

## CURSO DE ENFERMAGEM

### 1. CARACTERIZAÇÃO DA DISCIPLINA

|   |   |
|---|---|
| Nome da Disciplina: <b>Estágio Supervisionado em Fundamentação do Cuidado</b>   | Ano/semestre: <b>2021/2</b>                                       |
| Código da Disciplina: <b>06446</b>  | Período: <b>9º</b>  |
| Carga Horária Total: <b>80h/a</b>   | Carga Horária Teórica: ---<br>Carga Horária Prática: <b>80h/a</b> |
| Pré-Requisito: <b>Farmacologia aplicada à enfermagem I e II; Sistematização da assistência da enfermagem I, II e III; Consulta de enfermagem.</b> | Co-Requisito: ---   |

### 2. PROFESSOR(ES)

Angélica Lima Brandão Simões, Esp.;  
Ione Augusto da Silva Sales, M.e.;  
Sara Fernandes Correia, M.e;

### 3. EMENTA

Desenvolvimento de habilidades e competências para o cuidar/cuidado integral de enfermagem fundamentado em Teorias de Enfermagem e no Processo de Enfermagem (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação de enfermagem). Sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Cuidado colaborativo em equipe multidisciplinar. Abordagem holística e humanizada da assistência de Enfermagem em diferentes fases do ciclo de vida.

Eixo Estruturante: **4.**

### 4. OBJETIVO GERAL

Estabelecer e assistir as relações do processo saúde-doença e seus determinantes às condições de vida do indivíduo, intervindo de forma preventiva, curativa na perspectiva da integralidade da assistência de enfermagem.

### 5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

| Unidades | Objetivos Específicos   |
|----------|---|
| 01       | Estabelecer prioridades no cuidado através de uma avaliação crítica e reflexiva, capaz de aplicar o cuidado humanizado, comprometido com o paciente, família e/ou cuidador. |
| 02       | Identificar as alterações que o paciente pode apresentar diante do agravo de saúde durante a hospitalização.  |
| 03       | Aplicar a assistência de enfermagem ao paciente de forma humanizada, integral e sistematizada.  |
| 04       | Intervir no processo saúde/doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência de enfermagem, na perspectiva da integralidade do cuidado.                            |
| 05       | Planejar, executar e avaliar programas de aprimoramento para a equipe de enfermagem.  |

### 6. HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

#### 6.1 HABILIDADES

- Prestar assistência de enfermagem sistematizada, visando à promoção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Desenvolver atitude crítica e reflexiva frente a atuação profissional;
- Abordar as doenças de acordo com seus determinantes e estratégias terapêuticas;
- Conhecer os instrumentos básicos da assistência de enfermagem;

- Utilizar os princípios da sistematização da assistência de enfermagem nas ações desenvolvidas junto ao paciente no processo de recuperação hospitalar;
- Desenvolver práticas investigativas em situações problemas de saúde, considerando as inovações técnico-científicas no exercício da profissão;
- Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo no processo de tratamento clínico hospitalar;
- Propor ações planejadas pelo processo de enfermagem;
- Estabelecer ações e implementações/procedimentos/estratégias aos problemas identificados;
- Promover o cuidar com ética e humanismo profissional.

### 6.2 COMPETÊNCIAS

- Aplicar o cuidado de enfermagem ao paciente, de forma humanizada, holística, integral e sistematizada;
- Relacionar a fisiopatologia dos sistemas orgânicos às afecções e terapêuticas clínico-cirúrgicas;
- Avaliar as diversas formas de assistência, sob ponto de vista crítico-reflexivo, na perspectiva da melhora da qualidade de vida;
- Correlacionar necessidades humanas básicas com as necessidades de saúde do paciente.

## 7. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

| Grupos                             | Data/Professor  | Estratégia de ensino-aprendizagem  | Local |
|------------------------------------|---|------------------------------------|-------|
| <b>G1 e G2<br/>Noturno<br/>80H</b> | <b>02/08 (Apresentação do plano), 07/08 (TD),<br/>19/08 (TD DEV),</b><br>23/08, 30/08, 13/09, 14/09, Ione<br>24/08, 31/08, 01/09, 02/09, 09/09, 15/09, 16/09, Sara<br>08/09, 18/09, Angel         | Hospitalar: Estágio Supervisionado | HUANA |
| <b>G3 e G4<br/>Noturno<br/>80H</b> | <b>02/08 (Apresentação do plano), 07/08 (TD),<br/>19/08 (TD DEV),</b><br>27/09, 04/10, 18/10, Ione<br>21/09, 28/09, 30/09, 14/10, Sara<br>05/10, 06/10, 13/10, 16/10, Angel<br>23/10 Lismary (SD) | Hospitalar: Estágio Supervisionado | HUANA |

