

Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia*

Construction of an instrument to collect nursing data in gynecology

Construcción de un instrumento de colecta de datos de enfermería ginecológica

Lenir Honório Soares¹, Francisca das Graças Salazar Pinelli²,
Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão³

RESUMO: Trata-se de pesquisa Survey descritivo exploratório. Teve como objetivo a construção de um instrumento de coleta de dados, visando a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma clínica de cirurgias ginecológicas. O instrumento foi elaborado com base no Modelo Bifocal da Prática Clínica de Carpenito, construído segundo os Padrões Funcionais de Saúde descritos por Gordon. Buscou-se na elaboração do instrumento uma forma de organizar e registrar um maior número de informações sobre as condições gerais e especiais de saúde das pacientes. Foi aplicado em 100 mulheres internadas em uma clínica ginecológica de um Hospital Público Estadual de Ensino do Município de São Paulo, no período de maio a setembro de 2002. Os resultados mostraram que o instrumento construído foi adequado, pois, possibilitou a identificação de 48 diagnósticos de enfermagem. Destaca-se que foram identificados oito diagnósticos numa frequência de 70,0% a 100%, sendo que: "Risco para infecção, conforto alterado, déficit de conhecimento e medo" ocorreram em 100% e, Ansiedade, Comportamento para elevar o nível de saúde, Distúrbio no padrão do sono e Integridade da pele prejudicada, numa frequência de 96,0% a 70,0%. Os demais ocorreram numa frequência de 31,0% a 64,0%.

Descritores: Coleta de dados; Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem obstétrica

ABSTRACT: this is a descriptive exploratory survey. The purpose was to construct an instrument to collect data aiming implantation to systematize nursing assistance in a gynecologic clinic. The instrument was elaborated based on the Bifocal Clinical Practice Model developed by Carpenito constructed according to the Functional Health Patterns described by Gordon. When elaborating the instrument, a method to organize and register a greater number of information on general and special conditions of the patient's health. It was applied in 100 women hospitalized in a gynecologic clinic of a Public Teaching Hospital in the city of São Paulo, from May to September 2002. The results showed that the constructed instrument was adequate because it made possible to identify 48 nursing diagnosis. Eight diagnoses were identified in a frequency of 70% to 100%, being "Risk of Infection, Altered Comfort, Deficit of knowledge and Fear" occurred in 100% and "Anxiety, Behavior to increase Health Status, Disorder in the sleep pattern and Impaired Skin Integrity" was observed in a frequency of 96.0% to 70.0%. The others variables occurred in a frequency of 31.0% to 64.0%.

Descriptors: Data collection; Nursing diagnosis; Obstetrical nursing

RESUMEN: Este estudio es una pesquisa descriptiva exploratoria y tuvo como objetivo la construcción de un instrumento de colecta de datos, almejando la sistematización de la asistencia de enfermería en una clínica de cirugías ginecológicas. El instrumento fue elaborado con base en el Modelo Bifocal de la Práctica de Carpenito, construido según los Padrones Funcionales de la Salud descritos por Gordon. Se buscó en la elaboración del instrumento una forma de organizaar y registrar el mayor número de informaciones sobre las condiciones generales y especiales de la salud de los pacientes. Fue aplicado en 100 mujeres internadas en un clínica ginecológica de un Hospital Público Estadual de Enseñanza del Municipio de São Paulo, en el período de mayo a septiembre de 2002. Los resultados mostraron que el instrumento construido fue adecuado una vez que permitió la identificación de 48 diagnósticos de enfermería. Fueron identificados ocho diagnósticos en una frecuencia de 70.0% a 100%, siendo que "Riesgo para infección, Conforto alterado, déficit de conocimiento y miedo" ocurrieron en 100% y, "Ansiedad, Comportamiento para elevar el nivel de la salud, disturbio en el padrón del sueño e integridad de la piel perjudicada", ocurrieron en 96% a 70.0% . Las demás variables ocurrieron en una frecuencia de 31.0% a 64.0%

Descritores: Recolección de datos; Diagnóstico de enfermería; Enfermería obstétrica

* Parte extraída da Dissertação de Mestrado em Enfermagem na UNIFESP.

¹ Mestre em Enfermagem pela UNIFESP.

² Professora Doutora da Disciplina Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

³ Professora Doutora da Disciplina Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

INTRODUÇÃO

A construção de um instrumento de coleta de dados em enfermagem, visa documentar as informações de forma objetiva, científica e compreensiva, permitindo a identificação de diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, a determinação de ações de enfermagem gerando uma assistência de melhor qualidade.

A coleta de dados pode ser definida como um processo permanente, que começa quando você encontra o paciente pela primeira vez e continua em cada encontro, até que ele receba alta⁽¹⁾.

O levantamento de dados é o primeiro componente do processo e consiste na coleta de dados deliberada e sistematizada, com objetivo de delinear o perfil do estado da saúde do paciente, família e comunidade⁽²⁾.

