



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

REBECA SILVA BRANDÃO

**DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS
DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO**

Cuité - PB

2015

REBECA SILVA BRANDÃO

**DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS
DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. MsC. Lidiane Lima de Andrade

Cuité - PB
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B817d Brandão, Rebeca Silva.

Dados essenciais em enfermagem nos formulários das clínicas de infectologia: estudo comparativo. / Rebeca Silva Brandão. – Cuité: CES, 2015.

91 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Lidiane Lima de Andrade.

1. Infectologia. 2. Registros de enfermagem. 3. Conjunto de dados. I. Título.

CDU 616-083:616.9

REBECA SILVA BRANDÃO

**DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS
DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como exigência obrigatória para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC/UFCG, para apreciação e parecer.

Aprovado em _____ de _____ de 2015.

Prof^ª. MsC. Lidiane Lima de Andrade
Orientadora – UFCG

Prof^ª. MsC. Amanda Haissa Barros Henriques
Examinadora – UFCG

Prof^ª. Dra. Suzana de Oliveira Manguiera
Examinadora – UFPE

Cuité, PB
2015

A Deus dedico este estudo, por
me fazer perseverar nos momentos de medo,
iluminando meus passos para que eu concluísse meu
objetivo tão almejado sem desistir. Ele, com sua
infinita misericórdia, me mostrou que nenhuma
montanha é tão grande que possa esconder o sol.
Sem Você eu nada sou, meu Pai!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, em primeiro lugar, que com sua infinita misericórdia me presenteou com o dom da vida e seu amor incondicional, me fez acreditar que era possível, me guiando pelos melhores caminhos.

À minha mãe celestial, **Nossa Senhora**, que ouviu meus pedidos e intercedeu junto ao Seu filho, **Jesus**, acalentando meu coração nos momentos de aflição.

Aos meus pais **Socorro Silva Brandão** e **Oswaldo Brandão Filho**, os melhores do mundo, por me darem todo amor e incentivo, me ensinarem lições que vou levar comigo a vida inteira e por serem presentes mesmo na ausência, confortando minha saudade! Eu amo vocês infinitamente.

À minha irmã, **Luanna Brandão**, que me alegrou desde a sua chegada ao mundo, que compartilhou comigo os melhores momentos da minha vida, sendo sempre meu ponto de apoio e amizade verdadeira.

Às minhas avós (*in memoriam*), **Antonia** (Toinha) e **Marieta**, por depositarem toda confiança em mim e sonharem comigo este sonho, é triste não poder comemorar com vocês essa vitória, mas sei que vocês sempre foram as estrelas que me guiaram nessa jornada.

A todos os **meus familiares**, que de alguma forma me ajudaram nessa conquista, se fazendo sempre presente e torcendo para que eu conseguisse alcançar essa vitória. Vocês foram fundamentais nesse sonho.

Ao meu namorado, **Daniel Douglas**, pelo amor e companheirismo, por ser minha fonte de apoio e compreensão nos momentos mais difíceis. Agradeço também à sua família, em especial à **Gentil** e **Nalva**, por me acolherem como parte dela.

Aos **meus amigos**, de maneira especial à **Raphaelly**, **Nathália**, **Janaína** e **Klara**, que estiverem sempre comigo, nos bons e maus momentos, sorrindo com minhas vitórias e consolando minhas tristezas. Sou imensamente grata por Deus ter colocado as melhores pessoas para cruzarem meus caminhos.

À **minha turma querida 2014.2**, que compartilharam comigo cada dia da vida acadêmica, partilhando saberes e alegrias. Vocês serão inesquecíveis na minha vida. Em particular, gostaria de agradecer ao quarteto que tanto me orgulho de fazer parte, **Mariane**, **Rayane** e **Iani**, por serem verdadeiras amigas, estando sempre disponíveis quando eu mais precisei, por tornarem meus dias mais leves, pelas horas de diálogos, de estudos e sorrisos, enfim, vocês foram minha família longe de casa. Agradeço também à **Renata**, que neste último ano se tornou uma pessoa especial em minha vida, se tornando um ponto de apoio e

amizade verdadeira. À **Julian, Thialisson e Gilliard** pelos momentos de risadas juntos, deixando meus dias mais leves. Quero ter vocês sempre por perto!

À minha Orientadora, **Lidiane Lima de Andrade**, que é um verdadeiro exemplo de pessoa e profissional, agradeço em primeiro lugar pela sugestão de um estudo desafiador, confiando na minha capacidade e me estimulando cada dia mais. Sua orientação competente foi fundamental para a realização desse estudo, além disso, agradeço-lhe por todos os ensinamentos que serviram para meu crescimento intelectual e pessoal.

Aos membros da banca examinadora, **Amanda Haissa Barros Henriques e Suzana de Oliveira Mangueira**, por aceitarem meu convite, trazendo contribuições riquíssimas para serem somadas ao meu trabalho.

Aos meus professores, por serem verdadeiros mestres e me passarem a melhor das riquezas: o conhecimento. Em especial, agradeço a **Janaína Von Söhsten, Édija Lima, Jocelly Ferreira e Matheus Nogueira**, pelos conselhos, incentivos e por me fazerem vê em meio a todas as descobertas que o conhecimento nunca perder o brilho, me dando oportunidades de aprender cada vez mais com as experiências de monitoria, projetos de extensão e de pesquisa e todas as outras descobertas do mundo acadêmico.

Ao **Hospital Universitário Alcides Carneiro**, ao **Hospital Universitário Lauro Wanderley** e ao **Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga**, por darem parecer favorável a realização da minha pesquisa, em especial aos setores de doenças infectocontagiosas.

Aos **enfermeiros e pacientes**, que contribuíram grandemente na minha formação, me ensinando na prática a arte de cuidar.

À **UFCG/CES** e aos seus **funcionários**, por oportunizarem a realização desse sonho.

A todos o meu muito Obrigada!

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”*

(Cora Coralina)

RESUMO

BRANDÃO, R. S. **Dados Essenciais em Enfermagem nos formulários das clínicas de Infectologia: estudo comparativo.** Cuité, 2015. 91 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

Introdução: Os registros de enfermagem, que consistem na documentação da assistência prestada ao cliente, evoluíram com o passar dos anos, de manuais à *check-lists* e, posteriormente, informatizados, de modo que facilita a prática profissional, reduz o tempo exigido e melhor sua qualidade. Além de informar a assistência prestada, eles permitem que o cuidado seja continuado, baseado nos problemas diagnosticados, intervenções e resultados dos planejados. Porém, um dos grandes problemas que a Enfermagem encontra é a falta da padronização universal do registro, fato que mostra a necessidade da profissão adotar um instrumento organizado que apresente à população a qualidade da assistência. O Conjunto Internacional de Dados Essenciais em Enfermagem é um instrumento constituído por elementos mínimos a serem coletados do cliente, com objetivo de estruturar e padronizar a coleta de elementos. Tendo em vista a importância de um instrumento adequado para a realização de um bom registro de dados, levantou-se o seguinte questionamento: é possível analisar os dados presentes em formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem das clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba?

Objetivos: Esta pesquisa teve como objetivos categorizar os dados presentes em formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem das clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba e compará-los com o modelo proposto pelo Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem (i-NMDS). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e comparativa, com abordagem qualitativa, desenvolvida nas clínicas de infectologia de hospitais referências no Estado da Paraíba: Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW e Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga – HCF, dividido em três etapas: Categorização dos formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem e identificação dos dados essenciais, Comparação dos dados encontrados com o proposto pelo Conjunto Internacional de Dados Mínimos em Enfermagem e Análise dos dados encontrados de acordo com a literatura da área. **Resultados:** Dos 17 itens do i-NMDS comparados aos instrumentos utilizados nas clínicas de Infectologia da Paraíba, obteve-se um total de 11 itens semelhantes nos instrumento do HUAC e HULW, correspondendo a 64,71% do que é proposto, e no instrumento do HCF, 5 dos elementos foram contemplados, caracteriza 29,41% do que é preconizado. Assim, percebeu-se que os instrumentos utilizados apresentaram boa parte do que é proposto, porém, necessita de alguns ajustes para que a coleta e registros de dados sejam feitos de forma mais adequada e embase os cuidados de enfermagem. **Conclusão:** O estudo trouxe contribuições para a assistência de Enfermagem em Infectologia, pois foi possível identificar itens essenciais para o registro adequado dos cuidados prestados, viabilizar a documentação em Enfermagem e, conseqüentemente, a comunicação, o suporte legal e ético sobre a qualidade da assistência. Ressalta-se, ainda, a contribuição para a comunidade científica, visto que foi demonstrado o emprego da padronização da linguagem internacional, como também a possibilidade de desenvolver estudos posteriores, pois, os dados encontrados possibilitam elaborar um instrumento que contemple itens propostos pelo i-NMDS para nortear a prática de enfermagem em infectologia.

Palavras-chave: Registros de Enfermagem. Conjunto de Dados. Coleta de Dados. Infectologia.

ABSTRACT

BRANDÃO, R. S. **Dados Essenciais em Enfermagem nos formulários das clínicas de Infectologia: estudo comparativo.** Cuité, 2015. 91 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2015.

Introduction: Nursing records, which are in the documentation of assistance provided to the client, have evolved over the years, of manuals to check-lists and, subsequently, computerized, so that facilitates the professional practice, reduces the time required and improved its quality. In addition to informing the assistance provided, they allow the care is continued, based on the diagnosed problems, interventions and planned results. However, one of the major problems that nursing is the lack of universal standardization of record, a fact that shows the need for the profession to adopt an instrument, which shows the population, organized the quality of care. The International Set of mission-critical data in nursing is an instrument consisting of minimum elements to be collected from the customer, with the objective of structuring and standardizing the collection of elements. In view of the importance of an appropriate instrument for the achievement of a good registry data, rose the following question: is it possible to analyze the data present in forms of documentation used by nursing staff of three infectious diseases clinics hospitals references in the State of Paraíba.

Objectives: This study aimed to categorize the data present in forms of documentation used by nursing staff of infectious diseases clinics of three hospitals in the State of Paraíba references and compare them with the model proposed by the International Set of Essential nursing Data (i-NMDS). **Methodology:** This is a descriptive and comparative nature research with qualitative approach, developed in clinics of infectious diseases of hospitals in the State of Paraíba references: University Hospital Alcides Carneiro - HUAC, University Hospital Lauro Wanderley - HULW and Dr. Clementino Fraga hospital complex - HCF, divided into three steps: Categorisation of documentation forms used by nursing staff and identification of critical data, comparison of data found with the proposed International Minimum Data Set for nursing and analysis of the data found in accordance with the literature of the area. **Results:** Of the 17 items of i-NMDS compared to instruments used in infectious diseases clinics of Paraíba, obtained a total of 11 similar items in the instrument of HUAC and HULW, corresponding to 64.71% of what is proposed, and the instrument of the HCF, 5 of the elements were contemplated, characterizes 29.41% than is recommended So, it was realized that the tools used were a large part of what is proposed, however, requires some adjustments to that collection and data records are made of the most appropriate form and embase nursing care. **Conclusion:** The study brought contributions to nursing care in Infectology, because it was possible to identify essential items to the appropriate record of care, facilitate the nursing documentation and, consequently, communication, ethical and legal support on the quality of care. It should be noted, moreover, the contribution to the scientific community, since it was demonstrated the use of standardization of international language, as well as the possibility of developing subsequent studies, therefore, the data make it possible to draw up an instrument that includes items proposed by i-NMDS to guide nursing practice in infectious diseases.

Keywords: Nursing Records. DataSet. Data collection. Infectious Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Representação esquemática do cruzamento das palavras-chave nas bases de dados e resultados encontrados. Cuité-PB, 2015.....	27
FIGURA 2	Representação da distribuição geográfica de onde foram realizados estudos sobre o Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem. Cuité-PB, 2015.....	28

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Comparação entre os dados referentes ao Ambiente do Cuidado contidos nos instrumentos de coleta dados e de planejamento da assistência de enfermagem com o modelo proposto pelo i-NMDS. Cuité-PB, 2015.....	44
QUADRO 2	Comparação entre os dados referentes aos Dados Demográficos do Cliente contidos nos instrumentos de coleta dados e de planejamento da assistência de enfermagem com o modelo proposto pelo i-NMDS Cuité-PB, 2015.....	45
QUADRO 3	Comparação entre os dados referentes aos Dados do Cuidado de Enfermagem contidos nos instrumentos de coleta dados e de planejamento da assistência de enfermagem com o modelo proposto pelo i-NMDS. Cuité-PB, 2015.....	45

LISTA DE SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AORN	<i>Association of Operating Room of Nurses</i> – Associação de Enfermagem de Centro Operatório
CCC	Classificação de Cuidados Clínicos
CDEEPE	Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem para Atendimento às Portadoras de Endometriose
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Centro de Educação e Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
ICN	<i>International Council of Nurses</i> – Conselho Internacional de Enfermeiros
IMIA NI-SIG	<i>International Medical Informatics Association Nursing Informatics Special Interest Group</i> – Associação Internacional de Informática Médica Grupo de Interesse Especial de Informática em Enfermagem
I-NMDS	<i>International Nursing Minimum Data Set</i> – Conjunto Internacional de Dados Mínimos de Enfermagem
ISO	<i>International Organization for Standard</i> – Organização Internacional de Normalização
LILACS	<i>Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud</i> – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MDS	<i>Minimum Data Set</i> – Conjunto de Dados Mínimos
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i> – Associação de Diagnósticos de Enfermagem Norte Americano.
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> – Classificação das Intervenções de

	Enfermagem
NMDS	<i>Nursing Minimum Data Set</i> – Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem
NMDSN	<i>Nursing Minimum Data Set for the Netherlands</i> – Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem para Holanda
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i> – Classificação de Resultados de Enfermagem
NREM	Modelo Efetivo do Papel do Enfermeiro
ONMDS	<i>Oncology Nursing Minimum Data Set</i> – Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem Oncológica
PE	Processo de Enfermagem
PNDS	<i>Perioperative Nursing Minimum Data Set</i> – Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória
RAI	<i>Resident Assessment Instrument</i> – Instrumento de Avaliação do Residente
RUG-III	<i>Resource Utilisation Groups - version III</i> – Recursos de Utilização de grupos - versão III
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i> – Biblioteca Eletrônica Científica Online
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> – Pacote Estatístico para Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAENFE	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UML	<i>Unified Modeling Language</i> – Modelo Unificado de Linguagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 Coleta de Dados de Enfermagem.....	22
3.2 Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem.....	24
3.3 Estudos desenvolvidos nacionalmente e internacionalmente acerca do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem.....	26
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	37
4.1 Tipo de estudo.....	38
4.2 Local do estudo.....	38
4.3 População e amostra.....	39
4.4 Instrumento e técnica de Coleta de dados	39
4.4.1 <i>Categorização dos formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem e identificação dos dados essenciais.....</i>	40
4.4.2 <i>Comparação dos dados encontrados com o proposto pelo Conjunto Internacional de Dados Mínimos em Enfermagem.....</i>	40
4.5 Análise dos dados.....	40
4.6 Aspectos éticos.....	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
5.1 Resultados.....	44
5.2 Discussão.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICES	69
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados.....	70
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	71
ANEXOS.....	73
ANEXO A – Instrumentos utilizados na pesquisa.....	74
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	85
ANEXO C - Carta de Anuência da Pesquisa no Hospital Universitário Alcides Carneiro.....	88
ANEXO D - Carta de Anuência da Pesquisa no Hospital Universitário Lauro Wanderley	89
ANEXO E - Carta de Anuência da Pesquisa no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga	90
ANEXO F - Termo de Compromisso dos Pesquisadores.....	91



1 INTRODUÇÃO

Com a evolução da sociedade, começou-se a perceber a necessidade de registrar as práticas de saúde, para gerar conhecimentos na área e proporcionar às pessoas uma assistência mais qualificada (VERISSIMO; MARIN, 2013).

Alguns dos registros das atividades médicas já eram realizados em utensílios de argila há cerca 3.000 anos antes de Cristo, na civilização assírio-babilônica. No Antigo Egito, os registros hospitalares eram documentados há mais de dois mil anos. O médico e arquiteto Imhotep destacou-se por ser o primeiro a descrever sua documentação em papiro. Outro médico que se preocupou com os registros foi Hipócrates, que no século V antes de Cristo, relatou a importância de registrar a evolução das doenças, bem como as causas plausíveis (SILVA, 2011; PINTO; FARIAS; MENESES, 2012).

Na área de enfermagem os registros surgiram mais tarde, em 1580, na Itália, quando Camilo de Lellis, um religioso que cuidava de pobres e doentes, determinou que as anotações de enfermagem, de cada plantão, fossem realizadas de maneira sistemática e, posteriormente, anexadas aos prontuários dos clientes (BORSATO et al., 2012).

Florence Nightingale, a precursora da Enfermagem moderna, também costumava reunir as informações sobre o cuidado prestado por ela para conseguir analisar seu trabalho e, conseqüentemente, organizar informações para aperfeiçoar sua assistência. No livro *Notas sobre a enfermagem*, de 1856, a mesma afirmava que os dados observados teriam que ser descritos de forma precisa e correta (MAZIERO et al., 2013).

É importante destacar que os registros de enfermagem passaram por um processo de evolução, conforme descrito adiante. Pedrosa, Souza e Monteiro (2011) demonstraram que os registros manuais eram realizados por meio da comunicação escrita das anotações a respeito do cliente no âmbito hospitalar e continha informações que deveriam ser imparciais e objetivas sobre os procedimentos realizados, as evoluções de enfermagem e as intercorrências, porém os mesmos demandam muito tempo, o que sobrecarrega os profissionais de enfermagem, que além de prestar a assistência ao cliente tem que realizar a parte burocrática da profissão.

Para facilitar a documentação da assistência, os registros de enfermagem modificaram-se com o passar dos anos, de manuais à *checklists* e posteriormente se tornaram informatizados, com o objetivo de reduzir o tempo exigido e aumentar a qualidade das anotações. De acordo com Silva, V. C. G. et al. (2012), a facilitação do registro motiva os enfermeiros a realizarem anotações contínuas, bem como influencia na qualidade da assistência prestada, por beneficiar diretamente o desempenho dos cuidados oferecidos ao cliente.

Pires, Pedreira e Peterlini (2013) afirmam que os *checklists* são listas de checagem de dados, considerados fundamentais para a diminuição de falhas. Os *checklists* são imprescindíveis também para auxiliar durante a coleta de dados de modo que nenhum elemento seja esquecido.

Contudo, com o intuito de aperfeiçoar ainda mais os instrumentos de coleta e registro de dados, foram criados vários *softwares* para atender as necessidades dos serviços de saúde. Os estudos de Dal Sasso et al. (2013) e Verissimo e Marin (2013) enfocam o quanto é importante a informatização para a Enfermagem, ambos mostram que com o registro informatizado há uma maior integração entre a equipe e os dados passíveis de análises, além de ser rápido e conciso, o que fornece à equipe de saúde subsídios atualizados e confiáveis para a prática.

