimentos, e vice-versa e da falta de registro (assinalar) nas opções ausência ou presença de lesões/incisões, o que indica a necessidade de ser revisto este subitem. Para evitar que, em aplicações futuras deste instrumento, os enfermeiros registrem as características das lesões/incisões no subitem Curativos e vice-versa, sugere-se a inserção do subitem Curativo no item Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço, dispondo-o logo abaixo do subitem Lesões/incisões (Apêndice 15), para que o enfermeiro visualize que são subitens distintos e, assim, façam o preenchimento correto de ambos.

Na validação do conteúdo, o juiz nº 1 já havia proposto que os subitens do item Procedimentos fossem redistribuídos em cada um dos demais itens existentes. Por opção da pesquisadora, tal alteração não foi realizada antes do teste de confiabilidade, porém, a discordância entre os observadores quanto ao subitem Lesões/incisões, bem como a análise das razões que contribuíram para este resultado, indicam que a proposta de incorporar o subitem Curativo no item Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço deve ser efetivada.

BRUNNER e SUDDARTH (1998) afirmam que a incisão do paciente submetido a uma neurocirurgia deve ser monitorizada para evidência de vermelhidão, depressível ao toque, inchaço, deiscência ou odor fétido. O curativo com frequência está manchado de sangue no período pós-operatório imediato. Esses autores acrescentam que após procedimentos cirúrgicos suboccipitais, o líquido pode extravasar pelo ferimento, podendo haver como complicação uma meningite. Portanto, qualquer drenagem de líquido da ferida do crânio ou da coluna deve ser relatada imediatamente porque o extravasamento maciço requer reparo cirúrgico direto.

Na avaliação do paciente em relação ao subitem 2.2.10. Gânglios no pescoço, embora não pôde ser calculado o coeficiente Kappa pelos motivos previamente citados,

identificou-se numa análise descritiva que os observadores concordaram entre si ao responderem que 15 (83,3%) pacientes não apresentavam gânglios no pescoço.

Para o subitem 2.2.11. Higiene prejudicada em, o Kappa apontou um coeficiente de concordância bom quanto ao couro cabeludo e a ausência de concordância entre os observadores em relação à cavidade oral. O valor de Kappa não foi calculado para higiene prejudicada no pescoço pelas razões já mencionadas, mas uma análise descritiva mostrou que os observadores concordaram entre si ao registrar que a higiene neste local não estava prejudicada em 17 (94,4%) pacientes.

Talvez o que precisa ser enfatizado neste subitem é que se verifique a ausência de higiene para que se evite falhas na interpretação daquilo que o examinador está observando. Para tanto, sugere-se a alteração na redação do Guia de Apoio à Decisão do instrumento Exame Físico de Enfermagem, conforme Apêndice 17, o que pode minimizar discordâncias nas futuras aplicações deste instrumento.

A higiene é algo bem pessoal e muito importante para a saúde da pele e seus anexos. Entretanto, as práticas de higienização variam de indivíduo para indivíduo, segundo os padrões culturais e familiares (PRADO e GELBCKE, 2002).

Para PRADO e GELBCKE (2002), dentre os problemas que a enfermagem enfrenta relacionados à higiene, está a capacidade do paciente realizar sua própria higiene, o que o torna dependente e, muitas vezes, ocasiona a baixa auto-estima. A partir daí, outros problemas podem surgir como: odores desagradáveis devido à má higienização da pele, cabelos e dentes; a presença de placas e tártaros; a língua saburrosa quando não escovada danificando a percepção do gosto/paladar e propiciando infecções secundárias; a dermatite seborréica (caspa) e a presença de parasitas.

No item Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões encontram-se oito subitens que devem ser avaliados durante o exame físico de enfermagem. Este item foi modificado após sua apreciação pelos juízes e, posteriormente, a análise Kappa apontou nível de concordância excelente para os subitens 2.3.1. Tipo respiratório, 2.3.3. Padrão respiratório e 2.3.6. Alterações: tosse seca. Porém, a ausência de concordância entre os observadores foi registrada para os subitens 2.3.5. Expansão torácica em relação à profundidade (superficial), 2.3.6. Alterações: tosse produtiva com expectoração e 2.3.8. Lesões/incisões.

Para o subitem 2.3.5. Expansão torácica havia duas observações a serem feitas, quanto à simetria e profundidade e, para ambas, uma das duas opções, obrigatoriamente, deveria ser assinalada, uma vez que qualquer paciente, desde que esteja respirando, possui simetria e profundidade no movimento respiratório. Para apenas dois pacientes a discordância entre os observadores estava relacionada às respostas distintas entre eles. Portanto, a discordância apresentada neste subitem não necessariamente sugere a alteração do mesmo, mas pode indicar a necessidade de se destacar dentro do subitem Expansão torácica os termos simetria e profundidade, de acordo com o Apêndice 15, o que poderia chamar a atenção do enfermeiro para assinalar uma das opções de ambas as comparações (simétrica ou assimétrica e superficial ou profunda).

No subitem 2.3.6. Alterações: tosse produtiva com expectoração, a discordância apontada estava relacionada ao entendimento de um dos observadores de que no exame físico, os dados observáveis ou mensuráveis devem, sempre que possível, serem registrados pelo enfermeiro, se de fato forem observados ou medidos. Como a tosse produtiva com expectoração pode ser observada se o paciente de fato apresentá-la, e, como os pacientes deste estudo não a manifestaram durante o exame físico, um dos observadores não a registrou como alteração do item Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões, discordando com o outro observador em relação a três pacientes.

Esta análise sugere que, o que precisa ser definido neste subitem é a condição em que o mesmo deve ser assinalado, ou seja, se quando o paciente refere que apresenta tosse produtiva com expectoração ou apenas se o enfermeiro de fato observar a presença desse tipo de tosse. Para tanto, pode ser realizada uma alteração na redação do Guia de Apoio à Decisão do instrumento Exame Físico de Enfermagem, ressaltando-se a condição em que este subitem deve ser assinalado, conforme Apêndice 17, o que pode minimizar discordâncias nas futuras aplicações deste instrumento.

A ausência de concordância entre os observadores para o subitem 2.3.8. Lesões/incisões do item Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões, ocorreu na maioria das vezes porque enquanto um observador registrou a presença o outro assinalou a ausência de lesão e/ou incisão. Em apenas um caso a discordância se deu por não ter sido assinalado, por um dos observadores, nem a ausência nem a presença de lesões/incisões. Tal discordância sugere a necessidade de ser revisto este subitem.

Para os subitens 2.3.2. Oxigenioterapia, 2.3.4. Ritmo, 2.3.5. Expansão torácica em relação à simetria (simétrica), 2.3.6. Alterações: expectoração; secreções e 2.3.7. Ausculta, o coeficiente Kappa não pôde ser calculado pelos motivos previamente mencionados. Entretanto, uma análise descritiva mostrou que os observadores concordaram entre si na avaliação de 16 (88,9%), 15 (83,3%), 17 (94,4%), 17 (94,4%), 16 (88,9%) e 11 (61,1%) pacientes, respectivamente. Estes dados revelam que apenas um subitem apresentou uma concordância mais baixa, a ausculta pulmonar.

Segundo BRUNNER e SUDDARTH (1998), o paciente submetido a uma neurocirurgia está em alto risco para troca gasosa comprometida e infecções pulmonares por causa da imobilidade, imunossupressão, redução dos níveis de consciência e restrição hídrica. Para esses autores, a imobilidade compromete o sistema respiratório porque há o represamento e a estase das secreções em áreas dependentes da força de gravidade e ao desenvolvimento de atelectasia. Quanto à ingestão hídrica restrita, esta faz com que o paciente fique mais vulnerável à atelectasia como resultado da incapacidade para expectorar secreções espessas. Uma outra complicação respiratória freqüente, a que o paciente neurocirúrgico está sujeito, é a pneumonia, possivelmente relacionada à broncoaspiração.

Dentre os sinais de infecção respiratória que podem ser observados no paciente submetido à neurocirurgia estão o aumento da temperatura e da freqüência de pulso, alterações nos movimentos respiratórios, redução dos sons respiratórios e ruídos adventícios, estes últimos identificados pela ausculta dos pulmões (BRUNNER e SUDDARTH, 1998).

No item Sistema Cardiovascular do instrumento Exame Físico de Enfermagem, encontram-se seis subitens necessários à avaliação do paciente neurocirúrgico. Este item foi modificado após sua apreciação pelos juízes e, posteriormente, a análise estatística do coeficiente Kappa apontou nível de concordância excelente para os subitens 2.4.3. Pulsos periféricos: palpáveis e não palpáveis e coeficiente de concordância bom para os subitens 2.4.3. Pulsos periféricos: rítmico, cheio e filiforme.

Observou-se a ausência de concordância entre os observadores neste item, no que se refere à ausculta cardíaca. Convém destacar que este subitem não foi modificado na

validação de conteúdo, uma vez que somente foi incorporado ao item Sistema Cardiovascular, por sugestão da banca examinadora de Qualificação do Projeto, ocorrida após a validação. Portanto, o teste de confiabilidade sugere, pela primeira vez, que este subitem seja revisto.

SOUSA e BARROS (1998) identificaram que os docentes sentem dificuldades para o ensino do exame físico, em razão do conhecimento insuficiente em relação à percussão (46,1%), ausculta (43,6%) e palpação (35,9%). Do total de docentes, menos da metade (41%) julgam ter habilidades para ensinar a ausculta cardíaca.

HERMIDA e ARAÚJO (2004) num trabalho de revisão de literatura mostraram que o preparo inadequado na graduação/despreparo profissional destacou-se entre os fatores pessoais/profissionais que interferem, prejudicando a implementação da SAE, sendo citado em quatro dos seis trabalhos analisados. Vale destacar que, esse estudo também foi realizado pela autora desta pesquisa e já foi apresentado em evento científico de enfermagem e encaminhado para publicação em periódico.

Um estudo realizado com enfermeiros (THOMAZ e GUIRARDELLO, 2002) apontou que 56,3% dos entrevistados têm dificuldades em proceder o exame físico por diversas razões, quais sejam: falta de tempo (54%); dificuldade em adequar o exame físico ao tipo de doença apresentada pelo paciente (11,5%); dificuldade na ausculta pulmonar e cardíaca (7,7%); tempo e necessidade de aprofundamento teórico (7,7%) e falta de prática (3,85%).

Esses dados talvez possam justificar as discordâncias entre os observadores, quando da realização da ausculta cardíaca neste estudo e sugerem a necessidade de se repensar o ensino da ausculta no exame físico de enfermagem nos cursos de graduação em enfermagem e nos serviços de educação continuada das instituições de saúde.

Para o item Sistema Cardiovascular do instrumento Exame Físico de Enfermagem, o Kappa não foi calculado para os subitens 2.4.2. Enchimento capilar, 2.4.3. Pulsos periféricos: arritmico, 2.4.4. Coloração da pele, 2.4.5. Temperatura da pele e 2.4.6. Umidade da pele. Analisando, porém, descritivamente os dados, foi possível observar que houve concordância entre os observadores quanto aos subitens respectivamente apontados, com a frequência de 16 (88,9%), 16 (88,9%), 15 (83,3%), 14 (77,8%) e 9 (50%) pacientes.

Estes dados revelam que apenas um subitem apresentou uma concordância mais baixa, a umidade da pele.

No item Deambulação/Mobilidade/Extremidade/Dorso constam seis subitens, sendo que para quatro destes foi possível calcular o coeficiente Kappa, por ocasião do teste de confiabilidade. Para os subitens 2.7.2. Capacidade para mover-se no leito, 2.7.3. Capacidade para transferir-se de uma superfície para outra e 2.7.5. Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido: consciência prejudicada ou inconsciência; parestias e, dispositivos foi apontado nível de concordância excelente entre os observadores, enquanto que os subitens 2.7.1. Capacidade para deambular e 2.7.5. Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido: cirurgias recentes; parestesias e, dor apresentaram coeficiente de concordância bom.

O coeficiente Kappa não pôde ser utilizado para os subitens 2.7.4. Capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas, bengalas, andadores, 2.7.5. Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido: tremores e edema e, 2.7.6. Lesões/incisões, pelas razões já apontadas. Entretanto, a análise descritiva das respostas mostrou que os observadores concordaram entre si quanto aos subitens 2.7.5. Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada: tremores e edema em 17 (94,4%) pacientes e 2.7.6. Lesões/incisões em 14 (77,8%).

Todos estes dados acerca do item Deambulação/Mobilidade/Extremidade/Dorso, apresentados sob a forma estatística ou descritiva sugerem que o item pode ser mantido sem alterações.

O paciente com déficits neurológicos ou submetidos a uma neurocirurgia podem apresentar graus variados de dificuldade para se movimentar e/ou deambular.

Segundo BRUNNER e SUDDARTH (1998) a hemiparesia e a hemiplegia são déficits motores, sendo a primeira entendida como o enfraquecimento de metade do corpo (direita ou esquerda) e a segunda a paralisia da metade (direita ou esquerda). A parestesia é um déficit sensorial caracterizado pelo formigamento e dormência de partes do corpo. Para JARVIS (1996), a paresia trata-se de uma paralisia leve, enquanto a paralisia é a perda da função motora em virtude de uma lesão no sistema neurológico ou muscular ou perda da inervação sensorial.

O item Competência para o Autocuidado, composto por seis subitens, foi analisado estatisticamente pelo coeficiente Kappa e apresentou para os subitens 2.8.1. Higiene corporal, 2.8.2. Higiene oral, 2.8.3. Tricotomia facial e 2.8.4. Vestimenta nível de concordância excelente entre os observadores e coeficiente de concordância bom para os subitens 2.8.5. Alimentação e 2.8.6. Eliminações. Estes dados sugerem que este item pode ser mantido sem alterações.

GEDRAITE (1990), em seu estudo acerca do exame físico em unidade de internação a pacientes neurológicos, relata que, como o objetivo final do trabalho do enfermeiro é conduzir ou reconduzir o indivíduo ao autocuidado, observando as suas reais condições físicas e emocionais, ao investigar um segmento corporal comprometido, o enfermeiro não está buscando, em última instância, as condições de evolução da lesão (aspecto médico), nem as condições estritamente funcionais do membro afetado (aspectos fisioterapêuticos), mas além e acima disto, ele busca as condições de utilização daquele membro pelo indivíduo no seu autocuidado. Exemplificando, o enfermeiro busca identificar o quanto o paciente é capaz de utilizar o braço afetado para se apoiar, para fazer sua higiene e para manusear objetos.

Segundo Orem (1991) *apud* DUPAS et al. (1994)², o autocuidado,

é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente, em favor de si mesmos, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, que está diretamente relacionada com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas do próprio indivíduo ou de seus agentes.

Os itens Deambulação/Mobilidade/Extremidades/Dorso e Competência para o Autocuidado são bastante pertinentes na avaliação do exame físico do paciente realizada pelo enfermeiro, pois como afirma Orem (1991) *apud* FOSTER e BENNETT (2000)³, quando há maior demanda de autocuidado do que capacidade para executá-lo, a enfermagem se faz necessária.

² OREM, - *apud* DUPAS, G.; PINTO, I.C.; MENDES, M.D.; BENEDINI, Z. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. *Acta Paul Enf*, 7(1):19-26, 1994.

³ OREM, - *apud* FOSTER, P.C.; BENNETT, A.M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. et col. **Teorias de enfermagem** – os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.83-101

Apesar do item Informações Adicionais do instrumento Exame Físico de Enfermagem não ter sofrido análise estatística, convém salientar que no decorrer do preenchimento do instrumento, quando do teste de confiabilidade, a pesquisadora e a enfermeira colaboradora sentiram a necessidade de escrever informações adicionais dentro de cada item e sugeriram a retirada do item Informações Adicionais do final do instrumento, de maneira que este passasse a ser um subitem, incorporado a cada um dos demais itens já citados. Na verdade, esta alteração já havia sido proposta pelo juiz nº 1 na etapa de validação dos instrumentos, porém, por opção da pesquisadora, tal modificação não foi realizada até que se percebeu a necessidade durante a confiabilidade.

Reforça-se que todas as alterações propostas para melhorar a confiabilidade do instrumento Exame Físico de Enfermagem, especialmente em relação aos subitens que apontaram ausência de concordância entre os observadores, estão no instrumento final conforme consta no Apêndice 15.

A aplicação do referencial teórico por meio da metodologia da assistência de Enfermagem, constituída pela Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, exige destacar que, neste estudo limitou-se ao caráter de pesquisa, uma vez que foi realizada a validação e verificada a confiabilidade dos instrumentos sem que fossem aplicados à assistência após a coleta de dados. O que se pretende dizer é que, o uso destes instrumentos na prática diária do serviço deva suscitar novas necessidades de adaptações, que demandarão, novos estudos de validade e de confiabilidade inclusive em relação ao referencial teórico. No momento o que se pode apontar é que, a utilização do referencial de Orem enquanto pesquisa, especialmente pela aplicação dos seus conceitos e do seu foco no autocuidado, possibilitou elaborar instrumentos com embasamento científico, os quais poderão direcionar a prática assistencial dos enfermeiros que optarem por aplicá-los, mesmo que tenham que fazer adaptações.

No Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) tem-se um exemplo de que a prática pode levar a mudanças nos instrumentos metodológicos de trabalho. GUTIERREZ et al. (2001) apresenta a trajetória do modelo de Histórico de Enfermagem adotado pelo Departamento de Enfermagem do referido hospital. Esse Histórico prevê um levantamento de dados por meio da entrevista e do exame físico, embasados na Teoria das Necessidades Humana Básicas e nos conceitos do Autocuidado de

Orem. Apesar de não comentarem sobre a validação desses instrumentos, as autoras apontam que durante os 20 anos de implementação dos mesmos, eles sofreram modificações e que para chegar a um consenso houve um fórum de discussões. Nesse fórum, cada item que constituía a entrevista foi avaliado e decidido se deveria permanecer, sendo verificada a pertinência de cada um deles no planejamento da assistência de cada uma das unidades de internação. As autoras apresentam nessa publicação, o roteiro de entrevista geral e específico (para obstetrícia e pediatria), o roteiro de exame físico e um memento exame físico geral, os instrumentos de entrevista e de exame físico do setor de hemodiálise e, uma ficha assistencial da unidade de endoscopia.

CARRARO (1998) explica que quando se inicia a implementação da prática subsidiada por uma teoria, é possível encontrar dificuldades até mesmo por questão de hábito. Porém, é preciso ter o referencial teórico introjetado no profissional para que se supere os hábitos anteriores e se avance rumo a uma nova proposta de assistência, estando o enfermeiro alerta para as suas próprias ações, até para que não desanime com o processo, pois aos poucos é possível transpor as dificuldades de implementação.

Para exercer de maneira segura e direcionada qualquer atividade profissional, são necessários instrumentos. Especificamente na enfermagem, é preciso direcionamento, sistematização, organização e embasamento científico (CARRARO, 1998). Esses requisitos da prática profissional podem encontrar subsídios nas teorias de enfermagem. Entretanto, selecionar essa teoria nem sempre é uma tarefa fácil, como aponta GARCIA e NÓBREGA (2004). Segundo essas autoras, tal seleção exige um conhecimento suficientemente aprofundado das diversas teorias disponíveis e das variáveis que definem a situação específica do paciente ou do grupo de pacientes de quem se vai cuidar.

LEOPARDI (1999) afirma que, toda e qualquer teoria deverá ser adaptada à realidade do local em que será utilizada, de modo que nenhum conhecimento será puro em sua aplicação uma vez que teorias serão sempre modelos para orientar práticas e podem ser alterados conforme as necessidades.

Assim sendo, acredita-se que para este estudo a escolha da teoria foi adequada e os resultados, da validade das variáveis dos instrumentos pelos juízes e de sua aplicabilidade, sugerem que as modificações necessárias ao modelo adotado foram realizadas.

7. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que:

- a) O referencial teórico de Orem possibilitou organizar nos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, as necessidades apresentadas pelo paciente neurocirúrgico, de acordo com os Fatores Condicionantes Básicos e Requisitos de Autocuidado.
- b) O referencial teórico escolhido para a elaboração dos instrumentos e abordagem ao paciente, mostrou-se adequado para a assistência de enfermagem neurocirúrgica, pois as ações de autocuidado enfatizadas nessa teoria, apontaram a necessidade de permearem também a prática assistencial a esses pacientes.
- c) Os instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, na forma como foram elaborados, possibilitam identificar os déficits de autocuidado e a sua demanda terapêutica, dados essenciais para o enfermeiro determinar o sistema de autocuidado (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e/ou apoio-educação) que será adotado para manter a vida, a saúde e o bem-estar do paciente.
- d) Os instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, bem como seus respectivos guias de apoio à decisão, elaborados para este estudo, foram apresentados de forma organizada, objetiva, clara, fácil de ler e ser compreendido, sugerindo que podem ser utilizados na prática da enfermagem de uma unidade de internação pois foram submetidos à validação de conteúdo.
- e) A apreciação dos instrumentos e de seus guias de apoio à decisão, pelos juízes, demonstrou a validade destes e algumas alterações sugeridas foram incorporadas para aperfeiçoá-los (Apêndices 8, 9 e 12). Dessa forma, os enfermeiros que no futuro os utilizarem estarão aplicando instrumentos que possuem qualidade, por medirem aquilo a que se propõem medir.

- f) Os instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem na avaliação da confiabilidade entre observadores, permitiram identificar que os enfermeiros podem ter habilidades e competências distintas para aplicá-los, o que pode resultar em registros diferentes entre eles. Especialmente no exame físico, isso pode estar relacionado ao próprio processo de formação dos profissionais enfermeiros nos Cursos de Graduação em Enfermagem, como mostraram os resultados deste estudo e conforme aponta a literatura, o que sugere a necessidade de se repensar o ensino dessa prática nos Cursos de Graduação em Enfermagem e nos Serviços de Educação Continuada das instituições de saúde.

- g) O teste de concordância entre os observadores, em relação aos itens selecionados dos Requisitos de Autocuidado Universais, de ambos os instrumentos, demonstrou que estes possuem confiabilidade.

- h) Alguns itens e subitens de ambos os instrumentos apontaram a necessidade de serem reavaliados, devido à avaliação negativa que obtiveram por ocasião da validação de conteúdo e/ou do teste de confiabilidade.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apreciação pelos juízes dos instrumentos Entrevista e Exame Físico de Enfermagem, bem como de seus guias de apoio à decisão, e a aplicação dos mesmos pela enfermeira e pela pesquisadora, validaram e testaram a confiabilidade, respectivamente, oferecendo subsídios para que estes instrumentos inicialmente elaborados neste estudo, fossem duas vezes modificados para uma melhor adequação às necessidades práticas.

Dentre as dificuldades e limitações deste estudo pode-se destacar: o fato dos juízes terem competências/experiências distintas; a falta de especificação aos juízes sobre a definição dos termos utilizados como critérios de avaliação (organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e compreensão do conteúdo); a extensão dos instrumentos e o tempo restrito para a realização de todo o processo da pesquisa, o que determinou que fossem selecionadas algumas partes dos instrumentos para a validação; os observadores formados em universidades públicas diferentes; o tempo curto de preparo ou treinamento dos observadores para a aplicação do teste de confiabilidade; as dificuldades específicas de cada observador em relação à realização do exame físico de enfermagem e, a carência de estudos de validação sobre o tema para fundamentar as análises e discussões desta pesquisa.

As análises realizadas neste estudo reforçam não somente a relevância de serem elaborados instrumentos metodológicos voltados para a prática assistencial, mas também a necessidade do preparo dos profissionais por meio do ensino e da capacitação contínua dos enfermeiros, seja nos cursos de graduação ou nos Serviços de Educação Continuada, para que os utilizem de forma adequada e com segurança. Além disso, sugere-se uma uniformização do ensino teórico-prático, especialmente do exame físico de enfermagem, para que as discordâncias entre os enfermeiros na avaliação física dos pacientes possam ser as menores possíveis.

Os instrumentos pesquisados, neste estudo, oferecem subsídios para direcionar os enfermeiros a observar, documentar e avaliar os pacientes no pré e pós-operatórios especialmente de neurocirurgias, bem como acompanhar a sua evolução nesse processo saúde-doença, permitindo discussões e pesquisas futuras.

Estes instrumentos podem ser adaptados às características de cada serviço, e quanto mais evidências forem surgindo de que descrevem adequadamente as particularidades de cada paciente, mais validade e confiabilidade lhe será conferida. Assim, consciente de que

os instrumentos apresentados neste estudo não são definitivos, a pesquisadora sugere que outras avaliações destes sejam realizadas no futuro. A validação dos itens e/ou subitens que não foram analisados neste estudo, foi inclusive sugerida para ser realizada posteriormente, uma vez que os dados já estão coletados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGLETON, P.; CHALMERS, H. Orem's self-care model of nursing. In: AGGLETON, P.; CHALMERS, H. **Nursing models and the nursing process**. London: Macmillan Press, 1986.

ANGELO, M.; FORCELLA, H.T.; FUKUDA, I.M.K. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, 29(2):211-23, 1995.

ANSEMI, M.L.; CARVALHO, E.C.; ANGERAMI, E.L.S. Histórico de enfermagem: compreensão e utilização teórico-prática. **Rev Esc Enf USP**, 22(2):181-8, 1988.

ARAÚJO, I.E.M.; LAMAS, J.L.T.; CEOLIM, M.F.; BAJAY, H.M. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador; relato de experiência. **Acta Paul Enf**, 9(1):18-27, 1996.

ARAÚJO, T.L.; LAGANÁ, M.T.C.; CAMPEDELLI, M.C.; FARO, A.C.M. O ensino do processo de enfermagem no curso de graduação. In: CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1, 1988, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1988. p.33-40.

BARROS, A.L.B.L. **O trabalho docente assistencial de enfermagem no hospital São Paulo da UNIFESP/EPM**. São Paulo, 1998. (Tese – Livre docência – Universidade Federal de São Paulo).

BARROS, A.L.B.L. Sistematização da assistência melhora qualidade do cuidar. **Rev COREN-SP**, 22:5, 1999.

BARROS, A.L.B.L.; GLASHAN, R.Q.; MICHEL, J.L.M. Bases propedêuticas para a prática de enfermagem – uma necessidade atual. **Acta Paul Enf**, 9(1):28-37, 1996.

BATISTA, B.H.B.; NUNES, M.L. Vestíbulo-coclear (audição). In: NUNES, M.L.; MARRONE, A.C.H. (Org.) **Semiologia neurológica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 223-235.

BRASIL. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá providências. **Orientações e legislações sobre o exercício da enfermagem**, Florianópolis, 2001.

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de Catarina S. da Motta, Isabel C. F. da Cruz, Ivone E. Cabral, Lélis B. do Couto e Márcia T. L. Lisboa. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.1813 p. Título original: Brunner ando Suddarth's textbook of medical surgical nursing.

CASTELLANOS, B.E.P.; CASTILHO, V. Marco conceitual da assistência de enfermagem – considerações gerais. In: CAMPEDELLI, M.C. (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1992. p.22-30.

CARRARO, T.E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. (Org.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p.17-27.

CARRARO, T.E. Marco conceitual: subsídio para a assistência de enfermagem. **Rev Cogitare Enferm**, 3(2):105-8, 1998.

CARRARO, T.E.; KLETEMBERG, D.F.; GONÇALVES, L.M. O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. **Rev Bras Enferm**, 56(5):499-501, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de

saúde brasileiras. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes.html>>. Acesso em: 24 out. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/reso196.doc>>. Acesso em: 7 nov. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.L.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. Tradução de Silvia Ribeiro de Souza. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1997. 216 p.

CRUZ, D.A.L.M.; RIBEIRO, F.G.; DUTRA, V.O.; CARACCILO, L.T. Sistematização da assistência de enfermagem em uma área de recuperação da saúde. **Rev Esc Enf USP**, 21(n.especial):68-76, 1987.

DELL'ACQUA, M.C.Q.; MIYADAHIRA, A.M.K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Rev Latino-am Enf**, 10(2):185-91, 2002.

DELL'ACQUA, M.C.Q.; MIYADAHIRA, A.M.K. Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. **Rev Esc Enf USP**, 34(4):383-9, 2000.

FERREIRA, N.M.L.A. Sistematização da assistência de enfermagem – importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Acta Paul Enf**, 3(3):79-84, 1990.

FLEISS, J.L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2 ed. New York: John Wiley & Sons, 1981. 321p.

FOSTER, P.C.; BENNETT, A.M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. et col. **Teorias de enfermagem** – os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.83-101

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. et col. **Nursing Theories: the base for professional nursing practice**. New Jersey: Prentice-Hall, 1980. p.90-106.

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, 1992. p.66-88.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev Bras Enferm**, 57(2):228-32, 2004.

GEDRAITE, M.C.S. Exame físico em unidade de internação a pacientes neurológicos. In: CICLO DE DEBATES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO PELO ENFERMEIRO,1,1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1990. p. 36-40.

GEORGE, J.B. Teorias de enfermagem e processo de enfermagem. In: GEORGE, J.B. et col. **Teorias de enfermagem – os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p.333-51.

GUTIERREZ, B.A.O.; SOARES, A.V.N.; ANABUKI, M.H.; NOMURA, F.H. Histórico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.131-63.

HERMIDA, P.M.V.; ARAÚJO, I.E.M. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**; No prelo 2004.

HILBIG, A.; RIBEIRO, M.C. Oculomotricidade. In: NUNES, M.L.; MARRONE, A.C.H. (Org.) **Semiologia neurológica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 205-15.

HORIUCHI, L.N.O.; OHL, R.I.B.; GEDRAITE, M.C.S.; ABRAHÃO, A.R.; MATHEUS, M.C.C.; BOTTA, L.M.M.G. Enfoque do exame físico ministrado pela área de fundamentos de enfermagem. In: CICLO DE DEBATES SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO PELO ENFERMEIRO, 1, 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1990. p.9-16.

HORR, L.; GONÇALVES, L.H.T.; SAUPE, R. O ensino da metodologia assistencial de enfermagem. Departamento de enfermagem – UFSC. **Rev Esc Enf USP**, 21(n. especial):40-54, 1987.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99p.

JARVIS, C. Neurologic system. In: JARVIS, C. **Physical examination and health assessment**. 2 ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1996. p.709-72.

KOIZUMI, M.S. Avaliação neurológica utilizando a Escala de Coma de Glasgow – origem e abrangência. **Acta Paul Enf**, 13(1):90-4, 2000.

KOIZUMI, M.S. Método de avaliação do nível de consciência e interpretação. **Acta Paul Enf**, 3(1):17-24, 1990.

LAMAS, J.L.T.; ARAÚJO, I.E.M.; BAJAY, H.M.; ROSA, K.M.; BIANCHIN, M.R.A.; QUEIROZ, M.C.C. Elaboração e implementação de roteiro de exame físico de enfermagem. In: ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 6, 2002, Campinas, **Programa e Resumos...** São Paulo, 2002, p.21.

LEOPARDI, M. T. O método como objetificação científica na assistência da enfermagem. **Rev Texto & Contexto – Enferm**, 4(1):9-18, 1995.

LEOPARDI, M.T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 228p.

LEOPARDI, M.T.; SANTOS, I.; SENA, R.R. Tendências de enfermagem no Brasil – tecnologias do cuidado e valor da vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, e CONGRESO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10, 1999, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2000. p.147-73.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Tradução de Ivone E. Cabral. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.186-99. Título original: Nursing Research: methods, critical appraisal, and utilization.

MARIA, V.L.R.; DIAS, A.M.C.; SHIOTSU, C.H.; FARIAS, F.A.C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem num hospital especializado. In: CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM,1,1988, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1988. p.59-70.

MARIA, V.L.R.; DIAS, A.M.C.; SHIOTSU, C.H.; FARIAS, F.A.C. Sistematização da assistência de enfermagem no Instituto “Dante Pazzanese” de cardiologia: relato de experiência. **Rev Esc Enf USP**, 21(n.especial):77-87, 1987.

MARRONI, S.P.; PORTUGUEZ, M.W. Fala e linguagem. In: NUNES, M.L.; MARRONE, A.C.H. (Org.) **Semiologia neurológica.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 279-89.

MATTÉ, V.M.; THOFEHRN, M.B.; MUNIZ, R.M. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Rev Gaúch Enferm**, 22(1):101-21, 2001.

MELEIS, A.I. On Nursing Therapeutics. In: MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development & progress.** Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1985. p.275-96.

MELLEIRO, M.M.; FUGULIN, T.M.F.; ROGENSKI, N.M.B.; GONÇALVES, V.L.M. TRONCHIN, D.M.R. 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.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.109-30.

MENDES, M.A.; BASTOS, M.A.R. Processo de enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Rev Bras Enferm**, 56(3):271-6, 2003.

MOHALLEN, A.G.C.; FUGITA, R.M.I. Introdução ao exame físico. In: POSSO, M.B.S. (Org.). **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.1-11.

MONTE, A.D.A.S.; ADAMI, N.P.; BARROS, A.L.B.L. Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em instituições hospitalares. **Acta Paul Enferm**, 14(1):89-97, 2001.

NAKATANI, A.Y.K.; OLIVEIRA, M.G.N.; BACHION, M.M.; PEREIRA, M.S. Metodologia da assistência de enfermagem: estudo do processo operacional em um hospital de ensino. **Rev Enferm UERJ**, 6(1):259-65, 1998.

NORONHA, R.; MARTINO, M.M.F. Avaliação da sistematização da assistência de enfermagem implantada no hospital das clínicas da universidade estadual de Campinas (HC/UNICAMP). **Rev Unicamp**, 5(2):36-42, 1994.

NUNES, A.M.P. Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem ciência e arte. **Rev Texto & Contexto – Enferm**, Florianópolis, 5(1):34-45, 1996.

OLIVEIRA, A.P.F.; WHITAKER, I.Y.; DICCINI, S. Exame pupilar em pacientes com edema periocular. **Acta Paul Enf**, 12(3):84-91, 1999.

OLIVEIRA, C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem na unidade de internação. In: CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM,1,1988, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1988. p.54-8.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice.** 4 ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991. 385p.

OSAWA, C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem em U.T.I. In: CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM,1,1988, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1988. p.46-53.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev Bras Enferm**, 55(4):392-8, 2002.

PINHO, A.P.S.; JÄNISCH, C. Visão. In: NUNES, M.L.; MARRONE, A.C.H. (Org.) **Semiologia neurológica.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p.197-204.

PINTO, C.J.M.; RICARTE, M.C.; GALLANI, M.C.B.J.; COLOMBO, R.C.R. Avaliação da qualidade de um instrumento de coleta de dados em pesquisa. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2, 2003, São Paulo, **Programa Final...** São Paulo, 2003, p.42.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enf**, 13(1/2):83-92, 2000.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Nursing research: principles and methods.** 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1995. 571 p.

PORTO, C.C. Exame neurológico. In: PORTO, C.C. **Exame clínico.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.272-402.

PRADO, M.L.; GELBCKE, F.L. Atendendo as necessidades de cuidado corporal, conforto físico, sono e repouso. In: PRADO, M.L.; GELBCKE, F.L. (Org.). **Fundamentos de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p.277-319.

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001b. p.41-62.

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R.; O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Rev Latino-am Enf**, 9(5):39-46, 2001a.

SANTOS, J.F.; RAMOS, T.A.G. Implementação da metodologia de assistência de enfermagem em UTI(s) – como está e quais os fatores intervenientes. **Rev Baiana de Enferm**, 11(1):47-61, 1998.

SANTOS, N.C.; SOUZA, T.M.S.; HASHIMOTO, M.R.K. A operacionalização do sistema de assistência de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. (Org.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.237-59.

SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, R.M. Consulta de enfermagem à mulher hipertensa: uma tecnologia para educação em saúde. **Rev Bras Enferm**, 56(6):605-9, 2003.

SAUPE, R.; HERR, L. Sistemática de assistência de enfermagem no hospital universitário da UFSC. **Rev Cienc Saúde**, 1(2):9-20, 1982.

SENA, C.A.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A.; RUFFINO, M.C. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Rev latino-am enfermagem**, 9(1):27-38, 2001.

SGAMBATTI, M.S.; SAVONITTI, B.R.A. Sistema neurológico. In: POSSO, M.B.S. (Org.). **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.35-48.

SILVA, S.H.; TAKITO, C.; BARBIERI, D.L. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem no hospital-escola. In: CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1, 1988, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1988. p.41-5.

SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. **Rev Saúde Pública**, 32(4):383-93, 1998.

SOUSA, V.D.; BARROS, A.L.B.L. O ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. **Rev latino-am enfermagem**, 6(3):11-22,1998.

SOUZA, M.F. Método de assistência de enfermagem. In: JUBILEU DE OURO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, 1989, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1989. p.235-40.

THOFEHRN, M.B.; TRAVERSI, M.S.; MUNIZ, R.M.; DUARTE, A.C.; LEITE, M.P. O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. **Rev Gauch Enferm**, 20(1):69-79, 1999.

THOMAZ, V.A.; GUIRARDELLO, E.B. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. **Nursing**, 5:28-32, 2002.

TORRES, G.V.; DAVIM, R.M.B.; NÓBREGA, M.M.L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev latino-am enfermagem**, 7(2):47-53, 1999.

TRENTIN, G.; FERRO, J.B. Trigêmeo. In: NUNES, M.L.; MARRONE, A.C.H. (Org.) **Semiologia neurológica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 217-22.

UTYAMA, I.K.A.; URATANI, M. O ensino do processo de enfermagem: opinião dos enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, 43(1, 2, 3/4):19-25, 1990.

VALE, I.N. A utilização do modelo de autocuidado de Orem na UTI neonatal. **Acta Paul Enf**, 12(2):9-15, 1999.

VIRGÍNIO, N.A.; NÓBREGA, M.M.L. Validação de instrumento de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. **Rev Bras Enferm**, 57(1):53-6, 2004.

WALDOW, V.R. Processo de enfermagem: teoria e prática. **Rev Gaúcha Enferm**, 9(1):14-22, 1988.