Estudos no sentido de identificação de diagnósticos de enfermagem através da prática assistencial, vêm sendo desenvolvidos desde a década de 20. Em 1950, Mcmanus, classificou o termo “diagnóstico” como uma atividade de enfermagem, descreveu as funções do enfermeiro para a identificação dos problemas, e os fatores relacionados, levando à ações de enfermagem na busca de soluções de problemas⁽³⁾.

Em 1973, um grupo de enfermeiras norte americanas realizaram a 1ª Conferência Nacional sobre a classificação de diagnósticos de enfermagem, sendo apresentados e validados 34 diagnósticos de enfermagem nesta conferência⁽³⁻⁴⁾.

O elemento chave para um diagnóstico de enfermagem preciso é a coleta e análise de dados que constitui o fundamento no qual se baseia a identificação de necessidades, respostas e problemas individuais⁽⁵⁾.

É nessa fase que se faz uma investigação sistemática e deliberada de dados para a determinação do estado de saúde atual e passado do paciente, seu estado funcional e avaliação do seu padrão de enfrentamento de problemas presentes e passados⁽⁶⁾.

Um roteiro sistematizado de levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano, torna possível a identificação dos seus problemas⁽⁷⁾.

O histórico de enfermagem é um guia sistematizado para o levantamento de dados com objetivo de se conhecer os problemas de enfermagem vivenciados pelos pacientes, para que a assistência seja direcionada ao atendimento de suas necessidades em sua globalidade, e que o atendimento contemple sua individualidade, com suas crenças e valores específicos⁽⁸⁾.

Na área de enfermagem obstétrica observa-se a realização de pesquisas com o objetivo de construção de instrumentos de coleta de dados, para a identificação de diagnósticos e conseqüentemente, intervenções de enfermagem.

Abrão⁽⁹⁾ construiu e validou um modelo específico para assistência de enfermagem à puérpera e seu filho no período puerperal e de aleitamento materno.

Em 1999, foi elaborado um instrumento de levantamento de dados para assistência à mulher durante o acompanhamento pré-natal em consultas realizadas por enfermeiros e alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem⁽¹⁰⁾.

Estudo similar, foi desenvolvido na área de sexualidade da mulher⁽¹¹⁾.

Em enfermagem ginecológica, encontramos um estudo desenvolvido⁽¹²⁾, cuja finalidade foi a construção de um instrumento de coleta de dados que resultou na identificação de diagnósticos de enfermagem em consultas de enfermagem ginecológica, realizadas com mulheres em Unidade Básica de Saúde.

Desta forma, o interesse em desenvolver esta pesquisa, surgiu da observação clínica, no exercício da profissão de enfermeira, atuando na área ginecológica de uma Instituição Pública Estadual, que resultou na constatação da necessidade de utilização de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem.

Neste sentido, o estudo teve como objetivo, construir um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia, visando a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no referido Hospital.

METODOLOGIA

Trata-se de um survey descritivo e exploratório⁽¹³⁾ que

coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam dados para justificar e avaliar condições de práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde.

O estudo ocorreu em um Hospital Público Estadual de Ensino do Município de São Paulo.

A amostra constitui-se de 100 mulheres internadas para cirurgias ginecológicas e que se encontravam entre o primeiro e o quinto dia de pós-operatório. Para facilitar a obtenção de informações mais precisas e conseqüentemente, um raciocínio clínico adequado, utilizou-se como critérios de inclusão, mulheres que não apresentavam queixas algicas importantes, que demonstrassem boa comunicação e disposição no momento da coleta de dados e que não estivessem com acompanhante no momento da realização da entrevista e exame físico, após terem concordado livremente em participar do estudo.

O instrumento de coleta de dados, resultado principal deste estudo, foi elaborado segundo os Padrões Funcio-

nais de Saúde⁽¹⁴⁾, citados adiante, e com base no Modelo Bifocal da Prática Clínica⁽⁶⁾, apresentado em 1983. Segundo esta autora,

representa as situações que influenciam as pessoas, os grupos e as comunidades, assim como a classificação das suas respostas pela perspectiva de enfermagem.

Estas situações são organizadas em cinco amplas categorias: fisiopatológicas; relacionadas com o tratamento; pessoais; ambientais e maturacionais. O instrumento contém dados sócio-demográficos, variáveis gineco/obstétricas, e de hábitos de vida e diagnósticos identificados.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2002, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/EPM e do Hospital do Mandaqui e o consentimento livre e esclarecido das participantes do estudo.

RESULTADOS

Ressalta-se que a maioria das mulheres que participou do estudo tinha idade entre 28 a 57 anos (60,0%), era de cor branca (54,0%), tinha como ocupação atividades do lar (55,0%). A maioria encontrava-se entre o primeiro e segundo dia de pós-operatório e as cirurgias mais frequentes foram: histerectomia abdominal por leiomiomas (31,0%), Colpoperineoplastia por prolapso genital (13,0%), Curetagens de prova, e conização (9,0%) respectivamente e mastectomia por câncer de mama em 8,0%.