No processo de cuidado da enfermagem os registros dos dados do cliente são importantes, pois possibilitam uma comunicação constante entre os membros da equipe que assiste o cliente e fornecem informações para realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (PIMPÃO et al., 2010). Além disso, no Brasil, os registros de enfermagem são fundamentais para situações de consultas que requeiram suporte legal ou éticos, respaldo sobre a qualidade da assistência e para produção educativa ou científica (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Para corroborar com o conteúdo abordado, Silva, V. C. G et al. (2012), expõem que os registros de enfermagem além de informar a assistência prestada, permitem que o cuidado seja continuado, sem interrupção, baseado nos problemas diagnosticados, intervenções e resultados dos cuidados oferecidos. Pedrosa, Souza e Monteiro (2011) complementam, ao afirmar que os registros são, ainda, responsáveis por evitar o cancelamento da liberação das verbas hospitalares, caso sejam anotados de forma adequada para serem aprovados pelos auditores.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na sua Resolução de N° 429 de maio de 2012, que regulamenta os registros e documentações da Enfermagem, expõe que é de responsabilidade desses profissionais registrar no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, as informações sobre o cuidado com o paciente e o gerenciamento dos processos de trabalho, necessários para garantir a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012).

No entanto, um dos grandes problemas que a Enfermagem encontra é a falta da padronização universal do registro de suas atividades. Marin, Barbieri e Barros (2010),

demonstram que a profissão necessita adotar um instrumento organizado que apresente à população a qualidade da assistência proporcionada à mesma.

Esse instrumento deve conter dados concretos que subsidiem o desenvolvimento de informações, pois dados vagos geram interpretações erradas. Um registro completo e de qualidade será passível de análise e contextualizações que originará resultados relevantes sobre a doença, as especificidades de cada cliente e a prática de Enfermagem, dessa forma, o mesmo é capaz de gerar conhecimentos significativos para estudos e pesquisas na área dessa ciência (SANTANA; BOCHNER; GUIMARÃES, 2011).

O Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem (i-NMDS) é um instrumento constituído por elementos mínimos de dados a serem coletados de um paciente durante sua estadia em um serviço de saúde. Esse conjunto foi proposto pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) com o objetivo de estruturar e padronizar a coleta de elementos para analisar os problemas de saúde e recursos peculiares da Enfermagem. O mesmo é de grande valia para solucionar o problema dos diferentes tipos de registros, pois fornece subsídios para gerar um banco de dados organizado (SILVA, 2012; CENTER FOR NURSING INFORMATICS, 2014).

Vários estudos tem sido desenvolvidos no âmbito nacional e internacional acerca desta temática, com destaque para o Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem Escolar; Relatório Mínimo de Enfermagem, para o contexto hospitalar; Conjunto de Dados Mínimos para avaliação de residentes e instrumento avaliação para residentes (idosos institucionalizados); Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem; Informação de Saúde: componentes de saúde; Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem da Holanda; Telenurse; Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE[®]); Conjunto de dados de Enfermagem Perioperatória e; Conjunto de dados mínimos em Saúde Ocupacional, porém nenhum deles foi desenvolvido na área da infectologia.

Desta forma, a análise e comparação de formulários são fundamentais para os profissionais de Enfermagem, pois possibilita observar se os mesmos estão adequados ao Conjunto proposto internacionalmente para os registros dos dados hospitalares. Também, proporcionam que seja verificado os subsídios fornecidos pelos formulários para uma boa prática profissional, pois esse fato os motivaria a realizar anotações de forma contínua e, por conseguinte, permitiria que esses profissionais avaliassem e melhorassem sua assistência. A análise desses instrumentos também tem grande relevância para a comunidade científica, tendo em vista a incipiência de produção nesta área no contexto nacional, assim como a

criação de um sistema universal para gerar informações por meio dos dados obtidos e favorecer a construção de conhecimentos na prática da Enfermagem.

Para a infectologia, a padronização desse instrumento torna-se relevante pelo fato de não existir uma linguagem universal até então na área, o que proporcionaria aos profissionais mais facilidades para planejar e registrar a assistência prestada, visto que a situação epidemiológica continua a oferecer desafios, com a introdução de novas doenças, a exemplo da AIDS, ou de agentes que sofrem modificações genéticas e se disseminam rapidamente, a exemplo da Influenza A (H1N1), o que caracteriza grandes números de internações por essas doenças.

No Brasil as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 4,9% das mortes, no ano de 2006 e no período de 2000 a 2007, as internações por esta causa estavam em de 8,4%, sendo que nas regiões Norte (13,6%) e Nordeste (11,9%) os valores são ainda mais elevados, ou seja, apesar das tentativas de controlar a disseminação das doenças infectocontagiosas, essas ainda configuram uma grande preocupação para as políticas públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tendo em vista a importância de um instrumento adequado para a realização de um bom registro de dados, levantou-se o seguinte questionamento: Os dados presentes em formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem das clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba atendem ao modelo proposto pelo i-NMDS?



2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os dados presentes em formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem das clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba.

2.2 Objetivos Específicos

- Categorizar os dados presentes em formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem das clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba.
- Comparar os formulários de documentação utilizados pela enfermagem nas clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba com o modelo proposto pelo i-NMDS.



3 REVISÃO DE LITERATURA

Uma assistência de enfermagem respaldada em registros permite um acompanhamento periódico dos pacientes com maior facilidade, além de levantar dados individuais que podem vir a afetar a evolução da doença (AZEVEDO et al., 2010). Dessa forma, para melhor compreensão sobre o tema, será discorrido sobre a coleta de dados de Enfermagem, o Conjunto de Dados Essenciais e, posteriormente, de que forma esse Conjunto, proposto internacionalmente, de acordo com o que é apresentado na literatura, desde o seu surgimento até os dias atuais.

3.1 Coleta de Dados de Enfermagem

A coleta de dados é a primeira das etapas que constitui o Processo de Enfermagem (PE), de acordo com a Resolução do COFEN nº 358/2009 (COFEN, 2009). A mesma é de fundamental importância para obter informações sobre o cliente, durante a sua admissão, e favorecer o desenvolvimento do trabalho de enfermagem orientado nas manifestações das necessidades humanas básicas afetadas que precisam ser cuidadas (RAMALHO NETO; FONTES; NÓBREGA, 2013; SANTOS, 2014).

Sua efetivação acontece, simultaneamente, com o primeiro contato entre o enfermeiro e o paciente, com o objetivo de conhecer o cliente e suas particularidades, por meio da entrevista, observação e exame físico. Desse modo, torna-se imprescindível que o enfermeiro tenha respaldo técnico-científico para desenvolver uma escuta qualificada, uma observação direcionada para detectar problemas e o domínio das técnicas de propedêuticas (inspeção, palpação, percussão e ausculta), com conhecimento de fisiologia, patologia clínica e de exames diagnósticos (SILVA, R. S. et al., 2012).

Santos, Veiga e Andrade (2011) afirmam que a anamnese é a parte da coleta de dados que permite ao profissional de saúde identificar informações subjetivas, objetivas, históricas e atuais. Para Costa (2010), a mesma não é somente a transcrição de uma entrevista realizada pelos profissionais ao cliente e sim o resultado de uma conversação que gera informações para elaboração de uma história clínica.

A anamnese deve ser composta por alguns segmentos, dentre eles estão as queixas, a história da doença atual, a história pregressa, a história familiar e a história social ou pessoal. As queixas referem-se aos problemas que levaram o cliente a procurar o serviço de saúde; a história da doença atual são os relatos sobre os problemas que ocorrem, dessa forma devem ser registrados os sintomas e a evolução dos mesmos (início, sequência temporal, qualidade do sintoma, quantificação do sintoma, fatores agravantes, fatores atenuantes e sintomas

associados); no item história pregressa deve-se registrar as peculiaridades e problemas de saúde passados, como por exemplo, as doenças anteriores, procedimentos cirúrgicos, hospitalizações, traumas graves, uso de medicamentos, alergias, vacinação, doenças da infância e história de gravidez e partos; a história familiar diz respeito à investigação de problemas de saúde de parentes de até 3º grau, para que se identifiquem problemas hereditários potenciais; e a história social ou pessoal refere-se ao estilo de vida que o cliente adota, incluindo itens como o nível de escolaridade, as condições de trabalho, a estrutura familiar, os hábitos de saúde (dieta, exercício físico, o uso de fumo, álcool ou outras drogas), o lazer e as atividades sexuais (ROCCO, 2010).

Já o exame físico possibilita que o profissional avalie o cliente por meio de sinais e sintomas, de maneira sistematizada, no sentido cefalocaudal, de modo que detecta possíveis problemas, com o auxílio de materiais (esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, diapasão, lanternas e otoscópios) e de técnicas propedêuticas (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

As técnicas propedêuticas do exame físico são a inspeção, a ausculta, a palpação e a percussão. A inspeção, que pode ser estática ou dinâmica, é um procedimento baseado no sentido da visão para observar características dos diversos segmentos corporais, com a finalidade de identificar condições clínicas visíveis a olho nu; por sua vez a palpação, superficial ou profunda, é baseada no tato e pressão sobre as superfícies dos segmentos corporais para confirmar dados da inspeção e detectar modificações; a percussão consiste na utilização do tato e da audição, para provocar e ouvir os sons resultantes de golpes leves, planejados, articulados e direcionados para delimitar órgãos, detectar coleção de líquido ou ar e perceber formações fibrosas teciduais; e a ausculta é um procedimento que consiste na utilização do sentido da audição para ouvir sons ou ruídos produzidos pelos órgãos, que são decorrentes da vibração das suas estruturas na superfície corporal (SMELTZER et al., 2012).

O registro da coleta de dados deve incluir termos técnicos, seguir uma sequência lógica e objetiva, de modo que sejam completos e organizados, para permitir ao enfermeiro a continuidade do cuidado prestado e possibilitar o conhecimento de um padrão entre saúde e doença e das respostas às condições adversas do cliente (SILVA, E. G. C. et al., 2011; SILVA, R. S. et al., 2012).

Além disso, Machado et al. (2013) expõem que com uma coleta de dados realizada de forma adequada os profissionais de enfermagem terão subsídios para elaborar um bom diagnóstico e, conseqüentemente, um plano e prescrição de enfermagem adequados, para

realizar as outras etapas do PE de maneira facilitada e eficiente de forma que resulte em um prognóstico esperado e benéfico tanto para o profissional quanto para o cliente.

De acordo com a Resolução do COFEN nº 358/2009, a coleta de dados de enfermagem deve ser um processo deliberado, sistemático e contínuo, baseado em um suporte teórico e registrado formalmente (COFEN, 2009). Para Horta (2011) é por meio da análise dos dados coletados que é possível detectar os problemas de enfermagem, de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelos clientes, para possibilitar uma assistência de enfermagem conforme as necessidades dos mesmos.

Os roteiros sistematizados de levantamento de dados sobre o cliente tornam possível a identificação de suas características e são importantes porque uniformizam os registros e respaldam legalmente as ações de enfermagem. Um instrumento de coleta de dados em enfermagem visa documentar as informações de forma objetiva, científica e compreensiva, pois arquivá-los junto ao prontuário do cliente é útil para consulta de pesquisa e ensino, fonte de dados e para processos administrativos (SILVA, E. G. C. et al., 2011).

Porém, apesar de toda importância da coleta de dados, Neves e Shimizui (2010) apontam que tal ação nem sempre é realizada da forma correta, pois alguns profissionais preocupam-se apenas com os aspectos biológicos do roteiro, dessa forma os roteiros são preenchidos parcialmente, de modo que não permite o atendimento holístico ao cliente, além de limitar a comunicação entre a equipe de saúde e as informações indispensáveis para o atendimento ao cliente.

3.2 Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem

A primeira tentativa de criar um conjunto de dados aconteceu no ano de 1983, quando o Conselho de Políticas de Informação em Saúde (*Health Information Policy Council*) do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (*U. S. Department of Health and Human Services*) desenvolveu o Conjunto de Dados Mínimos Uniformes em Saúde (*Uniform Minimum Health Data Set*). Este foi definido como “um conjunto de itens de informação com definições e categorias uniformes sobre dimensões ou aspectos específicos do sistema de cuidado em saúde que atende as necessidades essenciais de múltiplos dados dos usuários” (WERLEY et al., 1991, p. 422).

Esse mesmo conjunto deu origem, em 1988, ao Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem (*Nursing Minimum Data Set - NMDS*), criado por Werley e Lang, que foi um

dos empenhos primordiais para conseguir uniformizar um conjunto de dados para o registro das ações de Enfermagem (MARIN; BARBIERE; BARROS, 2010).

Diversos países implementaram os Conjuntos de Dados Essenciais de Enfermagem como instrumento para os registros, a fim de promover a padronização universal dos dados de Enfermagem. Para Werley et al. (1991) esses instrumentos tratam-se de um conjunto mínimo de dados que reúne elementos essenciais, de maneira uniforme, para o registro de informações da prática de Enfermagem com vista a atender às necessidades de vários clientes de um determinado serviço de saúde.

Entre os objetivos deste Conjunto de Dados estão: proporcionar a facilitação de comparações dos dados de enfermagem dos clientes de determinada clínica, com seus aspectos sócio-epidemiológicos e o período de tempo; registrar os cuidados de enfermagem com o indivíduo, a família e a coletividade; direcionar os recursos indispensáveis para os clientes que precisam de algum cuidado, de acordo com a necessidade dos seus problemas de saúde, conforme diagnosticado pela enfermagem; promover a produção científica em enfermagem, de forma que utilize-se os registros do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem; e fornecer subsídios para os cuidados de enfermagem, de maneira que estimule as decisões em políticas de saúde (MARIN; BARBIERE; BARROS, 2010; SILVA, 2012).

Baseado no modelo proposto pelos trabalhos de Werley e Lang, o *International Council of Nurses* (ICN) juntamente com o *International Medical Informatics Association Nursing Informatics Special Interest Group* (IMIANI-SIG) desenvolveram anos depois o i-NMDS. Um conjunto de dados que propõe o registro da prática profissional imediata, de forma padronizada para proporcionar a coleta de elementos para diagnosticar agravos à saúde, e recursos para que a Enfermagem avalie sua prática (CENTER FOR NURSING INFORMATICS, 2014).

Para Spigolon e Moro (2012), o desenvolvimento de qualquer instrumento de registro da prática de enfermagem deve ser fundamentado no padrão do i-NMDS, a fim de gerar uma atuação no processo saúde-doença de maneira sistematizada, a partir de um raciocínio crítico pré-desenvolvido.

O projeto i-NMDS identificou e subdividiu o instrumento em três grupos para coleta e registro de informações no que diz respeito ao ambiente, aos dados demográficos do cliente e aos cuidados de enfermagem (CENTER FOR NURSING INFORMATICS, 2014). Dessa forma, o Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem foi subdividido em três grupos específicos: informações correspondentes ao serviço, informações demográficas dos clientes e informações sobre o cuidado de enfermagem.

O grupo de coleta e registro de dados sobre o ambiente é formado por seis elementos: 1) Identificação da agência; 2) Tipo de posse do serviço; 3) Sistema de pagamento; 4) Tipo de serviço da clínica; 5) Pessoal de cuidado e; 6) Proporção de pacientes por profissional.

Já o grupo que corresponde aos dados demográficos do cliente contempla sete elementos: 1) Início e final do episódio de cuidado; 2) País de residência; 3) Tipo de serviço clínico; 4) Situação de alta no atendimento; 5) Ano de nascimento; 6) Gênero e; 7) Razão para admissão.

O terceiro e último grupo é formado pelos cuidados de enfermagem e tem origem no processo de enfermagem, que exige conhecimento e habilidade para avaliar as necessidades do cliente, e contempla quatro elementos: 1) os diagnósticos de enfermagem; 2) as intervenções de enfermagem; 3) os resultados de enfermagem; e 4) a intensidade do cuidado de enfermagem.

3.3 Estudos desenvolvidos no âmbito nacional e internacional acerca do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem

Para tentar reunir dados suficientes para fundamentar o conhecimento sobre o Conjunto de Dados Essenciais para a Enfermagem, buscou-se realizar um levantamento dos artigos produzidos sobre o Conjunto Internacional de Dados Mínimos no Brasil e no Mundo. Nesse intuito, foi realizada uma busca na internet, ao consultar os bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCOPUS e a biblioteca virtual SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*). Para isso, foram utilizados os termos descritores, em Inglês, contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “*Dataset*” e “*Nursing*” para pesquisa na SCOPUS; e em português foram usadas as palavras-chave: “Conjunto de Dados Mínimos” AND “Enfermagem” e “Conjunto de Dados Essenciais” AND “Enfermagem” para pesquisa no LILACS e SCIELO. O operador booleano AND foi utilizado para resgatar artigos onde houvesse o cruzamento desses termos em conjunto.

Os critérios de inclusão estabelecidos para seleção foram artigos que abordassem os Conjuntos de Dados Essenciais de Enfermagem, em português e inglês, publicados em periódicos nacionais e internacionais até o presente momento. Como critério de exclusão foi estabelecido a eliminação de artigos que não estivesse disponíveis na íntegra.

Antes de compor a amostra, foi realizada leitura do título e do resumo de cada artigo científico encontrado como resultados da busca nos bancos de dados, desse modo foram

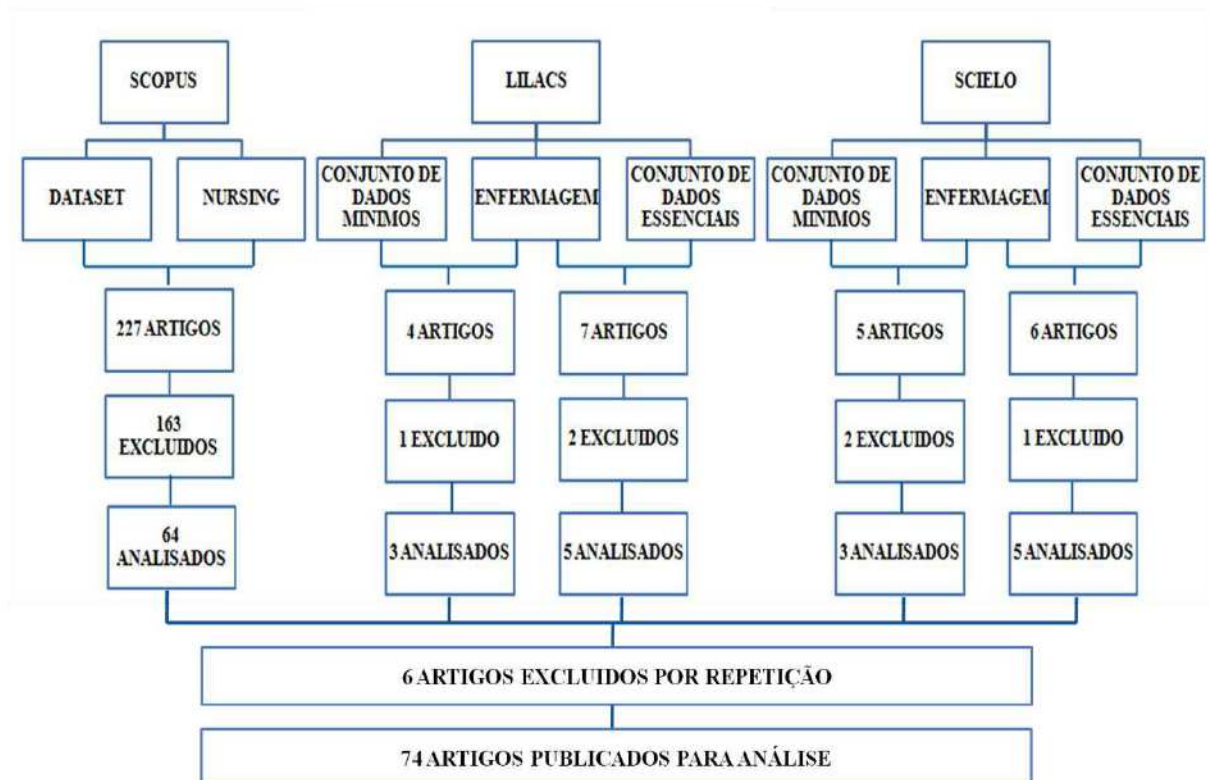
elencados para amostra somente aqueles que atenderam a todos os critérios de inclusão e exclusão propostos pela pesquisa.