### Conteúdos Abordados em Campo Prático

Aplicação das normas de biossegurança;  
Evolução e anotação dos procedimentos.  
Confecção de Estudo de Caso e discussão.  
Aplicação da SAE.  
Exame Físico – teoria e aplicabilidade no campo prático, avaliação e correlação dos achados com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente e da patologia.  
Utilização da Ficha de Gestão da Enfermagem para registro da avaliação da Escala de Fugulin.  
Utilização dos check list para avaliação e aprendizado  
Abordagem ao Protocolo de segurança do paciente e dos Cuidados de Enfermagem prestados.  
Aplicação e utilização das escalas: Morse, Maddox, Braden, Rass, Fugulin, Escala de Dor, Escala de Coma de Glasgow. Classificação de Manchester, Escore Mews, Escore News, Escore Meows.  
Execução de procedimentos privativos ao Enfermeiro.  
Evolução dos Riscos avaliados pelas escalas.  
Programa Nacional de Segurança do Paciente (Assistência Segura, Administração segura medicamentosa, Critérios Diagnósticos IRA Saúde, Medidas Prevenção IRA Saúde, Investigação Eventos, Critérios de Diagnósticos de Infecção Relacionado a Assistência de Enfermagem em Neonatologia.

## 8. PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS

Atividade avaliativa, atividades de campo, aula expositiva dialogada, retomada de conteúdo, estudo de caso, seminário, trabalho em grupo. Quadro-branco/pincel, projetor multimídia, livros, ebook, artigos, fotocópias.

### Recursos de Acessibilidade disponíveis aos acadêmicos

O curso assegura acessibilidade metodológica, digital, comunicacional, atitudinal, instrumental e arquitetônica, garantindo autonomia plena do discente.

## 9. ATIVIDADE INTEGRATIVA

Participação no IV Simpósio de Produção Científica.

## 10. PROCESSO AVALIATIVO DA APRENDIZAGEM

### 1ª VA: 0 - 100 pontos

**Teste Diagnóstico:** Questionário com Questões objetivas e subjetivas (0 - 40 pontos);  
**Instrumento de Avaliação Diária** em Campo Prático (0 – 60 pontos), (Anexo I).

### 2ª VA: 0 - 100 pontos

**Avaliação Teórico Prática-** conforme instrumento (0 – 60 pontos) (Anexo I);  
**Atividades teorizadoras** – Instrumento (Anexo VI)

### 3ª VA: 0 - 100 pontos

**Avaliação Teórico Prática** – conforme instrumento (0 – 100 pontos) (Anexo I);

Observações:

A avaliação será de responsabilidade do professor supervisor de cada grupo em campo prático.

## ORIENTAÇÕES ACADÊMICAS

- Nas três VAs – O pedido para avaliação substitutiva tem o prazo de 3 (três) dias úteis a contar da data de cada avaliação com apresentação de documentação comprobatória (§ 1º e § 2º do art. 39 do Regimento Geral do Centro Universitário UniEVANGÉLICA). **A solicitação deverá ser feita através do Sistema Acadêmico Lyceum obrigatoriamente.**
- Nas três VAs – O pedido para Revisão de nota tem o prazo de 3 (três) dias úteis a contar da data da publicação, no sistema acadêmico Lyceum, do resultado de cada avaliação. (Art. 40 do Regimento Geral do Centro Universitário UniEVANGÉLICA).
- Atribui-se nota zero ao aluno que deixar de submeter-se às verificações de aprendizagem nas datas designadas, bem como ao que nela se utilizar de meio fraudulento. (Capítulo V Art. 39 do Regimento Geral do Centro Universitário UniEVANGÉLICA)

**Participação em eventos científicos:**

**Portaria – Frequência e nota dos alunos que apresentarem trabalhos em eventos científicos : (A portaria será elaborada e publicada com ciências dos professores(já é previsto no PPC e está definido nos regulamentos do curso para alguns casos)**

**Condição de aprovação**

Considera-se para aprovação do (a) acadêmico (a) na disciplina, frequência mínima igual ou superior a 75% da carga horária e nota igual ou superior a sessenta (60) obtida com a média aritmética simples das três verificações de aprendizagem.

## 11. BIBLIOGRAFIA

### 11.1 BIBLIOGRAFIA BÁSICA

GARCEL, R. M. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA:** definições e classificação – 2013-2014. Organizado por North American Nursing Diagnosis Association. Porto Alegre: Artmed, 2013.  
PORTO, C. C. **Exame clínico:** porto e porto. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2011.  
POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013.