O instrumento construído, caracterizou o objetivo da pesquisa, após várias aplicações em pré-testes até chegar-se a este modelo. É composto de Anamnese e Exame Físico, contendo na sua estrutura, dados de identificação; sócios demográficos; variáveis gineco/obstétricas; variáveis de hábitos de vida; patologias e cirurgias realizadas, distribuídos de acordo com os Padrões Funcionais de Saúde⁽¹⁴⁾, relacionados a seguir:

1. Valor – Crença

Descreve os padrões de valores, objetivos e crenças (incluindo espirituais) que guiam as escolhas e decisões. Inclui o que é percebido como importante na vida e quaisquer conflitos detectados em valores, crenças ou expectativas relacionadas à saúde.

2. Percepção de Saúde – Controle de Saúde

Descreve o padrão de saúde e bem-estar percebido do cliente e como sua saúde é controlada. Inclui a per-

cepção do cliente do seu próprio status de saúde e sua relevância para atividades correntes e planejamentos futuros. Também inclui o nível geral de comportamento de cuidados de saúde, tais como atividades de promoção de saúde, participação em práticas preventivas de saúde mentais e físicas, prescrições médicas ou de enfermagem e cuidados de acompanhamento.

3. Sexual – Reprodutivo

Descreve o padrão de satisfação ou insatisfação com a sexualidade e o padrão reprodutivo. Inclui a satisfação percebida ou distúrbios na sexualidade ou em relações sexuais. Também estão incluídos o estado reprodutivo feminino, pré-menopausa ou pós-menopausa e quaisquer problemas detectados.

4. Papel – Relacionamento

Descreve o padrão de papel em compromissos e relacionamentos. Inclui a percepção dos principais papéis e responsabilidades na situação corrente da vida do cliente. São incluídos satisfações ou distúrbios na família, trabalho ou relações sociais, bem como as responsabilidades relacionadas a estes papéis.

5. Cognitivo – perceptivo

Descreve o padrão cognitivo e de percepção dos sentidos. Inclui a adequação dos modos sensoriais, como visão, audição, paladar, tato e olfato, e a compensação ou próteses utilizadas para tratamentos de distúrbios. Quando for o caso, são incluídos relatórios de percepção de dor e de como esta é gerenciada. São descritas habilidades funcionais cognitivas, como linguagem, memória, julgamento e tomada de decisão.

6. Atividade – Exercícios

Descreve o padrão de atividades relacionadas a exercícios, lazer e recreação. Inclui atividades do dia-a-dia que requerem gasto de energia, como manter a higiene, cozinhar, fazer compras, comer, trabalhar ou cuidar da casa. Também são incluídos tipo, quantidade e qualidade do exercício, inclusive exportes, que descrevem o padrão típico. (São incluídos fatores que interferem no padrão desejado ou esperado para um indivíduo, tais como déficits e compensações neuromusculares, dispnéia, angina ou câibras musculares quando de esforços, e, se for o caso, classificação cardíaca e pulmonar). Padrões de lazer são incluídos e descrevem atividades de recreação realizadas com ou sem outros indivíduos. A ênfase deve ser nas atividades de maior importância para o cliente.

7. Sono – Repouso

Descreve os padrões de sono, descanso e relaxamento, incluindo os períodos de cada um destes durante um dia completo. Inclui a percepção de qualidade e quantidade de sono e descanso e a percepção de nível de energia. Também são incluídos dispositivos de auxílio ao sono, como medicamentos ou rotinas noturnas.

8. Autopercepção – Autoconceito

Descreve o padrão de auto-conceituação e da percepção de si mesmo. Inclui atitudes do indivíduo com relação a si próprio, percepção de habilidades (cognitivas, afetivas e físicas), imagem, identidade, senso geral de valor, e padrão emocional geral. Também são incluídos padrões de postura do corpo e movimentos, contato visual e padrões de voz e de discurso.

9. Enfrentamento- Tolerância ao estresse

Descreve o padrão geral de superação e sua efetividade em termos de tolerância ao stress. Inclui a reserva ou capacidade de resistir a desafios à integridade pessoal, modos de gerenciamento de stress, família ou outros sistemas auxiliares, e a habilidade percebida de controlar e gerenciar situações.

10. Eliminatório

Descreve padrões das funções excretoras (intestino, bexiga e pele) dos indivíduos. Inclui a percepção pelo indivíduo da regularidade das funções excretoras, uso de rotinas ou laxantes para limpeza do intestino e quaisquer mudanças ou distúrbios em padrões de tempo, modo de excreção, qualidade e quantidade. Também são incluídos quaisquer dispositivos empregados para controlar a excreção e, quando apropriado, o padrão de coleta de dejetos feita pela família ou comunidade.

11. Nutricional – Metabólico

Descreve padrões de consumo de alimentos e líquidos com relação às necessidades metabólicas e indicadores de padrão de suprimentos locais de nutrientes. Inclui os padrões de consumo de alimentos e líquidos do indivíduo, horários diários de alimentação, tipos e quantidades de alimentos e líquidos consumidos, preferências particulares com relação a certos alimentos e uso de nutrientes ou vitaminas suplementares. Também são incluídos relatórios sobre quaisquer lesões na pele e capacidade geral de regeneração e ainda, as condições da pele, cabelo, unhas, membranas mucosas e dentes, bem como medidas da temperatura do corpo, altura e peso e estado nutricional, como peso e ingesta alimentar.