Por meio do cruzamento dos termos descritores “*Dataset*” e “*Nursing*” na busca em base de dados no SCOPUS, foram encontrados 227 estudos. A partir da análise crítica de seus resumos, considerando o potencial em responder à questão norteadora estabelecida, 64 artigos científicos foram incluídos na pesquisa, os quais foram posteriormente analisados mediante a leitura dos textos na íntegra.

Ao cruzar “Conjunto de Dados Mínimos” AND “Enfermagem” no LILACS foram encontrados 4 artigos, dos quais 3 foram selecionados por estarem em conforme com os critérios de inclusão e exclusão, já no SCIELO foram encontrados 5 estudos, mas somente 3 estavam em conforme com o que foi delimitado pela pesquisa.

Cruzando as palavras-chave “Conjunto de Dados Essenciais” AND “Enfermagem” no LILACS obteve-se 7 publicações, das quais 5 foram selecionadas; no SCIELO ao cruzar as mesmas palavras-chave foram encontradas 6 pesquisas, sendo que 5 estavam de acordo com os critérios pré-estabelecidos (FIGURA 1).

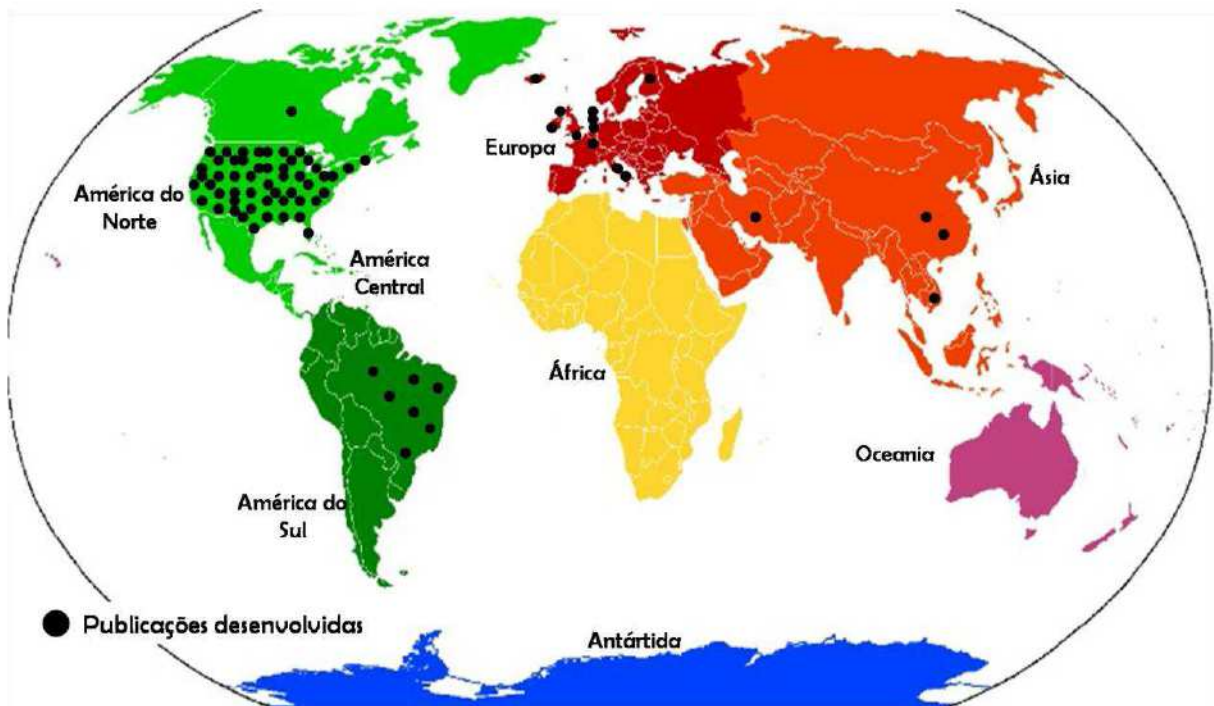
Figura 1 – Representação esquemática do cruzamento das palavras-chave nas bases de dados e resultados encontrados. Cuité-PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dos 249 artigos encontrados, 80 estavam disponíveis na íntegra, online e se referiam ao tema, porém 6 foram excluídos por se repetirem, o que constituiu uma amostra de 74 artigos analisados. As publicações encontram-se distribuídas por todas as partes do mundo (FIGURA 2) e mostraram as peculiaridades do uso dos diferentes conjuntos de dados da Enfermagem.

Figura 2 – Representação da distribuição geográfica de onde foram realizados estudos sobre o Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem. Cuité-PB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na América do Sul, o Brasil foi o único país em que foi encontrado publicações sobre o tema. Neste país, até o presente momento foram desenvolvidos apenas 7 (9,47%) estudos, sendo eles as publicações de: Marques et al., 2014; Silva et al., 2013; Spigolon e Moro, 2012; Marin, Barbieri e Barros, 2010; Ribeiro e Marin, 2009; Silveira e Marin, 2006a e; Silveira e Marin, 2006b.

O estudo Marques et al., intitulado “Conjunto Internacional de Dados Mínimos de Enfermagem: estudo comparativo com instrumentos de uma clínica pediátrica” foi publicado em 2014 e baseou-se no i-NMDS para analisar dois históricos utilizados para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Clínica Pediátrica que foram construídos a partir de pesquisas realizadas em nível de mestrado e validados quanto ao conteúdo por enfermeiros docentes e assistenciais que atuam na clínica em estudo.

A análise, de cunho comparativo, foi realizada por meio da transferência e organização dos indicadores contidos nos históricos de enfermagem, em uma planilha eletrônica, nas categorias presentes no i-NMDS, relacionados ao serviço, dados demográficos dos clientes e cuidados de enfermagem, de modo que concluíssem que os instrumentos não contemplavam o que era proposto pelo i-NMDS na sua totalidade e percebeu-se a necessidade de aprimoramentos (MARQUES et al., 2014).

Por sua vez, a pesquisa “Dados essenciais de enfermagem contidos em formulários de saúde materna: estudo comparativo”, desenvolvida Silva et al., em 2013, também foi baseada no i-NMDS e buscou comparar o referido conjunto com os dados utilizados em seis formulários de registros de enfermagem de maternidades públicas, na área de saúde materna. Com auxílio de uma planilha eletrônica, os dados contidos nos formulários foram organizados, categorizados e analisados segundo o i-NMDS, onde concluiu-se que a maioria dos dados estava presentes nas três categorias (referentes ao serviço, aos dados demográficos dos clientes e aos cuidados de enfermagem), de modo que evidenciasse a contribuição da Enfermagem para a atenção à saúde materna (SILVA et al., 2013).

A pesquisa de Spigolon e Moro (2012), “Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose”, fundamentada no i-NMDS, objetivou elaborar um Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem para Atendimento às Portadoras de Endometriose (CDEEPE) e representá-lo por arquétipos. A criação do CDEEPE considerou as Categorias de Dados Demográficos do Paciente e Dados dos Cuidados de Enfermagem do i-NMDS, o modelo conceitual de Wanda Horta das Necessidades Humanas Básicas, as cinco fases do Processo de Enfermagem e referenciais que traziam informações sobre o estado saúde-doença da portadora de endometriose; após sua construção, o mesmo foi avaliado por especialistas médicos e enfermeiros que utilizaram a escala de *Likert*, atribuindo valor de 1 a 5 e, em seguida, aplicada estatística descritiva, em que somente os dados que apresentaram média igual ou maior que 60% de importância compuseram o CDEEPE, o que correspondeu a 51 dados. Para criação do arquétipo “Percepção dos Órgãos e Sentidos”, que facilitava o registro eletrônico de saúde, foram elaborados três diagramas de casos de uso por meio da análise orientada a objetos baseados no padrão UML (*Unified Modeling Language*) e, a seguir, foi desenvolvido um modelo baseado na estrutura de arquétipos, com o auxílio do editor de arquétipos LinkEHR-ED, para que fosse possível identificar informações importantes para a prática de enfermagem e contribuir para informatização e aplicação do PE no cuidado prestado (SPIGOLON; MORO, 2012).

Marin, Barbieri e Barros divulgaram, em 2010, o estudo intitulado “Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem: comparação com dados na área de Saúde da Mulher”, que se baseou no i-NMDS e o comparou com o conjunto de dados de enfermagem utilizados em seis formulários de levantamento de dados de interesse na área de saúde materna, construídos e validados anteriormente. Para a coleta de dados, os formulários foram organizados de acordo com as categorias presentes no i-NMDS e comparados em relação à presença ou não de dados em cada categoria, onde percebeu-se que os formulários utilizados contemplaram a maioria dos dados do i-NMDS (MARIN; BARBIERI; BARROS, 2010).

Já o estudo de Ribeiro e Marin, “Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem”, desenvolvido em 2009, foi fundamentado no NMDS, no modelo da teoria das necessidades humanas básicas de Horta e o RAI (*Resident Assessment Instrument*), com o objetivo de apresentar o instrumento de avaliação de saúde do idoso institucionalizado que foi dividido em duas seções: Seção A - identificação, com as informações da admissão, subdividida em A1, A2 e A3, de maneira que registre informações sobre o cliente, o responsável legal e um espaço destinado a outros contatos; e a Seção B - avaliação de saúde, que é o Formulário de Avaliação Total, subdividido em 14 partes, o conjunto de dados do residente (B1), padrões cognitivos com o Mini-Exame do Estado Mental (B2), indicadores de *Delirium* (B3), padrões de comunicação/audição (B4), padrões de visão (B5), padrões de humor e comportamento (B6), funcionamento físico e problemas estruturais (*Index de Katz*) (B7), condições da pele (B8), estado nutricional (B9), eliminação urinária/intestinal (B10), medicamentos (B11), condições de saúde (B12), padrões de atividade (B13) e informação da avaliação (B14). O instrumento foi desenvolvido para agregar os dados mais importantes para subsidiar a assistência de enfermagem na atenção ao idoso institucionalizado (RIBEIRO; MARIN, 2009).

O estudo de Silveira e Marin, desenvolvido em 2006, “Conjunto de Dados Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional”, baseou-se no NMDS para realizar uma revisão bibliográfica e apresentou o conceito do i-NMDS, incluindo uma visão global dos trabalhos desenvolvidos, seguido da construção de um conceito de interesse do Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem na Saúde Ocupacional. Para isso, foram analisados artigos sobre o i-NMDS e sobre os sistemas de informação em Saúde Ocupacional, e com base nas evidências foi proposto um conjunto de elementos para compor o Conjunto de Dados Mínimos em Saúde Ocupacional (SILVEIRA; MARIN, 2006a).

O “Conjunto de Dados Mínimos em Enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem em saúde ocupacional ambulatorial” foi um dos estudos também proposto por Silveira e Marin, no ano de 2006, fundamentado no Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem e no Conjunto de Dados Mínimos de Gerenciamento de Enfermagem para descrever a categorização dos elementos identificados na prática da consulta de enfermagem na saúde ocupacional. Para isso, os dados coletados dos registros de enfermagem utilizados no ambulatório e dos registros da base de dados, de agosto de 1998 a agosto de 2003, foram categorizados em Itens Demográficos do Paciente/Cliente, Itens do Cuidado de Enfermagem, Itens do Serviço, Itens da Saúde Ocupacional, Ambiente, Recursos de Enfermagem e Recursos Financeiros. A partir dos dados encontrados, os resultados foram tratados e analisados com o auxílio da estatística descritiva (frequência e percentuais), por meio dos programas *Excel for Windows*[®] e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A partir destes achados de pesquisa e com base na literatura, foram elencados os elementos para construção do conjunto de dados essenciais de enfermagem na área de saúde ocupacional (SILVEIRA; MARIN, 2006b).

A América do Norte foi o continente onde mais foram desenvolvidas pesquisas sobre o NMDS, com destaque para os Estados Unidos que publicou 51 (68,93%) dos 74 artigos utilizados nesta pesquisa, já o Canadá desenvolveu apenas 1 (1,35%) estudo.

Este destaque pode ser justificado pelo fato de que a primeira tentativa de reunir um conjunto de dados de Enfermagem foi desenvolvida nos EUA, por Werley e Lang em 1988, o que forneceu embasamento para o desenvolvimento de vários outros conjuntos (WERLEY; LANG, 1988).

O MDS/RAI (Instrumento de Avaliação do Residente), área na atenção ao idoso institucionalizado, é um conjunto de dados multidisciplinar que contém dados sobre os cuidados de enfermagem em casas de assistência ao idoso. O mesmo proporciona uma estrutura e linguagem para o entendimento do cuidado em longo prazo e desenha planos de cuidado, com avaliação qualitativa, além de descrever a população assistida para o planejamento e política de esforços. O RAI, enquanto sistema, contempla as informações da identificação e fornece dados a respeito de: rotina da pessoa, comunicação dos padrões de audição, funcionamento físico, bem estar psicossocial, padrões de atividade, condições de saúde, estado oral ou dental, uso de medicamento, informação anterior, padrões cognitivos, padrões de visão, continência, problemas de humor e comportamentais, diagnóstico da doença, estado oral ou nutricional, condição da pele e tratamentos ou procedimentos. O mesmo foi utilizado em 27 das 51 publicações.

Outro conjunto de dados bastante utilizado nos EUA é o PNDS (Conjunto de dados de Enfermagem Perioperatória), utilizado em 10 publicações. O mesmo ilustra um modelo de registro perioperatório que foi sido proposto pela AORN (*Association of Operating Room of Nurses*), chamado de Modelo Focado no Paciente Perioperatório, uma linguagem padronizada, com base para enfermeiros perioperatórios que a utilizem para descrever as necessidades dos pacientes e as ações para obterem os resultados esperados no perioperatório. Deste modo, o uso de uma terminologia consensual permite a utilização de ações para os cuidados do paciente.

O único estudo encontrado no Canadá foi desenvolvido por Pocock, em 2007, teve como norte o Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória, já desenvolvido nos EUA, o “*The Entry of the Perioperative Nursing Data Set in Canada*” (A entrada do Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória no Canadá) mostrou como esse conjunto foi implantado no país, bem como suas características e exemplos de desenvolvimento de um plano assistencial para os clientes (POCOCK, 2007).

Na Europa foram encontrados 11 estudos desenvolvidos sobre a temática, sendo 3 (4,05%) na Holanda, 2 (2,70%) na Itália, 2 (2,70%) na Irlanda, 1 (1,35%) na Bélgica, 1 (1,35%) na Inglaterra, 1 (1,35%) na Finlândia e 1 (1,35%) na Islândia.

O estudo holandês “*A Comparison of Nursing Minimal Data Sets*” (Uma comparação do Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem) desenvolvido por Goossen, Epping, Feuth, Dassen, Hasman e Heuvel, em 1998, mostrou por meio de uma revisão de literatura a comparação entre os vários conjuntos de dados já existentes, identificando as vantagens e desvantagens, a fim de criar um conjunto de dados para a Holanda (GOOSSEN et al., 1998).

“*Using the nursing minimum data set for the Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in patient populations and variations in nursing activities*” (Usando o Conjunto de dados mínimos de enfermagem para a Holanda (NMDSN) para ilustrar as diferenças em populações de doentes e as variações nas atividades de enfermagem), também desenvolvido por Goossen, Epping, Feuth, Heuvel, Hasman e Dassen, em 2001 na Holanda, buscou aplicar o NMDSN e analisar os dados obtidos relacionados aos hospitais, dados demográficos do paciente, condição médica, processo de enfermagem, fenômenos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados de enfermagem e complexidade do cuidado, com a finalidade de conhecer as diferentes patologias que acometia a população, bem como as variadas atividades de enfermagem desenvolvidas (GOOSSEN et al., 2001).

Em 2002, Goossen, desenvolveu o estudo “*Statistical analysis of the nursing minimum data set for the Netherlands*” (A análise estatística do Conjunto de dados mínimos de

enfermagem estabelecidos para a Holanda), que através de uma análise de multi-métodos, mostrou diferentes formas de analisar o NMDSN, para a visualização de cuidados de enfermagem, por meio das frequências de diagnósticos e intervenções de enfermagem, análise de Ridit (relativo a uma distribuição de identificação), impressões digitais e gráficos de técnicas de escalonamento multidimensional (GOOSSEN, 2002).

Na Itália, os artigos encontrados pertenciam ao ano de 2013 e ambos basearam-se no NMDS, com foco no cuidado ao paciente oncológico. O *“Hidden out patient oncology Clinical Nursing Minimum Data Set: Findings from an Italian multi-method study”* (Conjunto de Dados Essenciais de Enfermagem oculto em um ambulatório de Oncologia: Os resultados de um estudo multi-método italiano), de autoria de Palese, Zanini, Carlevaris, Morandin, Carpanelli e Dante, por meio da análise de registros de um ambulatório de oncologia, para identificação de dados homogêneos, buscou desenvolver um conjunto de dados para o paciente oncológico, com 4 categorias: Avaliações, Problemas, Intervenções e Resultados. Já o estudo de Milani, Mauri, Gandini e Magon, *“Oncology Nursing Minimum Data Set (ONMDS): can we hypothesize a set of prevalent Nursing Sensitive Outcomes (NSO) in cancer patients?”* (Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem Oncológica (ONMDS): podemos supor um conjunto de dados de enfermagem sensíveis a pacientes com câncer?), desenvolveu um conjunto de resultados de enfermagem mais comuns aos pacientes oncológicos, por meio de grupos focais, reuniões experienciais, *role-playing* e estudos de casos (MILANI et al., 2013; PALESE et al., 2013).

Dos estudos encontrados na Irlanda, o *“Ambiguities and conflicting results: The limitations of the kappa statistic in establishing the interrater reliability of the Irish nursing minimum data set for mental health: A discussion paper”* (Ambiguidades e resultados conflitantes: as limitações do Kappa em estabelecer a confiabilidade entre os Dados Mínimos de Enfermagem Irlandeses previstos para a saúde mental: Um documento de discussão), desenvolvido em 2008 por Morri, Mac Neela, Scott, Treacy, Hyde, O’Brien, Lehwaldt, Byrne e Drennan, baseou-se no NMDS irlandês para analisar se este instrumento era eficiente na coleta de dados de pacientes na área de saúde mental, isto foi feito por meio da utilização do teste estatístico *Kappa*, que mostra se os dados utilizados foram significativos ou não (MORRIS et al., 2008).