### 11. 2 COMPLEMENTAR

BULECHEK, G. M.; McCLOSKEY, J. C. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.  
GAIDZINSKI, R. R.; SORAES, A. V. N.; LIMA, A. F. C.; GUTIERREZ, B. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica.** ArtMed. 2011. VitalBook file. Disponível em: <<http://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788536314211>>. Acesso em 06 jul. 2015.  
JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2012.  
JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC).** 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.  
LEITE, A. J. M.; CARRARA, A.; FILHO, J. M. C. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias.** São Paulo, SP: Sarvier, 2007.  
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. H. **Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002. VitalSource Bookshelf Online]. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536312972/>>. Acesso em: 23 jul. 2015.  
WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** 2. ed. AMGH, 2013. VitalBook file. Disponível em: <<http://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788580552546>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

### 11. 3 SUGERIDA

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para**

**profissionais da saúde.** Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013.132 p.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Anexo 01a: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**, 2013.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ **Anexo 01b: Protocolo prevenção de quedas**, 2013.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Anexo 02a: Protocolo de identificação do paciente**, 2013.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Anexo 02b: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**, 2013  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Anexo 03a: Protocolo para cirurgia segura**, 2013.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANVISA. FIOCRUZ. **Anexo 03b: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**, 2013.  
SWEARINGEN, P. L.; HOWARD, C. H. **Atlas Fotográfico de Procedimentos de Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.

Anápolis, 02 de agosto de 2021.

**Profª Drª. Sandra Valéria Martins Pereira**  
COORDENADOR(A) DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UniEVANGÉLICA

**Prof. M.e. Najla Maria Carvalho de Souza**  
COORDENADOR(A) PEDAGÓGICO(A) DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UniEVANGÉLICA

**Prof. Esp. Angélica Lima Brandão Simões**  
PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA

**Ione Augusto da Silva Sales**  
PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA

**Sara Fernandes Correia**  
PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA

**ANEXO I**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA EM CAMPO – Grupo:** \_\_\_\_\_

**Nome do Acadêmico:** \_\_\_\_\_ **Início do Estágio:** \_\_\_\_\_ **Término:** \_\_\_\_\_

**Professora:** Angélica Lima Brandão Simões; Ione Salles; Lismary Barbosa; Sara Correia

| <b>Desenvolvimento das Atividades para Avaliação</b>  |           |                  |             |
|---|-----------|------------------|-------------|
| <b>Critérios/Avaliação docente</b>  | <b>VA</b> | <b>Valor</b>     | <b>Nota</b> |
| Pré-teste   | <b>1ª</b> | <b>0 - 40</b>    |             |
| Desenvolvimento das atividades conforme avaliação diária.   |           | <b>0 - 20</b>    |             |
| Utiliza de técnica correta para os procedimentos  |           | <b>0 - 20</b>    |             |
| Conhece e demonstra interesse no controle das IRAS  |           | <b>0 - 20</b>    |             |
| <b>Total</b>  |           |                  |             |
| Atividades Teorizadoras   | <b>2ª</b> | <b>0 - 40</b>    |             |
| Coleta de dados e Estudo de Caso Clínico  |           | <b>0 - 40</b>    |             |
| Apresentação do Estudo de caso clínico em campo prático   |           | <b>0 - 20</b>    |             |
| <b>Total</b>  |           |                  |             |
| Preenchimento do Relatório de Estágio   | <b>3ª</b> | <b>0 - 10</b>    |             |
| Planejamento das atividades diárias   |           | <b>0 - 20</b>    |             |
| Preenchimento do Check list   |           | <b>0 - 10</b>    |             |
| Relatório de Não Conformidade do check list (3ª VA)   |           | <b>0 - 10</b>    |             |
| Responsabilidade/ Interesse/ Dedicção / Pontualidade/ Assiduidade, Comportamento ético e moral/Apresentação pessoal/Higiene do Uniforme |           | <b>0 - 30</b>    |             |
| Recebimento do Plantão no setor com os Enfermeiros  |           | <b>0 - 10</b>    |             |
| Passagem do Plantão do setor ao Professor   |           | <b>0 - 10</b>    |             |
| <b>Total</b>  |           |                  |             |
| <b>Notas: 1ª VA:</b> _____ <b>2ª VA:</b> _____ <b>3ªVA:</b> _____   |           |                  |             |
| <b>Assinaturas:</b>   |           |                  |             |
| Docente: _____  |           | Acadêmico: _____ |             |



**ANEXO II**

**ORIENTAÇÕES SOBRE O ESTUDO DE CASO E A APRESENTAÇÃO  
ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FUNDAMENTAÇÃO DO CUIDADO**

**Professoras:** Angélica Lima Brandão Simões; Ione Salles; Lismary Barbosa, Sara Correia;

**ROTEIRO DO ESTUDO DE CASO**

Introdução (apresentação + objetivos)

História da internação / anamnese do paciente

Citar Diagnóstico ou hipótese diagnóstica de internação.