Apresenta-se a seguir, o modelo definitivo do instrumento de coleta de dados para a sistematização da assistência de enfermagem ginecológica⁽¹⁵⁾.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA GINECOLÓGICA

Formulário N _____, Data da Coleta: ___/___/___, Data da internação: ___/___/___
RH. _____ Enfermaria: _____ N Leito _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Nome: _____ Idade: _____
 Cor da pele: 1. Branca 2 negra. 3. Parda.
 Estado civil: 1. Casada. 2 Solteira. 3 Viúva. 4. Separada. 5 União estável
 Escolaridade: 1. Nenhuma. 2. Ens. Fundamental: 1. completo. 2 incompleto.
 3 Ens. Médio. 1. Completo. 2. incompleto 4 Ens. Superior. 1. Completo. 2 Incompleto.
 Ocupação: 1. do lar. 2. empregada. 3. desempregada. 4. aposentada.
 Natural de: _____ Reside na cidade de: _____
 HÁ: _____ m/a
 Pessoas do convívio:
 9. marido/companheiro. 2 filhos/marido/companheiro. 3 filhos. 4 só. 5. outros

 Medicação em uso:
 Nome: _____ Dose dia _____
 Nome: _____ Dose dia. _____
 Tipo sanguíneo: _____ RH: _____

continuação...

<i>PADRÃO VALOR-CRENÇA</i>	<i>Diag. De Enfermagem</i>
Religião 1. <input type="checkbox"/> Católica. 2 <input type="checkbox"/> Evangélica. 3 <input type="checkbox"/> Espírita. 4 <input type="checkbox"/> Outras INTERFERÊNCIA NA RELIGIÃO SOBRE O TRATAMENTO 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não . 3. <input type="checkbox"/> sente um vazio. 4. <input type="checkbox"/> solicita assistência espiritual.	<input type="checkbox"/> Angústia espiritual <input type="checkbox"/> Potencial p/melhoria do bem estar espiritual <input type="checkbox"/> Outros _____
<i>ANAMNESE PADRÃO PERCEPÇÃO DE SAÚDE-CONTROLE DE SAÚDE</i>	<i>Diag. De Enfermagem</i>
Queixa principal: _____ História da doença atual: _____ Diag. Médico: _____ Tratamento previsto: _____ Tratamento realizado: _____ Data da cirurgia: ____/____/____ Antecedentes familiares: _____ Antecedentes pessoais: _____ Hábitos e comportamento: Tabagista: 1. <input type="checkbox"/> sim. 2 <input type="checkbox"/> não. Quantidade: ____/dia. Etilista: 1 <input type="checkbox"/> sim. 2. <input type="checkbox"/> não. 3. <input type="checkbox"/> socialmente. Uso de drogas: 1. <input type="checkbox"/> sim. 2. <input type="checkbox"/> não. Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Recuperação cirúrgica prolongada <input type="checkbox"/> Diminuição da vitalidade do adulto alterada. <input type="checkbox"/> Manutenção da saúde <input type="checkbox"/> Não comprometimento. <input type="checkbox"/> Comportamento para elevar nível de saúde.
<i>PADRAO SEXUAL-REPRODUTIVO</i>	<i>Diag. Enfermagem</i>
Antecedentes Ginecológicos Atividade sexual: 1. <input type="checkbox"/> Sem alteração. Alterado por: 2. <input type="checkbox"/> DST. 3. <input type="checkbox"/> Gestação. 4. <input type="checkbox"/> Câncer. 5. <input type="checkbox"/> Dor. 6. <input type="checkbox"/> Sangramento. 7. <input type="checkbox"/> Culpa. 8. <input type="checkbox"/> Separação. 9 <input type="checkbox"/> Ansiedade. 10. <input type="checkbox"/> Falta de desejo. 11. <input type="checkbox"/> Incontinência urinária. 12. <input type="checkbox"/> Mudança de aparência. 13. <input type="checkbox"/> Diminuição de lubrificação vaginal. 14. <input type="checkbox"/> Doença do sistema genital interno e do útero. D.U.M. ____/____/____. 1. <input type="checkbox"/> Menarca ____ anos. 2. <input type="checkbox"/> Coitarca ____ anos. 3. <input type="checkbox"/> Menopausa ____ anos. Ciclo menstrual: Duração: ____ dias. Quantidade de fluxo: 9. <input type="checkbox"/> pequena. 2. <input type="checkbox"/> média. 3. <input type="checkbox"/> grande. Intervalos: ____ dias. <input type="checkbox"/> Irregular. Alterações vaginais: Corrimento: 1. <input type="checkbox"/> sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. Aspecto: _____ Duração: ____ dias. Odor 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. Prurido: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não Sangramento: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. Tempo de duração: ____ dias/ms. DST: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. Qual?: _____ Número de parceiros: _____ Exame de Papanicolaou: 1. <input type="checkbox"/> Sim . 2. <input type="checkbox"/> Não. Data exame anterior à internação: ____/____/____. Data exame atual: ____ 9. <input type="checkbox"/> não sabe. 2. <input type="checkbox"/> Citologia negativa. 3. <input type="checkbox"/> Sugestiva de lesão de baixo grau. 3. <input type="checkbox"/> Sugestiva de lesão de alto risco. Antedentes obstétricos N° gest.: __. N° parid. ____ PN: ____ PC: ____ PF: ____ Peso médio dos filhos ao nascer: ____ Kg. Abortos: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> não 3. <input type="checkbox"/> N° espontâneo: ____ 4. <input type="checkbox"/> N° intencional: ____ Curetagem pós aborto/partos: 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> não. Curetagem de prova: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. Laqueadura: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2 <input type="checkbox"/> Não. Tempo de laqueadura: ____ meses/anos.	<input type="checkbox"/> Padrão de sexualidade alterados <input type="checkbox"/> Disfunção sexual <input type="checkbox"/> Risco p/infecção Outros: _____