10. APÊNDICES

APÊNDICE 1 - FRENTE
ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Procedência: _____
Idade: _____ Estado Civil: _____	Religião: _____ Filhos: _____
Profissão: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Naturalidade: _____
Data de Nascimento: ___/___/___	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analf <input type="checkbox"/> Fund. Inc. <input type="checkbox"/> Fund. Comp. <input type="checkbox"/> Médio Inc.
Profissão: _____	<input type="checkbox"/> Médio Comp. <input type="checkbox"/> Sup. Inc. <input type="checkbox"/> Sup. Comp. <input type="checkbox"/> Pós
Ocupação Atual: _____	Etnia: _____
Internações Anteriores: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Motivo: _____
Unidade de Internação Procedente: _____	
Diagnóstico Médico Atual: _____	
Quarto: _____ Leito: _____	Data e hora de Admissão: ___/___/___ :__
Médico Responsável: _____	

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE

HISTÓRICO DA PATOLOGIA ATUAL
Queixa Principal: _____
Início das Queixas: _____
Evolução do Problema: _____
Manifestações Associadas: _____
O que fez ao perceber os sintomas: _____
Exames realizados: _____
Tratamentos já realizados: _____
Terapêutica complementar usada: _____

HISTÓRICO DA SAÚDE

Histórico da Saúde Pessoal Progressa
Imunizações: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Faltam informações
Doenças: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> H.A.S. <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva <input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> HIV positivo <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar <input type="checkbox"/> Alergias
Outras doenças ou informações: _____
Cirurgias Realizadas: _____
Hospitalizações: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Número de vezes Motivos: _____
Medicamentos já utilizados: <input type="checkbox"/> Corticóides <input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos <input type="checkbox"/> ATB <input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes <input type="checkbox"/> Insulina
<input type="checkbox"/> Anti-depressivos <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RT Outros: _____

Histórico da Saúde Familiar Progressa
Causa da morte de pais/irmãos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____
Ocorrência de: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> H.A.S. <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Cardiopatias
<input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> HIV positivo <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Neurológica
Outras doenças ou informações: _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Padrões de Sono e Repouso
Sono diário: _____ h Problemas do sono: <input type="checkbox"/> Dificuldade de iniciar o sono <input type="checkbox"/> Dificuldade de manter o sono
<input type="checkbox"/> Ronco <input type="checkbox"/> Sonolência diurna Outros: _____
Exercícios Físicos
Pratica esportes/exercícios: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____
Pratica exercícios com recomendação médica e/ou acompanhamento profissional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE 1 - VERSO

Vícios	
<input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Álcool – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Drogas – tipo: _____	
Há quanto tempo: _____ Consumo diário de: _____ Deixou o vício há: _____	
Padrões Nutricionais / Hidratação	
Alimentação	
Alimentos que costuma consumir: _____	
_____ N° refeições diárias: _____	
Alimentos que não consome: _____	
Aversões: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____	
Dieta especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____	
Hidratação	
Consumo diário: <input type="checkbox"/> ≤ 500 ml <input type="checkbox"/> ≤ 1 L <input type="checkbox"/> ≤ 1,5 L <input type="checkbox"/> ≤ 2 L <input type="checkbox"/> > 2 L	
Líquidos que costuma ingerir: <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Chá <input type="checkbox"/> Sucos naturais <input type="checkbox"/> Refrigerante <input type="checkbox"/> Refrescos	
Estilo de Vida	
Ocupação/Lazer: <input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Estuda <input type="checkbox"/> Aposentado Outros: _____	
Dependência financeira: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Independente	
Dependência familiar: <input type="checkbox"/> Por limitação e/ou deficiência física <input type="checkbox"/> Por limitação e/ou deficiência visual <input type="checkbox"/> Por deficiência mental <input type="checkbox"/> Pela idade (adolescentes e idosos)	
Relacionamento Familiar	
Mora com: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Marido/Esposa <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Tios Outros: _____	
Classificação da relação: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima	
Vida sexual ativa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parceiro sexual: <input type="checkbox"/> Apenas 1 <input type="checkbox"/> Mais de 1	
Sexualidade: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
Uso de método contraceptivo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____	
Espiritualidade	
Religião ou crença: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	
Deseja receber ajuda religiosa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	
Ansiedade	
Ansioso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Motivo: _____	
Preocupado: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Motivo: _____	
Medo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Motivo: _____	
Depressão	
<input type="checkbox"/> Exprime tristeza <input type="checkbox"/> Idéias negativas <input type="checkbox"/> Pessimista <input type="checkbox"/> Choroso <input type="checkbox"/> Perda de auto-estima <input type="checkbox"/> Sentimento de desespero ou incapacidade	
Comportamento Emocional	
<input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Nervoso <input type="checkbox"/> Choroso Outros: _____	
Higiene Pessoal	
<input type="checkbox"/> Sujo <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Descuidado <input type="checkbox"/> Mal vestido	
Hospital Governador Celso Ramos – Neurocirurgia	
Enfermeiro(a): _____ COREN: _____	

APÊNDICE 2 - FRENTE

Alterações: Náusea Êmese Hematêmese Hiperglicemia Hipoglicemia Pirose Anorexia
 Estado de hidratação: Hidratado Desidratado Anasarca Descamação da pele

Data	Hora	Características de Nutrição/Hidratação	Enfermeiro

ELIMINAÇÕES/ABDOMEN/GENITÁLIA

Abdome: Plano Globoso Escavado Distendido RHA presente RHA ausente
 Rígido Flácido Timpânico Ascítico
 Alteração anal: Hemorróida Fissura Fístula Sangramento
 Eliminação intestinal: Presente Ausente
 Alterações das fezes: Diarréia Fecaloma Melena Enterorragia
 Alterações da genitália: Edema Hematoma Secreção Sujidades
 Eliminação vesical: Presente Ausente Hemodiálise/diálise
 Alterações da diurese: Disúria Poliúria Oligúria Anúria Hematúria Colúria Piúria
 Urina amarelo-alaranjado Urina amarelo-ouro Presença de grumos
 Lesões/Incisões: Ausente Presente Característica(s): _____

Data	Hora	Características de Eliminações/Abdome/Genitália	Enfermeiro

MOBILIDADE/DEAMBULAÇÃO/EXTREMIDADES/DORSO

Mobilidade no leito/ Deambulação: Presente Ausente Especificar: _____
 Imobilidade/ Deambulação com dificuldade relacionada a:
 Nível de consciência alterado Restrição ao leito P.O Imediato
 Hemiplegia Hemiparesia Hemiparestesia Tetraplegia Tetraparesia
 Tetraparestesia Paraplegia Paraparesia Paraparestesia
 Colar cervical Colete Halo craniano Tração cervical Tração em MMSS
 Tração em MMII Amputação Gesso Tala gessada Fixador externo
 Outras alterações: Tremores Desequilíbrio na marcha Pé equino Edema Local: _____
 Lesões/Incisões: Ausente Presente Característica(s): _____

APÊNDICE 3

GUIA DE APOIO À DECISÃO DO INSTRUMENTO ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Item: **Identificação**

- ✓ **Nome:** anotar o nome do paciente por extenso.
- ✓ **Procedência:** anotar a cidade de residência.
- ✓ **Idade:** anotar a idade em anos do paciente.
- ✓ **Estado civil:** anotar o estado civil entre as possibilidades: solteiro, casado, viúvo, divorciado, separado.
- ✓ **Religião:** anotar a religião que o paciente professa.
- ✓ **Filhos:** anotar a quantidade de filhos do paciente.
- ✓ **Profissão:** anotar a formação profissional.
- ✓ **Sexo:** marcar M para masculino e F para feminino.
- ✓ **Naturalidade:** anotar a cidade natal do paciente.
- ✓ **Data de nascimento:** anotar a data de nascimento do paciente considerando 4 dígitos no ano.
- ✓ **Escolaridade:** marcar a escolaridade do paciente dentre as possibilidades apresentadas.
- ✓ **Ocupação Atual:** anotar a função que o paciente exerce profissionalmente.
- ✓ **Etnia:** anotar a característica identificada através da cor da pele tendo como possibilidades: negro, mulato, amarelo, branco.
- ✓ **Internações anteriores:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não tenha sido internado anteriormente em qualquer instituição hospitalar, ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado em caso positivo.
- ✓ **Motivo:** caso a resposta à questão anterior tenha sido “Sim”, anotar o(s) motivo(s) que levou o paciente a ser internado anteriormente.
- ✓ **Unidade de internação precedente:** caso a resposta da questão “Internações Anteriores” tenha sido positiva, anotar em qual/quais unidade(s) o paciente já foi internado.
- ✓ **Diagnóstico médico atual:** anotar qual o diagnóstico médico desta internação.
- ✓ **Quarto:** anotar o quarto em que se encontra o paciente.
- ✓ **Leito:** anotar em qual leito o paciente se encontra.
- ✓ **Data e hora de admissão:** anotar a data (dia, mês e ano) e hora (hora e minuto) da admissão.
- ✓ **Médico responsável:** anotar o nome completo do médico responsável pelo paciente.

Categoria: **Requisitos de autocuidado nos desvios de saúde**⁴

Item: **Histórico da Patologia Atual**

- ✓ **Queixa principal:** anotar o principal problema relatado pelo paciente.

⁴ Ocorrem quando a pessoa se encontra em situações em que não reage diante de um evento de perda de capacidades, ou não controla suas funções e potenciais de autocuidado, o que exige ações específicas de acordo com a situação em que se encontra.

- ✓ **Início das queixas:** anotar a quanto tempo (dia, mês ou ano) surgiu a queixa principal.
- ✓ **Manifestações associadas:** anotar outros sinais e sintomas ou queixas do paciente.
- ✓ **O que fez ao perceber os sintomas:** anotar as atitudes tomadas pelo paciente diante da queixa principal.
- ✓ **Exames realizados:** anotar os exames médicos realizados no paciente.
- ✓ **Tratamentos já realizados:** anotar os tratamentos médicos realizados no paciente.
- ✓ **Terapêutica complementar usada:** anotar, caso o paciente tenha realizado, qualquer outro tratamento não tradicional, por exemplo, cromoterapia, imposição de mãos, filoterapia, benzeduras, etc.

Item: **Histórico da Saúde**

Subitem: **Histórico da Saúde Pessoal Progressa**

- ✓ **Imunizações:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente tenha recebido todas as vacinas; marcar um “X” dentro do segundo quadrado caso o paciente não tenha recebido todas as vacinas ou, marcar um “X” dentro do terceiro quadrado caso o paciente e/ou família não saiba informar se o paciente recebeu todas as vacinas.
- ✓ **Doenças:** marcar um “X” dentro dos quadrados que correspondam às doenças que o paciente já tenha apresentado durante sua vida. Se o paciente tiver apresentado qualquer outra doença, é necessário especificá-la no campo “Outras doenças ou informações”.
- ✓ **Cirurgias realizadas:** registrar o(s) tipo(s) de cirurgia(s) que o paciente já foi submetido.
- ✓ **Hospitalizações:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não tenha sido hospitalizado pelo menos uma vez ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado caso o paciente já tenha sido hospitalizado. Caso afirmativo, é necessário que no terceiro quadrado seja registrado o número de vezes que o paciente foi hospitalizado, além disso, deve ser registrado ao lado, o(s) motivo(s) pelo(s) qual(is) o paciente esteve hospitalizado.
- ✓ **Medicamentos já utilizados:** marcar um “X” dentro do(s) quadrado(s) que corresponda ao(s) medicamento(s) que o paciente já tenha utilizado. Caso o paciente tenha usado outro(s) medicamento(s) além dos que foram citados, registrar o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) no campo “Outros”.

Subitem: **Histórico da Saúde Familiar Progressa**

- ✓ **Causa da morte de pais/irmãos:** Se não tem mortos, marcar um “X” no quadrado referente, em caso afirmativo especificar a doença responsável pela morte dos pais e/ou irmãos.
- ✓ **Ocorrência de:** marcar um “X” dentro do(s) quadrado(s) que corresponda à ocorrência da(s) doença(s) nos pais e/ou irmãos. Caso tenha acontecido de qualquer outra doença, é necessário especificá-las no campo “Outras doenças ou informações”.

Categoria: **Requisitos de autocuidado Universais**²

Item: **Padrões de Sono e Repouso**

- ✓ **Sono diário:** registrar o número de horas efetivamente dormidas durante a noite e/ou dia.
- ✓ **Problemas do sono:** marcar um “X” dentro cada quadrado caso o paciente apresente ronco, dificuldade de iniciar o sono, dificuldade de manter o sono e/ou sonolência diurna. Se o paciente apresentar qualquer outro problema relacionado ao sono especificá-lo no campo “Outros”.

Item: **Exercícios Físicos**

- ✓ **Pratica esportes/exercícios:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não pratique pelo menos um esporte e/ou exercício físico; ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado caso o paciente pratique esporte e/ou exercício físico. Se sim, é necessário especificar qual o esporte e/ou exercício praticado pelo paciente.
- ✓ **Pratica exercícios com recomendação médica e/ou acompanhamento profissional:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente praticar exercícios com recomendação médica e/ou acompanhamento profissional, ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado em caso negativo.

Item: **Vícios**

- ✓ Marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente considere que a quantidade de café ingerida diariamente seja um vício; marcar um “X” no segundo quadrado se o paciente for fumante de cigarros; marcar um “X” no terceiro quadrado caso o paciente faça uso de álcool. Se afirmativo, é necessário que seja especificado ao lado, o tipo de bebida alcóolica ingerida pelo paciente; e/ou, marcar um “X” dentro do quarto quadrado caso o paciente seja usuário de drogas. Nesse caso é necessário que seja especificado o tipo de droga da qual ele usuário.
- ✓ **Há quanto tempo:** especificar em meses ou anos há quanto tempo o paciente é viciado em uma ou mais substância(s) que tenha sido assinalada acima com um “X”.
- ✓ **Consumo diário:** especificar da melhor forma possível a quantidade consumida diariamente da(s) substância(s) que tenha sido assinalada no item anterior (Ex. quantidade de café em ml, litros, xícaras ou copos; quantidade de cigarro em maço ou

² São as demandas que a espécie humana possui, seja por sua condição biológica ou sócio psicológica, não significando porém que para todos os seres humanos será igual em quantidade e qualidade.

número de cigarros; quantidade de álcool em ml, litros, garrafa ou copo; quantidade de drogas em gramas, ml).

- ✓ **Deixou o vício há:** especificar há quantos dias, meses ou anos o paciente não é mais usuário da(s) substância(s) que tenha sido assinalada com um “X” no item anterior.

Item: **Padrões Nutricionais/Hidratação**

Subitem: **Alimentação**

- ✓ **Alimentos que costuma consumir:** especificar os principais alimentos que o paciente costuma consumir diariamente.
- ✓ **Nº refeições diárias:** especificar o número de refeições que o paciente costuma fazer por dia
- ✓ **Alimentos que não consome:** especificar os principais alimentos que o paciente, apesar de gostar do alimento, não o consome por qualquer outra razão (por exemplo, devido o elevado custo, pelo difícil acesso a esses alimentos, por ter algum problema de saúde que não lhe permite o consumo).
- ✓ **Aversões:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não apresente algum tipo de alimento do qual não gosta ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado se o paciente apresenta aversão a algum tipo de alimento. Se afirmativo, é necessário especificar, ao lado do segundo quadrado, o tipo de alimento que o paciente não consome porque não gosta.
- ✓ **Dieta especial:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não consuma nenhum tipo de dieta especial diariamente ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado se o paciente consome diariamente alguma dieta especial, como por exemplo dieta hipossódica, dieta hipercalórica e hiperprotéica, dieta laxativa, etc. Se afirmativo, é necessário especificar, ao lado do segundo quadrado, o tipo de dieta especial que o paciente consome diariamente.

Subitem: **Hidratação**

- ✓ **Consumo diário:** marcar um “X” dentro de um dos quadrados que corresponda ao valor estimado da ingesta hídrica diária do paciente.
- ✓ **Líquidos que costuma ingerir:** marcar um “X” dentro do(s) quadrado(s) que corresponda ao(s) tipo(s) de líquido(s) ingeridos pelo paciente diariamente.

Item: **Estilo de Vida**

- ✓ **Ocupação/Lazer:** marcar um “X” no quadrado correspondente à atividade desenvolvida pelo paciente. Se o paciente tiver diariamente e/ou semanalmente qualquer outra ocupação ou fonte de lazer (participação em grupo de idosos, pescaria, atividades manuais como crochê, pintura, etc), especificá-la logo abaixo, no campo “Outros”.

- ✓ **Dependência financeira:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente, no aspecto financeiro, for totalmente dependente de outra pessoa; marcar um “X” dentro do segundo quadrado caso o paciente, no aspecto financeiro, seja parcialmente dependente de outra pessoa; ou, marcar um “X” dentro do terceiro quadrado caso o paciente seja independente financeiramente.
- ✓ **Dependência familiar:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado, se o paciente depender de algum membro familiar para realizar suas atividades ou cuidados diários, pelo fato de apresentar uma limitação e/ou deficiência física; marcar um “X” dentro do segundo quadrado, caso o paciente seja dependente de algum membro familiar para realizar suas atividades ou cuidados diários, por apresentar limitação e/ou deficiência visual unilateral e/ou bilateral; marcar um “X” dentro do terceiro quadrado, caso o paciente seja dependente de um membro familiar para realizar suas atividades ou cuidados diários, por ser portador de uma deficiência mental; e/ou, marcar um “X” dentro do quarto quadrado, se o paciente for dependente de um membro familiar para realizar algumas atividades ou cuidados diários, por tratar-se de um adolescente ou idoso.

Item: **Relacionamento Familiar**

- ✓ **Mora com:** marcar um “X” dentro do(s) quadrado(s) que correspondam à(s) pessoas que convivam com o paciente no mesmo domicílio. Caso o paciente more sozinho não marcar “X” em nenhum quadrado. Se o paciente morar com qualquer outra pessoa ou parente, é necessário especificar o grau de parentesco dessa outra pessoa no campo “Outros”.
- ✓ **Classificação da relação:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda a satisfação do paciente quanto a relação que estabelece com a sua família.
- ✓ **Vida sexual ativa:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente considere que tenha uma vida sexual ativa ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado caso contrário.
- ✓ **Parceiro sexual:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente tiver apenas um parceiro sexual atualmente; ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado caso o paciente tenha mais de um parceiro sexual atualmente.
- ✓ **Sexualidade:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda a satisfação do paciente quanto a sua sexualidade.
- ✓ **Uso de método contraceptivo:** marcar um “X” no primeiro quadrado se o paciente não utiliza nenhum tipo de método contraceptivo ou, marcar um “X” no segundo quadrado caso o paciente utilize pelo menos um tipo de método contraceptivo. Caso afirmativo, é necessário que seja especificado, ao lado do segundo quadrado, qual o método utilizado.

Item: **Espiritualidade**

- ✓ **Religião ou crença:** marcar um “X” no primeiro quadrado se não professa nenhuma crença ou religião; caso contrário marcar um “X” no segundo quadrado e especificar ao lado qual a religião ou crença do paciente.
- ✓ **Deseja receber ajuda religiosa:** marcar um “X” no primeiro quadrado se o paciente não desejar receber nenhum tipo de ajuda religiosa; caso contrário marcar um “X” no

segundo quadrado e especificar ao lado qual o tipo de ajuda religiosa que o paciente deseja receber (por exemplo, a visita de um padre ou pastor).

Item: **Ansiedade**

- ✓ **Ansioso:** marcar um “X” no primeiro quadrado caso o paciente não demonstre de nenhuma forma estar ansioso; caso contrário marcar um “X” no segundo quadrado e especificar ao lado o motivo pelo qual o paciente encontra-se ansioso.
- ✓ **Preocupado:** marcar um “X” no primeiro quadrado caso o paciente não demonstre de nenhuma forma estar preocupado; caso contrário, marcar um “X” no segundo quadrado e especificar ao lado o motivo pelo qual o paciente encontra-se preocupado.
- ✓ **Medo:** marcar um “X” no primeiro quadrado caso o paciente não demonstre de nenhuma forma estar com medo; caso contrário, marcar um “X” no segundo quadrado e especificar ao lado o motivo pelo qual o paciente encontra-se com medo.

Item: **Depressão**

- ✓ Marcar um “X” dentro do(s) quadrado(s) que corresponda a forma pela qual o paciente está manifestando um estado de depressão.

Item: **Comportamento Emocional**

- ✓ Marcar um “X” dentro do(s) quadrado(s) que corresponda ao comportamento emocional manifestado pelo paciente. Se o paciente manifestar qualquer outro tipo de comportamento emocional, é necessário que seja especificado no campo “Outros”.

Item: **Higiene Pessoal**

- ✓ Marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente apresente sujidades pelo corpo ou, marcar um “X” dentro do segundo quadrado se a apresentação é adequada.
- ✓ Marcar um “X” dentro do terceiro e/ou quarto quadrado se o paciente estiver aparentemente descuidado e/ou mal vestido, respectivamente.

Notas

- ✓ Registrar no final do instrumento o nome do enfermeiro(a) responsável pelo preenchimento do instrumento, bem como o número do seu COREN.

APÊNDICE 4

GUIA DE APOIO À DECISÃO DO INSTRUMENTO EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

Item: **Identificação**

- ✓ **Nome:** anotar o nome do paciente por extenso.
- ✓ **Internação:** anotar o dia, mês e ano correspondente à admissão do paciente no hospital.
- ✓ **Data:** anotar dia, mês e ano correspondente à abertura do preenchimento do instrumento de exame físico.
- ✓ **Quarto:** anotar o quarto em que se encontra o paciente.
- ✓ **Leito:** anotar em qual leito o paciente se encontra.
- ✓ **Idade:** anotar a idade em anos do paciente.
- ✓ **HD:** anotar qual a hipótese diagnóstica médica desta internação.
- ✓ **Hora:** anotar a hora (hora e minuto) referente ao início do preenchimento do instrumento de exame físico.