O outro estudo irlandês, *“Validity, reliability and utility of the Irish Nursing Minimum Data Set for General Nursing in investigating the effectiveness of nursing interventions in a general nursing setting: A repeated measures design”* (Validade, confiabilidade e utilidade do Conjunto Geral de Dados Mínimos de Enfermagem Irlandês na investigação da eficácia das

intervenções de enfermagem em um ambiente de clínica geral: Um projeto de medidas repetidas), publicado em 2014 por Morris, Matthews e Scott, baseou-se no NMDS e no NREM (Modelo efetivo do Papel da Enfermagem) para analisar a validade, confiabilidade e utilidade do NMDS Irlandês por meio de medidas repetidas, aplicou-se o NMDS e traçou-se um plano de cuidados para o paciente, a partir disso foi analisado se o plano de cuidados era adequado e eficiente para o bem-estar do paciente (MORRIS; MATTHEUS; SCOTT, 2014).

Na Bélgica, o estudo encontrado foi o *“The federal nursing minimum basic data set and hospital management in Belgium: A case study of a nursing department”* (Conjunto de Dados Mínimos de Enfermagem em gestão hospitalar na Federação da Bélgica: Um estudo de caso de um departamento de enfermagem), publicado em 1998 por Boer e Delesie. O mesmo fundamentou-se no NMDS para avaliar as perdas e a integridade das informações e comunicação coletadas por meio do NMDS em gestão hospitalar belga para observar os orçamentos hospitalares, para isso foi usada a "impressão digital", que exhibe todos os dados de atividade em uma unidade de forma padronizada em um "mapa nacional" e compara a unidade sob investigação e as relações mútuas da unidade com todas as outras unidades na Bélgica (BOER; DELESIE, 1998).

Carpenter, Perry, Challis e Hope publicaram o estudo *“Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III)”* (Identificação de cuidados de enfermagem nos registros dos residentes de casas de enfermagem Inglesas usando o Conjunto de Dados Mínimos Instrumento de Avaliação Residente (MDS/RAI) e Recursos de Utilização de Grupos - versão III (RUG-III)), no ano de 2003 na Inglaterra. Este estudo buscou avaliar, a partir da aplicação do MDS/RAI, a necessidade de cuidados do paciente e o tempo dispensado a esses cuidados nas 24 horas do dia pelos profissionais de enfermagem, com o sistema de RUG-III (CARPENTER et al., 2003).

Baseado no PNDS, em 2013, foi publicado o estudo de Lamberg, Salanterä e Junttila, *“Evaluating Perioperative Nursing in Finland: Na Initial Validation of Perioperative Nursing Data Set Outcomes”* (Avaliando a Enfermagem Perioperatória na Finlândia: uma validação inicial de Resultados de um Conjunto de Dados Enfermagem Perioperatória), na Finlândia, para determinar a aplicabilidade dos resultados de enfermagem identificada PNDS e para testar a utilização dos resultados e explorar a relevância dos indicadores de oito resultados selecionados. Foram coletados os dados com o uso do PNDS e os dados obtidos foram analisados por um painel de especialistas, com enfermeiros e médicos, para observar se os

dados obtidos eram necessários para o cuidado perioperatório (LAMBERG; SALANTERÄ; JUNTILA, 2013).

Já o estudo encontrado nas publicações da Islândia, foi baseado no MDS/RAI. O mesmo foi publicado em 2012 por Hjaltadóttir, Ekwall, Nyberg e Hallberg, intitulado de “*Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators: Retrospective analysis of nursing home data over 7 years*” (A qualidade do atendimento em lares Islandeses medidos com indicadores de qualidade de um Conjunto de Dados Mínimos: Análise retrospectiva dos dados do lar de idosos de mais de 7 anos) e buscou, por meio da análise de registros de dados de idosos institucionalizados, durante 7 anos, avaliar a qualidade do cuidado pelo estado de saúde dos residentes (estabilidade saúde, dor, depressão e desempenho cognitivo) e perfil funcional (atividades de vida diária e engajamento social), para isso foi utilizado o teste qui-quadrado de tendência e regressão logística multivariada (HJALTADÓTTIR et al, 2012).

A Ásia desenvolveu 4 das pesquisas, sendo 2 (2,70%) na China, 1 (1,35%) no Irã e 1(1,35%) na Coreia do Sul.

Um dos estudos chineses, proposto em 2009 por Lee, Chau, Hui, Chan e Woo, baseou-se no MDS norte-americano. Os autores de “*Survival prediction in nursing home residents using the Minimum Data Set subscales: ADL Self-Performance Hierarchy, Cognitive Performance and the Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs scales*” (Previsão de sobrevivência em residentes de enfermagem usando o Conjunto de Dados Mínimos com sub-escalas: ADL Hierarquia de Auto-Desempenho, Desempenho Cognitivo e as mudanças na saúde, e escalas de sinais e sintomas de Doença em fase terminal) utilizaram o instrumento para avaliação de idosos institucionalizados, com foco na presença de doenças terminais, dados de auto-desempenho e desempenho cognitivo, afim de conhecer a taxa de mortalidade e sobrevivência desses idosos 5 anos depois da aplicação do mesmo, de modo que correlacionasse com os dados obtidos (LEE et al., 2009).

O outro estudo chinês, “*A preliminary study on the use of clinical care classification in nursing documentation data sets*” (Um estudo preliminar sobre o uso da Classificação de Cuidados Clínicos (CCC) na documentação de enfermagem de um conjunto de dados), foi publicado em 2013 por Feng, Tseng, Yan, Huang e Chang, o mesmo propôs formar um conjunto de dados de enfermagem, por meio da análise e organização de registros de um centro médico. Para isso a documentação de enfermagem foi avaliada e mapeada com base na lista completa de diagnósticos de enfermagem e intervenções usando o sistema CCC (FENG et al., 2013).

No Irã, o estudo “*Developing a Minimum Data Set of the Information Management System for Orthopedic Injuries in Iran*” (Desenvolvimento de um Conjunto de Dados Mínimos para o Sistema de Gestão de Informação de lesões ortopédicas no Irã), publicado por Ahmadi, Mohammadi, Chraghbaigi, Fathi e Baghini, em 2014, buscou desenvolver um MDS para o sistema de gerenciamento de informações para lesões ortopédicas no Irã, através da análise de dados coletados em hospitais que tinham departamento de ortopedia, centros de documentos médicos, centros de medicina legal, centros de emergência, acesso à Internet e biblioteca, por meio de uma lista de verificação. Para identificar um consenso sobre os elementos de dados essenciais utilizou-se a técnica Delphi, a validade do conteúdo foi avaliada por opiniões e a confiabilidade do questionário foi avaliada por método teste-reteste do perito (AHMADI et al., 2014).

Na Coreia do Sul, o estudo “*The Perioperative Nursing Data Set in Korean: Translation, Validation, and Testing*” (O Conjunto de Dados de Enfermagem Perioperatória na Coreia: Tradução, Validação e Teste), desenvolvido em 2007 por Park, Lee e Yoon traduziu o PNDIS para o coreano, validou, por meio das opiniões de enfermeiros e, em seguida, utilizou o mesmo para coletar dados de pacientes, a fim de analisar as anotações de enfermagem (PARK; LEE; YOON, 2007).



4

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa tem como referência o i-NMDS, que fornece uma estrutura mínima para a coleta dos dados essenciais para Enfermagem, um projeto desenvolvido pelo ICN junto com a Associação Internacional de Informática Médica Grupo de Interesse Especial de Informática em Enfermagem (IMIANI-SIG). Nesta seção, serão abordados os passos metodológicos para a análise e comparação dos dados contidos em formulários das clínicas de infectologia da Paraíba.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e comparativa, com abordagem qualitativa. Gil (2008), afirma que o estudo descritivo tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de analogias entre variáveis. Em corroboração com o que foi mencionado, Prodanov e Freitas (2013) apontam que esse tipo de pesquisa observa, registra, analisa e ordena dados sem manipulá-los, dessa forma o pesquisador não interfere no resultado.

Marconi e Lakatos (2007) relatam que um estudo comparativo permite analisar o dado concreto, de modo que seja deduzido do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais, além disso, estes acrescentam que o estudo comparativo tem como finalidade verificar similitudes e explicar divergências.

Ferigato e Carvalho (2011, p. 665) expõem que uma “investigação qualitativa se afirma a partir do contexto situacional, da localização e implicação do observador em relação ao objeto e seu entorno”. Marconi e Lakatos (2007) descrevem que esse tipo de pesquisa oferece uma análise mais detalhada sobre os objetos estudados.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas clínicas de infectologia de hospitais referências no Estado da Paraíba: Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW e Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga.

O Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC localiza-se na Rua Carlos Chagas, s/n, no Bairro São José na cidade de Campina Grande – PB e dispõe de 178 leitos hospitalares, dos quais 17 leitos são destinados a ala de infectologia (Ala E) e destes, 4 são destinados ao Hospital Dia.

O Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW situa-se no campus I da Universidade Federal da Paraíba, s/n, no bairro do Castelo Branco, em João Pessoa - PB. O mesmo possui 220 leitos, dos quais 33 são destinados à ala de infectologia.

O Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga está localizado na Rua Ester Borges Bastos, s/n, Bairro Jaguaribe, em João Pessoa - PB e possui 159 leitos especializados no tratamento de doenças infectocontagiosas na Paraíba. Segundo a diretoria, o mesmo é reconhecido regionalmente no tratamento em tuberculose, hanseníase, Aids, leptospirose, dengue e hepatites virais.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por formulários que representavam a documentação do PE, sendo utilizados como critérios de inclusão os formulários que representavam a documentação do cuidado prestado aos pacientes nas clínicas de infectologia dos três hospitais referências.

Foram excluídos do estudo formulários preenchidos, livros de ocorrência, registros de anotações e evoluções descritas manualmente.

Dessa forma, 6 formulários (ANEXO A) atenderam aos critérios pré-estabelecidos, de modo que fizeram parte da pesquisa, sendo três destes do HUAC (A-I, A-II e A-III), dois do HULW (B-I e B-II) e um do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (C-I). Os instrumentos de coleta de dados do HUAC (A-I) e HULW (B-I) foram construídos baseados na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, já o do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga trata-se de um roteiro de coleta de dados (C-I) que contempla a realização do exame físico dividido em sistemas corporais. Os instrumentos de planejamento da assistência do HUAC são compostos por um impresso do tipo *check-list* para diagnósticos (A-II) e outro para intervenções de enfermagem (A-III); o instrumento do HULW também é do tipo *check-list* e contempla os diagnósticos e as intervenções de enfermagem em um único impresso (B-II); por fim, no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga não existe instrumentos para auxiliar no planejamento da assistência de enfermagem, porém é realizado diariamente na clínica de infectologia a evolução de Enfermagem.

4.4 Instrumento e técnica de coleta de dados

Após realização de uma visita prévia aos locais da pesquisa a fim de esclarecer o objetivo e a metodologia, bem como observar a viabilidade da mesma, o projeto foi submetido à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP.

Com parecer favorável do CEP a pesquisa foi fundamentada, e em seguida, foi elaborado instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), baseado nas 3 categorias do i-NMDS e contemplando os 17 itens propostos por esse conjunto. Dessa forma a pesquisa seguiu as seguintes etapas operacionais:

4.4.1 Categorização dos formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem e identificação dos dados essenciais

A categorização dos formulários aconteceu nas clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba, por meio da observação do conteúdo dos formulários, o aspecto estrutural foi analisado, bem como a forma com que estes contemplaram as informações necessárias para o serviço de saúde e os elementos dos cuidados de enfermagem, de acordo com o instrumento de coleta de dados semiestruturado, seguido da identificação dos dados essenciais de Enfermagem contidos nos mesmos.

Os dados identificados nos formulários foram transcritos e inseridos em uma tabela no *Microsoft Office Word* de acordo com as categorias que estão inclusos.

As categorias serão divididas, conforme propostas pelo Conjunto Internacional de Dados Essenciais em Enfermagem, em: Ambiente do Cuidado; Dados Demográficos do Cliente e; Dados do Cuidado de Enfermagem.

4.4.2 Comparação dos dados encontrados com o proposto pelo Conjunto Internacional de Dados Mínimos em Enfermagem

Os dados encontrados nos formulários das clínicas de infectologia do HUAC, HULW e do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga foram comparados com o proposto pelo Conjunto Internacional de Dados Mínimos em Enfermagem, para identificação das semelhanças e divergências entre os mesmos, desse modo foi levado em consideração a categoria a que os mesmos pertencem, bem como, o uso de sinônimos nesses formulários.

4.5 Análise dos dados

Depois de organizar os dados dos instrumentos utilizados pelos enfermeiros das clínicas de infectologia de hospitais referências no estado da Paraíba, os mesmos foram interpretados e, posteriormente, comparados com as informações encontradas na literatura, a fim de verificar se existe alguma diferença significativa do instrumento padrão.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Na pesquisa realizada levou-se em consideração as disposições da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aborda as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, levando em consideração a incorporação de referências da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Além disso, foi considerada também a Resolução N° 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e dá direito ao profissional de enfermagem realizar e participar de atividades de pesquisa, respeitando as normas ético-legais, bem como responsabiliza o mesmo a interromper essa pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados; disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral e; promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas (COFEN, 2007).

A coleta de dados do estudo iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Universitário Alcides Carneiro, vinculado à Plataforma Brasil. O mesmo apresentou parecer favorável ao seu desenvolvimento, sob CAAE: 34721514.8.0000.5182 (ANEXO B). A pesquisa nos formulários de Enfermagem se deu após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) e elaboração das Cartas de Anuência pelos diretores de cada hospital (ANEXOS C, D e E) ou responsáveis pela coordenação das clínicas de infectologia, que contemplava título e objetivo da pesquisa dados de identificação das pesquisadoras responsáveis, métodos empregados, riscos e benefícios, garantia do anonimato, respeito à autonomia do sujeito em retirar seu consentimento a qualquer fase da pesquisa, se assim

desejar, além do contato do CEP a que o projeto foi submetido e das pesquisadoras. Também foi assinado um Termo de Compromisso dos Pesquisadores (ANEXO F), afirmando que os mesmos comprometiam-se com os aspectos éticos da pesquisa.



5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Resultados

O estudo desenvolvido nas Unidades de Infectologia do HUAC, do HULW e do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, utilizou os instrumentos de coleta de dados e de planejamento da assistência empregados pelos enfermeiros dessas clínicas.

Depois de seguir as etapas operacionais, foram elencados os dados dos instrumentos em três categorias: Ambiente do Cuidado; Dados demográficos do cliente e; Dados do Cuidado de Enfermagem.

A primeira categoria inclui seis itens referentes ao ambiente onde é realizado o atendimento de enfermagem, sendo eles: a identificação da agência, o tipo de posse do serviço, o sistema de pagamento, o tipo de serviço da clínica, o pessoal de cuidado e a proporção de pacientes por profissional (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Comparação entre os dados referentes ao Ambiente do Cuidado contidos nos instrumentos de coleta de dados e de planejamento da assistência de enfermagem com o modelo proposto pelo i-NMDS. Cuité-PB, 2015.

ELEMENTOS DOS FORMULÁRIOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY	COMPLEXO HOSPITALAR DR. CLEMENTINO FRAGA
I – AMBIENTE DO CUIDADO			
Identificação do serviço	Presente	Presente	Presente
Tipo de posse do serviço	Ausente	Ausente	Ausente
Sistema de pagamento	Ausente	Ausente	Ausente
Tipo de Serviço da clínica	Presente	Presente	Presente
Profissionais do cuidado	Presente	Presente	Presente
Proporção de pacientes por profissionais	Ausente	Ausente	Ausente

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A segunda categoria contém sete itens que indicam os dados demográficos do cliente, são eles: o início e final do episódio de cuidado, o país de residência, o tipo de serviço clínico,

a situação de alta no atendimento, o ano de nascimento, o gênero e a razão para admissão (QUADRO 2).

QUADRO 2 – Comparação entre os dados referentes aos Dados Demográficos do Cliente contidos nos instrumentos de coleta dados e de planejamento da assistência de enfermagem com o modelo proposto pelo i-NMDS. Cuité-PB, 2015.

ELEMENTOS DOS FORMULÁRIOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY	COMPLEXO HOSPITALAR DR. CLEMENTINO FRAGA
II – DADOS DEMOGRÁFICOS DO CLIENTE			
Data de admissão e de alta do paciente	Presente – data de admissão	Presente – data do atendimento e da admissão	Ausente
País de residência	Presente – naturalidade	Presente – procedência	Ausente
Tipo de Serviço clínico	Presente	Presente	Presente
Situação da alta no atendimento	Ausente	Ausente	Ausente
Ano de nascimento	Presente – idade	Presente – data de nascimento	Ausente
Gênero	Presente – sexo	Presente – sexo	Ausente
Razão da admissão	Presente – História da doença atual	Presente – Motivo de internação	Ausente

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A terceira e última categoria abrange os cuidados de enfermagem e é composto por quatro elementos, sendo eles: os diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem, os resultados de enfermagem e a intensidade do cuidado de enfermagem (QUADRO 3).

QUADRO 3 – Comparação entre os dados referentes aos Dados do Cuidado de Enfermagem contidos nos instrumentos de coleta dados e de planejamento da assistência de enfermagem com o modelo proposto pelo i-NMDS. Cuité-PB, 2015.

ELEMENTOS DOS FORMULÁRIOS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY	COMPLEXO HOSPITALAR DR. CLEMENTINO FRAGA
III – DADOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM			
Diagnósticos de Enfermagem	Presente	Presente	Ausente
Intervenções de	Presente – prescrição	Presente	Ausente

Enfermagem	de enfermagem		
Resultados de Enfermagem	Ausente	Ausente	Ausente
Intensidade dos cuidados de Enfermagem	Ausente	Ausente	Ausente

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.2 Discussão

O registro é um dos meios de respaldar a assistência de enfermagem, porém, este nem sempre é realizado de forma adequada pelos enfermeiros de muitas instituições (FRANCO; AKEMI; D'INOCENTO, 2012).

A utilização de um instrumento de coleta de dados baseado no i- NMDS é essencial para facilitar o registro de informações importantes para a tomada de decisão baseada no pensamento crítico, o que influencia positivamente a qualidade do registro e do atendimento de enfermagem (SPIGOLON; MORO, 2012). O projeto do i-NMDS tem sido desenvolvido e aplicado em vários países, na tentativa de padronizar um conjunto de dados que atenda às necessidades da documentação da prática profissional (MARQUES et al., 2014).

Deste modo, percebeu-se a importância de analisar como é realizada a coleta de dados nas clínicas de infectologia na Paraíba ao comparar os instrumentos com o proposto no i-NMDS, de forma que a análise buscasse investigar a existência de elementos essenciais que gerem informações para a prestação de cuidados de enfermagem de forma precisa.