continuação...

<p align="center">PADRÃO: PAPEL – RELACIONAMENTO</p> <p>A doença a afastou de: Trabalho: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. Não. Laser: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não. Familiares: 1. <input type="checkbox"/> Sim. 2. <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Interação Social: 1. <input type="checkbox"/> Normal. Prejudicada por: 2. <input type="checkbox"/> perda de parte do corpo. 3. <input type="checkbox"/> doença crônica. 4. <input type="checkbox"/> imaturidade emocional. 5. <input type="checkbox"/> Respostas agressivas. 6. <input type="checkbox"/> Ansiedade. 7. <input type="checkbox"/> Crença/religião. 8. <input type="checkbox"/> Comportamento depressivo. 9. <input type="checkbox"/> Sentimento de rejeição. 10. <input type="checkbox"/> doença terminal. Outros: _____</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Risco p/solidão <input type="checkbox"/> Pesar <input type="checkbox"/> Interação social prejudicada. <input type="checkbox"/> Outros _____</p>
<p align="center">PADRÃO: COGNITIVO – PERCEPTIVO</p> <p>Nível de consciência 1. <input type="checkbox"/> Acordada. 2. <input type="checkbox"/> Lúcida. 3. <input type="checkbox"/> Comatosa. 4. <input type="checkbox"/> Torporosa. 5. <input type="checkbox"/> Confusa. 6. <input type="checkbox"/> Com falhas de memória.</p> <p>Comunicação 1. <input type="checkbox"/> Normal. 2. <input type="checkbox"/> mímica. 3. <input type="checkbox"/> Escrita. Prejudicada por: 1. <input type="checkbox"/> Dispnéia. 2. <input type="checkbox"/> Dor. 3. <input type="checkbox"/> Fadiga. 4. <input type="checkbox"/> Ansiedade. 5. <input type="checkbox"/> Analgesia. Outros: _____</p> <p>Interação com o estado de saúde 1. <input type="checkbox"/> Demonstra bom conhecimento sobre o atual estado de saúde. 2. <input type="checkbox"/> Demonstra pouco conhecimento sobre a doença e tratamento. 3. <input type="checkbox"/> Tem dificuldade de entendimento; 4. <input type="checkbox"/> Nada sabe sobre a doença e tratamento 5. <input type="checkbox"/> Solicita informações. 6. <input type="checkbox"/> Interpreta de maneira errada as informações recebidas. 7. <input type="checkbox"/> Não tem interesse em aprender 8. <input type="checkbox"/> Responde lentamente a pergunta 9. <input type="checkbox"/> Apresenta outras necessidades.</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Sono percepção alterado. (Especificar). <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada. <input type="checkbox"/> Déficit de conhecimento <input type="checkbox"/> Conflito de decisão <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Conforto alterado <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p align="center">PADRÃO: ATIVIDADE – EXERCICIO</p> <p align="center">Auto-cuidado</p> <p>Alimentação: 1. <input type="checkbox"/> Alimenta-se sozinha. 2. <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda. 3. <input type="checkbox"/> Alimenta-se por sonda.</p> <p>Banho/higiene: 1. <input type="checkbox"/> Toma banho e faz toda a higiene sem ajuda. 2. <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para banho/higiene.</p> <p>Vestir-se/arrumar-se: 1. <input type="checkbox"/> Habilidade prejudicada para colocar e retirar a roupa. 2. <input type="checkbox"/> Não necessita de ajuda.</p> <p>Oxigenação: 1. <input type="checkbox"/> ar ambiente. 2. <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia. 3. <input type="checkbox"/> Traqueostomia</p> <p>Mobilidade: 1. <input type="checkbox"/> Deambula. 2. <input type="checkbox"/> Não deambula. 3. <input type="checkbox"/> Deambula com ajuda. 4. <input type="checkbox"/> Dor pós cirurgia. 5. <input type="checkbox"/> Restrição imposta de movimentos. 6. <input type="checkbox"/> Relutância em mover-se. 7. <input type="checkbox"/> Uso de prótese (muletas/andador). 8. <input type="checkbox"/> Movimenta-se no leito com ajuda.</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado: banho/higiene. <input type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado: vestir-se/arrumar-se. <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada. <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade. <input type="checkbox"/> Risco para função respiratória alterada. <input type="checkbox"/> Perfusão tissular periférica alterada. <input type="checkbox"/> Risco p/ traumas. Outros: _____</p>
<p align="center">PADRÃO: SONO- REPOUSO</p> <p>Sono: 1. <input type="checkbox"/> Dorme bem. 2. <input type="checkbox"/> Dorme pouco. 3. <input type="checkbox"/> Insônia. 4. <input type="checkbox"/> Só dorme com medicação.</p> <p>Dificuldade para adormecer: 1. <input type="checkbox"/> Hospitalização. 2. <input type="checkbox"/> Acesso venoso. 3. <input type="checkbox"/> Dor. 4. <input type="checkbox"/> Preocupação com familiares. Outros: _____</p> <p>Repouso: 1. <input type="checkbox"/> Absoluto. 2. <input type="checkbox"/> Relativo. 3. <input type="checkbox"/> Sem restrição.</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Distúrbio no padrão do sono. <input type="checkbox"/> Privação do sono. Outros: _____</p>