Categoria: **Requisitos de autocuidado Universais**⁵

Item: **Sinais Vitais**

- ✓ **PA:** anotar o valor da aferição da pressão arterial do paciente, quando do início do uso de cada instrumento de exame físico.
- ✓ **P:** anotar o valor da aferição do pulso do paciente, quando do início do uso de cada instrumento de exame físico.
- ✓ **T:** anotar o valor da aferição da temperatura do paciente, quando do início do uso de cada instrumento de exame físico.
- ✓ **R:** anotar o valor da aferição da respiração do paciente, quando do início do uso de cada instrumento de exame físico.
- ✓ **PVC:** anotar o resultado da aferição da pressão venosa central do paciente, quando do início do uso de cada instrumento de exame físico. Esse subitem somente deverá ser preenchido se o paciente estiver com PVC instalada.
- ✓ **Fármacos vasoativos:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não esteja em uso de nenhum fármaco vasoativo; caso contrário, marcar um “X” dentro do segundo quadrado e especificar ao lado qual(is) fármaco(s) vasoativo(s) em uso.
- ✓ **Outros fármacos:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não esteja em uso de outros medicamento não vasoativos; ou marcar um “X” dentro do segundo quadrado se o paciente estiver em uso desses outros medicamentos e especificar ao lado qual(is) estão em uso.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações dos valores dos sinais

⁵ São as demandas que a espécie humana possui, seja por sua condição biológica ou sócio-psicológica, não significando porém que para todos os seres humanos será igual em quantidade e qualidade.

vitais e/ou outros dados obtidos a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém os valores estáveis ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Neurológico/Cabeça/Pescoço**

- ✓ **Nível de consciência:** marcar um “X” dentro do quadrado que corresponda ao nível de consciência do paciente no momento do exame físico.
- ✓ **Estado mental:** marcar um “X” dentro do(s) quadrado(s) que corresponda(m) ao estado mental do paciente no momento do exame físico.
- ✓ **ECG:** anotar os valores (em números) correspondentes à pontuação do paciente avaliado pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), devendo apresentar os valores na seguinte seqüência: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Depois de marcados os valores correspondentes, estes deverão ser somados e o resultado da somatória registrado ao lado das três pontuações. Marcar um “X” no primeiro quadrado se o valor final da ECG foi com o paciente estando sob efeito de medicação sedativa; marcar um “X” no segundo quadrado se essa escala foi aplicada a um paciente traqueostomizado; e/ou marcar um “X” no último quadrado se essa escala foi aplicada a um paciente que apresentava edema palpebral bilateral dificultando a abertura ocular no momento da avaliação.
- ✓ **Condições pupilares:** marcar um “X” dentro de apenas um dos primeiros três quadrados que corresponda à simetria das pupilas direita e esquerda; marcar um “X” dentro do 4º, 5º ou 6º quadrado que corresponda ao tamanho das pupilas direita e esquerda; e marcar um “X” dentro de apenas um dos quatro últimos quadrados que correspondam à fotoreação das pupilas direita e esquerda ao estímulo luminoso.
- ✓ **Alterações visuais:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrados que corresponda à alteração visual apresentada pelo paciente no momento.
- ✓ **Alterações auditivas:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrados que corresponda à alteração auditiva apresentada pelo paciente no momento.
- ✓ **Condições da comunicação:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrados que corresponda às condições/qualidade do paciente de se comunicar através das linguagens: verbal, gestual e escrita; e/ou marcar um “X” no último quadrado se o paciente apresenta dificuldade de compreensão no processo de comunicação.
- ✓ **Alterações da fala:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrados que corresponda à alteração da fala apresentada pelo paciente.
- ✓ **Cavidade oral:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrados que corresponda às condições da cavidade oral apresentadas pelo paciente no momento.
- ✓ **Lesões/incisões:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente não apresentar nenhuma lesão ou incisão na cabeça ou pescoço; caso contrário, sublinhar o item que o paciente apresenta (lesões ou incisões), marcar um “X” dentro do segundo quadrado e especificar ao lado, suas características em relação à localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.
- ✓ **Gânglios no pescoço:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente não apresentar nenhum gânglio palpável no pescoço; caso contrário, marcar um “X” dentro do segundo quadrado e especificar ao lado, as características desse gânglio em relação ao tamanho e localização.

- ✓ **Higiene prejudicada em:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda ao local onde as condições de limpeza estejam regular ou ruim.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação à função neurológica/cabeça/pescoço, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Respiratório/Tórax/Pulmões**

- ✓ **Tipo de respiração (Terapia de Oxigênio):** marcar um “X” dentro de apenas um dos quadrados que corresponda ao tipo de respiração ou terapêutica de oxigênio que o paciente esteja submetido; pode ser marcado um “X” dentro do segundo quadrado associado a qualquer outro.
- ✓ **Alterações:** marcar um “X” dentro do primeiro ou do segundo quadrado caso o paciente apresente tosse seca ou produtiva, respectivamente; e/ou marcar um “X” dentro dos demais quadrados caso o paciente apresente as outras alterações sugeridas. Se for marcado “X” dentro do último quadrado, é necessário especificar abaixo as características da secreção traqueal apresentada pelo paciente em relação à quantidade e aspecto.
- ✓ **Padrão respiratório/ritmo:** marcar um “X” dentro de apenas um dos quatro primeiros quadrados que corresponda ao padrão respiratório do paciente; e marcar outro “X” dentro do penúltimo ou último quadrado que represente o ritmo de respiração apresentada pelo paciente.
- ✓ **Expansão torácica:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente apresente expansão simétrica do lado direito e esquerdo do tórax; caso contrário, marcar um “X” dentro do segundo quadrado. Marcar um “X” dentro do terceiro ou do quarto quadrado caso o paciente apresente expansão do tórax superficial ou profunda durante o movimento de inspiração, respectivamente.
- ✓ **Lesões/incisões:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente não apresentar nenhuma lesão ou incisão no tórax; caso contrário, sublinhar o item que o paciente apresenta (lesões ou incisões), marcar um “X” dentro do segundo quadrado e especificar ao lado, suas características em relação à localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação à função respiratória/tórax/pulmões, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Cardiovascular**

- ✓ **Coloração da pele:** marcar um “X” dentro do primeiro ou segundo quadrado caso o paciente apresente pele acianótica ou cianótica, respectivamente; marcar um “X” dentro do terceiro ou quarto quadrado se o paciente apresentar coloração da pele descorada ou hipocorada, respectivamente; e marcar um “X” dentro do último quadrado caso o paciente apresente a pele com icterícia.
- ✓ **Perfusão periférica:** marcar um “X” dentro do quadrado que corresponda à condição de perfusão de sangue nas extremidades apresentada pelo paciente.
- ✓ **Temperatura da pele:** marcar um “X” dentro do quadrado que corresponda ao grau de aquecimento e umidade da pele apresentado pelo paciente.
- ✓ **Pulso periférico:** marcar um “X” dentro do primeiro ou segundo quadrado caso o paciente apresente pulso periférico rítmico ou arritmico, respectivamente; e marcar um “X” dentro do terceiro e quarto quadrado se o paciente apresentar pulso periférico cheio ou filiforme, respectivamente.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação à função cardiovascular, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Nutrição/Hidratação**

- ✓ **Aceitação alimentar:** marcar um “X” em apenas um dos quadrados que corresponda ao grau de aceitação alimentar do paciente; e marcar um “X” dentro do último quadrado caso o paciente esteja em jejum (dieta zero) por recomendação médica ou motivo de cirurgia/exame.
- ✓ **Dificuldade de mastigação/deglutição:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não tenha nenhuma dificuldade no processo de mastigação e/ou deglutição; caso contrário, marcar um “X” dentro do segundo quadrado e especificar ao lado, se a dificuldade é apenas de mastigação, de deglutição ou ambas.
- ✓ **Alterações:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda a alteração apresentada pelo paciente.
- ✓ **Estado de hidratação:** marcar um “X” dentro do primeiro ou do segundo quadrado caso o paciente esteja hidratado ou desidratado, respectivamente; e/ou marcar um “X” dentro do(s) demais quadrado(s) se o paciente apresentar as outras alterações.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação à nutrição/hidratação, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Eliminações/Abdome/Genitália**

- ✓ **Abdome:** marcar um “X” dentro de apenas um dos quatro primeiros quadrados que corresponda à característica do abdome do paciente à inspeção; marcar um “X” dentro do 5º ou 6º quadrado caso o paciente tenha ruídos hidroaéreo presente ou ausente à ausculta, respectivamente; marcar um “X” dentro do 7º ou 8º quadrado se o paciente apresentar abdome rígido ou flácido à palpação, respectivamente; e marcar um “X” dentro do penúltimo ou último quadrado caso o paciente apresente abdome timpânico ou ascítico à percussão, respectivamente.
- ✓ **Alteração anal:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda à alteração anal apresentada pelo paciente.
- ✓ **Eliminação intestinal:** marcar um “X” no primeiro quadrado caso o paciente tenha evacuação no dia; caso contrário, um “X” no segundo quadrado.
- ✓ **Alterações das fezes:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à alteração das características das fezes apresentada pelo paciente.
- ✓ **Alterações da genitália:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda à alteração no órgão genital.
- ✓ **Eliminação vesical:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente tenha diurese presente; caso contrário, um “X” no segundo quadrado; ou marcar um “X” no último quadrado caso o paciente esteja fazendo tratamento de hemodiálise ou diálise.
- ✓ **Alterações da diurese:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda à alteração na eliminação de urina apresentada pelo paciente.
- ✓ **Lesões/incisões:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente não apresentar nenhuma lesão ou incisão no abdome, genitália, períneo ou ânus; caso contrário, sublinhar o item que o paciente apresenta (lesões ou incisões), marcar um “X” dentro do segundo quadrado e especificar ao lado, suas características em relação à localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação às eliminações/abdome/genitália, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: Mobilidade/Deambulação/Extremidade/Dorso

- ✓ **Mobilidade no leito/deambulação:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente consiga se mobilizar sozinho no leito e deambular; caso contrário, marcar um “X” no segundo quadrado e especificar ao lado, se o paciente não consegue se mobilizar no leito, deambular ou ambos.
- ✓ **Imobilidade/deambulação com dificuldade relacionada à:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda a alteração motora apresentada pelo paciente; marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à alteração sensitiva apresentada pelo paciente; marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda ao aparelho ortopédico que esteja dificultando a mobilidade e a

deambulação do paciente; e marcar um “X” dentro do quadrado referente a amputação, caso seja o motivo da dificuldade do paciente para se mobilizar ou deambular.

- ✓ **Outras alterações:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda à outras alterações apresentadas pelo paciente; se for marcado um “X” dentro de edema, é necessário especificar ao lado, o local onde está situado.
- ✓ **Lesões/incisões:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado se o paciente não apresentar nenhuma lesão ou incisão nos MMSS, MMII ou dorso; caso contrário, sublinhar o item que o paciente apresenta (lesões ou incisões), marcar um “X” dentro do segundo quadrado e especificar ao lado, suas características em relação à localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação à mobilidade/deambulação/extremidade/dorso, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Competência para o Autocuidado**

- ✓ **Higiene corporal:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à capacidade do paciente desempenhar sua higiene corporal.
- ✓ **Higiene oral:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à capacidade do paciente desempenhar sua higiene oral.
- ✓ **Tricotomia facial:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à capacidade do paciente realizar sua tricotomia facial, no caso de ser paciente do sexo masculino.
- ✓ **Vestimenta:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à capacidade do paciente em vestir-se.
- ✓ **Alimentação:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à capacidade do paciente em alimentar-se.
- ✓ **Eliminações:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à capacidade do paciente realizar suas eliminações.
- ✓ **Deambulação/mobilidade:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda à capacidade do paciente para deambular ou mobilizar-se no leito.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação à sua competência para o autocuidado, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Procedimentos**

- ✓ **Derivações:** marcar um “X” dentro do quadrado que corresponda ao tipo de derivação instalada no paciente e registrar ao lado, o dia e mês da instalação de cada uma delas.
- ✓ **Cateteres:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente tenha apenas acesso venoso central; ou um “X” dentro do segundo quadrado se o paciente tiver somente acesso venoso periférico; pode ser marcado um “X” dentro de ambos os quadrados, caso o paciente tenha acesso venoso central e periférico. Registrar ao lado, o dia, mês de cada punção venosa e o local(is) onde foi puncionado (exemplo: MSD = membro superior direito, MSE = membro superior esquerdo, MID = membro inferior direito, cateter venoso central na jugular D = direita, cateter venoso central na subclávia E = esquerda, dissecação de veia no MSE).
- ✓ **Sondagens:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda ao tipo de sondagem instalada no paciente para alimentação (SNG ou SNE), para diurese (SVD ou SV alívio) e/ou sondagem para aspiração traqueal. Registrar ao lado o dia e mês da instalação de cada sonda.
- ✓ **Irrigações:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente esteja com irrigação contínua; ou um “X” no segundo quadrado se a irrigação for intermitente. Registrar ao lado o dia e mês da instalação da irrigação e o local onde ela está instalada.
- ✓ **Outros:** marcar um “X” dentro do quadrado que corresponda a outros procedimentos aos quais o paciente está sendo submetido. Se marcar um “X” dentro do último quadrado, é necessário especificar ao lado o tipo de exame ao qual o paciente está sendo submetido.
- ✓ **Curativos:** marcar um “X” dentro do primeiro quadrado caso o paciente não tenha curativos; caso contrário, um “X” dentro do segundo quadrado e registrar ao lado, o local do curativo e suas características (aspecto, presença de secreção, odor).
- ✓ **Drenagens:** marcar um “X” dentro de um ou mais quadrado que corresponda ao tipo de dreno colocado no paciente. Registrar ao lado o dia e mês da colocação do dreno e o local onde ele está fixado. Especificar abaixo as características (volume, cor, odor) da drenagem.
- ✓ **Eliminações:** marcar um “X” dentro do primeiro e/ou segundo quadrado caso o paciente faça uso de fraldão ou dispositivo para incontinência urinária (jontex/uropen), respectivamente.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação aos procedimentos, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Outras anormalidades/informações**

- ✓ É um espaço para descrição de qualquer outro tipo de anormalidade ou informação que o enfermeiro encontre e seja pertinente registrar.

OBSERVAÇÃO: cada uma das linhas que se seguem, corresponde a um dia de internação; em cada uma delas, serão anotadas as alterações do paciente em relação às outras anormalidades/informações, apresentadas a cada dia. Caso o paciente não

apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Devem ser registrados também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

Item: **Data da saída**

- ✓ **Data da saída:** registrar o dia, mês e ano em que o paciente deixou a Unidade de Neurocirurgia.
- ✓ **Motivo:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que justifique o motivo pelo qual o paciente saiu da Unidade de Neurocirurgia, onde ele estava internado.

Escala de Coma de Glasgow: pode ser utilizada sempre que for necessário, servindo como um guia de referência no preenchimento do quesito ECG, que consta dentro do item “Neurológico/Cabeça/Pescoço”.

Legenda para preenchimento: pode ser utilizada sempre que o enfermeiro não reconhecer algumas das siglas apresentadas no instrumento do exame físico.

Notas

- ✓ Registrar no final do instrumento o nome do enfermeiro(a) responsável pelo preenchimento do instrumento, bem como o número do seu COREN.
- ✓ Ao término do preenchimento do instrumento de Exame Físico, após aproximadamente 10 dias, um novo instrumento de igual teor deverá ser preenchido diariamente até que o paciente receba alta hospitalar.

APÊNDICE 5 – FRENTE

ANÁLISE DO INSTRUMENTO – ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

ITEM ANALISADO	ORGANIZAÇÃO		OBJETIVIDADE		CLAREZA		FACILIDADE DE LEITURA		COMPREENSÃO DO CONTEÚDO	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Identificação										
Hist. da Patologia Atual										
Histórico da Saúde										
Padrões de Sono e Repouso										
Exercícios físicos										
Vícios										
Padrões Nutricionais/Hidratação										
Estilo de Vida										
Relacionamento Familiar										
Espiritualidade										
Ansiedade										
Depressão										
Comportamento Emocional										
Higiene Pessoal										

APÊNDICE 5 - VERSO

Itens necessários, porém ausentes no instrumento	
Itens desnecessários no instrumento	
Comentários e/ou Sugestões	

APÊNDICE 6 – FRENTE

ANÁLISE DO INSTRUMENTO – EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

ITEM ANALISADO	ORGANIZAÇÃO		OBJETIVIDADE		CLAREZA		FACILIDADE DE LEITURA		COMPREENSÃO DO CONTEÚDO	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Identificação										
Sinais Vitais										
Neurológico/Cabeça/ Pescoço										
Respiratório/Tórax/ Pulmões										
Circulatório/ Cardiovascular										
Nutrição/Hidratação										
Eliminações/Abdome/ Genitália										
Mobilidade/Deambulação/ Extremidades/Dorso										
Competência para o autocuidado										
Procedimentos										
Outras Anormalidades/ Informações										
Escala de Coma de Glasgow										
Legenda para preenchimento										

APÊNDICE 6 - VERSO

Itens necessários, porém ausentes no instrumento	
Itens desnecessários no instrumento	
Comentários e/ou sugestões	

APÊNDICE 7 - FRENTE

ANÁLISE DOS GUIAS DE APOIO À DECISÃO

GUIA ANALISADO	ORGANIZAÇÃO		OBJETIVIDADE		CLAREZA		FACILIDADE DE LEITURA		COMPREENSÃO DO CONTEÚDO	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Guia de apoio à decisão da Entrevista de Enfermagem										
Guia de apoio à decisão do Exame Físico de Enfermagem										
Itens necessários, porém ausentes no instrumento										

APENDICE 8 - FRENTE
ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

1. FATORES PESSOAIS E CONDICIONANTES BÁSICOS	
Nome: _____	Nº registro: _____
Procedência: _____	Idade: _____ Estado Civil: _____ Filhos: _____
Profissão: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Naturalidade: _____
Data de Nascimento: ___/___/___	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analf. <input type="checkbox"/> Fund. Inc. <input type="checkbox"/> Fund. Comp. <input type="checkbox"/> Médio Inc.
Profissão: _____	<input type="checkbox"/> Médio Comp. <input type="checkbox"/> Sup. Inc. <input type="checkbox"/> Sup. Comp. <input type="checkbox"/> Pós
Ocupação Atual: _____	Etnia: _____
Internações Anteriores: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Motivo: _____
Unidade de Internação Procedente: _____	
Diagnóstico Médico Atual: _____	
Quarto: _____	Leito: _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___
Médico Responsável: _____	
2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE	
Queixa Principal: _____	
Início das Queixas: _____	
Evolução do Problema: _____	
Manifestações Associadas: _____	
O que fez ao perceber o problema: _____	
Exames realizados: _____	
Tratamentos convencionais já realizados: _____	
Terapêutica complementar usada: _____	
3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAIS	
3.1. Antecedentes pessoais	
Imunizações: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Faltam informações	
Doenças: <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Crise Convulsiva <input type="checkbox"/> Alergias	
<input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> HIV positivo <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar <input type="checkbox"/> Cardiopatia	
Outras doenças ou informações: _____	
Cirurgias Realizadas: _____	
Hospitalizações: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Número de vezes Motivos: _____	
Medicamentos já utilizados: <input type="checkbox"/> Corticóides <input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos <input type="checkbox"/> Antibióticos <input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes <input type="checkbox"/> Insulina	
<input type="checkbox"/> Anti-depressivos <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Outros: _____	
3.2. Antecedentes familiar	
"Causa Mortis" de pais/irmãos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____	
Ocorrência de doenças na Família: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Câncer	
<input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Cardiopatias	
<input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> HIV positivo <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Neurológica	
Outras doenças ou informações: _____	
4. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS	
4.1. Padrões de Sono e Repouso	
Sono diário: _____ h Problemas do sono: <input type="checkbox"/> Dificuldade de iniciar o sono <input type="checkbox"/> Dificuldade de manter o sono	
<input type="checkbox"/> Ronco <input type="checkbox"/> Sonolência diurna Outros: _____	
4.2. Exercícios Físicos	
Pratica exercícios com recomendação profissional: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	