A seguir serão comparados e discutidos os elementos das três categorias propostas no i-NMDS:

Na primeira categoria, que se refere ao ambiente do cuidado, três dos seis itens foram contemplados pelos formulários A-I, B-I e C-I, os mesmos estão relacionados à identificação do serviço, tipo de serviço da clínica e profissionais do cuidado.

Os formulários A-I, B-I e C-I apresentaram a identificação da agência, que são as informações sobre o serviço de saúde, apresentadas pela logomarca, porém não acrescentaram endereço, o que pode dificultar o contato com o hospital caso esse registro precise sair do serviço, além de que, pode também dificultar as pesquisas documentais subsequentes.

O tipo de posse do serviço, que identifica se o mesmo é público ou privado, e o sistema de pagamento não estiveram presentes em nenhum formulário, fato justificado por se tratarem de hospitais públicos bastante conhecidos no estado em questão e os atendimentos serem gratuitos em todos os casos.

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, o que assegura a dignidade humana e o acesso à saúde pública, em serviços públicos e privados contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), às pessoas com doenças crônicas infecciosas, como a qualquer outro cidadão brasileiro com direitos e deveres (BRASIL, 2014).

O SUS também tem gerado esforços para controlar e interromper a transmissão de doenças infectocontagiosas. A maioria das doenças que poderiam ser prevenidas por meio da vacinação e por determinantes de saúde (saneamento básico e qualidade da água, por exemplo), obtiveram sucesso no seu controle, reduzindo consideravelmente o número de mortes causadas por doenças infecciosas nas últimas seis décadas, porém as doenças transmitidas por vetores variados e com padrões de transmissão complexos, relacionados a determinantes ambientais, sociais, econômicos ou a fatores desconhecidos (como a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e a dengue) ainda permanecem sendo um grande problema de saúde pública no Brasil (BARRETO et al., 2011).

O tipo de serviço da clínica, que é necessário para identificar quais os cuidados dispensados ao cliente foi contemplado nos instrumentos A-I, B-I e C-I. Tal fato é relevante, uma vez que é exposta a necessidade do cliente em relação a sua complexidade clínica. Assim, são direcionadas a utilização de tecnologias especializadas, recursos humanos e materiais, conseqüentemente pode-se prever os gastos (UGÁ, 2012).

A unidade de clínica médica de um hospital é destinada a promover a internação de clientes de acordo com as peculiaridades do mesmo, tais como idade, patologia e sexo. Nessas unidades, os cuidados da equipe de saúde são dispensados a clientes geralmente estáveis que dependem parcialmente de cuidados da equipe de saúde para realizar suas necessidades humanas básicas, diferente de outras unidades como a Unidade de Terapia Intensiva, que abrange pacientes críticos que necessitam de monitorização e cuidados contínuos, e o Bloco Cirúrgico, que é destinado ao desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata (MOZACHI; SOUZA, 2010; MELLO, 2011).

O pessoal de cuidado é registrado nos instrumentos A-I, B-I e C-I por um espaço que permite que os profissionais assinem, também é necessário que se acrescentem os números de seus registros gerados pelos conselhos, uma exigência estabelecida pela Resolução nº 161/1996 do COFEN, que preconiza que o Enfermeiro use o número de sua inscrição em todos os documentos firmados, que respaldem sua prática profissional, como é estabelecido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Porém, as informações de número,

gênero, treinamento e horas de trabalho por profissional que o cliente necessita não aparecem nesses instrumentos (COFEN, 1996).

Outro item que não foi contemplado nos formulários foi a proporção de pacientes por profissionais. Versa et al. (2011) afirmam que essa proporção deve ser calculada por meio de dimensionamento de pessoal, para garantir uma assistência de qualidade, que atenda às necessidades da clientela e do serviço de saúde. Um dimensionamento adequado garante a qualidade da assistência e uma boa atuação dos profissionais, entretanto quando este não é feito, ou é realizado de forma errada, ocorre o contrário e prejudica a assistência ao cliente (INOUE; MATSUDA, 2010; MAYA; SIMÕES, 2011).

O dimensionamento de pessoal de Enfermagem é regido pela Resolução do COFEN nº 293/2004 que estabelece o quantitativo mínimo dos profissionais de Enfermagem para prover a assistência nas instituições de saúde, e baseia-se nas características do serviço e da clientela (COFEN, 2004).

A ausência desse item é um fato preocupante, pois a quantidade e distribuição de pessoal interferem no tempo que os profissionais dispõem para o cuidado do cliente. Além do que, um dimensionamento adequado otimiza a humanização e a qualidade do cuidado proporcionado (PERROCA; JERICÓ; CALIL, 2011).

Contudo, Silva et al. (2013) apontam que, em formulários assistenciais é esperado que não contemple dados referentes aos recursos humanos, como é esperado nos formulários gerenciais, o que justifica os dados encontrados.

Na categoria que abrange os dados demográficos do cliente, os formulários A-I e B-I contemplaram seis dos sete os elementos propostos pelo i-NMDS, que foram a data de admissão e alta do paciente, o país de residência, tipo de serviço clínico, o ano de nascimento, o gênero e a razão da admissão. Esta informação reafirma se tratar de dados essenciais no tocante à necessidade dos mesmos para conhecer o estado cliente e, conseqüentemente, realizar uma atuação de forma adequada. O instrumento C-I contemplou apenas um dos elementos, o tipo de serviço clínico.

Os formulários A-I e B-I continham a data da admissão do cliente, porém nenhum dos três possuía um espaço destinado à data da alta. A data de admissão, presente em dois formulários, marca o início do episódio do cuidado, já a data de alta caracteriza o fim desse episódio. A última não esteve presente em nenhum formulário, isto se justifica pelo fato de ter sido utilizado apenas instrumentos de coleta de dados durante a admissão do cliente na pesquisa.

As datas de admissão e alta são essenciais para calcular o tempo de permanência hospitalar, que varia de acordo com a gravidade da patologia, a necessidade da realização de exames complementares e especializados durante a internação e a falta de pessoal e material hospitalar necessário para o cuidado adequado (SILVA, A. M. N. et al., 2014). Além disso, algumas doenças infectocontagiosas, como a Aids, favorecem a reinternação freqüente de clientes no serviço. A quantidade de reinternações é utilizada para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e pode implicar em tratamentos não efetivos ou em um mal prognóstico do internamento inicial (MOURA; TAVARES; ACURCIO, 2012).

Outro problema decorrente da grande quantidade de internações e reinternações por doenças infectocontagiosas é o alto custo que estas têm para o sistema de saúde. De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), as doenças infecciosas e parasitárias representam o oitavo maior volume de gastos hospitalares no país, com valores altíssimos por internações, o que corresponde a 5,17% de todo o gasto hospitalar. Outro fator relevante é que as maiores proporções desses gastos são encontrados nas regiões Norte e Nordeste, o que pode ser justificado pelo fato de existir menos tecnologia hospitalar nessas regiões quando comparadas com as outras, conseqüentemente, o que aumenta o tempo de internação (FUNASA, 2010).

Quanto ao país de residência, dado importante para observar e notificar a ocorrência habitual de doenças em uma determinada área geográfica, os formulários A-I e B-I utilizaram outras expressões para identificar esse campo – “naturalidade” e “procedência”.

A naturalidade refere-se onde o cliente nasceu, esse dado é importante do ponto de vista da infectologia, pois no Brasil existem doenças de distribuição regional, como a doença de Chagas, a Malária e a Esquistossomose. Quanto à procedência, significa de onde o cliente veio, nesse item é importante identificar se houve viagens para regiões endêmicas, bem como o tipo de alojamento e sua relação com doenças infectocontagiosas (ROCCO, 2010). A importância de saber a procedência do cliente é necessária, pois além de observar a relação da ocorrência de doenças endêmicas em certas regiões, este item permite que o profissional ofereça uma assistência individualizada a cada cliente, por conhecer e respeitar a sua cultura (MARIN; BARBIERI; BARROS, 2010).

Vale destacar que as doenças infectocontagiosas são responsáveis por muitas internações e óbitos em todo o mundo, porém, é necessário conhecer as áreas de maior incidência para que as políticas públicas atuem de forma apropriada. No Brasil, essas doenças afetam especialmente as regiões e os setores sociais mais pobres, com grande destaque para a população do Nordeste do país (OLIVEIRA; FERNANDES; MOURA, 2012).

O tipo de serviço clínico, referente ao serviço que o cliente necessita, é um item presente em todos os formulários, visto que continha neles que se tratava de uma clínica de doenças infectocontagiosas.

De acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2000), os clientes com doenças infectocontagiosas devem ser isolados dos demais no âmbito hospitalar, porém algumas delas necessitam de maiores precauções. As doenças transmitidas por aerossóis, por meio de partículas menores que $5\mu\text{m}$, eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro que permanecem suspensos no ar, por horas, e atingem outros ambientes, inclusive áreas adjacentes por correntes de ar, necessitam que o cliente seja alocado em um quarto privativo, como a Tuberculose, a Varicela e o Sarampo; porém as doenças infecciosas transmitidas por gotículas, maiores que $5\mu\text{m}$, por meio do contato próximo com o paciente, por gotículas eliminadas pela fala, tosse, espirros e realização de procedimentos como a aspiração de secreções, atingem até um metro de distância e são rapidamente depositadas no chão, como no caso da difteria, rubéola e alguns tipos de meningite, recomenda-se também o isolamento em quarto privativo, no entanto, se não existir essa disponibilidade de quartos, os clientes poderão ser internados com outros clientes infectados pelo mesmo microorganismo, de modo que se obedeça a exigente de distância mínima de um metro de um leito para outro.

Já as doenças transmitidas por contato direto (pessoa - pessoa), indireto (pessoa - objeto contaminado) e ou por exposição a fluídos contaminados não necessitam de quarto privativo, mas deve-se tomar algumas precauções, como evitar o compartilhamento de objetos e não alocar vários pacientes acometidos com microrganismos diferentes (ANVISA, 2000).

Os pacientes dessas clínicas, assim como todos os outros, necessitam de atendimento multiprofissional, para que suas necessidades sejam atendidas de forma holística. Para tornar isso possível, é imprescindível que a equipe envolva-se com no cuidado, de modo que garanta uma assistência qualificada, individualizada e humanizada, com assistência integral (SILVA J. M. B. et al., 2011).

Além disso, nos casos de doenças como a Aids, é de suma importância que a equipe também explique a finalidade e os benefícios dos cuidados para que o cliente colabore com o tratamento especializado sem abandoná-lo (VASCONCELOS, et al., 2013).

A situação da alta, indicativa do tipo de alta e como o paciente apresenta-se nesse momento, não foi contemplada em nenhum formulário, fato que pode ser justificado pelo registro deste dado ser realizado somente no fim do episódio do cuidado, em instrumentos não contemplados pela pesquisa, pois não é um elemento encontrado em instrumentos de coleta de dados durante a admissão do cliente.

A alta hospitalar caracteriza-se pelo fim do período de internação. Esta pode ser dada pela melhora do estado de saúde do paciente, óbito, pedido do paciente ou seu responsável, necessidade de transferência para hospitais especializados e recusa do paciente ou responsável em acatar o tratamento indicado (MOZACHI; SOUZA, 2010). A mesma deve ter planejamento de responsabilidade interdisciplinar, porém, o enfermeiro tem papel fundamental na identificação das necessidades do paciente, de modo que a capacidade do cliente para o autocuidado seja avaliada, bem como as condições da família prestar assistência ao mesmo, dando as devidas orientações para que o tratamento seja continuado em seu domicílio (SUZUKI; CARMONA; LIMA, 2011).

Por sua vez, o item ano de nascimento foi observado no formulário B-I como “data de nascimento”, no formulário A- I foi entendido como presente por contemplar o item “idade” e no formulário C-I não continha esse elemento. Porém, apesar de dois dos instrumentos contemplarem o item ano de nascimento, o único instrumento que se preocupou em pesquisar as peculiaridades das doenças infectocontagiosas em cada fase da vida e contemplou os sinais e sintomas apresentados desde os neonatos até os idosos, foi o instrumento de coleta de dados B-I. Isso fica evidenciado pela presença de itens como alterações nas fontanelas (se está deprimida ou abaulada) e a nutrição por aleitamento materno. Tal fato é importante porque os sinais e os sintomas das doenças infectocontagiosas são semelhantes nas diferentes fases do crescimento e do desenvolvimento do ciclo de vida, porém, é importante observar algumas peculiaridades em relação a essas doenças, como por exemplo, no caso da meningite, que diferente dos indivíduos com idade mais avançada, os neonatos não apresentam rigidez nuca, desse modo, deve ser valorizado a presença de abaulamentos e tensões das fontanelas (ANDRADE, 2012).

O que justifica a ausência de itens específicos para as diferentes faixas etárias no formulário A-I é o fato de que na clínica de infectologia onde é utilizado, o atendimento inclui apenas indivíduos com idade acima dos 16 anos, pois as crianças e adolescentes são direcionadas para receberem assistência em uma clínica especializada nessas fases da vida, já no C-I a ausência não tem justificativa, pois o atendimento compreende todas as faixas etárias.

No item gênero, relativo a masculino ou feminino, os formulários A-I e B-I utilizaram a palavra “sexo” para designá-lo e o formulário C-I não o contemplou. Alguns autores utilizam essas palavras como sinônimas, como foi feito neste contexto, porém existem diferenças entre elas. A palavra sexo refere-se ao contexto reprodutivo do indivíduo (masculino e feminino), não considera os aspectos sociais do mesmo, já a palavra gênero tem

uma amplitude maior, envolve as concepções do indivíduo sobre o seu mundo, é a identidade construída socialmente (MARCHIN et al., 2011). As informações de gênero e idade são necessárias para avaliar a prevalência das doenças e as diferentes manifestações clínicas em cada fase da vida.

Por fim, a razão da admissão, relativa às queixas do cliente, esteve presente nos formulários A-I e B-I como “história da doença atual” ou “motivo da internação”, um dado importante para o planejamento da assistência de enfermagem baseado nas peculiaridades de cada uma das doenças infectocontagiosas. A razão da admissão e motivo da internação tem o mesmo significado, consistem na causa pela qual o cliente encontra-se privado da sua rotina, por fatores associados à doença (FERRAZ; VIRIATO; MOURA, 2013).

A história da doença atual foi entendida como presente, pois é nela que os sintomas ou queixas referidas pelo cliente são investigadas de forma minuciosa. É neste item que são investigados o início dos sintomas, as características do sintoma, os fatores atenuadores e agravantes, a região onde se localiza o sintoma, o tempo de duração e com frequência ele acontece (ROCCO, 2010).

Na categoria que compreende os itens dos cuidados de enfermagem, os itens que estiveram presentes nos formulários A-II, A-III e B-II foram somente os diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, sendo que este último foi contemplado no formulário B-II com o sinônimo “prescrição de enfermagem”. No formulário C-I todos os itens referentes a esta categoria estiveram ausentes.

Sendo assim, percebeu-se que o registro de algumas etapas do PE é deficiente, indo de encontro ao que é proposto pela Resolução do COFEN nº 429/2012, que evidencia a responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012).

O PE é um instrumento importante para a prática de Enfermagem, ele dá autonomia, independência e especificidade aos profissionais da área, pois baseia-se nos problemas de saúde do cliente para tentar resolver-los (COFEN, 2009).

O diagnóstico de enfermagem, que é um dos itens encontrado no i-NMDS, é determinado como uma análise clínica, a partir da coleta de dados, dos problemas de saúde reais ou potenciais ou dos processos vitais de um indivíduo, família e/ou coletividade (BITTENCOURT; CROSSETTI, 2013). Nos formulários em que este item esteve presente

foram apresentados na forma de *check-list*, o que facilita o trabalho do profissional de Enfermagem, pois demanda menos tempo.

No formulário A-II, o sistema de classificação de terminologia de Enfermagem utilizado não foi identificado, mas percebeu-se que o mesmo atende ao padrão ISO (*International Organization for Standardization*) 18104/2003, uma norma acerca do Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem, que tem como objetivo unificar as várias terminologias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para o registro dos dados dos clientes. De acordo com essa norma, o diagnóstico de enfermagem é definido baseado em um julgamento, em um foco ou como um julgamento numa dimensão de um foco (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 2003).

Já no formulário B-II percebeu-se que foi utilizado a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), que é constituída por sete eixos, sendo eles: Ação, Cliente, Foco, Julgamento, Localização, Meio e Tempo. A mesma é um modelo de terminologias utilizada para agruparem uma única classificação outras classificações, independentes dos fenômenos e das ações de enfermagem que foram idealizadas. Estes sete eixos são compostos por termos combinados formam títulos para os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Além da CIPE[®], no Brasil, outra classificação bastante conhecida, que pode ter servido de base para a construção do formulário A-II, é a NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association International*). A mesma propõe a construção dos diagnósticos de enfermagem, baseados no julgamento clínico que, segundo essa taxonomia, devem ser compostos pelo título dos diagnósticos seguidos dos seus fatores relacionados ou de risco e suas respectivas características definidoras (NANDA, 2011).

Diferente da CIPE[®], que oferece recursos para a formação de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem, ao utilizar a NANDA-I é proposto que se utilize a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) para padronizar a linguagem das intervenções utilizada pela equipe de Enfermagem e a NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem) como taxonomia de padronização dos resultados de Enfermagem.

As intervenções de enfermagem compreendem os cuidados diretos e indiretos, sendo o primeiro os tratamentos realizados por meio da interação com o doente, com enfoque no aspecto fisiológico, já os cuidados indiretos, incluem ações de aspecto psicológico, como o apoio e aconselhamento (POSSARI et al., 2013).

Assim como no item diagnóstico de Enfermagem, as intervenções também devem apresentar padronização da linguagem empregando sistemas de classificação. Nos formulários

A-III e B-II utilizou-se de intervenções na forma de *check-list*, sendo que o sistema de classificação só foi evidenciado no formulário B-II, que se baseou na CIPE®.

A Norma ISO 18104/2003 também padroniza a construção dos títulos das intervenções de enfermagem, ao modo que deixa explícito que estas devem ser compostas obrigatoriamente de um termo do eixo ação e um do eixo alvo, ou seja, um termo de qualquer um dos demais eixos, com exceção do eixo julgamento, de acordo com a necessidade, podem ser acrescentados ainda outros termos dos outros eixos (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 2003).

Já os itens resultados de Enfermagem e Intensidade dos cuidados de Enfermagem não foram encontrados em nenhum instrumento. Dois dos três formulários continham apenas um espaço destinado à evolução de enfermagem. A mesma é o registro feito após a avaliação do paciente, que serve como orientação para realização do planejamento da assistência, e informa as condutas de enfermagem realizadas (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Segundo Silva et al. (2013) os resultados de enfermagem são efeitos positivos, que são traçados no planejamento das ações, na tentativa de alcançá-los diante das intervenções de enfermagem. Os mesmos são necessários para que seja possível avaliar se as intervenções estão sendo eficientes para alcançar o efeito desejado ou não no cliente.