continuação...

<p align="center">PADRÃO: AUTOPERCEPÇÃO-AUTOCONCEITO</p> <p>Preocupação com auto-imagem: 1. <input type="checkbox"/> Preocupação com a imagem corporal. 2 <input type="checkbox"/> Preocupação com a parte do corpo doente. 3. <input type="checkbox"/> Preocupação com a perda de parte do corpo.</p> <p>Sentimentos expressos sobre si: 1. <input type="checkbox"/> Preocupação. 2. <input type="checkbox"/> Raiva. 3. <input type="checkbox"/> ressentimento. 4. <input type="checkbox"/> Inquietação. 5. <input type="checkbox"/> Medo a respeito do significado da vida. 6. <input type="checkbox"/> Medo do sofrimento. 7. <input type="checkbox"/> Medo da morte. Outros: _____</p> <p>Atitudes expressas sobre si: 1. <input type="checkbox"/> Verbalização negativa sobre si. 2. <input type="checkbox"/> Falta de confiança. 3. <input type="checkbox"/> Recusa a olhar-se no espelho. 4. <input type="checkbox"/> Recusa-se a participar ou responsabilizar-se pelo próprio cuidado. 5. <input type="checkbox"/> Má apresentação corporal (postura, contato visual, movimento). 6. <input type="checkbox"/> Choro. Outros: _____</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Baixa auto-estima situacional <input type="checkbox"/> Baixa auto-estima crônica. <input type="checkbox"/> Distúrbio na imagem corporal <input type="checkbox"/> Distúrbio no autoconceito <input type="checkbox"/> Impotência <input type="checkbox"/> Ansiedade relacionada à morte <input type="checkbox"/> Desesperança. Outros: _____
<p align="center">PADRÃO: ENFRENTAMENTO-TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</p> <p>Sentimentos e atitudes em relação à doença: 1. <input type="checkbox"/> Descrença sobre o tratamento. 2. <input type="checkbox"/> Dificuldade para tornar-se independente. 3. <input type="checkbox"/> Ausência de pensamento para o futuro. 4 <input type="checkbox"/> Verbalização aumentada das necessidades. 5. <input type="checkbox"/> Verbalização diminuída das necessidades. 6. <input type="checkbox"/> Recusa em aceitar os esforços de reabilitação.</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <input type="checkbox"/> Enfrentamento ineficaz <input type="checkbox"/> Adaptação prejudicada <input type="checkbox"/> Outros: _____
<p align="center">PADRÃO ELIMINATORIO</p> <p>Elininações gastrointestinais: 1. <input type="checkbox"/> Náuseas. 2. <input type="checkbox"/> Vômitos. 3. <input type="checkbox"/> Gastralgia. 4. <input type="checkbox"/> Constipação. 5. <input type="checkbox"/> Diarréia. 6. Melena. 7. <input type="checkbox"/> Sem alterações. Outros: _____</p> <p>Eliminações urinárias: 1. <input type="checkbox"/> espontânea. 2. <input type="checkbox"/> Polaciúria. 3. <input type="checkbox"/> Oligúria. 4. <input type="checkbox"/> Nictúria. 5. <input type="checkbox"/> Incontinência. 6. <input type="checkbox"/> Irrigação. 7. <input type="checkbox"/> SVD. 8. <input type="checkbox"/> Disúria. Outros: _____</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <input type="checkbox"/> Risco para constipação <input type="checkbox"/> Constipação percebida <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Padrões de eliminação urinária alterada. <input type="checkbox"/> Incontinência urinária por pressão. <input type="checkbox"/> Outros: _____
<p align="center">EXAME FÍSICO</p> <p>SSVV 1. PA: _____ mm/Hg. 2. P: _____ 3. bat/min. 3. T: _____ ° C. 4. R: _____ mov/min. Estatura: _____ .cm.</p> <p>Estado geral: Mucosas: 1. <input type="checkbox"/> Coradas. 2. <input type="checkbox"/> Hipocoradas. 3. <input type="checkbox"/> Palidez. Cabeça - Condições do couro cabeludo: 1. <input type="checkbox"/> Sem alterações. 2. <input type="checkbox"/> Lesões dermatológicas. 3. <input type="checkbox"/> Cabelos limpos. 4. <input type="checkbox"/> Cabelos com sujidades. 5. <input type="checkbox"/> Outros: _____ Queixas: 1. <input type="checkbox"/> Cefaléia. 2. <input type="checkbox"/> Tontura. 3. <input type="checkbox"/> Turvação de vista. Pescoço: 1. <input type="checkbox"/> Sem alterações. 2. <input type="checkbox"/> Linfonodos. 3. <input type="checkbox"/> Tireóide aumentada. 4. <input type="checkbox"/> Lesões : _____ . Outros: _____</p>	<p align="center">Diag. Enfermagem</p> <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Risco para alteração da temperatura corporal