APENDICE 8 - VERSO

<p>4.3. Hábitos</p> <p><input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Álcool – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Drogas – tipo: _____</p> <p>Há quanto tempo: _____ Consumo diário de: _____ Deixou o vício há: _____</p>
<p>4.4. Padrões Nutricionais / Hidratação</p> <p>4.4.1. Alimentação</p> <p>Alimentos que costuma consumir: _____</p> <p align="right">Nº refeições diárias: _____</p> <p>Alimentos que não tem possibilidade de consumir: _____</p> <p>Aversões: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____</p> <p>Dieta especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____</p>
<p>4.4.2. Hidratação</p> <p>Consumo diário: <input type="checkbox"/> ≤ 500 ml <input type="checkbox"/> ≤ 1 L <input type="checkbox"/> ≤ 1,5 L <input type="checkbox"/> ≤ 2 L <input type="checkbox"/> > 2 L</p> <p>Líquidos que costuma ingerir: <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Chá <input type="checkbox"/> Sucos naturais <input type="checkbox"/> Refrigerante</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Café</p>
<p>4.5. Atividade Diária</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Estuda <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____</p>
<p>4.6. Participação ou Dependência Familiar</p> <p>Financeira: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Independente</p> <p>Nas atividades ou cuidados diários: <input type="checkbox"/> Por limitação e/ou deficiência física <input type="checkbox"/> Pela idade</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Por limitação e/ou deficiência visual <input type="checkbox"/> Por deficiência mental</p> <p align="center">Grau de parentesco do cuidador: _____</p>
<p>4.7. Relacionamento Familiar</p> <p>Reside com: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Marido/Esposa <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Tios <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Classificação da relação: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima</p> <p>Vida sexual ativa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parceiro sexual: <input type="checkbox"/> Apenas 1 <input type="checkbox"/> Mais de 1</p> <p>Sexualidade: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>Uso de método contraceptivo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____</p>
<p>4.8. Espiritualidade</p> <p>Religião ou crença: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____</p> <p>Deseja receber ajuda religiosa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____</p>
<p>4.9. Segurança Emocional</p> <p><input type="checkbox"/> Sentimento de medo <input type="checkbox"/> Temor <input type="checkbox"/> Apreensão e/ou comportamento de negação <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Fuga</p> <p><input type="checkbox"/> Relatos de pânico/obsessões <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Preocupação</p> <p><input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Tagarelice <input type="checkbox"/> Excitação excessiva <input type="checkbox"/> Tensão facial <input type="checkbox"/> Voz trêmula</p> <p><input type="checkbox"/> Retraimento social <input type="checkbox"/> Afeto diminuído <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>4.10. Higiene Pessoal</p> <p><input type="checkbox"/> Sujo <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Descuidado <input type="checkbox"/> Mal vestido</p>
<p>4.11. Informações Adicionais</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Enfermeiro(a): _____ COREN: _____</p>

+

APENDICE 9 - VERSO

Data	Hora	Características do Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço	Enfermeiro

2.3. SISTEMA RESPIRATÓRIO/TÓRAX/PULMÕES

- 2.3.1. Tipo respiratório: Espontânea Com auxílio Mecânica
- 2.3.2. Oxigenioterapia: Nebulização Cateter O₂ Cânula nasal Macronebulização
- 2.3.3. Padrão Respiratório: Eupneico Dispneico Taquipneico Bradipneico
 Hiperpneico Hiperventilação Hipoventilação
- 2.3.4. Ritmo: Regular Irregular Biot Kussmaul Cheyne-Stokes
- 2.3.5. Expansão torácica: Simétrica Assimétrica Superficial Profunda
- 2.3.6. Alterações: Tosse seca Tosse produtiva sem expectoração Tosse produtiva com expectoração
 Expectoração Secreções Respiração ruidosa
- 2.3.7. Ausculta: _____
- 2.3.8. Lesões/Incisões: Ausente Presente Característica(s): _____

Data	Hora	Características do Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões	Enfermeiro

2.4. SISTEMA CARDIOVASCULAR

- 2.4.1. Ausculta cardíaca: _____
- 2.4.2. Enchimento capilar: Normal Diminuído
- 2.4.3. Pulsos periféricos: Palpáveis Não palpáveis Rítmico Arrítmico Cheio Filiforme
- 2.4.4. Coloração da pele: rósea Hipocorada Pálida Rubor Cianótica Ictérica
- 2.4.5. Temperatura da pele: Aquecida Fria
- 2.4.6. Umidade da Pele: Úmida Seca Sudoréica

Data	Hora	Características do Sistema Cardiovascular	Enfermeiro

APÊNDICE 10 - FRENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: “Desenvolvimento e validação de instrumentos para sistematizar a assistência de enfermagem ao paciente neurocirúrgico”

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Patrícia Madalena Vieira Hermida
Mestranda em Enfermagem pelo Deptº de
Enfermagem - FCM / Unicamp

ORIENTADORA: Profª Dra. Izilda Esmênia Muglia Araújo
Departamento de Enfermagem – FCM / Unicamp

Eu, _____,

RG.: _____,

Residente à Rua: _____

concordo em participar da pesquisa supra citada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma, descritos a seguir.

1 – JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O processo de enfermagem, cuja primeira etapa consiste de Entrevista de Enfermagem e Exame Físico é um método que guiado por um modelo assistencial deu origem à terminologia Sistematização da Assistência de Enfermagem, empregada no universo do conhecimento científico e da prática da enfermagem na atualidade.

A sistematização da assistência de enfermagem através do processo de enfermagem tem sido alvo de trabalhos acadêmicos e de experiências práticas de enfermeiros em algumas instituições. Porém, ainda no século XXI a enfermagem na prática encontra-se muito voltada a cuidar do paciente seguindo recomendações e condutas médicas.

Após a iniciativa e investimento do COREN-SP, em 1999, de implantar o processo de enfermagem de forma definitiva nas instituições de saúde públicas e privadas em todo o Estado, a Resolução COFEN nº 272/2002, surgiu como uma medida de apoio legal para a implementação dessa prática no âmbito nacional, dispondo sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Ela trata no seu Art. 1º sobre a função privativa do enfermeiro de implantar, planejar, organizar, executar e avaliar o processo de enfermagem, o qual compreende: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

As dificuldades encontradas na implementação do processo de enfermagem na prática, como forma de sistematizar a assistência, bem como àquelas relacionadas ao ensino do processo de enfermagem na graduação, são apontadas por enfermeiros e docentes em diversos trabalhos científicos em âmbito nacional.

APÊNDICE 10 - VERSO

Considerando a relevância que vêm sendo atribuída ao tema, em prol de mais qualidade na assistência de enfermagem, além das dificuldades de implementação da sistematização da assistência de enfermagem e o interesse dos enfermeiros da Unidade de Neurocirurgia, onde a pesquisadora trabalhou, em implementar a sistematização, corroboram a importância da realização deste estudo.

2 – OBJETIVOS DA PESQUISA

Desenvolver, validar e verificar a confiabilidade dos instrumentos de Entrevista de Enfermagem e Exame Físico para a assistência de enfermagem ao paciente neurocirúrgico, guiado pelo referencial teórico de Dorothéa Orem.

3 – PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDA

Enquanto paciente internado na unidade hospitalar onde está sendo realizado este estudo, você participará respondendo algumas perguntas que a pesquisadora ou enfermeira colaboradora fará para você, quanto ao seu estado de saúde e de doença. Elas registrarão no instrumento Entrevista de Enfermagem essas informações que você fornecerá as mesmas.

Você participará permitindo que a pesquisadora ou enfermeira colaboradora realize um exame físico em você e registre os dados deste exame no instrumento Exame Físico. A enfermeira garantirá a você privacidade no momento do exame.

Você participará de forma voluntária neste estudo e terá a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, sabendo de antemão que elas serão usadas com a finalidade única de divulgação e publicação científica, sempre garantindo sua privacidade.

Não haverá benefícios diretos desta pesquisa para você. No entanto, este estudo poderá estar promovendo, posteriormente, uma melhor qualidade da assistência a pacientes neurocirúrgicos internados em instituições de saúde que adotarem os instrumentos de coleta de dados desta pesquisa.

4 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo baseado no desenvolvimento, validação de conteúdo e verificação da confiabilidade dos instrumentos (Entrevista de Enfermagem e Exame Físico) para a assistência de enfermagem, considerado de risco menor que o mínimo, uma vez que nenhum procedimento invasivo ou potencialmente lesivo lhe será aplicado. No entanto, por serem coletadas informações pessoais e de caráter sigiloso, e que eventualmente poder-lhe-iam trazer algum prejuízo, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário.

APÊNDICE 10 - FRENTE

5 – OUTRAS INFORMAÇÕES

Não haverá compensações financeiras para sua participação nesta pesquisa.

A sua não concordância em participar não lhe acarretará nenhuma sanção ou prejuízo, e não haverá qualquer insistência por parte do responsável pela pesquisa contra sua não anuência. Você poderá desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento que desejar.

Reforçamos o caráter sigiloso e confidencial das suas informações e o seu uso com a finalidade única de divulgação e publicação científica. Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM – UNICAMP, pelo telefone: (019) 3788-8936, ou diretamente com a responsável pela pesquisa pelo número: (019) 3788-8823.

Campinas, ____/____/____.

Assinatura do participante

Prof^ª Dra. Izilda Esmênia Muglia Araújo
Dept^o Enfermagem – FCM – UNICAMP
Fone: (019) 3788-8840

Patrícia Madalena Vieira Hermida
Dept^o Enfermagem – FCM – UNICAMP
Fone: (019) 3788-8823

APÊNDICE 11

ANÁLISE DO INSTRUMENTO ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

ITEM ANALISADO	ORGANIZAÇÃO				OBJETIVIDADE				CLAREZA				FACILIDADE DE LEITURA				COMPREENSÃO DO CONTEÚDO			
	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4
A - Identificação	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
B - Histórico da Patologia Atual	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
C - Histórico da Saúde	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
D - Padrões de Sono e Repouso	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
E - Exercícios Físicos	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
F - Vícios	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
G - Padrões Nutricionais/Hidratação	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
H - Estilo de Vida	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
I - Relacionamento Familiar	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
J - Espiritualidade	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
K - Ansiedade	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
L - Depressão	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
M - Comportamento Emocional	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
N - Higiene Pessoal	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

ANÁLISE DO INSTRUMENTO EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

ITEM ANALISADO	ORGANIZAÇÃO				OBJETIVIDADE				CLAREZA				FACILIDADE DE LEITURA				COMPREENSÃO DO CONTEÚDO			
	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4
A - Identificação	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
B - Sinais Vitais	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
C - Neurológico/Cabeça/Pescoço	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
D - Respiratório/Tórax/Pulmões	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
E - Circulatório/Cardiovascular	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
F - Nutrição/Hidratação	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
G - Eliminações/Abdome/Genitália	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
H - Mobilidade/Deambulação/Extremidade/Dorso	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
I - Competência para o autocuidado	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
J - Procedimentos	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
K - Outras Anormalidades/Informações	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
L - Escala de Coma de Glasgow	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
M - Legenda para preenchimento	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

ANÁLISE DOS GUIAS DE APOIO À DECISÃO DOS INSTRUMENTOS

GUIA ANALISADO	ORGANIZAÇÃO				OBJETIVIDADE				CLAREZA				FACILIDADE DE LEITURA				COMPREENSÃO DO CONTEÚDO			
	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4	J1	J2	J3	J4
Guia do Instrumento Entrevista de Enfermagem	S	N	S	S	N	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Guia do Instrumento Exame Físico de Enf.	S	N	S	S	N	N	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

APÊNDICE 12 - FRENTE

GUIA DE APOIO À DECISÃO DO INSTRUMENTO ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

1. Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos

- ✓ **Nome:** anotar o nome do paciente por extenso.
- ✓ **Número de registro:** registrar o número de registro do paciente no hospital.
- ✓ **Procedência:** anotar a cidade de residência.
- ✓ **Idade:** anotar a idade em anos do paciente.
- ✓ **Estado civil:** anotar o estado civil entre as possibilidades: solteiro, casado, viúvo, divorciado, separado.
- ✓ **Filhos:** anotar a quantidade de filhos do paciente.
- ✓ **Profissão:** anotar a formação profissional.
- ✓ **Sexo:** marcar “M” para masculino e “F” para feminino.
- ✓ **Naturalidade:** anotar a cidade onde o paciente nasceu.
- ✓ **Data de nascimento:** anotar a data de nascimento considerando 4 dígitos no ano.
- ✓ **Escolaridade:** marcar a escolaridade dentre as possibilidades: analfabeto (Analf.); ensino fundamental incompleto (Fund. Inc.); ensino fundamental completo (Fund.Comp.); ensino médio incompleto (Médio Inc.); ensino médio completo (Médio Comp.); ensino superior incompleto (Sup. Inc.); ensino superior completo (Sup. Comp.); Pós-graduação (Pós).
- ✓ **Ocupação Atual:** anotar a função que o paciente exerce profissionalmente.
- ✓ **Etnia:** anotar a cor da pele. Possibilidades: negro, pardo, amarelo, vermelho ou branco.
- ✓ **Internações anteriores:** marcar com um “X” se o paciente esteve ou não internado anteriormente em qualquer instituição hospitalar.
- ✓ **Motivo:** caso a resposta à questão anterior tenha sido “Sim”, anotar o(s) motivo(s) que levou o paciente a ser internado anteriormente.
- ✓ **Unidade de internação procedente:** caso a resposta da questão “Internações Anteriores” tenha sido positiva, anotar em qual/quais unidade(s) o paciente já foi internado.
- ✓ **Diagnóstico médico atual:** anotar qual o diagnóstico médico desta internação.
- ✓ **Quarto:** anotar o quarto em que se encontra o paciente.
- ✓ **Leito:** anotar em qual leito o paciente se encontra.
- ✓ **Data:** anotar a data (dia, mês e ano) da admissão.
- ✓ **Hora:** anotar a hora (hora e minuto) da admissão.
- ✓ **Médico responsável:** anotar o nome completo do médico responsável pelo paciente.

2. Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde⁶

- ✓ **Queixa principal:** anotar o principal problema relatado pelo paciente.
- ✓ **Início das queixas:** anotar a quanto tempo (dia, mês ou ano) surgiu a queixa principal.

⁶ Ocorrem quando a pessoa se encontra em situações em que não reage diante de um evento de perda de capacidades, ou não controla suas funções e potenciais de autocuidado, o que exige ações específicas de acordo com a situação em que se encontra.

- ✓ **Evolução do problema:** anotar como o problema vem se desenvolvendo, por exemplo, intensidade da dor aumentada na última semana, deambulação somente com auxílio de muletas no último mês.
- ✓ **Manifestações associadas:** anotar outros sinais e sintomas ou queixas do paciente.
- ✓ **O que fez ao perceber o problema:** anotar as atitudes tomadas pelo paciente diante da queixa principal.
- ✓ **Exames realizados:** anotar os exames médicos realizados no paciente.
- ✓ **Tratamentos convencionais já realizados:** anotar os tratamentos médicos realizados.
- ✓ **Terapêutica complementar usada:** anotar, caso o paciente tenha realizado, qualquer outro tratamento não convencional, por exemplo, cromoterapia, benzeduras, etc.

3. Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais⁷

3.1. Antecedentes Pessoais

- ✓ **Imunizações:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a situação de vacinação do paciente; caso o paciente e/ou família não saibam informar se o paciente recebeu todas as vacinas assinalar a alternativa “faltam informações”.
- ✓ **Doenças:** marcar um “X” nas alternativas que correspondam às doenças que o paciente já teve durante sua vida. Se o paciente tiver apresentado qualquer outra doença, é necessário especificá-la no campo “Outras doenças ou informações”.
- ✓ **Cirurgias realizadas:** registrar o(s) tipo(s) de cirurgia(s) que o paciente já foi submetido.
- ✓ **Hospitalizações:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a situação de internação do paciente. Caso o paciente já tenha sido hospitalizado, é necessário registrar o número internações e o(s) motivo(s) das mesmas.
- ✓ **Medicamentos já utilizados:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao medicamento que o paciente já tenha utilizado. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Especificar no campo “Outros” o nome de outros medicamentos que o paciente tenha feito uso e que não estejam citados nas alternativas.

3.2. Antecedentes Familiar

- ✓ **“Causa Mortis” de pais/irmãos:** Se os pais e irmãos são vivos, marcar apenas um “X” na alternativa “Não”; ao contrário, se algum deles for morto marcar um “X” na alternativa “Sim” e especificar a doença responsável pela morte.
- ✓ **Ocorrência doenças na família:** marcar “X” na opção da doença que tenha acometido os pais e/ou irmãos. Pode ser assinalada mais de uma opção. Caso tenha acontecido qualquer outra doença não citada, especificá-la no campo “Outras doenças ou informações”.

⁷ São as demandas que ocorrem durante as adaptações relacionadas às situações normais ou crises durante o ciclo vital.

4. Requisitos de Autocuidado Universais⁸

4.1. Padrões de Sono e Repouso

- ✓ **Sono diário:** registrar o número de horas efetivamente dormidas durante a noite e/ou dia.
- ✓ **Problemas do sono:** marcar um “X” na alternativa que represente o problema de sono do paciente. Se o paciente apresentar qualquer outro problema relacionado ao sono não citado, especificá-lo no campo “Outros”.

4.2. Exercícios Físicos

- ✓ **Pratica exercícios com recomendação profissional:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a prática ou não dos exercícios físicos; e, caso a resposta seja positiva especificar qual o esporte e/ou exercício praticado pelo paciente.

4.3. Hábitos

- ✓ Marcar um “X” na alternativa que represente o hábito de consumo do paciente; no consumo de álcool e drogas especificar qual o tipo de bebida alcoólica ingerida e qual a droga que o paciente faz uso. Para qualquer alternativa assinalada é necessário especificar o tempo de consumo (em meses ou anos), a quantidade diária e caso tenha deixado de consumir registrar o tempo de abstinência (em dias, meses ou anos).
- ✓ **Consumo diário:** a quantidade consumida diariamente deve ser especificada da melhor forma possível (Ex. quantidade de café em ml, litros, xícaras ou copos; quantidade de cigarro em maço ou número de cigarros; quantidade de álcool em ml, litros, garrafa ou copo; quantidade de drogas em gramas, ml).

4.4. Padrões Nutricionais/Hidratação

4.4.1. Alimentação

- ✓ **Alimentos que costuma consumir:** especificar os principais alimentos que o paciente costuma consumir diariamente.
- ✓ **Nº refeições diárias:** especificar o número de refeições que costuma fazer por dia.
- ✓ **Alimentos que não tem possibilidade de consumir:** especificar os principais alimentos que o paciente, apesar de gostar do alimento, não o consome por qualquer

⁸ São as demandas que a espécie humana possui, seja por sua condição biológica ou sócio psicológica, não significando porém que para todos os seres humanos será igual em quantidade e qualidade.

- outra razão (por exemplo, devido o elevado custo, pelo difícil acesso a esses alimentos, por ter algum problema de saúde que não lhe permite o consumo).
- ✓ **Aversões:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao consumo ou não de um determinado alimento pelo paciente pelo fato dele não gostar ou ter nojo. Caso o paciente tenha alguma aversão, especificar o tipo de alimento que o paciente não consome.
 - ✓ **Dieta especial:** marcar um “X” na alternativa que represente a adesão ou não do paciente por algum tipo de dieta especial, como por exemplo dieta hipossódica, hipercalórica e hiperprotéica, laxativa, etc. Caso o paciente siga alguma dieta especial, especificar o tipo de dieta que ele consome diariamente.