Já a intensidade do cuidado refere-se ao tempo dispensado ao cuidado do cliente, de acordo com suas necessidades. O tempo para o cuidado ao cliente com doenças infectocontagiosas, varia de acordo com o tipo de procedimento realizado pela equipe de enfermagem, a idade do cliente, a complexidade do seu quadro clínico e os recursos materiais disponíveis no setor (MORAES; LINCH; SOUZA, 2012).

A intensidade do cuidado varia de acordo com o tipo de assistência. De acordo com a Resolução COFEN nº 293/2004 os profissionais de Enfermagem gastam nas 24 horas 3,8 horas por cliente, na assistência mínima, que engloba pacientes estáveis e que conseguem atender suas necessidades básicas por meio do autocuidado; 5,6 horas por cliente, na assistência intermediária, que envolve pacientes estáveis, com dependência parcial dos cuidados de enfermagem; 9,4 horas por cliente, na assistência semi-intensiva, que inclui pacientes estáveis, crônicos, com alto grau de dependência de cuidados de Enfermagem; e 17,9 horas por cliente, na assistência intensiva, que cuidam de pacientes instáveis, graves, com risco iminente de morte, e necessitam monitorização contínua e especializada (COFEN, 2004; ALVES et al., 2011).

Depois de implantado, o PE, que é um instrumento metodológico que guia a assistência de Enfermagem e o registro da prática profissional com base no julgamento sobre

das necessidades do doente, família ou coletividade humana, deve ser reavaliado para verificar se as metas estão sendo alcançadas, se estas não forem positivas, deve-se voltar às fases precedentes, para refazê-las ou intervir de forma que gere resultados (COFEN, 2004; MALUCELLI, et al., 2010; GUEDES et al., 2012).

Assim sendo, a SAE, que se configura pela organização, planejamento e execução de ações sistematizadas e possibilita a operacionalização do PE, é muito importante para as clínicas de infectologia, pois além de fornecer respaldo legal para documentar a prática profissional, ela é responsável por melhorar a assistência ao cliente, pois tenta resolver as necessidades do mesmo baseado na identificação dos seus problemas (COFEN, 2004; NOBRÉGA et al., 2010; MARTINS et al., 2013; SANTOS, 2014).

Uma assistência de enfermagem qualificada deve ir além do modelo biomédico, para isso, o enfermeiro deve coletar dados que permitam o conhecimento da situação atual do cliente e, posteriormente, planejar o cuidado mais adequado e efetivo (SEIGNEMARTIN et al., 2014).



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos 17 itens do i-NMDS comparados aos instrumentos utilizados nas clínicas de Infectologia da Paraíba, obteve um total de 11 itens semelhantes nos instrumentos do HUAC e HULW, correspondendo a 64,71% do que é proposto em cada um deles e no do Hospital Clementino Fraga 5 dos elementos foram contemplados, caracterizando 29,41% do que é preconizado internacionalmente.

Diante disso, percebeu-se o quanto é importante que sejam desenvolvidos estudos como esse, com o intuito de comparar os instrumentos de diversas áreas com o proposto pelo i-NMDS, para que se consiga estabelecer a padronização dos registros que, conseqüentemente, traz os inúmeros benefícios citados ao longo da pesquisa. O estudo limitou-se por incluir apenas três hospitais do Estado da Paraíba, porém os mesmos são referências na área de infectologia.

O estudo trouxe grandes contribuições para as Clínicas de Infectologia, porquanto foi possível identificar os itens essenciais para o registro adequado dos cuidados prestados, de forma que possibilita a documentação de Enfermagem e fornece suporte legal e ético, para embasar ações educativas e de pesquisa.

Ressalta-se, também, a contribuição para a comunidade científica da área, visto que foi demonstrado o emprego da padronização de uma linguagem internacional, como também a possibilidade de se desenvolverem estudos posteriores sobre essas práticas na Enfermagem.

A pouca quantidade de estudos sobre o i-NMDS na literatura, em especial no Brasil, foi o que dificultou a realização da pesquisa. Além do que, até o presente momento não havia nenhum estudo deste tipo encontrado na área da Infectologia, o que dificultou ainda mais a discussão dos dados.

O estudo mostrou ainda o quanto é importante o uso de instrumentos de coleta e planejamento de assistência que permeiem o registro adequado da assistência de Enfermagem, o que favorece a continuidade desse estudo com a elaboração de um instrumento que contemple itens essenciais para prática de enfermagem, a partir dos dados encontrados e do modelo proposto pelo i-NMDS, o que fornecerá fundamentação para as práticas no âmbito da infectologia e padronização da linguagem da categoria.

Além disso, infere-se que o uso do i-NMDS é de grande valia para a Enfermagem, pois além de ser uma prática inovadora, é também transformadora, desafia os profissionais a romper o modelo tradicional da Enfermagem, para que sempre busquem ultrapassar barreiras a fim de alcançar contribuições para a área da saúde. O i-NMDS traz na sua essência potencial para pesquisas a partir das práticas corretas de registros, além de gerar dados essenciais para uma assistência de qualidade.



REFERÊNCIAS

AHMADI, M. et al. Developing a minimum data set of the information management system for orthopedic injuries in Iran. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 16, n. 7, p. 1-8, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166095/>> Acesso: 19 fev. 2015.

ALVES, M. V. M. F. F. et al. Avaliação do grau de dependência de pacientes em enfermagem de ortopedia de um hospital escola. **Rev Eletr Enf**, v. 13, n. 4, p. 612-9, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9087>> Acesso: 19 fev. 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar**. Caderno C. Métodos de Proteção Anti-Infecçiosa: ANVISA, 2000. 84p. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoC.pdf>> Acesso: 22 nov. 2014.

ANDRADE, L. L. **Construção de Instrumentos para a Documentação do Processo de Enfermagem em uma Clínica de Doenças Infectocontagiosas**. 2012. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2012.

AZEVEDO, S. L. et al. A implementação do instrumento de coleta de dados na consulta de enfermagem: um relato de experiência. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=225>> Acesso: 19 fev. 2015.

BARRETO, M. L. et al. Sucessos e fracassos no controle das doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**, p. 47-60, 2011. Disponível em: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/maestria_2012/Art%C3%ADculo%202.pdf> Acesso: 19 fev. 2015.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; CROSSETTI, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 341-7, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/58510/61505>> Acesso: 19 fev. 2015.

BOER, G. V.; DELESIE, L. The federal nursing minimum basic data set and hospital management in Belgium: A case study of a nursing department. **European journal of operational research**, v. 105, n. 2, p. 317-31, 1998. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377221797002415>> Acesso: 19 fev. 2015.

BORSATO, F. G. et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev eletrônica enferm**, Goiânia, v. 14, n.3, p. 610-7, jul./sep. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/13513/13430>> Acesso: 19 fev. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 30 mai. 2014.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Direitos Fundamentais**. Brasília (DF). Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/direitos-fundamentais>> Acesso em: 16 nov. 2014.

CARPENTER, I. et al. Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III). **Age and Ageing**, v. 32, n. 3, p. 279-85, 2003. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/32/3/279.full.pdf+html> > Acesso: 19 fev. 2015.

CENTER FOR NURSING INFORMATICS. University of Minnesota. **i-NMDS (International Nursing Minimum Data Set)**. 2014. Disponível em: <<http://www.nursing.umn.edu/ICNP/i-NMDS/index.htm>> Acesso em: 02 mar. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 191, de 31 de maio de 1996**. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. Rio de Janeiro, 31 mai 1996. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994_4250.html> Acesso em: 05 out. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 293, de 21 de setembro de 2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Rio de Janeiro, 21 set 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html> Acesso em: 21 mar. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 311, 08 de fevereiro de 2007**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 08 fev 2007. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html> Acesso em: 30 mai. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 358, 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 out 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 02 out. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n° 429, de 30 de maio de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 30 mai 2012. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html> Acesso em: 19 mai. 2014.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE® - Versão 2.0** (tradutora: Heimar de Fátima Marin) São Paulo: Algor Editora, 2011.

COSTA, M. G. Avaliação das respostas dos enfermeiros sobre as fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, v. 4, n. 9, p. 169-80, 2010.

DAL SASSO, G. T. M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 242-9, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a31v47n1>> Acesso: 19 fev. 2015.

FENG, R. C. et al. A preliminary study on the use of clinical care classification in nursing documentation data sets. **Computer methods and programs in biomedicine**, v. 112, n. 3, p. 713-9, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016926071300254X>> Acesso: 19 fev. 2015.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 38, p. 663-75, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop3411>> Acesso: 19 fev. 2015.

FERRAZ, L. F.; VIRIATO, A.; MOURA, A. Análise do diagnóstico nutricional de pacientes em assistência hospitalar de infectologia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 253-8, 2013. Disponível em: <http://saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/106/1821.pdf> Acesso: 19 fev. 2015.

FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. M.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paul enferm**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 163-70, 2012. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=2&item=2>> Acesso: 19 fev. 2015.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Impactos na saúde e no Sistema Único de Saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado** / Fundação Nacional de Saúde – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2010. 246 p. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/estudosPesquisas_ImpactosSaude.pdf> Acesso: 19 fev. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOOSSEN, W. T. F. et al. A comparison of nursing minimal data sets. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 5, n. 2, p. 152-63, 1998. Disponível em: <<http://jamia.oxfordjournals.org/content/jaminfo/5/2/152.full.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

GOOSSEN, W. T. F. et al. Using the nursing minimum data set for the Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in patient populations and variations in nursing activities. **International journal of nursing studies**, v. 38, n. 3, p. 243-57, 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748900000754>> Acesso: 19 fev. 2015.

GOOSSEN, W. T. F. Statistical analysis of the nursing minimum data set for the Netherlands. **International journal of medical informatics**, v. 68, n. 1, p. 205-18, 2002. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505602000771>> Acesso: 19 fev. 2015.

GUEDES, E. S. et al. Atitudes dos profissionais de enfermagem relacionadas ao Processo de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. Esp., p. 130-7, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/19.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

HJALTADÓTTIR, I. et al. Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators: Retrospective analysis of nursing home data over 7 years. **International journal of nursing studies**, v. 49, n. 11, p. 1342-53, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912001873>> Acesso: 19 fev. 2015.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 379-84, mai./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a11>> Acesso: 19 fev. 2015.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health informatics: integration of a reference terminology model for nursing: ISO 18104**. Geneva (Switzerland) 2003 Disponível em: <http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=33309> Acesso: 15 fev. 2015.

LAMBERG, E.; SALANTERÄ, S.; JUNTILA, K. Evaluating perioperative nursing in Finland: an initial validation of perioperative nursing data set outcomes. **AORN journal**, v. 98, n. 2, p. 172-85, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209213007175>> Acesso: 19 fev. 2015.

LEE, J. S. W. et al. Survival prediction in nursing home residents using the Minimum Data Set subscales: ADL Self-Performance Hierarchy, Cognitive Performance and the Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs scales. **The European Journal of Public Health**, v. 19, n. 3, p. 308-12, 2009. Disponível em: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/3/308.full-text.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MACHADO, J. C. et al. Processo de Enfermagem: um instrumento de mudanças. **Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 6-7, p. 191-202, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/735/1310>> Acesso: 19 fev. 2015.

MALUCELLI, A. et al. Sistematização da Assistência. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enf**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 629-36, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/20.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MARCHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-12, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a23v16n11.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARIN, H. F.; BARBIERI, M.; BARROS, S. M. O. Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem: comparação com dados na área de Saúde da Mulher. **Acta Paul enferm**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 251-6, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/16.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MARQUES, D. K. A. et al. Conjunto Internacional de Dados Mínimos de Enfermagem: estudo comparativo com instrumentos de uma clínica pediátrica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 588-93, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0588.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MARTINS, V. F. et al. A viabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem em serviço pediátrico: uma abordagem reflexiva. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p.1820-34, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/238>> Acesso: 19 fev. 2015.

MAYA, C. M.; SIMÕES, A. L. A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 898-904, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a15v64n5.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MAZIERO, V. G. et al. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 165-70, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>> Acesso: 19 fev. 2015.

MELLO, M. C. **Carga de Trabalho de Enfermagem: Indicadores de Tempo em Unidades de Clínica Médica, Cirúrgica e Terapia Intensiva Adulto**. 2011. 229 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2011.

MILANI, A. et al. Oncology Nursing Minimum Data Set (ONMDS): can we hypothesize a set of prevalent Nursing Sensitive Outcomes (NSO) in cancer patients? **ecancermedicalsecience**, v. 7, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3757958/pdf/can-7-345.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MORAES, M; LINCH, G. F. C.; SOUZA, E. N. Classificação de pacientes internados em uma unidade traumatológica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 52-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/09.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MORRIS, R. et al. Ambiguities and conflicting results: The limitations of the kappa statistic in establishing the interrater reliability of the Irish nursing minimum data set for mental health: A discussion paper. **International journal of nursing studies**, v. 45, n. 4, p. 645-7, 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748907001769>> Acesso: 19 fev. 2015.

MORRIS, R.; MATTHEWS, A.; SCOTT, A. P. Validity, reliability and utility of the Irish Nursing Minimum Data Set for General Nursing in investigating the effectiveness of nursing

interventions in a general nursing setting: a repeated measures design. **International journal of nursing studies**, v. 51, n. 4, p. 562-71, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913002253>> Acesso: 19 fev. 2015.

MOURA, C. S.; TAVARES, L. S.; ACURCIO, F. A. Interação medicamentosa associada à reinternação hospitalar: estudo retrospectivo em um hospital geral. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1074-81, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/ao4272.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. H. S. **O Hospital**: manual do ambiente hospitalar. 3ª Ed. São Paulo: Manual Real, 2010. 832 p.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação – 2009/2011. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

NEVES, R. S.; SHIMIZUI, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09>> Acesso: 19 fev. 2015.

NOBRÉGA, M. M. L. et al. Banco de termos da linguagem especial de enfermagem de um hospital escola. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 28-37, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/344/pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

OLIVEIRA, K. K. D.; FERNANDES, A. P. N. L.; MOURA, S. G. F. Perfil de morbidade por patologias infecto-contagiosas entre crianças de 0 a 12 anos. **FIEP Bulletin On-line**, v. 82, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://fiepbulletin1.websiteseuro.com/index.php/fiepbulletin/article/view/2303/4387>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

PALESE, A. et al. Hidden outpatient oncology Clinical Nursing Minimum Data Set: Findings from an Italian multi-method study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 17, n. 4, p. 423-8, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388912001238>> Acesso: 19 fev. 2015.

PARK, H. A.; LEE, H. J.; YOON, K. The Perioperative Nursing Data Set in Korean: Translation, Validation, and Testing. **AORN journal**, v. 86, n. 3, p. 424-45, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209207000336>> Acesso: 19 fev. 2015.

PEDROSA, K. K. A.; SOUZA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O Enfermeiro e o Registro de Enfermagem em um Hospital Público de Ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 568-73, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/266/pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C.; CALIL, A. S. G. Composição da equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. **Acta Paul enferm**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 199-205, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/07.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre seus Registros: Buscando a Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 405-10, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/bitstream/handle/1/1570/Percep%C3%A7%C3%A3o%20da%20equipe%20de%20enfermagem%20sobre%20seus%20registros-%20buscando%20a%20sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%Aancia%20de%20enfermagem.pdf?sequence=1>> Acesso: 19 fev. 2015.

PINTO, V. B.; FARIAS, K. M.; MENESES, B. C. **Epistemologia do registro e da organização do conhecimento no contexto da saúde: o caso do registro do paciente**. In: Acta del X Congreso ISKO Capítulo Español, 2011, Ferrol, 20 Años del Capítulo Español de ISKO. Universidade da Coruña, Espanha, 2012. p. 455-70. Disponível em: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/11630/1/CC_132_art_30.pdf> Acesso: 19 fev. 2015.

PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de checklist de intervenções pré-operatórias. **Rev latino-am enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1080-7, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf> Acesso: 19 fev. 2015.

POCOCK, P. D. The Entry of the Perioperative Nursing Data Set in Canada. **Perioperative Nursing Clinics**, v. 2, n. 3, p. 247-53, 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1556793107000551>> Acesso: 19 fev. 2015.

POSSARI, J. F. et al. Padronização das atividades em centro cirúrgico oncológico segundo a classificação das intervenções de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 600-6, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00600.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho**. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMALHO NETO, J. M.; FONTES, W. D.; NÓBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 535-42, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a11.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

RIBEIRO, R. C.; MARIN, H. F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Rev bras enferm**, v. 62, n. 2, p. 204-12, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a06v62n2.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

ROCCO, J. R. **Semiologia Médica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2010. 292 p.

SANTANA, R. A.; BOCHNER, R.; GUIMARÃES, M. C. Sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas: o desafio da padronização dos dados. **Cien Saude Colet**, Rio de

Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1191-200, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a51v16s1.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, pp. 355-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SANTOS, W. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-8, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/197/144>> Acesso: 19 fev. 2015.

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1123-32, 2014. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352/pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVA, A. F. **Instrumento para Documentação da Assistência de Enfermagem à Mulher no Puerpério Imediato**. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado da Paraíba, João Pessoa. 2012.

SILVA, A. F. et al. Nursing minimum data in maternal health forms: a comparative study.

Online braz j nurs (Online), Niterói, v. 12, n. 2, p. 283-94, jun. 2013. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3936>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

SILVA, A. M. N. et al. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. **Rev pesquis cuid fundam.**, v. 6, n. 4, p. 1590-600, 2014. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2618/pdf_1200> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n6/v45n6a15.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVA, J. A. et al. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem em Unidade Semi-Intensiva. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 576-81, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/21.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVA, J. M. B. et al. O Cuidado da Equipe Multiprofissional ao Portador de HIV/AIDS.

Rev Baiana Enferm, Salvador, v. 25, n. 2, p. 195-202, 2011. Disponível em:

<<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5236/4476>> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVA, M. G. F. **Registro de Enfermagem no prontuário em um hospital universitário: uma busca pela humanização do cuidado**. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2011.

SILVA, R. S. et al. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 267-73, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a21.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVA, V. C. G. et al. Mensuração do tempo dos registros manual e eletrônico da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **J Health Inform**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 37-42, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/173/112>> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVA, V. G. et al. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para criança com cardiopatia congênita: revisão integrativa. **Rev pesqui cuid fundam (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 1276-87, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2654/pdf_1393> Acesso em: 05 out 2014.

SILVEIRA, D. T.; MARIN, H. F. Conjunto de dados mínimos de enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 218-27, 2006a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a15v19n2>> Acesso: 19 fev. 2015.

SILVEIRA, D. T.; MARIN, H. F. Conjunto de Dados Mínimos em Enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem em saúde ocupacional ambulatorial. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 2, p. 142-7, 2006b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a04.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SPIGOLON, D. N.; MORO, C. M. C. Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 22-32, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/03.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

SUZUKI, V. F.; CARMONA, E. V.; LIMA, M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 527-32, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a31>> Acesso: 19 fev. 2015.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.12, p. 3437-445, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/28.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

VASCONCELOS, M. F. et al. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. **Ciênc saúde coletiva [online]**, v.18, n.9, p. 2559-66, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a10.pdf>> Acesso: 22 fev. 2015.