continuação...

<p>Tórax: 1. <input type="checkbox"/> Sem alterações. 2. <input type="checkbox"/> Expansão normal. 3. <input type="checkbox"/> Expansão diminuída. <i>Ausculta pulmonar:</i> 1. <input type="checkbox"/> normal. 2. <input type="checkbox"/> Alterada. 3. <input type="checkbox"/> Roncos. 4. <input type="checkbox"/> Estertores. 5. <input type="checkbox"/> Sibilos. <i>Coração:</i> 1. <input type="checkbox"/> rítmico. 2. Taquicardia. 3. <input type="checkbox"/> Bradicardia. 4. <input type="checkbox"/> sopros. <i>Mamas:</i> 1. <input type="checkbox"/> Sem alterações. 2. <input type="checkbox"/> Tumor fixo D/E 3. <input type="checkbox"/> Tumor móvel D/E 4. <input type="checkbox"/> Cicatriz cirúrgica anterior D/E. 5. <input type="checkbox"/> Nódulo em região axilar D/E. 6. <input type="checkbox"/> Presença secreção mamilo D/E. 7. <input type="checkbox"/> Lesões ulcerativas D/E. 8. <input type="checkbox"/> Secreção em lesão D/E. 9. <input type="checkbox"/> Outras alterações: _____ - Membros superiores: 1. <input type="checkbox"/> Sem alterações: 2. <input type="checkbox"/> Acesso venoso D/E. 3. <input type="checkbox"/> Linfedema D/E. 4. Edema de braço D/E. 5. <input type="checkbox"/> Edema de mão D/E. 6. <input type="checkbox"/> Rigidez de dedos da mão D/E. 7. <input type="checkbox"/> Diminuição da sensibilidade D/E. 8. <input type="checkbox"/> Outros: _____ Abdome: 1. <input type="checkbox"/> Plano. 2. <input type="checkbox"/> Flácido. 3. <input type="checkbox"/> Distendido. 4. <input type="checkbox"/> Indolor. 5. <input type="checkbox"/> Doloroso. 6. <input type="checkbox"/> Presença de tumoração. 7 <input type="checkbox"/> Ruídos H.A. presentes. 8. <input type="checkbox"/> Ruídos H.A. diminuídos. 9. <input type="checkbox"/> Ruídos H.A. ausentes. <i>Incisão cirúrgica:</i> 1 <input type="checkbox"/> Recente limpa e seca. 2. <input type="checkbox"/> Processo inflamatório. 3. <input type="checkbox"/> Deiscência parcial. 4. <input type="checkbox"/> Deiscência total. 5. <input type="checkbox"/> Secreção: característica: _____ Genitália externa: 1. <input type="checkbox"/> Sem alterações; 2. <input type="checkbox"/> Pilificação normal. 3. <input type="checkbox"/> Pilificação alterada. 4. <input type="checkbox"/> anomalia: _____ 4. <input type="checkbox"/> Lesões tipo: _____ Membros inferiores: 1. <input type="checkbox"/> Sensibilidade e força motora preservada D/E. 2. <input type="checkbox"/> Cianose de extremidades D/E. 3. <input type="checkbox"/> Varizes D/E. 4. Edema D/E. Lesões D/E tipo: _____ Enfermeira/o. _____, COREN: _____.</p>	<p><input type="checkbox"/> Risco para transmissão de infecção</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit de volume de líquido.</p> <p><input type="checkbox"/> Excesso de volume de líquido.</p> <p><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</p> <p><input type="checkbox"/> Proteção alterada</p> <p>Outros: _____</p> <p>_____</p>
---	--

A partir da aplicação deste instrumento foi possível identificar 48 diagnósticos de enfermagem, dentre eles, oito diagnósticos com freqüência entre 70,0% a 100,0%,

noves diagnósticos entre 40,0% a 69,0% e os demais, com 31,0% a 64,0%. Apresenta-se abaixo, os dois primeiros grupos de diagnósticos.