4.4.2. Hidratação

- ✓ **Consumo diário:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda ao valor estimado da ingesta hídrica diária do paciente.
- ✓ **Líquidos que costuma ingerir:** marcar um “X” na alternativa que represente tipo de líquido ingerido pelo paciente diariamente. Pode ser assinalada mais de uma alternativa.

4.5. Atividade Diária

- ✓ Sendo a atividade uma ação ou ocupação específica ou profissional, nesse item deve-se assinalar um “X” na opção que corresponda a atividade que o paciente realiza diariamente ou semanalmente. Pode ser assinalada mais de uma alternativa, se for o caso. Se for marcado “X” na opção “Outros”, especificar a atividade desenvolvida.

4.6. Participação ou Dependência Familiar

- ✓ **Financeira:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a situação de dependência financeira do paciente em relação a outras pessoas.
- ✓ **Nas atividades ou cuidados diários:** marcar um “X” na opção que represente a dependência do paciente em relação a um ou mais membros de sua família, de acordo com o fator gerador da dependência. Especificar o grau de parentesco entre o paciente e o cuidador ou cuidadores.

4.7. Relacionamento Familiar

- ✓ **Reside com:** marcar um “X” na opção que corresponde às pessoas com que o paciente mora. Pode ser assinalada mais de uma opção. Caso o paciente more sozinho não assinalar nenhuma alternativa. Se ele residir com qualquer outra pessoa ou parente, especificar o grau de parentesco dessa outra pessoa no campo “Outros”.
- ✓ **Classificação da relação:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a satisfação do paciente quanto a relação que estabelece com a sua família.
- ✓ **Vida sexual ativa:** marcar um “X” na opção que represente a vida sexual do paciente.
- ✓ **Parceiro sexual:** caso o paciente tenha uma vida sexual ativa, assinalar com um “X” a opção que corresponda ao número de parceiros sexuais.
- ✓ **Sexualidade:** marcar um “X” na opção que represente a satisfação do paciente quanto a sua sexualidade.

- ✓ **Uso de método contraceptivo:** assinalar com um “X” a alternativa de uso ou não de algum método contraceptivo pelo paciente. Caso a resposta seja positiva, especificar qual o método utilizado.

4.8. Espiritualidade

- ✓ **Religião ou crença:** marcar um “X” na alternativa que corresponda o paciente ter ou não alguma crença ou religião. Em caso afirmativo, é necessário especificá-la.
- ✓ **Deseja receber ajuda religiosa:** assinalar um “X” na opção que represente a necessidade/desejo ou não do paciente em receber algum tipo de ajuda religiosa. Em caso positivo, especificar qual o tipo de ajuda religiosa que o paciente deseja receber (por exemplo, a visita de um padre ou pastor).

4.9. Segurança Emocional

- ✓ A **segurança emocional** pode ser entendida como a necessidade de ter confiança nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si. Dentro dessa necessidade de segurança emocional encontram-se os diagnósticos de enfermagem de medo, ansiedade e desesperança. O medo pode ser caracterizado no paciente através das alternativas: sentimento de medo; temor; apreensão e/ou comportamento de negação; relatos de pânico/obsessões; choro; agressão; fuga. Enquanto que, o diagnóstico de ansiedade pode ser identificado no paciente que apresenta: nervosismo; tremores; preocupação; inquietação; tagarelice; excitação excessiva; tensão facial; voz trêmula. No diagnóstico de desesperança pode-se identificar no paciente retraimento social e afeto diminuído.
- ✓ Marcar um “X” na opção que represente a situação em que o paciente se encontra. Pode ser assinalada mais de uma alternativa, ou ainda, acrescentado no campo “Outros”, qualquer outro aspecto da segurança emocional identificado no paciente não citado.

4.10. Higiene Pessoal

- ✓ Marcar um “X” na opção que corresponda a característica de sujidade e de apresentação pessoal identificada no paciente.

4.11. Informações Adicionais

- ✓ Descrever quaisquer outras informações relevantes que o paciente ou família relatarem.

Notas

- ✓ Registrar no final do instrumento o nome do enfermeiro(a) responsável pelo preenchimento do instrumento, bem como o número do seu COREN.

APÊNDICE 13 - FRENTE

GUIA DE APOIO À DECISÃO DO INSTRUMENTO EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

- ✓ **Nome:** anotar o nome do paciente por extenso.
- ✓ **Nº registro:** registrar o número de registro do paciente no hospital.
- ✓ **Idade:** anotar a idade em anos do paciente.
- ✓ **Quarto:** anotar o quarto em que se encontra o paciente.
- ✓ **Leito:** anotar o leito que o paciente ocupa.
- ✓ **Data da Internação:** anotar dia, mês e ano da admissão do paciente no hospital.
- ✓ **Data:** anotar dia, mês e ano correspondente à abertura do preenchimento do instrumento de exame físico.
- ✓ **Diagnóstico Médico:** anotar o diagnóstico ou hipótese diagnóstica médica relacionada à esta internação.
- ✓ **Hora:** anotar a hora (hora e minuto) referente ao início do preenchimento do instrumento de exame físico.

2. Requisitos de Autocuidado Universais⁹

2.1. Sinais Vitais

- ✓ **PA:** anotar o valor da aferição da pressão arterial do paciente.
- ✓ **P:** anotar o valor da verificação do pulso do paciente.
- ✓ **T:** anotar o valor da aferição da temperatura do paciente.
- ✓ **R:** anotar o valor da verificação da respiração do paciente.
- ✓ **PVC:** anotar o resultado da aferição da pressão venosa central do paciente. Esse subitem somente deverá ser preenchido se o paciente estiver com PVC instalada.
- ✓ **Fármacos vasoativos:** se o paciente estiver recebendo medicamentos vasoativos, registrar o nome desses fármacos que estiverem sendo administrados.
- ✓ **Vazão:** registrar em ml/h a quantidade dos fármacos vasoativos que estiverem sendo administrados, se for o caso.

OBSERVAÇÃO: Dentro de cada Item do instrumento de Exame Físico (do item 2.1 ao 2.10) existem dez linhas em aberto; cada uma delas corresponde a um dia de internação do paciente; dentro de cada uma dessas linhas deverão ser anotadas as alterações específicas de cada item que ocorrerem com o paciente a cada dia; se necessário, pode ser utilizada mais de uma linha para registrar os dados de um único dia. Caso o paciente não apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Deve ser registrado também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

⁹ São as demandas que a espécie humana possui, seja por sua condição biológica ou sócio-psicológica, não significando porém que para todos os seres humanos será igual em quantidade e qualidade.

2.2. Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço

Escala de Coma de Glasgow (ECG): pode ser utilizada sempre que for necessário, servindo como um guia de referência no preenchimento do quesito ECG.

- 2.2.1. **ECG:** anotar os valores (em números) correspondentes a pontuação do paciente avaliado pela ECG, devendo apresentar os valores na seguinte sequência: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Depois de marcados os valores correspondentes, estes deverão ser somados e o resultado da somatória registrado ao lado das três pontuações. Marcar um “X” nas opções: c/ sedação, c/ traqueostomia, c/ edema palpebral, se o valor final da ECG foi obtido com o paciente estando sob efeito de medicação sedativa, estando traqueostomizado e/ou apresentando edema palpebral bilateral dificultando a abertura ocular no momento da avaliação, respectivamente. Em “Observações da avaliação pela ECG” poderá ser registrada qualquer outra informação que complemente a avaliação do nível de consciência do paciente, não considerada na ECG.
- 2.2.2. **Condições pupilares:** para cada uma das características das pupilas de: *Tamanho, Simetria e Reação à luz* marcar apenas um “X” na opção que corresponda a situação observada no paciente.
- 2.2.3. **Reflexo córneo-palpebral:** marcar “X” nas alternativas que representem a condição (positiva ou negativa) de reflexo apresentado pelo paciente no olho direito e esquerdo.
- 2.2.4. **Alterações visuais:** marcar um “X” na opção que corresponda à alteração visual apresentada pelo paciente no momento. Pode ser assinalada mais de uma opção.
- 2.2.5. **Alterações auditivas:** assinalar “X” na alternativa que corresponda à alteração auditiva apresentada pelo paciente. Pode ser assinalada mais de uma opção.
- 2.2.6. **Condições da fala:** marcar um “X” na alternativa que corresponda à alteração da fala apresentada pelo paciente. Pode ser marcada mais de uma alternativa.
- 2.2.7. **Condições da comunicação:** assinalar “X” na opção ou opções que corresponda às condições/qualidade do paciente de se comunicar através das linguagens: verbal, gestual e escrita. Se o paciente apresentar dificuldade de compreensão no processo de comunicação, pode também ser marcado “X” na última opção sugerida.
- 2.2.8. **Cavidade oral:** marcar “X” na alternativa que corresponda às condições da cavidade oral apresentadas pelo paciente no momento. Pode ser assinalada mais de uma opção.
- 2.2.9. **Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade da cabeça ou pescoço do paciente; caso exista solução de continuidade da pele nessa região, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.
- 2.2.10. **Gânglios no pescoço:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a presença de gânglios palpáveis no pescoço. Em caso de haver gânglios, especificar suas características em relação ao tamanho e localização.
- 2.2.11. **Higiene prejudicada em:** se a higiene do paciente estiver prejudicada, marcar “X” na opção que represente o local onde as condições de limpeza estejam regular ou ruim. Pode ser assinalada mais de uma opção.

2.3. Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões

- 2.3.1. Tipo respiratório:** marcar um “X” na opção que corresponda ao tipo de respiração do paciente.
- 2.3.2. Oxigenioterapia:** assinalar “X” na alternativa que represente o tipo de terapêutica de oxigênio que o paciente está submetido. A opção “nebulização” pode ser assinalada junto com qualquer outra opção desse item.
- 2.3.3. Padrão respiratório:** marcar “X” em uma das opções que corresponda ao padrão respiratório do paciente.
- 2.3.4. Ritmo:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao ritmo de respiração apresentada pelo paciente. Nesse item convém lembrar que:
- *Biot* = ritmo respiratório completamente irregular que consiste em movimentos respiratórios profundos e superficiais, intercalados com pausa de duração variada. Geralmente ocorre quando há lesão do Sistema Nervoso Central.
 - *Kussmaul* = ritmo respiratório que consiste no aumento da frequência e profundidade da respiração (hiperventilação) associado à acidose grave de origem diabética ou renal. Pode haver apnéias.
 - *Cheyne-Stokes* = episódios alternados de apnéia e períodos de respiração profunda. Pode estar associado à insuficiência cardíaca, renal ou a lesão do centro respiratório (medicamentosa, tumoral, traumática).
- 2.3.5. Expansão torácica:** assinalar um “X” na alternativa que corresponda a simetria (lado direito e esquerdo do tórax) apresentada pelo paciente durante a expansão torácica, e outro “X” naquela que represente a profundidade (superficial profunda) dessa expansão durante o movimento de inspiração, respectivamente.
- 2.3.6. Alterações:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada nesse item, marcar “X” na opção correspondente.
- 2.3.7. Ausculta:** descrever os tipos de sons respiratórios normais identificados (vesicular, brônquico, bronco-vesicular e traqueal) e suas localizações; descrever também, se presentes, os ruídos adventícios [crepitações finas ou grosseiras, sibilos sonoros (roncos) ou sibilantes (sibilos) e atrito pleural], bem como os ruídos vocais (ressonância vocal, broncofonia, egofonia, pectorilóquia sussurrada).
- 2.3.8. Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade do tórax do paciente; caso exista solução de continuidade da pele nessa região, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.

2.4. Sistema Cardiovascular

- 2.4.1. Ausculta cardíaca:** descrever a identificação dos sons cardíacos normais (Bulhas = B1 e B2), e se houver sons indicativos de patologias (sons de galope = B3 e B4, estalidos de abertura, clique de ejeção, sopros sistólico e diastólico, som de atrito) descrever sua localização, intensidade, timbre e irradiação.
- 2.4.2. Enchimento capilar:** assinalar com “X” a opção que caracterize a condição de enchimento capilar das extremidades.

- 2.4.3. **Pulsos periféricos:** marcar três “X” nesse item: o primeiro relacionado a presença dos pulsos (poplíteo, pedioso e tibial posterior), outro quanto ao ritmo dos pulsos e o terceiro correspondente a amplitude dos pulsos periféricos, respectivamente.
- 2.4.4. **Coloração da pele:** colocar um “X” na alternativa que caracterize a cor da pele do paciente.
- 2.4.5. **Temperatura da pele:** marcar “X” na alternativa que corresponda ao grau de aquecimento da pele apresentado pelo paciente.
- 2.4.6. **Umidade da pele:** assinalar com “X” a opção que caracteriza o grau de umidade da pele.

2.5. Nutrição/Hidratação

- 2.5.1. **Aceitação alimentar:** marcar um “X” na opção que corresponda ao grau de aceitação alimentar do paciente, sendo que o jejum pode ser uma condição recomendada pelo médico por motivo de cirurgia ou exame.
- 2.5.2. **Alterações:** se o paciente apresentar alguma alteração em relação a ingesta alimentar ou hídrica, colocar “X” na alternativa que caracteriza essa alteração. Pode ser assinalada mais de uma opção.
- 2.5.3. **Estado de hidratação:** assinalar com “X” a opção que corresponda ao estado de hidratação do paciente. Se o paciente apresentar edema, especificar o grau (volume) desse edema em cruces (+ ou mais em ++++); dessa forma:
 - + /4 = edema dos maléolos até os joelhos;
 - ++ /4 = edema até as coxas e púbis;
 - +++ /4 = edema em membros superiores, inferiores e face;
 - ++++ /4 = anasarca (edema distribuído por todo o corpo).

2.6. Eliminações/Abdome/Genitália

- 2.6.1. **Eliminações vesical:** marcar um “X” na opção que corresponda a presença de diurese. Pode ser assinalada também a opção “Sem controle de esfíncter” se a diurese estiver presente ou ausente dessa forma. Pode ainda ser marcado “X” na alternativa “Hemodiálise/diálise” se o paciente apresentar insuficiência renal e estiver fazendo esse tratamento.
- 2.6.2. **Alterações da diurese:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.3. **Eliminação intestinal:** assinalar com “X” a opção que corresponda a presença de evacuação diária. Se a evacuação estiver ausente, registrar a quantos dias o paciente não evacua. Pode ser assinalada também a opção “Sem controle de esfíncter” se a evacuação estiver presente ou ausente dessa forma.
- 2.6.4. **Alterações das fezes:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.5. **Abdome:** colocar “X” em três alternativas deste item: um deles na opção que caracteriza a forma e volume do abdome à inspeção; outro, na opção correspondente

a consistência (rigidez) do abdome à palpação; o terceiro “X” deve caracterizar a presença de ruídos hidroaéreos à ausculta; e o último “X” assinalado na opção que caracteriza o som ouvido durante a percussão do abdome, respectivamente.

- 2.6.6. **Alterações anal:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma opção. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.7. **Alterações da genitália:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.8. **Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade do abdome do paciente; caso exista solução de continuidade da pele nessa região, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.

2.7. Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso

- 2.7.1. **Capacidade para deambular:** marcar “X” na opção que represente a capacidade do paciente deambular sozinho sem qualquer auxílio.
- 2.7.2. **Capacidade para mover-se no leito:** assinalar com “X” a alternativa que corresponda a capacidade do paciente mover-se sozinho no leito sem qualquer auxílio.
- 2.7.3. **Capacidade para transferir-se de uma superfície para outra:** colocar um “X” na opção que caracteriza a capacidade do paciente de transferir-se de uma superfície para a outra (por exemplo, do leito para a maca) sozinho sem qualquer auxílio.
- 2.7.4. **Capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas, bengalas, andadores:** assinalar a opção que represente a capacidade do paciente em mover-se com quaisquer um dos dispositivos citados.
- 2.7.5. **Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido:** marcar “X” na alternativa que corresponde a razão pela qual o paciente apresenta-se incapaz ou com a sua capacidade prejudicada para mover-se ou deambular. Pode ser assinalada mais de uma opção. Se for marcado “X” na alternativa “Dor”, especificar a sua localização. Caso seja assinalada a opção “Dispositivos”, sublinhar o nome daquele que está sendo usado pelo paciente.
- 2.7.6. **Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade dos MMSS, MMII e/ou dorso; caso exista solução de continuidade da pele em qualquer uma dessas regiões, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.

2.8. Competência para o Autocuidado

- 2.8.1. **Higiene corporal:** marcar “X” na opção que corresponda a capacidade do paciente desempenhar sua higiene corporal.

- 2.8.2. **Higiene oral:** assinalar a alternativa que corresponda a capacidade do paciente desempenhar sua higiene oral.
- 2.8.3. **Tricotomia facial:** colocar um “X” na opção que representa a capacidade do paciente realizar sua tricotomia facial, no caso de ser paciente do sexo masculino.
- 2.8.4. **Vestimenta:** marcar “X” na alternativa que caracteriza a capacidade do paciente em vestir-se.
- 2.8.5. **Alimentação:** assinalar com “X” a opção que representa a capacidade do paciente em alimentar-se.
- 2.8.6. **Eliminações:** colocar um “X” na alternativa que caracteriza a capacidade do paciente em realizar suas eliminações.

2.9. Procedimentos

- 2.9.1. **Derivações:** marcar “X” na opção que corresponda ao tipo de derivação instalada no paciente e registrar o dia e mês da instalação de cada uma delas.
- 2.9.2. **Dispositivos de respiração artificial:** assinalar a alternativa que representa o tipo de dispositivo utilizado pelo paciente para manter sua respiração artificial.
- 2.9.3. **Cateteres:** marcar um “X” na opção que representa o tipo de acesso venoso usado no paciente. Pode ser assinalada as duas opções. Registrar o dia e mês de cada punção venosa e o local(is) onde foi puncionado (exemplo: MSD = membro superior direito, MSE = membro superior esquerdo, MID = membro inferior direito, cateter venoso central na jugular D = direita, cateter venoso central na subclávia E = esquerda, dissecação de veia no MSE).
- 2.9.4. **Sondagens:** assinalar um “X” na alternativa que corresponda ao tipo de sondagem instalada no paciente para alimentação, para diurese e/ou para aspiração traqueal. Registrar o dia e mês da instalação de cada sonda.
- 2.9.5. **Irrigações:** colocar um “X” na opção que corresponda ao tipo de irrigação utilizada no paciente. Registrar o dia e mês da instalação da irrigação e o local onde está instalada.
- 2.9.6. **Outros:** se o paciente estiver submetido a qualquer outro procedimento citado nesse item, marcar um “X” na alternativa correspondente. Caso seja assinalada a opção “Exames”, especificar o tipo de exame ao qual o paciente está sendo submetido.
- 2.9.7. **Curativos:** assinalar a opção que caracteriza a presença de curativo(s) no paciente. Se o paciente apresentar qualquer curativo, registrar o local do mesmo e suas características (aspecto, presença de secreção, odor).
- 2.9.8. **Drenagens:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao tipo de dreno colocado no paciente. Registrar o dia e mês da sua colocação e o local onde está fixado. Especificar também as características (volume, cor, odor) da drenagem.
- 2.9.9. **Utensílio para eliminações vesical/intestinal:** marcar com “X” a opção que corresponda ao utensílio utilizado pelo paciente nas eliminações vesical/intestinal. Pode ser assinalada as duas alternativas, se for o caso.

2.9.10. Informações Adicionais

- ✓ É um espaço para descrição de qualquer outro tipo de anormalidade ou informação que o enfermeiro encontre e seja pertinente registrar.

Data da saída

- ✓ **Data da saída:** registrar o dia, mês e ano em que o paciente deixou a Unidade de Neurocirurgia.
- ✓ **Motivo:** marcar um “X” na opção que justifique o motivo pelo qual o paciente saiu da Unidade de Neurocirurgia, onde estava internado.