VERISSIMO, R. C. S. S.; MARIN, H. F. Protótipo de sistema de documentação em enfermagem no puerpério. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 108-15, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a02.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

VERSA, G. L. G. S. et al. Influência do Dimensionamento da Equipe de Enfermagem na Qualidade do Cuidado ao Paciente Crítico. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 796-802, out./dez.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/20.pdf>> Acesso: 19 fev. 2015.

WERLEY, H.H. et al. The nursing minimum data set: abstraction tool standardized, comparable, essential data. **Am J Public Health**, Washington, v.8, n. 4, p. 421-26, abr. 1991. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.81.4.421>> Acesso: 19 fev. 2015.



APÊNDICES

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I – AMBIENTE DE CUIDADO

Endereço do serviço: _____

Tipo do serviço: _____

Sistema de Pagamento: _____

Tipo de serviço da clínica: _____

Profissionais do cuidado: _____

Proporção de pacientes por profissional: _____

II – DADOS DEMOGRÁFICOS DO CLIENTE

Data de admissão e de alta do paciente: _____

País de residência: _____

Tipo de serviço clínico: _____

Situação de alta no atendimento: _____

Ano de nascimento: _____

Gênero: _____

Razão da admissão: _____

III – DADOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções de Enfermagem _____

Resultados de Enfermagem: _____

Intensidade do Cuidado de Enfermagem: _____

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO– TCLE

Informamos que a pesquisa é intitulada como “CONJUNTO DE DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM PARA INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO” está sendo desenvolvida por Rebeca Silva Brandão, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG sob a orientação da professora Ms. Lidiane Lima de Andrade, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre o assunto e chegar a novas descobertas, que são úteis para a comunidade, os profissionais e os pesquisadores da área.

As informações contidas nos formulários, cedidas pelas instituições, só serão utilizadas caso obedeçam às disposições éticas e legais do Brasil, que todos devem conhecer. As principais estão na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As mesmas serão guardadas em segredo pelos pesquisadores e somente serão usados para pesquisas se forem autorizadas. Para que possamos concretizá-la, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, voluntariamente.

Informamos ainda que será garantido o anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, além do direito de desistir, sem que haja nenhum prejuízo.

Destaca-se que esta pesquisa não oferece nenhum risco aos pacientes, visto que não serão realizados procedimentos invasivos, tampouco as instituições. Os benefícios de pesquisas nessa área é o estabelecimento da padronização de um instrumento de coleta de dados, como o proposto internacionalmente, afim de facilitar a pratica profissional dos profissionais de Enfermagem, bem como dos pesquisadores da área.

Os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Para contatos que se façam necessários, informo-lhes meu nome e de meu orientador, números de telefones, endereços postais e eletrônicos.

Nome da Orientanda: Rebeca Silva Brandão

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Unidade Acadêmica de Saúde. Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Bloco F, sala 07. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Telefone:(83)3372-1900/Ramal: 1820. E-mail: rebecaabrandao@yahoo.com.br

Nome da Professora Orientadora: Lidiane Lima de Andrade

Endereço: Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, Unidade Acadêmica de Saúde. Sítio Olho d'Água da Bica, s/n, Bloco F, sala 07. CEP: 58175-000 Cuité-PB. Telefone: (83) 3372-1900 / Ramal: 1820. E-mail: lidilandrade@hotmail.com

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

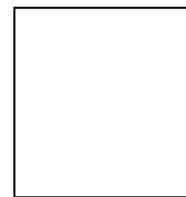
Concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da mesma, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores.

Campina Grande-PB, ____/____/ 2014.

Lidiane Lima de Andrade
Pesquisadora responsável

Rebeca Silva Brandão
Discente de Graduação em Enfermagem

Instituição Participante da Pesquisa




Impressão dactiloscópica

Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Universitário Alcides Carneiro, Universidade Federal de Campina Grande - Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande - PB. Cep: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5545



ANEXOS

ANEXO A
INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA
INSTRUMENTO A-I

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM Sistematização de Assistência de Enfermagem Histórico de Enfermagem
---	---	--

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:		Idade:	
Data de Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº Prontuário:	Enfermaria:
Estado Civil:	Naturalidade:	Procedência:	Religião:
Data de admissão:	Escolaridade:	Ocupação:	
Condições de moradia:	<input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida <input type="checkbox"/> Colêta de lixo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Água tratada: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Banhos em rios ou açudes: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Diagnóstico Médico Inicial: (CID)			

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Medicamentos utilizados em casa: _____

3. ANTECEDENTES PESSOAIS:

<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Pneumopatia:	<input type="checkbox"/> Cardiopatia:
<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Doenças infecto-contagiosas:			
<input type="checkbox"/> Doenças imunossupressoras:	<input type="checkbox"/> outros:			
<input type="checkbox"/> Hemotransfusão:	<input type="checkbox"/> Alergias:			
<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Etilismo			
<input type="checkbox"/> Cirurgias anteriores:				

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Pneumopatia:	<input type="checkbox"/> Cardiopatia:
<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Doenças infecto-contagiosas:			
<input type="checkbox"/> outros:				

5. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS / EXAME FÍSICO:

T	C	P	bpm	R	irpm	PA	mmHg
Altura	cm	Peso	Kg				

Necessidade de Regulação Neurológica
 Nível de consciência: consciente orientado desorientado confuso sonolento torporoso
 Força motora: preservada Parestesia Paresia Rigidez Paralisia Local: _____
 Avaliação pupilar: isocoria anisocoria Fotorresposta: Sim Não

Necessidade de Percepção visual, auditiva, sensitiva
 Acuidade visual: preservada diminuída ausente
 Acuidade auditiva: preservada diminuída ausente Uso de aparelho auditivo: _____
 Dor: expressão facial de dor relato verbal de dor dor a estimulação tátil Local: _____

Necessidade de Comunicação
 Comunicação preservada afasia disfagia disartria distúrbio
 Comunicação não-verbal: preservada prejudicada

Necessidade de Oxigenação
 Ausculta pulmonar: Eupnéia Dispnéia Ortopnéia Tequipnéia Bradipnéia outros: _____
 Permeabilidade das Vias Aéreas: sim não Tosse: Seca Paroxística Produtiva Expectoração: _____
 Trequeostomia Oxigenoterapia Infonões cervicais palpáveis

Necessidade de Regulação Cardiovascular
 Ausculta cardíaca: _____ Perfusão Periférica: preservada diminuída
 Característica do pulso periférico: cheio fôrme rítmico arritmico
 Estese jugular Fragilidade capilar: _____ Edema _____ Flebite _____
 Sangramento _____
 Acesso venoso: periférico central dissecção venosa Localização: _____

Necessidade de Hidratação e Regulação Hídrica e Eletrolítica
 hidratado desidratado
 Perdas hídricas e eletrolíticas: vômitos diarreia outros: _____


Necessidade de Nutrição e eliminação
 Hábitos alimentares: _____
 Tipo somático: nutrido emagrecido obeso caquético

INSTRUMENTO A-II

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Sistematização de Assistência de Enfermagem

NOME:	ALA: E		ENF.: S		LEITO:	
	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM						
Deglutição prejudicada						
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais						
Risco de função hepática prejudicada						
Volume de líquidos excessivo						
Volume de líquidos deficiente						
Eliminação urinária prejudicada						
Incontinência urinária funcional						
Constipação						
Diarreia						
Troca de gases prejudicada						
Padrão de sono prejudicado						
Deambulação prejudicada						
Mobilidade física prejudicada						
Mobilidade no leito prejudicada						
Perfusão tissular periférica ineficaz						
Padrão respiratório ineficaz						
Deficit no autocuidado para banho						
Percepção sensorial perturbada						
Confusão aguda						
Confusão crônica						
Comunicação verbal prejudicada						

INSTRUMENTO A-III



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Sistematização de Assistência de Enfermagem

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS	DATA/HORÁRIOS
Realizar mudança de decúbito					
Realizar banho no leito					
Realizar higiene oral					
Realizar curativo					
Monitorar a saturação de oxigênio (SpO2)					
Atenção e registro dos SSVV					
Trocar cateter perfêrico					
Medir e registrar débito urinário, atentando para sinais de oligúria e anúria.					
Administrar dieta e lavar SNE após gavagem					
Registrar débito de dreno, cateter e sonda.					
Realizar curativo de acesso venoso central, avaliando o local de inserção, bem como a presença de sinais flogísticos.					
Trocar equipo.					
Manter decúbito Fowler					
Orientar quanto a realização de exames (sangue, USG, TC, RM, SU, PF, baciloscopia)					
Administrar oxigênio conforme prescrito					
Trocar água de umidificador e manter no nível prescrito					
Monitorar resultados dos gases sanguíneos arteriais e alertar para sinais de insuficiência respiratória					
Pesar em jejum					
Insinar o cliente sobre a doença e a importância do tratamento					
Realizar aspiração de secreção quando clinicamente indicada					
Trocar extensor de latex de aspiração					

INSTRUMENTO B-I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Clínica de Doenças Infectocontagiosas - HULW	Instrumento de Coleta de Dados de Enfermagem Baseado nas Necessidades Humanas Básicas
DADOS GERAIS	
Data do Atendimento: __/__/__ Data da admissão: __/__/__ Enfermaria: _____ Leito: _____	
Nome: _____ Idade: _____ Data de nascimento: __/__/__	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado civil: _____ Profissão: _____ Procedência: _____	
Motivo da internação: _____	
Diagnóstico médico: _____	
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Oxigenação	
Respiração: <input type="checkbox"/> superficial <input type="checkbox"/> profunda Murmúrios vesiculares: <input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/> diminuídos	
Ruídos adventícios: <input type="checkbox"/> roncos <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> crepitos Expectoração: <input type="checkbox"/> hemóptica <input type="checkbox"/> espessa <input type="checkbox"/> fluida <input type="checkbox"/> purulenta	
Tosse: <input type="checkbox"/> produtiva <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Batimento das aletas nasais <input type="checkbox"/> Retração	
intercostal <input type="checkbox"/> Gemência Frequência respiratória: _____ irpm Saturação de oxigênio: _____ %	
Hidratação e regulação eletrolítica	
<input type="checkbox"/> Edema: _____ <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Ascite CA: _____ cm Fontanela: <input type="checkbox"/> deprimida <input type="checkbox"/> abaulada	
Nutrição e Eliminação	
Apetite: <input type="checkbox"/> diminuído <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> normal Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> Não aceita dieta oral <input type="checkbox"/> Disfagia	
<input type="checkbox"/> Singulto <input type="checkbox"/> Eructação <input type="checkbox"/> Refluxo gástrico <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Aleitamento materno <input type="checkbox"/> Dificuldade de	
sucção <input type="checkbox"/> Uso de próteses <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Lesão na cavidade oral Abdomen: <input type="checkbox"/> plano <input type="checkbox"/> distendido <input type="checkbox"/> volumoso	
<input type="checkbox"/> globoso <input type="checkbox"/> macio <input type="checkbox"/> timpânico <input type="checkbox"/> flácido <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia	
<input type="checkbox"/> SNG: <input type="checkbox"/> aberta <input type="checkbox"/> gavagem <input type="checkbox"/> SNE Peso: _____ Kg Altura: _____ cm	
Hábitos alimentares: _____	
Intolerâncias alimentares: _____	
Preferências alimentares: _____	
<input type="checkbox"/> Micção espontânea <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Colúria	
<input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Piúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> SVA	
Aspecto das fezes - Coloração: _____ Consistência: _____ Frequência de	
eliminação: _____ Odor: _____	
<input type="checkbox"/> Flatulência <input type="checkbox"/> Incontinência fecal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterrorragia	
Sono e repouso	
<input type="checkbox"/> Sono satisfatório <input type="checkbox"/> Sono e repouso prejudicado <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Apnéia do sono <input type="checkbox"/> Utilização de	
medicamentos auxiliares do sono	
Sexualidade	
<input type="checkbox"/> Vida sexual ativa <input type="checkbox"/> Relacionamento heterossexual <input type="checkbox"/> Relacionamento homossexual	
<input type="checkbox"/> Utilização de métodos contraceptivos <input type="checkbox"/> Presença de doenças sexualmente transmissíveis	
Locomoção, mecânica corporal e motilidade/Regulação Neurológica	
<input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com ajuda <input type="checkbox"/> Não deambula <input type="checkbox"/> Movimento corporal diminuído <input type="checkbox"/> normal Força	
motora: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Atrofia muscular <input type="checkbox"/> Paralisia <input type="checkbox"/> Parestesia	
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Desorientação Pupilas: <input type="checkbox"/> isocóricas <input type="checkbox"/> anisocóricas <input type="checkbox"/> midríase <input type="checkbox"/> miose <input type="checkbox"/> Alteração	
nos reflexos <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Crises convulsivas <input type="checkbox"/> Decorticação <input type="checkbox"/> Opistótono <input type="checkbox"/> Riso sardônico <input type="checkbox"/> Trismo	
Sinais de comprometimento meníngeo: <input type="checkbox"/> sinal de Kerning <input type="checkbox"/> sinal de Brudzinski <input type="checkbox"/> rigidez de nuca <input type="checkbox"/> fotofobia	
Cuidado corporal e Integridade cutâneo-mucosa	
Dependência do autocuidado: <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> alimentar-se <input type="checkbox"/> banhar-se <input type="checkbox"/> arrumar-se Couro cabeludo:	
<input type="checkbox"/> alopecia <input type="checkbox"/> pediculose <input type="checkbox"/> seborreia <input type="checkbox"/> caspas Higiene oral: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada <input type="checkbox"/> halitose <input type="checkbox"/> cáries	
<input type="checkbox"/> falhas dentárias <input type="checkbox"/> uso de prótese <input type="checkbox"/> uso de aparelho ortodôntico Higiene corporal: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada	
Higiene íntima: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> prejudicada	
<input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Rash cutâneo <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sufusões hemorrágicas <input type="checkbox"/> Presença de	
lesões, localização: _____	
Polimorfismos nas lesões: <input type="checkbox"/> mácula <input type="checkbox"/> pápula <input type="checkbox"/> vesícula <input type="checkbox"/> pústula <input type="checkbox"/> crosta <input type="checkbox"/> Alopecia nas lesões Sensibilidade	
das lesões: <input type="checkbox"/> térmica <input type="checkbox"/> dolorosa <input type="checkbox"/> tátil Áreas que sofrem pressão: _____	
<input type="checkbox"/> Úlcera por pressão, classificação: _____ Elasticidade: _____	
Umidade: _____ Turgor: _____	
Manchas: <input type="checkbox"/> hipercrômicas <input type="checkbox"/> hipocrômicas <input type="checkbox"/> hiperemiadas Curativo: <input type="checkbox"/> oclusivo <input type="checkbox"/> aberto Características do	
exsudato: _____ quantidade: _____ cor: _____	
odor: _____ Cicatrização das feridas: _____ Complicações da cicatrização: _____	

<input type="checkbox"/> deiscência <input type="checkbox"/> visceração <input type="checkbox"/> fístula	
Regulação térmica	
<input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Piloereção <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Sudorese	Temperatura axilar: _____ °C
Regulação imunológica	
<input type="checkbox"/> Imunidade deficiente. Cartão de vacina: <input type="checkbox"/> atualizado <input type="checkbox"/> desatualizado <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais da vacinação	
<input type="checkbox"/> Presença de doenças crônicas <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos nas inserções dos cateteres <input type="checkbox"/> Faz uso de antibioticoterapia	
Regulação vascular	
<input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Perdas sanguíneas <input type="checkbox"/> Pele fria <input type="checkbox"/> Epistaxe	
<input type="checkbox"/> Gengivorragia <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Perfusão periférica: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> Bulhas cardíacas: <input type="checkbox"/> normofonéticas <input type="checkbox"/> hipofonéticas <input type="checkbox"/> hiperfonéticas. Ritmo cardíaco: <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular. Prova do laço: <input type="checkbox"/> positiva <input type="checkbox"/> negativa	
Pulso: <input type="checkbox"/> filiforme <input type="checkbox"/> cheio <input type="checkbox"/> aumentado <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuído	
Pulso: _____ bpm	FC: _____ bpm
PA: _____ mmHg	
Percepção dolorosa	
<input type="checkbox"/> Dor, localização: _____ intensidade: _____	
frequência: _____ <input type="checkbox"/> Apresenta expressões corporais relacionadas à dor	
Fatores que aliviam a dor: _____	
Fatores que aumentam a dor: _____ <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia	
Segurança física e ambiente	
<input type="checkbox"/> Necessidade de utilização de máscaras cirúrgicas para o transporte <input type="checkbox"/> Hábito de higienização das mãos	
<input type="checkbox"/> Água tratada <input type="checkbox"/> Coleta de lixo Condições de higiene do lar: _____	
Destino do lixo: _____ <input type="checkbox"/> Hábito de higienização dos alimentos	
<input type="checkbox"/> Criação de animais. Quantas pessoas vivem na casa: _____	
<input type="checkbox"/> Tabagista, quantos cigarros ao dia _____ Desde quando fuma: _____	
<input type="checkbox"/> Etilista, frequência de consumo _____ Desde quando consome: _____	
<input type="checkbox"/> Dependente químico	
Terapêutica	
<input type="checkbox"/> Efeitos adversos <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais <input type="checkbox"/> Reações alérgicas <input type="checkbox"/> Conhecimento sobre ação do medicamento	
NECESSIDADES PSICÓSOCIAIS	
Comunicação	
<input type="checkbox"/> Uso da linguagem verbal <input type="checkbox"/> Uso da linguagem não verbal <input type="checkbox"/> Interação com as pessoas <input type="checkbox"/> Respostas desconexas	
Expressão corporal: _____	Expressão facial: _____
<input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Gagueira <input type="checkbox"/> Habilidade para escrever <input type="checkbox"/> Traqueostomia	
Aprendizagem (educação à saúde)/Sociabilidade/Recreação e lazer	
Nível de escolaridade: _____ <input type="checkbox"/> Conhecimento sobre problema de saúde, nível de compreensão: _____	
Experiências anteriores: <input type="checkbox"/> doenças <input type="checkbox"/> tratamentos	
O que a família sabe sobre o problema de saúde: _____	
Quem mais auxilia no tratamento: _____	
Situações que interferem no tratamento: _____	
Ocupação do tempo livre com _____	
<input type="checkbox"/> Desejo de participar de atividades <input type="checkbox"/> Desejo de isolar-se <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Fobias	
<input type="checkbox"/> Frustração <input type="checkbox"/> Inconstância no equilíbrio do humor <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Manifestações de carência afetiva <input type="checkbox"/> Medo	
<input type="checkbox"/> Estigma e preconceito Vive: <input type="checkbox"/> sozinho <input type="checkbox"/> familiares <input type="checkbox"/> amigos	
Autorrealização, Autoestima e Autoimagem	
<input type="checkbox"/> Desejo de conquista e vitória <input type="checkbox"/> Reconhece que é merecedor de amor e felicidade <input type="checkbox"/> Identifica atributos positivos em si mesmo Fontes de motivação: _____	
<input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Apresenta tristeza <input type="checkbox"/> Falta de autoconfiança <input type="checkbox"/> Tem medo de expor ideias <input type="checkbox"/> Desejo de morte	
Percepção sobre o seu corpo: _____	
Sentimentos e atitudes relacionadas ao corpo: _____	
Valores que contribuem para a autoimagem: _____	
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
Religiosidade/Espiritualidade	
<input type="checkbox"/> Angústia Crenças: <input type="checkbox"/> espirituais <input type="checkbox"/> religiosas <input type="checkbox"/> culturais <input type="checkbox"/> Necessidade da presença de um líder espiritual	
Religião: _____	
Observações: _____	