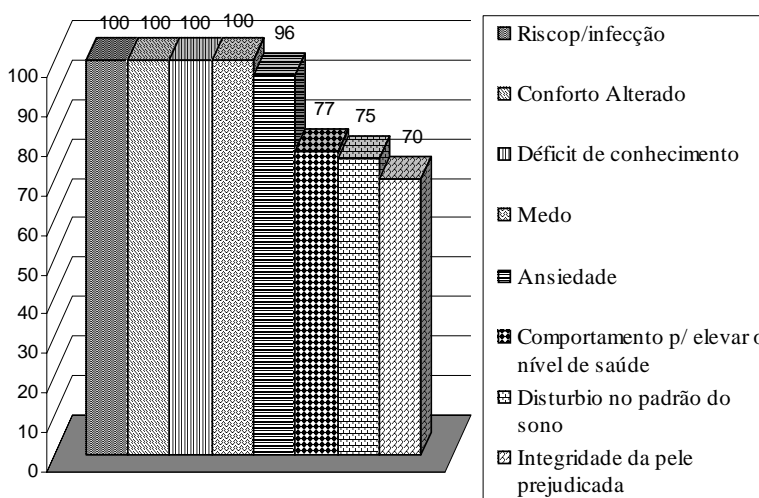


Figura 1 - Diagnósticos de enfermagem identificados com freqüência de 70,0% a 100,0% em mulheres atendidas em um Hospital Público Estadual de Ensino no Município de São Paulo. São Paulo, 2002.

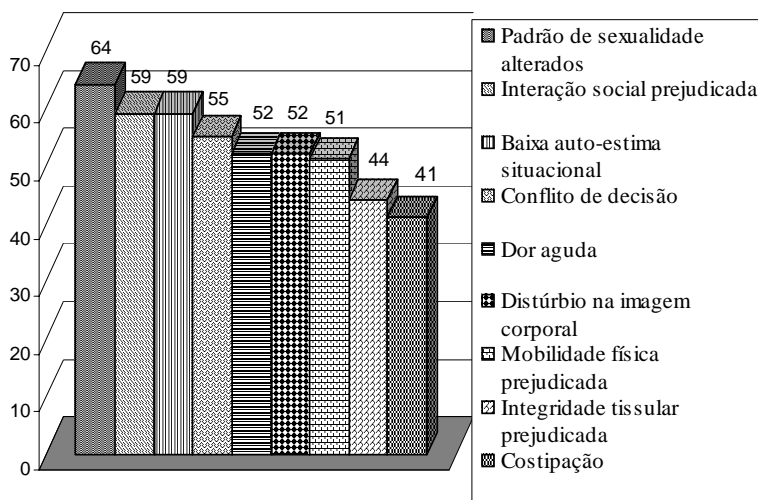


Figura 2 - Diagnósticos de enfermagem identificados com frequência de 40,0% a 69,0% em mulheres atendidas em um Hospital Público Estadual de Ensino no Município de São Paulo. São Paulo, 2002.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento mostrou-se adequado para a coleta de dados em clínica cirúrgica de ginecologia, uma vez que permitiu a identificação de 17 diagnósticos de enfermagem com frequência de 40,0% a 100,0% na clínica em estudo. Os resultados obtidos favorecem a sistematização da assistência de enfermagem, gerando ações individualizadas, e avaliação durante a internação das pacientes.

Considera-se o estudo fundamental para o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem, uma vez que o instrumento possibilita a informatização da prática de enfermagem e melhor qualidade de assistência.

REFERÊNCIAS

- Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Trad. de Ana Maria Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. Investigação; p. 52-89.
- Cianciarullo TI. Instrumento básico para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu; 2000. Instrumentos básicos: como usá-los na enfermagem.; p. 1-4.
- Farias NJ, Nóbrega LMM, Pérez BLV, Coler SM. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. Paraíba: Reprint; 1990. Histórico do diagnóstico de enfermagem; p. 23-43.
- North American Nursing Association (NANDA). Nursing diagnosis: definitions & classification 2001-2002. Philadelphia; 2002.
- Doenges MF, Moorhouse MF. Diagnóstico e intervenção em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. Aplicação no processo de enfermagem; p. 18-21.
- Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8ª ed. Trad. de Ana Maria Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. p. 35-74.
- Gutierrez BAO, Soares AVN, Anabuki MH, Nomura FH. Histórico de enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2002. p.131-64
- Abrão ACFV. Diagnóstico de enfermagem em aleitamento materno: estudo de validação. [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
- Lacava RMVB. Elaboração e aplicação de um instrumento de levantamento de dados e diagnósticos de enfermagem em gestantes. [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
- Vieira ES. Identificação e validação dos diagnósticos de enfermagem " Padrões de sexualidade alterados e disfunção sexual". [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
- Gerk MAS. Saúde da mulher: conjunto prioritário de diagnóstico de enfermagem em ginecologia. [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
- Lobiondo-Wood G, Haber J. Desenhos não-experimentais. 4ª ed. Trad. de Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. O papel da pesquisa em enfermagem; p. 111-21
- Gordon M. Nursing diagnosis: process and applications. St. Louis: Mosby; 1994.
- Soares LH. Construção de um instrumento de coleta de dados para a identificação dos diagnósticos de enfermagem em ginecologia. [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.