Legenda para preenchimento: pode ser utilizada sempre que o enfermeiro não reconhecer algumas das siglas apresentadas no instrumento do exame físico.

Notas

- ✓ Registrar no final do instrumento o nome do enfermeiro(a) responsável pelo preenchimento do instrumento, bem como o número do seu COREN.
- ✓ Ao término do preenchimento do instrumento de Exame Físico, após aproximadamente 10 dias, um novo instrumento de igual teor deverá ser preenchido diariamente até que o paciente receba alta hospitalar.

APÊNDICE 14 - FRENTE

ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

1. FATORES PESSOAIS E CONDICIONANTES BASICOS

Nome: _____ Nº registro: _____
 Procedência: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____ Filhos: _____
 Profissão: _____ Sexo: M F Naturalidade: _____
 Data de Nascimento: ___/___/___ Escolaridade: Analf. Fund. Inc. Fund. Comp. Médio Inc.
 Profissão: _____ Médio Comp. Sup. Inc. Sup. Comp. Pós
 Ocupação Atual: _____ Etnia: _____
 Internações Anteriores: Não Sim Motivo: _____
 Unidade de Internação Procedente: _____
 Diagnóstico Médico Atual: _____
 Quarto: _____ Leito: _____ Data: ___/___/___ Hora: ____:____
 Médico Responsável: _____

2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE

Queixa Principal: _____
 Início das Queixas: _____
 Evolução do Problema: _____
 Manifestações Associadas: _____
 O que fez ao perceber o problema: _____
 Exames realizados: _____
 Tratamentos convencionais já realizados: _____
 Terapêutica complementar usada: _____

3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAIS

3.1. Antecedentes pessoais

Imunizações: Completa Incompleta Faltam informações
 Doenças: Diabete Hipertensão arterial Câncer Obesidade Crise Convulsiva Alergias
 Nefropatia HIV positivo Doença Mental Doença Pulmonar Cardiopatia

Outras doenças ou informações: _____

Cirurgias Realizadas: _____

Hospitalizações: Não Sim Número de vezes Motivos: _____

Medicamentos já utilizados: Corticóides Anti-hipertensivos Antibióticos Hipoglicemiantes Insulina
 Anti-depressivos Quimioterapia Radioterapia Outros: _____

3.2. Antecedentes familiar

"Causa Mortis" de pais/irmãos: Não Sim Especificar: _____
 Ocorrência de doenças na Família: Diabetes Hipertensão Arterial Câncer Obesidade
 Cardiopatas Nefropatia HIV positivo Epilepsia
 Doença Mental Doença Neurológica

Outras doenças ou informações: _____

4. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

4.1. Padrões de Sono e Repouso

Sono diário: ____ h Problemas do sono: Dificuldade de iniciar o sono Dificuldade de manter o sono
 Ronco Sonolência diurna Outros: _____

4.2. Exercícios Físicos

Pratica exercicios com recomendação profissional: Sim Não Qual: _____

APÊNDICE 14 - VERSO

<p>4.3. Hábitos</p> <p><input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Álcool – tipo: _____ <input type="checkbox"/> Drogas – tipo: _____</p> <p>Há quanto tempo: _____ Consumo diário de: _____ Deixou o vício há: _____</p>
<p>4.4. Padrões Nutricionais / Hidratação</p> <p>4.4.1. Alimentação</p> <p>Alimentos que costuma consumir: _____</p> <p align="right">Nº refeições diárias: _____</p> <p>Alimentos que não tem possibilidade de consumir: _____</p> <p>Aversões: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____</p> <p>Dieta especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____</p>
<p>4.4.2. Hidratação</p> <p>Consumo diário: <input type="checkbox"/> ≤ 500 ml <input type="checkbox"/> ≤ 1 L <input type="checkbox"/> ≤ 1,5 L <input type="checkbox"/> ≤ 2 L <input type="checkbox"/> > 2 L</p> <p>Líquidos que costuma ingerir: <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Chá <input type="checkbox"/> Sucos naturais <input type="checkbox"/> Refrigerante <input type="checkbox"/> Refrescos</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Café</p>
<p>4.5. Atividade Diária</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Estuda <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado do trabalho <input type="checkbox"/> Atividades do lar</p> <p><input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____</p>
<p>4.6. Participação ou Dependência Familiar</p> <p>Financeira: <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Independente</p> <p>Nas atividades ou cuidados diários: <input type="checkbox"/> Por limitação e/ou deficiência física <input type="checkbox"/> Pela idade</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> Por limitação e/ou deficiência visual <input type="checkbox"/> Por deficiência mental</p> <p align="center">Grau de parentesco do cuidador: _____</p>
<p>4.7. Relacionamento Familiar</p> <p>Reside com: <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Marido/Esposa <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Tios <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Classificação da relação: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Péssima</p> <p>Vida sexual ativa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Parceiro sexual: <input type="checkbox"/> Apenas 1 <input type="checkbox"/> Mais de 1</p> <p>Sexualidade: <input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>Uso de método contraceptivo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____</p>
<p>4.8. Espiritualidade</p> <p>Religião ou crença: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____</p> <p>Deseja receber ajuda religiosa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____</p>
<p>4.9. Segurança Emocional</p> <p><input type="checkbox"/> Sentimento de medo <input type="checkbox"/> Temor <input type="checkbox"/> Apreensão e/ou comportamento de negação <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Fuga</p> <p><input type="checkbox"/> Relatos de pânico/obsessões <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Nervosismo <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Preocupação</p> <p><input type="checkbox"/> Inquietação <input type="checkbox"/> Tagarelice <input type="checkbox"/> Excitação excessiva <input type="checkbox"/> Tensão facial <input type="checkbox"/> Voz trêmula</p> <p><input type="checkbox"/> Retraimento social <input type="checkbox"/> Afeto diminuído <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____</p>
<p>4.10. Higiene Pessoal</p> <p><input type="checkbox"/> Sujo <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Descuidado <input type="checkbox"/> Mal vestido</p>
<p>4.11. Informações Adicionais</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Enfermeiro(a): _____ COREN: _____</p>

APÊNDICE 15 - FRENTE

2.4. SISTEMA CARDIOVASCULAR

2.4.1. Ausculta cardíaca: _____

2.4.2. Enchimento capilar: Normal Diminuído

2.4.3. Pulsos periféricos: Palpáveis Não palpáveis Rítmico Arrítmico Cheio Filiforme

2.4.4. Coloração da pele: Rósea Hipocorada Pálida Rubor Cianótica Ictérica

2.4.5. Temperatura da pele: Aquecida Fria

2.4.6. Umidade da Pele: Úmida Seca Sudoréica

2.4.7. Informações adicionais

Data	Hora	Características do Sistema Cardiovascular	Enfermeiro

2.5. NUTRIÇÃO/HIDRATAÇÃO

2.5.1. Aceitação alimentar: Aceita dieta Não aceita Jejum

2.5.2. Alterações: Incapacidade ou dificuldade de levar o alimento à boca Dificuldade de mastigação
 Dificuldade de deglutição Sensação gustativa alterada Falta de apetite Pirose
 Náusea Êmese Hematêmese Hipoglicemia Hiperglicemia

2.5.3. Estado de hidratação: Hidratado Desidratado Edema _____ /4 Descamação da pele

2.5.4. Informações adicionais

APÊNDICE 15 - VERSO

Data	Hora	Características de Nutrição/Hidratação	Enfermeiro

2.6. ELIMINAÇÕES/ABDOME/GENITÁLIA

- 2.6.1. Eliminação vesical: Presente Ausente Sem controle de esfíncter Hemodiálise/diálise
- 2.6.2. Alterações da diurese: Disúria Poliúria Oligúria Anúria Hematúria Colúria Piúria
 Outras: _____
- 2.6.3. Eliminação intestinal: Presente Ausente há _____ dias(s) Sem controle de esfíncter
- 2.6.4. Alterações das fezes: Diarréia Fecaloma Melena Enterorragia presença de verminose
 Outras: _____
- 2.6.5. Abdome: Plano Globoso Escavado Distendido Rígido Flácido
 RHA presente RHA ausente Timpânico Ascítico
- 2.6.6. Alterações anal: Hemorróida Fissura Fístula Sangramento Outras: _____
- 2.6.7. Alterações da genitália: Edema Hematoma Secreção Sujidades Outras: _____
- 2.6.8. Lesões/Incisões: Ausente Presente Característica(s): _____
- 2.6.9. Informações adicionais

Data	Hora	Características de Eliminações/Abdome/Genitália	Enfermeiro

2.7. DEAMBULAÇÃO/MOBILIDADE/EXTREMIDADES/DORSO

- 2.7.1. Capacidade para deambular: Presente Ausente
- 2.7.2. Capacidade para mover-se no leito: Presente Ausente
- 2.7.3. Capacidade para transferir-se de uma superfície para outra: Presente Ausente
- 2.7.4. Capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas, bengalas, andadores: Presente Ausente
- 2.7.5. Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido:

APÊNDICE 16 - FRENTE

GUIA DE APOIO À DECISÃO DO INSTRUMENTO ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

1. Fatores Pessoais e Condicionantes Básicos

- ✓ **Nome:** anotar o nome do paciente por extenso.
- ✓ **Número de registro:** registrar o número de registro do paciente no hospital.
- ✓ **Procedência:** anotar a cidade de residência.
- ✓ **Idade:** anotar a idade em anos do paciente.
- ✓ **Estado civil:** anotar o estado civil entre as possibilidades: solteiro, casado, viúvo, divorciado, separado.
- ✓ **Filhos:** anotar a quantidade de filhos do paciente.
- ✓ **Profissão:** anotar a formação profissional.
- ✓ **Sexo:** marcar “M” para masculino e “F” para feminino.
- ✓ **Naturalidade:** anotar a cidade onde o paciente nasceu.
- ✓ **Data de nascimento:** anotar a data de nascimento considerando 4 dígitos no ano.
- ✓ **Escolaridade:** marcar a escolaridade dentre as possibilidades: analfabeto (Analf.); ensino fundamental incompleto (Fund. Inc.); ensino fundamental completo (Fund.Comp.); ensino médio incompleto (Médio Inc.); ensino médio completo (Médio Comp.); ensino superior incompleto (Sup. Inc.); ensino superior completo (Sup. Comp.); Pós-graduação (Pós).
- ✓ **Ocupação Atual:** anotar a função que o paciente exerce profissionalmente.
- ✓ **Etnia:** anotar a cor da pele. Possibilidades: negro, pardo, amarelo, vermelho ou branco.
- ✓ **Internações anteriores:** marcar com um “X” se o paciente esteve ou não internado anteriormente em qualquer instituição hospitalar.
- ✓ **Motivo:** caso a resposta à questão anterior tenha sido “Sim”, anotar o(s) motivo(s) que levou o paciente a ser internado anteriormente.
- ✓ **Unidade de internação procedente:** caso a resposta da questão “Internações Anteriores” tenha sido positiva, anotar em qual/quais unidade(s) o paciente já foi internado.
- ✓ **Diagnóstico médico atual:** anotar qual o diagnóstico médico desta internação.
- ✓ **Quarto:** anotar o quarto em que se encontra o paciente.
- ✓ **Leito:** anotar em qual leito o paciente se encontra.
- ✓ **Data:** anotar a data (dia, mês e ano) da admissão.
- ✓ **Hora:** anotar a hora (hora e minuto) da admissão.
- ✓ **Médico responsável:** anotar o nome completo do médico responsável pelo paciente.

2. Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde¹⁰

- ✓ **Queixa principal:** anotar o principal problema relatado pelo paciente.
- ✓ **Início das queixas:** anotar a quanto tempo (dia, mês ou ano) surgiu a queixa principal.

¹⁰ Ocorrem quando a pessoa se encontra em situações em que não reage diante de um evento de perda de capacidades, ou não controla suas funções e potenciais de autocuidado, o que exige ações específicas de acordo com a situação em que se encontra.

- ✓ **Evolução do problema:** anotar como o problema vem se desenvolvendo, por exemplo, intensidade da dor aumentada na última semana, deambulação somente com auxílio de muletas no último mês.
- ✓ **Manifestações associadas:** anotar outros sinais e sintomas ou queixas do paciente.
- ✓ **O que fez ao perceber o problema:** anotar as atitudes tomadas pelo paciente diante da queixa principal.
- ✓ **Exames realizados:** anotar os exames médicos realizados no paciente.
- ✓ **Tratamentos convencionais já realizados:** anotar os tratamentos médicos realizados.
- ✓ **Terapêutica complementar usada:** anotar, caso o paciente tenha realizado, qualquer outro tratamento não convencional, por exemplo, cromoterapia, benzeduras, etc.

3. Requisitos de Autocuidado Desenvolvimentais¹¹

3.1. Antecedentes Pessoais

- ✓ **Imunizações:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a situação de vacinação do paciente; caso o paciente e/ou família não saibam informar se o paciente recebeu todas as vacinas assinalar a alternativa “faltam informações”.
- ✓ **Doenças:** marcar um “X” nas alternativas que correspondam às doenças que o paciente já teve durante sua vida. Se o paciente tiver apresentado qualquer outra doença, é necessário especificá-la no campo “Outras doenças ou informações”.
- ✓ **Cirurgias realizadas:** registrar o(s) tipo(s) de cirurgia(s) que o paciente já foi submetido.
- ✓ **Hospitalizações:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a situação de internação do paciente. Caso o paciente já tenha sido hospitalizado, é necessário registrar o número internações e o(s) motivo(s) das mesmas.
- ✓ **Medicamentos já utilizados:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao medicamento que o paciente já tenha utilizado. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Especificar no campo “Outros” o nome de outros medicamentos que o paciente tenha feito uso e que não estejam citados nas alternativas.

3.2. Antecedentes Familiar

- ✓ **“Causa Mortis” de pais/irmãos:** Se os pais e irmãos são vivos, marcar apenas um “X” na alternativa “Não”; ao contrário, se algum deles for morto marcar um “X” na alternativa “Sim” e especificar a doença responsável pela morte.
- ✓ **Ocorrência doenças na família:** marcar “X” na opção da doença que tenha acometido os pais e/ou irmãos. Pode ser assinalada mais de uma opção. Caso tenha acontecido qualquer outra doença não citada, especificá-la no campo “Outras doenças ou informações”.

¹¹ São as demandas que ocorrem durante as adaptações relacionadas às situações normais ou crises durante o ciclo vital.

4. Requisitos de Autocuidado Universais¹²

4.1. Padrões de Sono e Repouso

✓

- ✓ **Sono diário:** registrar o número de horas efetivamente dormidas durante a noite e/ou dia.
- ✓ **Problemas do sono:** marcar um “X” na alternativa que represente o problema de sono do paciente. Se o paciente apresentar qualquer outro problema relacionado ao sono não citado, especificá-lo no campo “Outros”.

4.2. Exercícios Físicos

- ✓ **Pratica exercícios com recomendação profissional:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a prática ou não dos exercícios físicos; e, caso a resposta seja positiva especificar qual o esporte e/ou exercício praticado pelo paciente.

4.3. Hábitos

- ✓ Marcar um “X” na alternativa que represente o hábito de consumo do paciente; no consumo de álcool e drogas especificar qual o tipo de bebida alcoólica ingerida e qual a droga que o paciente faz uso. Para qualquer alternativa assinalada é necessário especificar o tempo de consumo (em meses ou anos), a quantidade diária e caso tenha deixado de consumir registrar o tempo de abstinência (em dias, meses ou anos).
- ✓ **Consumo diário:** a quantidade consumida diariamente deve ser especificada da melhor forma possível (Ex. quantidade de café em ml, litros, xícaras ou copos; quantidade de cigarro em maço ou número de cigarros; quantidade de álcool em ml, litros, garrafa ou copo; quantidade de drogas em gramas, ml).

4.4. Padrões Nutricionais/Hidratação

4.4.1. Alimentação

- ✓ **Alimentos que costuma consumir:** especificar os principais alimentos que o paciente costuma consumir diariamente.
- ✓ **Nº refeições diárias:** especificar o número de refeições que costuma fazer por dia.
- ✓ **Alimentos que não tem possibilidade de consumir:** especificar os principais alimentos que o paciente, apesar de gostar do alimento, não o consome por qualquer

¹² São as demandas que a espécie humana possui, seja por sua condição biológica ou sócio psicológica, não significando porém que para todos os seres humanos será igual em quantidade e qualidade.

outra razão (por exemplo, devido o elevado custo, pelo difícil acesso a esses alimentos, por ter algum problema de saúde que não lhe permite o consumo).

- ✓ **Aversões:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao consumo ou não de um determinado alimento pelo paciente pelo fato dele não gostar ou ter nojo. Caso o paciente tenha alguma aversão, especificar o tipo de alimento que o paciente não consome.
- ✓ **Dieta especial:** marcar um “X” na alternativa que represente a adesão ou não do paciente por algum tipo de dieta especial, como por exemplo dieta hipossódica, hipercalórica e hiperprotéica, laxativa, etc. Caso o paciente siga alguma dieta especial, especificar o tipo de dieta que ele consome diariamente.

4.4.2. Hidratação

- ✓ **Consumo diário:** marcar um “X” dentro de apenas um quadrado que corresponda ao valor estimado da ingesta hídrica diária do paciente.
- ✓ **Líquidos que costuma ingerir:** marcar um “X” na alternativa que represente tipo de líquido ingerido pelo paciente diariamente. Pode ser assinalada mais de uma alternativa.

4.5. Atividade Diária

- ✓ Sendo a atividade uma ação ou ocupação específica ou profissional, neste item deve-se assinalar um “X” na opção que corresponda à atividade que o paciente realiza diariamente ou semanalmente. Pode ser assinalada mais de uma alternativa, se for o caso. O espaço “Especificar” deve ser utilizado descrevendo a atividade desenvolvida, apenas quando assinalado o subitem “Outros”. Se o paciente referir que não possui atividade diária, este item **não deve ser respondido**.

4.6. Participação ou Dependência Familiar

- ✓ **Financeira:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a situação de dependência financeira do paciente em relação a outras pessoas.
- ✓ **Nas atividades ou cuidados diários:** marcar um “X” na opção que represente a dependência do paciente em relação a um ou mais membros de sua família, de acordo com o fator gerador da dependência. Especificar o grau de parentesco entre o paciente e o cuidador ou cuidadores.

4.7. Relacionamento Familiar

- ✓ **Reside com:** marcar um “X” na opção que corresponde às pessoas com que o paciente mora. Pode ser assinalada mais de uma opção. Caso o paciente more sozinho não assinalar nenhuma alternativa. Se ele residir com qualquer outra pessoa ou parente, especificar o grau de parentesco dessa outra pessoa no campo “Outros”.
- ✓ **Classificação da relação:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a satisfação do paciente quanto a relação que estabelece com a sua família.
- ✓ **Vida sexual ativa:** marcar um “X” na opção que represente a vida sexual do paciente.
- ✓ **Parceiro sexual:** caso o paciente tenha uma vida sexual ativa, assinalar com um “X” a opção que corresponda ao número de parceiros sexuais.

- ✓ **Sexualidade:** marcar um “X” na opção que represente a satisfação do paciente quanto a sua sexualidade.
- ✓ **Uso de método contraceptivo:** assinalar com um “X” a alternativa de uso ou não de algum método contraceptivo pelo paciente. Caso a resposta seja positiva, especificar qual o método utilizado.

4.8. Espiritualidade

- ✓ **Religião ou crença:** marcar um “X” na alternativa que corresponda o paciente ter ou não alguma crença ou religião. Em caso afirmativo, é necessário especificá-la.
- ✓ **Deseja receber ajuda religiosa:** assinalar um “X” na opção que represente a necessidade/desejo ou não do paciente em receber algum tipo de ajuda religiosa. Em caso positivo, especificar qual o tipo de ajuda religiosa que o paciente deseja receber (por exemplo, a visita de um padre ou pastor).