Enfermeiro(a): _____	COREN: _____

INSTRUMENTO B-II

Clínica de Doenças Infecçãocontagiosas - HULW	Instrumento de Planejamento da Assistência de Enfermagem Baseado nas Necessidades Humanas Básicas
DADOS GERAIS	
Data do Atendimento: __/__/__ Data da admissão: __/__/__ Enfermaria: _____ Leito: _____ Nome: _____ Idade: _____ Data de nascimento: __/__/__ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Estado civil: _____ Profissão: _____ Procedência: _____ Motivo da internação: _____ Diagnóstico médico: _____	
Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Oxigenação	
<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Expectoração prejudicada <input type="checkbox"/> Padrão respiratório prejudicado	<input type="checkbox"/> Auscultar respiração <input type="checkbox"/> Orientar quanto aos exercícios de expulsão de muco <input type="checkbox"/> Avaliar expectoração <input type="checkbox"/> Monitorizar respiração <input type="checkbox"/> Monitorar saturação de oxigênio no sangue, usando oxímetro de pulso
Hidratação e regulação eletrolítica	
<input type="checkbox"/> Risco de volume de líquidos deficitário <input type="checkbox"/> Risco de volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos aumentado <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficitário	<input type="checkbox"/> Avaliar fontanelas <input type="checkbox"/> Medir perímetro abdominal <input type="checkbox"/> Desestimular consumo de sódio <input type="checkbox"/> Monitorizar balanço de líquido <input type="checkbox"/> Monitorizar efeitos do regime medicamentoso <input type="checkbox"/> Monitorar exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Orientar elevação dos membros inferiores <input type="checkbox"/> Documentar grau do edema
Nutrição e Eliminação	
<input type="checkbox"/> Apetite prejudicado <input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada <input type="checkbox"/> Estado nutricional alterado <input type="checkbox"/> Ingestão de alimentos deficitária <input type="checkbox"/> Excesso de peso <input type="checkbox"/> Baixo peso <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Diarreias <input type="checkbox"/> Eliminação intestinal prejudicada <input type="checkbox"/> Disponibilidade para eliminação urinária adequada <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Continência urinária	<input type="checkbox"/> Averiguar se existe algum incômodo na cavidade oral <input type="checkbox"/> Identificar alterações no apetite <input type="checkbox"/> Informar o cliente quanto à importância da alimentação, respeitando os hábitos alimentares <input type="checkbox"/> Investigar excesso de peso/baixo peso <input type="checkbox"/> Oferecer canudos para facilitar a ingestão de líquidos <input type="checkbox"/> Orientar o cliente quanto a uma posição confortável para se alimentar <input type="checkbox"/> Orientar o cliente para evitar aspiração <input type="checkbox"/> Peser o cliente <input type="checkbox"/> Auscultar movimentos intestinais <input type="checkbox"/> Monitorizar a utilização de medicamentos e alimentos que alteram o padrão de eliminação <input type="checkbox"/> Encorajar para o consumo de alimentos ricos em fibras <input type="checkbox"/> Estimular a eliminação urinária <input type="checkbox"/> Limpar cavidade oral após vômito <input type="checkbox"/> Monitorizar padrão de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Monitorizar vômito <input type="checkbox"/> Monitorizar padrão de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Posicionar cabeça do cliente lateralizada <input type="checkbox"/> Providenciar aparelho, papagaio ou cuba rim


Sono e repouso	
<input type="checkbox"/> Sono e repouso prejudicados <input type="checkbox"/> Sono e repouso preservados	<input type="checkbox"/> Ensinar ao cliente técnicas de relaxamento <input type="checkbox"/> Evitar a utilização de alimentos e medicamentos que possam influenciar o sono <input type="checkbox"/> Investigar fatores ambientais que dificultam o sono <input type="checkbox"/> Programar rotinas de cuidados de enfermagem para não interromper o sono e repouso do cliente
Sexualidade	
<input type="checkbox"/> Risco de sexualidade alterada <input type="checkbox"/> Sexualidade alterada	<input type="checkbox"/> Explicar quanto ao uso de contraceptivo <input type="checkbox"/> Orientar o cliente quanto às relações sexuais com segurança <input type="checkbox"/> Orientar o cliente sobre comportamento sexual
Locomoção, mecânica corporal e motilidade/Regulação Neurológica	
<input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Movimento corporal elevado <input type="checkbox"/> Movimento corporal diminuído <input type="checkbox"/> Estado de consciência prejudicado	<input type="checkbox"/> Assistir na deambulação <input type="checkbox"/> Avaliar o progresso do cliente na deambulação ou movimentação <input type="checkbox"/> Avaliar reflexos <input type="checkbox"/> Evitar estímulos táteis, luminosos ou sonoros ao cliente <input type="checkbox"/> Auxiliar na realização de mobilidade no leito <input type="checkbox"/> Monitorar sinais de irritação meningea <input type="checkbox"/> Promover segurança através de contenções e elevação das grades do leito
Cuidado corporal	
<input type="checkbox"/> Capacidade para autocuidado efetiva <input type="checkbox"/> Incapacidade para cuidar da higiene corporal <input type="checkbox"/> Higiene oral ineficaz	<input type="checkbox"/> Assistir no cuidado da higiene oral <input type="checkbox"/> Organizar o autocuidado junto ao cliente <input type="checkbox"/> Auxiliar o cliente no cuidado com próteses dentárias <input type="checkbox"/> Estimular autocuidado conforme condição clínica e idade <input type="checkbox"/> Orientar no autocuidado <input type="checkbox"/> Realizar o autocuidado <input type="checkbox"/> Dar banho <input type="checkbox"/> Vestir o paciente
Integridade cutâneo-mucosa	
<input type="checkbox"/> Ferida traumática <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Pele seca <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão	<input type="checkbox"/> Avaliar a cicatrização da ferida <input type="checkbox"/> Avaliar a pele <input type="checkbox"/> Avaliar risco para úlcera por pressão <input type="checkbox"/> Avaliar ausência de pelo no local das lesões <input type="checkbox"/> Identificar alteração na percepção <input type="checkbox"/> Avaliar drenagem da ferida <input type="checkbox"/> Avaliar lesões na pele <input type="checkbox"/> Realizar tratamento de feridas
Regulação térmica	
<input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Aplicar compressa <input type="checkbox"/> Manter o cliente aquecido <input type="checkbox"/> Monitorizar a temperatura corporal <input type="checkbox"/> Remover o excesso de roupas
Regulação imunológica	
<input type="checkbox"/> Efeito de imunização diminuído <input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Isolar o cliente <input type="checkbox"/> Monitorizar sinais e sintomas de infecção <input type="checkbox"/> Orientar para uso de máscara <input type="checkbox"/> Orientar quanto aos efeitos colaterais da vacinação <input type="checkbox"/> Orientar quanto à importância da vacinação <input type="checkbox"/> Verificar as vacinas do cliente
Regulação vascular	
<input type="checkbox"/> Débito cardíaco elevado <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Perfusão dos tecidos ineficaz <input type="checkbox"/> Pressão sanguínea diminuída <input type="checkbox"/> Pressão sanguínea elevada <input type="checkbox"/> Risco de processo hemorrágico <input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Avaliar fonética das bulhas cardíacas <input type="checkbox"/> Avaliar batimentos cardíacos <input type="checkbox"/> Monitorizar pressão arterial <input type="checkbox"/> Evitar a administração de medicamentos que levem a perdas sanguíneas <input type="checkbox"/> Pressionar local de retirada do acesso intravenoso <input type="checkbox"/> Avaliar perfusão dos tecidos <input type="checkbox"/> Investigar o aparecimento de petéquias na pele <input type="checkbox"/> Monitorizar hematoma <input type="checkbox"/> Realizar a prova do laço
Percepção dolorosa	
<input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Dor cutânea <input type="checkbox"/> Dor musculoesquelética	<input type="checkbox"/> Aplicar compressa <input type="checkbox"/> Arentar para deixar o cliente em posição dorsal após punção lombar, a fim de evitar cefaléia postural <input type="checkbox"/> Avaliar a dor <input type="checkbox"/> Utilizar escalas unidimensionais e multidimensionais para a avaliação da dor <input type="checkbox"/> Identificar fatores que aliviam a dor <input type="checkbox"/> Avaliar resposta à medicação
Segurança física e ambiente	
<input type="checkbox"/> Abuso de substâncias <input type="checkbox"/> Adesão às precauções de segurança	<input type="checkbox"/> Rastrear o abuso de substâncias <input type="checkbox"/> Gerir segurança do ambiente e ensinar medidas de segurança <input type="checkbox"/> Orientar o cliente e prestadores de cuidados para a lavagem das mãos
Terapêutica	
<input type="checkbox"/> Capacidade para gerir o regime terapêutico prejudicada	<input type="checkbox"/> Estimular a participação da família na orientação e administração de medicamentos <input type="checkbox"/> Identificar obstáculos de aceitação do regime terapêutico <input type="checkbox"/> Orientar sobre o efeito colateral devido ao regime terapêutico
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Comunicação	
<input type="checkbox"/> Comunicação prejudicada	<input type="checkbox"/> Identificar os obstáculos à comunicação <input type="checkbox"/> Monitorizar as alterações na comunicação do cliente e a orientação <input type="checkbox"/> Permitir a presença de visitas que estimulem a comunicação

Aprendizagem (educação à saúde)/Sociabilidade/Recreação e lazer	
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento em saúde <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Processo familiar prejudicado	<input type="checkbox"/> Avaliar a capacidade de aprendizagem do cliente <input type="checkbox"/> Explicar a doença ao cliente através de uma linguagem acessível <input type="checkbox"/> Examinar o conhecimento sobre saúde <input type="checkbox"/> Orientar quanto ao meio de transmissão das doenças, a fim de evitar estigmas existentes <input type="checkbox"/> Avaliar o processo familiar <input type="checkbox"/> Aconselhar sobre o medo <input type="checkbox"/> Referenciar a terapia familiar
Autorealização, Autoestima e Autoimagem	
<input type="checkbox"/> Tristeza crônica <input type="checkbox"/> Falta de confiança	<input type="checkbox"/> Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos <input type="checkbox"/> Avaliar a autoimagem e avaliar a autoestima
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
Religiosidade/Espiritualidade	
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	<input type="checkbox"/> Investigar o desejo de prática espiritual acessível <input type="checkbox"/> Ouvir as necessidades espirituais do cliente <input type="checkbox"/> Providenciar apoio espiritual para o cliente

Observações:

Enfermeiro(a):
COREN: _____

INSTRUMENTO C-I



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA - C.H.C.F.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: _____ Data: _____
 Prontuário: _____ Setor: _____ EnF: _____ Leito: _____
 Diagnóstico Médico: _____
 Alergias: () Não () Sim Quais? _____

DIAS DE: () Internação () Dissecção Venosa () SNG () Traqueostomia
 () A.V. Central () A.V. Periférico () Dreno de Tórax () SVD () SNE

ESTADO GERAL:
 () Grave () Regular () Bom () Hidratado () Desidratado () Febril () Afebril

CONDIÇÕES DA PELE: () Integra () Com Lesão. Descrição da Lesão: _____
 () Cianótico () Acianótico () Ictérico () Anictérico
 () Normocorado () Hipocorado

SISTEMA NEUROLÓGICO:
 () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Letárgico
 () Calmo () Agitado () Cefaléia () Convulsão () Vertigem () Rigidez de Nuca

SISTEMA RESPIRATORIO:
 () Eupnéico () Dispneico () Taquipneico () Cateter Nasal _____ /m () Venturi _____ %
 () Hemoptise () Epistaxe () Tosse Produtiva () Tosse não Produtiva () NBZ

SISTEMA CARDIOVASCULAR:
 Ritmo Cardíaco: () Regular () Irregular FC: _____ bpm
 Pulso: () Filiforme () Cheio
 () Bradicardia () Taquicardia () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ mmHg

SISTEMA GASTROINTESTINAL:
 ABDOME: () Flácido () Plano () Globoso () Distendido () Doloroso () Ascítico
 () Náuseas () RHA+ () RHA- () RHA↑ () RHA↓ () Vômitos
 DIETA: () VO () SNG/SNE
 ACEITAÇÃO DA DIETA: () Boa () Regular () Ruim
 ELIMINAÇÃO: () Presente () Ausente _____ dias
 () Diarréia () Constipação () Normal () Melena

SISTEMA GENITO URINÁRIO:
 DIURESE: () Espontânea () SVD () Dispositivo Urinário () Incontinência urinária
 () Distúria () Oligúria () Polúria () Anúria () Limpida () Hemática () Piúrica
 LESÃO NA GENITALIA () Ausente () Presente TIPO: _____

SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO:
 FORÇA MOTORA () Preservada () Diminuída
 () Deambula () Acamado () Restrições dos Movimentos () Fraqueza

ANEXO B
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO

Pesquisador: Lidiane Lima de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34721514.8.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 780.368

Data da Relatoria: 27/08/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de natureza descritiva e comparativa, com abordagem qualitativa, será desenvolvida nas clínicas de infectologia de hospitais referências

no estado da Paraíba: Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW e Hospital Clementino Fraga.

A coleta de dados seguirá as seguintes etapas: Análise dos formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem e identificação dos

dados essenciais; Transcrição e divisão dos dados em categorias; Comparação dos dados encontrados com o proposto pelo Conjunto Internacional

de Dados Mínimos em Enfermagem e; Apresentação dos dados e discussão os resultados. Depois de organizar os dados dos instrumentos os

mesmos serão interpretados com a análise invariável e relatados na sua realidade, posteriormente serão comparados com as informações

encontradas na literatura, a fim de verificar se existe alguma diferença significativa do instrumento padrão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 780.368

•Analisar os dados presentes em formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem das clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba.

Objetivo Secundário:

•Categorizar os dados presentes em formulários de documentação utilizados pela equipe de enfermagem das clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba. •Comparar os formulários de documentação utilizados pela enfermagem nas clínicas de infectologia de três hospitais referências no estado da Paraíba com o modelo proposto pelo Conjunto Internacional de Dados Essenciais de Enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta o risco mínimo de exposição da documentação de enfermagem utilizada.

Benefícios:

Como benefícios, propõe-se a construção de dados essenciais que representem o cuidado de enfermagem em infectologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem fundamentação teórica respaldada na literatura, objetivos, metodologia descritos, critérios de inclusão e exclusão, cronograma, análise dos dados e orçamento bem delimitados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou folha de rosto datada e assinada, TCLE, autorização para realização nas instituições a que se propõe, termo de compromisso do pesquisador e de divulgação dos resultados. Uma vez que não haverá coleta E NEM TRANSCRIÇÃO de dados dos pacientes, o projeto está apto a ser realizado

Recomendações:

Nada digno de nota

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 780.368

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que a pesquisa atende aos requisitos éticos, conforme estabelece a Resolução 486/2012/CNS, o parecer da relatoria foi APROVADO Ad Referendum. Coordenação Pro Tempore do CEP/HUAC.

CAMPINA GRANDE, 05 de Setembro de 2014

Assinado por:

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO C
CARTA DE ANUÊNCIA DA PESQUISA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO

AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

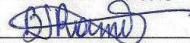
Campina Grande, 18 de junho de 2014.

Ao comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro,

Eu, Berenice Ferreira Ramos, Diretora Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro, venho por meio desta, informar a Vossa Senhoria que autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO", desenvolvida pela discente Rebeca Silva Brandão, matrícula Nº 510120186, RG: 3.553.679 SSP-PB, CPF: 094.163.864-21, matriculada no curso de Bacharelado em Enfermagem, lotado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* – Cuité, sob orientação da professora MsC. Lidiane Lima de Andrade da Universidade Federal de Campina Grande.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Dra. Berenice Ferreira Ramos
Diretora Geral - HUAC/UFCG
Matrícula SIAPE 16803513



Prof(a). Dra. Berenice Ferreira Ramos
Diretora do HUAC
SIAPE: 16803513

ANEXO D

CARTA DE ANUÊNCIA DA PESQUISA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY

AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

João Pessoa, 11 de julho de 2014.

Ao comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro,

Eu, Marta Miriam Lopes Costa, Chefe da divisão de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley, venho por meio desta, informar a Vossa Senhoria que autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO”, desenvolvida pela discente Rebeca Silva Brandão, matrícula N° 510120186, RG: 3.553.679 SSP-PB, CPF: 094.163.864-21, matriculada no curso de Bacharelado em Enfermagem, lotado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* – Cuité, sob orientação da professora MsC. Lidiane Lima de Andrade da Universidade Federal de Campina Grande, tendo em vista que o formulário de coleta de dados de enfermagem da clínica de doenças infectocontagiosas desta instituição foi construído pela professora que está como orientadora do referido trabalho.

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.



Profª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa

Profª. Dra. Marta Miriam Lopes Costa
Coordenadora da Divisão de Enfermagem
EUSERH-HULV

ANEXO E

**CARTA DE ANUÊNCIA DA PESQUISA NO COMPLEXO HOSPITALAR DE
DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.



NEP - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que a aluna, **REBECA SILVA BRANDÃO**, está regularmente matriculada no Curso de Bacharelado em Enfermagem, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO**, sob a orientação da Prof^a MSc. Lidiane Lima de Andrade.

Devo ressaltar que o (a) pesquisador (a) deverá encontrar as condições necessárias para a realização da mesma.

João Pessoa, 24 de julho de 2.014

CNPJ 08.778.268/0005-94
Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas
Dr. Clementino Fraga - CHCF
Rua Ester Borges Bastos s/n - Jaguaribe
CEP: 58 085-270 - João Pessoa PB



Adriana Melo Teixeira
 Diretora



C.H.C.F. fazendo saúde pública com qualidade



Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe - CEP, 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 - Fax: 3218 5416
E-mail: cep_chcf@hotmail.com

ANEXO F

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, orientadora e orientanda da pesquisa intitulada DADOS ESSENCIAIS EM ENFERMAGEM NOS FORMULÁRIOS DAS CLÍNICAS DE INFECTOLOGIA: ESTUDO COMPARATIVO assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/CCS-UFPB, ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC-UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité - PB, 16 de junho de 2014.

Lidiane Lima de Andrade
 Lidiane Lima de Andrade Prof.^a Lidiane Lima de Andrade
 Professora Orientadora UFCG/CES/UAS
 Mat. 1926826 / COREN-PB 270.649

Rebeca Silva Brandão
 Rebeca Silva Brandão
 Orientanda