4.9. Segurança Emocional

- ✓ A **segurança emocional** pode ser entendida como a necessidade de ter confiança nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si. Dentro dessa necessidade de segurança emocional encontram-se os diagnósticos de enfermagem de medo, ansiedade e desesperança. O medo pode ser caracterizado no paciente através das alternativas: sentimento de medo; temor; apreensão e/ou comportamento de negação; relatos de pânico/obsessões; choro; agressão; fuga. Enquanto que, o diagnóstico de ansiedade pode ser identificado no paciente que apresenta: nervosismo; tremores; preocupação; inquietação; tagarelice; excitação excessiva; tensão facial; voz trêmula. No diagnóstico de desesperança pode-se identificar no paciente retraimento social e afeto diminuído.
- ✓ Marcar um “X” na opção que represente a situação em que o paciente se encontra. Pode ser assinalada mais de uma alternativa, ou ainda, acrescentado no campo “Outros”, qualquer outro aspecto da segurança emocional identificado no paciente, porém não citado neste item. O espaço “Especificar” deve ser utilizado **apenas** quando assinalado o subitem “Outros”. Se o paciente referir que não possui qualquer sentimento ou sensação, este item não deve ser respondido.

4.10. Higiene Pessoal

- ✓ Marcar um “X” na opção que corresponda a característica de sujidade e de apresentação pessoal identificada no paciente.

4.11. Informações Adicionais

- ✓ Descrever quaisquer outras informações relevantes que o paciente ou família relatarem.

Notas

- ✓ Registrar no final do instrumento o nome do enfermeiro(a) responsável pelo preenchimento do instrumento, bem como o número do seu COREN.

APÊNDICE 17 - FRENTE

GUIA DE APOIO À DECISÃO DO INSTRUMENTO EXAME FÍSICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

- ✓ **Nome:** anotar o nome do paciente por extenso.
- ✓ **Nº registro:** registrar o número de registro do paciente no hospital.
- ✓ **Idade:** anotar a idade em anos do paciente.
- ✓ **Quarto:** anotar o quarto em que se encontra o paciente.
- ✓ **Leito:** anotar o leito que o paciente ocupa.
- ✓ **Data da Internação:** anotar dia, mês e ano da admissão do paciente no hospital.
- ✓ **Data:** anotar dia, mês e ano correspondente à abertura do preenchimento do instrumento de exame físico.
- ✓ **Diagnóstico Médico:** anotar o diagnóstico ou hipótese diagnóstica médica relacionada à esta internação.
- ✓ **Hora:** anotar a hora (hora e minuto) referente ao início do preenchimento do instrumento de exame físico.

2. Requisitos de Autocuidado Universais¹³

2.1. Sinais Vitais

- ✓ **PA:** anotar o valor da aferição da pressão arterial do paciente.
- ✓ **P:** anotar o valor da verificação do pulso do paciente.
- ✓ **T:** anotar o valor da aferição da temperatura do paciente.
- ✓ **R:** anotar o valor da verificação da respiração do paciente.
- ✓ **PVC:** anotar o resultado da aferição da pressão venosa central do paciente. Esse subitem somente deverá ser preenchido se o paciente estiver com PVC instalada.
- ✓ **Fármacos vasoativos:** se o paciente estiver recebendo medicamentos vasoativos, registrar o nome desses fármacos que estiverem sendo administrados.
- ✓ **Vazão:** registrar em ml/h a quantidade dos fármacos vasoativos que estiverem sendo administrados, se for o caso.
- ✓ **Informações adicionais:** espaço reservado para que o enfermeiro possa registrar quaisquer outras informações referentes aos sinais vitais, não questionadas anteriormente.

OBSERVAÇÃO: Dentro de cada Item do instrumento de Exame Físico existem dez linhas em aberto; cada uma delas corresponde a um dia de internação do paciente; dentro de cada uma dessas linhas deverão ser anotadas as alterações específicas de cada item que ocorrerem com o paciente a cada dia; se necessário, pode ser utilizada mais de uma linha para registrar os dados de um único dia. Caso o paciente não

¹³ São as demandas que a espécie humana possui, seja por sua condição biológica ou sócio-psicológica, não significando porém que para todos os seres humanos será igual em quantidade e qualidade.

apresente alteração em relação ao dia anterior, marcar apenas que o paciente mantém o mesmo quadro ou sem alteração. Deve ser registrado também o dia e hora em que o enfermeiro estiver realizando o exame físico, bem como a sua assinatura no final da linha.

2.2. Sistema Neurológico/Cabeça/Pescoço

Escala de Coma de Glasgow (ECG): pode ser utilizada sempre que for necessário, servindo como um guia de referência no preenchimento do quesito ECG.

- 2.2.12. ECG:** anotar os valores (em números) correspondentes a pontuação do paciente avaliado pela ECG, devendo apresentar os valores na seguinte seqüência: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Depois de marcados os valores correspondentes, estes deverão ser somados e o resultado da somatória registrado ao lado das três pontuações. Marcar um “X” nas opções: c/ sedação, c/ traqueostomia, c/ edema palpebral, se o valor final da ECG foi obtido com o paciente estando sob efeito de medicação sedativa, estando traqueostomizado e/ou apresentando edema palpebral bilateral dificultando a abertura ocular no momento da avaliação, respectivamente. Em Observações da avaliação pela ECG poderá ser registrada qualquer outra informação que complemente a avaliação do nível de consciência do paciente, não considerada na ECG.
- 2.2.13. Condições pupilares:** para cada uma das características das pupilas de: *Tamanho, Simetria e Reação à luz* marcar apenas um “X” na opção que corresponda a situação observada no paciente.
- 2.2.14. Reflexo córneo-palpebral:** marcar “X” nas alternativas que representem a condição (positiva ou negativa) de reflexo apresentado pelo paciente no olho direito e esquerdo.
- 2.2.15. Alterações visuais:** marcar um “X” na opção que corresponda à alteração visual apresentada pelo paciente no momento. Pode ser assinalada mais de uma opção.
- 2.2.16. Alterações auditivas:** assinalar “X” na alternativa que corresponda à alteração auditiva apresentada pelo paciente. Pode ser assinalada mais de uma opção.
- 2.2.17. Condições da fala:** marcar um “X” na alternativa que corresponda à alteração da fala apresentada pelo paciente. Pode ser marcada mais de uma alternativa.
- 2.2.18. Condições da comunicação:** assinalar “X” na opção ou opções que corresponda às condições/qualidade do paciente de se comunicar através das linguagens: verbal, gestual e escrita. Se o paciente apresentar dificuldade de compreensão no processo de comunicação, pode também ser marcado “X” na última opção sugerida.
- 2.2.19. Cavidade oral:** marcar “X” na alternativa que corresponda às condições da cavidade oral apresentadas pelo paciente no momento. Pode ser assinalada mais de uma opção.
- 2.2.20. Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade da cabeça ou pescoço do paciente; caso exista solução de continuidade da pele nessa região, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.
- 2.2.21. Curativos:** assinalar a opção que caracteriza a presença de curativo(s) em qualquer região da cabeça e/ou pescoço do paciente. Se o paciente estiver com qualquer tipo

de curativo, registrar o local do mesmo e suas características (aspecto, presença de secreção, odor).

- 2.2.22. Gânglios no pescoço:** marcar um “X” na alternativa que corresponda a presença de gânglios palpáveis no pescoço. Em caso de haver gânglios, especificar suas características em relação ao tamanho e localização.
- 2.2.23. Higiene prejudicada em:** observar a ausência de higiene no paciente e marcar um “X” na opção que represente o local comprometido. Pode ser assinalada mais de uma alternativa.
- 2.2.24. Informações adicionais:** espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes ao sistema neurológico/cabeça/pescoço, não anotadas anteriormente.

2.3. Sistema Respiratório/Tórax/Pulmões

- 2.3.9. Tipo respiratório:** marcar um “X” na opção que corresponda ao tipo de respiração do paciente.
- 2.3.10. Oxigenioterapia:** assinalar “X” na alternativa que represente o tipo de terapêutica de oxigênio que o paciente está submetido. A opção “nebulização” pode ser assinalada junto com qualquer outra opção desse item.
- 2.3.11. Padrão respiratório:** marcar “X” em uma das opções que corresponda ao padrão respiratório do paciente.
- 2.3.12. Ritmo:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao ritmo de respiração apresentada pelo paciente. Nesse item convém lembrar que:
- *Biot* = ritmo respiratório completamente irregular que consiste em movimentos respiratórios profundos e superficiais, intercalados com pausa de duração variada. Geralmente ocorre quando há lesão do Sistema Nervoso Central.
 - *Kussmaul* = ritmo respiratório que consiste no aumento da frequência e profundidade da respiração (hiperventilação) associado à acidose grave de origem diabética ou renal. Pode haver apnéias.
 - *Cheyne-Stokes* = episódios alternados de apnéia e períodos de respiração profunda. Pode estar associado à insuficiência cardíaca, renal ou a lesão do centro respiratório (medicamentosa, tumoral, traumática).
- 2.3.13. Expansão torácica:** assinalar um “X” na alternativa que corresponda à simetria (lado direito e esquerdo do tórax) apresentada pelo paciente durante a expansão torácica, e outro “X” naquela que represente a profundidade (superficial ou profunda) dessa expansão durante o movimento de inspiração, respectivamente.
- 2.3.14. Alterações:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada nesse item, marcar “X” na opção correspondente. A opção tosse produtiva com expectoração somente deve ser assinalada se o enfermeiro conseguir *observá-la*.
- 2.3.15. Ausculta:** descrever os tipos de sons respiratórios normais identificados (vesicular, brônquico, bronco-vesicular e traqueal) e suas localizações; descrever também, se presentes, os ruídos adventícios [crepitações finas ou grosseiras, sibilos sonoros (roncos) ou sibilantes (sibilos) e atrito pleural], bem como os ruídos vocais (ressonância vocal, broncofonia, egofonia, pectorilóquia sussurrada).
- 2.3.16. Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade do tórax do paciente; caso exista solução de continuidade da pele nessa região, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas

características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.

2.3.17. Informações adicionais: espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes à avaliação do sistema respiratório/tórax/pulmões, não anotadas anteriormente.

2.4. Sistema Cardiovascular

2.4.7. Ausculta cardíaca: descrever a identificação dos sons cardíacos normais (Bulhas = B1 e B2), e se houver sons indicativos de patologias (sons de galope = B3 e B4, estalidos de abertura, clique de ejeção, sopros sistólico e diastólico, som de atrito) descrever sua localização, intensidade, timbre e irradiação.

2.4.8. Enchimento capilar: assinalar com “X” a opção que caracterize a condição de enchimento capilar das extremidades.

2.4.9. Pulsos periféricos: marcar três “X” nesse item: o primeiro relacionado a presença dos pulsos (poplíteo, pedioso e tibial posterior), outro quanto ao ritmo dos pulsos e o terceiro correspondente a amplitude dos pulsos periféricos, respectivamente.

2.4.10. Coloração da pele: colocar um “X” na alternativa que caracterize a cor da pele do paciente.

2.4.11. Temperatura da pele: marcar “X” na alternativa que corresponda ao grau de aquecimento da pele apresentado pelo paciente.

2.4.12. Umidade da pele: assinalar com “X” a opção que caracteriza o grau de umidade da pele.

2.4.13. Informações adicionais: espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes à avaliação do sistema cardiovascular, não anotada anteriormente.

2.5. Nutrição/Hidratação

2.5.4. Aceitação alimentar: marcar um “X” na opção que corresponda ao grau de aceitação alimentar do paciente, sendo que o jejum pode ser uma condição recomendada pelo médico por motivo de cirurgia ou exame.

2.5.5. Alterações: se o paciente apresentar alguma alteração em relação a ingesta alimentar ou hídrica, colocar “X” na alternativa que caracteriza essa alteração. Pode ser assinalada mais de uma opção.

2.5.6. Estado de hidratação: assinalar com “X” a opção que corresponda ao estado de hidratação do paciente. Se o paciente apresentar edema, especificar o grau (volume) desse edema em cruces (+ ou mais em ++++); dessa forma:

+ /4 = edema dos maléolos até os joelhos;

++ /4 = edema até as coxas e púbis;

+++ /4 = edema em membros superiores, inferiores e face;

++++ /4 = anasarca (edema distribuído por todo o corpo).

2.5.7. Informações adicionais: espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes ao aspecto nutricional e/ou de hidratação, não anotadas anteriormente.

2.6. Eliminações/Abdome/Genitália

- 2.6.9. Eliminações vesical:** marcar um “X” na opção que corresponda a presença de diurese. Pode ser assinalada também a opção “Sem controle de esfíncter” se a diurese estiver presente ou ausente dessa forma. Pode ainda ser marcado “X” na alternativa “Hemodiálise/diálise” se o paciente apresentar insuficiência renal e estiver fazendo esse tratamento.
- 2.6.10. Alterações da diurese:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.11. Eliminação intestinal:** assinalar com “X” a opção que corresponda a presença de evacuação diária. Se a evacuação estiver ausente, registrar a quantos dias o paciente não evacua. Pode ser assinalada também a opção “Sem controle de esfíncter” se a evacuação estiver presente ou ausente dessa forma.
- 2.6.12. Alterações das fezes:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.13. Abdome:** colocar “X” em três alternativas deste item: um deles na opção que caracteriza a forma e volume do abdome à inspeção; outro, na opção correspondente a consistência (rigidez) do abdome à palpação; o terceiro “X” deve caracterizar a presença de ruídos hidroaéreos à ausculta; e o último “X” assinalado na opção que caracteriza o som ouvido durante a percussão do abdome, respectivamente.
- 2.6.14. Alterações anal:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma opção. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.15. Alterações da genitália:** se o paciente apresentar qualquer alteração citada, assinalar aquela que corresponda a sua condição. Pode ser assinalada mais de uma alternativa. Caso a alteração apresentada pelo paciente não esteja citada, marcar um “X” na opção “Outros” e especificá-la.
- 2.6.16. Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade do abdome do paciente; caso exista solução de continuidade da pele nessa região, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.
- 2.6.17. Informações adicionais:** espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes à avaliação das eliminações/abdome/genitália, não anotadas anteriormente.

2.7. Mobilidade/Deambulação/Extremidades/Dorso

- 2.7.7. Capacidade para deambular:** marcar “X” na opção que represente a capacidade do paciente deambular sozinho sem qualquer auxílio.
- 2.7.8. Capacidade para mover-se no leito:** assinalar com “X” a alternativa que corresponda a capacidade do paciente mover-se sozinho no leito sem qualquer auxílio.

- 2.7.9. Capacidade para transferir-se de uma superfície para outra:** colocar um “X” na opção que caracteriza a capacidade do paciente de transferir-se de uma superfície para a outra (por exemplo, do leito para a maca) sozinho sem qualquer auxílio.
- 2.7.10. Capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas, bengalas, andadores:** assinalar a opção que represente a capacidade do paciente em mover-se com quaisquer um dos dispositivos citados.
- 2.7.11. Capacidade ou incapacidade de mover-se ou deambular prejudicada devido:** marcar “X” na alternativa que corresponde a razão pela qual o paciente apresenta-se incapaz ou com a sua capacidade prejudicada para mover-se ou deambular. Pode ser assinalada mais de uma opção. Se for marcado “X” na alternativa “Dor”, especificar a sua localização. Caso seja assinalada a opção “Dispositivos”, sublinhar o nome daquele que está sendo usado pelo paciente.
- 2.7.12. Lesões/incisões:** assinalar “X” na opção que represente a condição de integridade dos MMSS, MMII e/ou dorso; caso exista solução de continuidade da pele em qualquer uma dessas regiões, sublinhar o item (lesão ou incisões) que a represente no paciente e especificar suas características em relação a localização e aspecto. Se o paciente apresentar tanto lesões como incisões sublinhar os dois itens.
- 2.7.13. Informações adicionais:** espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes à avaliação da mobilidade/deambulação/extremidades e dorso, não anotadas anteriormente.

2.8. Competência para o Autocuidado

- 2.8.7. Higiene corporal:** marcar “X” na opção que corresponda a capacidade do paciente desempenhar sua higiene corporal.
- 2.8.8. Higiene oral:** assinalar a alternativa que corresponda a capacidade do paciente desempenhar sua higiene oral.
- 2.8.9. Tricotomia facial:** colocar um “X” na opção que representa a capacidade do paciente realizar sua tricotomia facial, no caso de ser paciente do sexo masculino.
- 2.8.10. Vestimenta:** marcar “X” na alternativa que caracteriza a capacidade do paciente em vestir-se.
- 2.8.11. Alimentação:** assinalar com “X” a opção que representa a capacidade do paciente em alimentar-se.
- 2.8.12. Eliminações:** colocar um “X” na alternativa que caracteriza a capacidade do paciente em realizar suas eliminações.
- 2.8.13. Informações adicionais:** espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes à avaliação da competência do paciente para o seu autocuidado, não anotadas anteriormente.

2.9. Procedimentos

- 2.9.10. Derivações:** marcar “X” na opção que corresponda ao tipo de derivação instalada no paciente e registrar o dia e mês da instalação de cada uma delas.
- 2.9.11. Dispositivos de respiração artificial:** assinalar a alternativa que representa o tipo de dispositivo utilizado pelo paciente para manter sua respiração artificial.
- 2.9.12. Cateteres:** marcar um “X” na opção que representa o tipo de acesso venoso usado no paciente. Pode ser assinalada as duas opções. Registrar o dia e mês de cada

punção venosa e o local(is) onde foi puncionado (exemplo: MSD = membro superior direito, MSE = membro superior esquerdo, MID = membro inferior direito, cateter venoso central na jugular D = direita, cateter venoso central na subclávia E = esquerda, dissecação de veia no MSE).

- 2.9.13. Sondagens:** assinalar um “X” na alternativa que corresponda ao tipo de sondagem instalada no paciente para alimentação, para diurese e/ou para aspiração traqueal. Registrar o dia e mês da instalação de cada sonda.
- 2.9.14. Irrigações:** colocar um “X” na opção que corresponda ao tipo de irrigação utilizada no paciente. Registrar o dia e mês da instalação da irrigação e o local onde está instalada.
- 2.9.15. Outros:** se o paciente estiver submetido a qualquer outro procedimento citado nesse item, marcar um “X” na alternativa correspondente. Caso seja assinalada a opção “Exames”, especificar o tipo de exame ao qual o paciente está sendo submetido.
- 2.9.16. Curativos:** assinalar a opção que caracteriza a presença de curativo(s) no paciente. Se o paciente apresentar qualquer curativo, registrar o local do mesmo e suas características (aspecto, presença de secreção, odor).
- 2.9.17. Drenagens:** marcar um “X” na alternativa que corresponda ao tipo de dreno colocado no paciente. Registrar o dia e mês da sua colocação e o local onde está fixado. Especificar também as características (volume, cor, odor) da drenagem.
- 2.9.18. Utensílio para eliminações vesical/intestinal:** marcar com “X” a opção que corresponda ao utensílio utilizado pelo paciente nas eliminações vesical/intestinal. Pode ser assinalada as duas alternativas, se for o caso.
- 2.9.19. Informações adicionais:** espaço aberto para que o enfermeiro(a) possa registrar quaisquer outras informações referentes a procedimentos realizados no paciente, não anotadas anteriormente.

Data da saída

- ✓ **Data da saída:** registrar o dia, mês e ano em que o paciente deixou a Unidade de Neurocirurgia.
- ✓ **Motivo:** marcar um “X” na opção que justifique o motivo pelo qual o paciente saiu da Unidade de Neurocirurgia, onde estava internado.
- ✓ **Legenda** para preenchimento: pode ser utilizada sempre que o enfermeiro não reconhecer algumas das siglas apresentadas no instrumento do exame físico.

Notas

- ✓ Registrar no final do instrumento o nome do enfermeiro(a) responsável pelo preenchimento do instrumento, bem como o número do seu COREN.
- ✓ Ao término do preenchimento do instrumento de Exame Físico, após aproximadamente 10 dias, um novo instrumento de igual teor deverá ser preenchido diariamente até que o paciente receba alta hospitalar.