Citar Doenças de base ou doenças existentes (se houver)

----- 10 pontos -----

**SISTEMÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

- avaliação por sistemas – neurológica, respiratória, cardiovascular, gastrointestinal, urinária, cutâneo-mucosa (de acordo com instrumento utilizado no estágio/ escalas aplicáveis a avaliações específicas)

- sinais vitais / Sat O2 / glicemia / balanço hídrico.

-Identificar problemas -- diagnósticos de enfermagem (NANDA)(obs. precisa estar relacionado com avaliação descrita anteriormente).

-prescrição/ intervenção de enfermagem

----- 10 pontos-----

**EXAMES DIAGNÓSTICOS REALIZADOS (LABORATORIAIS / IMAGENS)**

- citar exames realizados durante a internação, apresentar os resultados alterados e seu significado clínico.

Medicação em uso

- citar nome comercial e genérico; indicação; contra-indicação; cuidados de enfermagem na administração

-----10 pontos-----

**REVISÃO DA LITERATURA** - diagnóstico ou hipótese diagnóstica de internação: o que levou este paciente a admissão? Ou porque ele permanece internado?

Referência bibliográfica

----- 10 pontos-----

**FORMA DE APRESENTAÇÃO** – didática utilizada, domínio do conteúdo, obedece tempo estabelecido (30'), responde questionamentos. Bibliografia.

-----20 pontos-----

**Observações: valor atribuído ao estudo de caso é de 0 - 40 pontos e a apresentação 0 – 20 pontos.**

**Os trabalhos serão aceitos somente até 3 dias antes da apresentação.**









**ANEXO IV**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Data: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_ leito: \_\_\_\_\_ HD: \_\_\_\_\_  
Identificação: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Estado Geral: ( ) BEG ( ) MEG ( ) REG Higiene Corporal/oral: adequada x inadequada

Avaliação Neurológica:

( ) orientado ( ) torporoso ( ) agitado ( ) confuso ( ) vigil coma: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

Pupilas: ( ) isocóricas ( ) anisocóricas ( ) midriática ( ) miótica ( ) médio fixa

Cabeça / pescoço:

Couro cabeludo: ( ) sem alteração ( ) alopecia ( ) lesão ( ) ferida cirúrgica ( ) cicatriz

Olhos: ( ) sem alteração ( ) hiperemia ( ) edema periorbital

Nariz: ( ) sem alteração ( ) epistaxe ( ) desvio de septo ( ) presença de sonda ( ) D ( ) E

Orofaringe: ( ) sem alteração ( ) uso de prótese dentária ( ) deglutição alterada ( ) lesão

OBS. \_\_\_\_\_

Avaliação Cardiovascular:

Frequência cardíaca: ( ) normal ( ) taquicardia \_\_\_\_\_ ( ) bradicardia \_\_\_\_\_

Ausculta ( ) RCR em 2T s/ sopro ( ) irregular ( ) presença de sopro ( ) galope

Marcapasso cardíaco artificial ( ) sim ( ) não ( ) temporário ( ) permanente

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ rede venosa periférica: ( ) normal ( ) fragilidade capilar

Perfusão periférica: ( ) s/ alteração ( ) diminuída ( ) cianose de extremidade

Estase jugular: ( ) sim ( ) não

obs. \_\_\_\_\_

Avaliação Respiratória:

( ) eupneia \_\_\_\_\_ ( ) taquipneia \_\_\_\_\_ ( ) bradipneia \_\_\_\_\_ ( ) dispneia ( ) outra \_\_\_\_\_

Uso de O2: ( ) máscara facial ( ) cateter nasal ( ) tenda TQT ( ) máscara venturi \_\_\_\_\_ % Lt/min \_\_\_\_\_ ( ) contínuo ( ) intermitente ( )

NBZ \_\_\_\_\_ n. sessões em 12h

Traqueostomia(TQT): ( ) sim ( ) não ( ) metálica ( ) PVC n. \_\_\_\_\_ data troca: \_\_\_\_\_

VNI: ( ) sim ( ) não tosse: ( ) seca ( ) produtiva \_\_\_\_\_ ( ) hemoptise \_\_\_\_\_ foi aspirado ( ) sim ( ) não

aspecto: \_\_\_\_\_

Ausculta Pulmonar: ( ) MVF ( ) roncos ( ) sibilos insp.? Exp.? ( ) estertores

Obs. \_\_\_\_\_

Tórax: ( ) simétrico ( ) assimétrico ( ) tonel ( ) fraturas Dreno tórax ( ) sim ( ) não Oscilante? \_\_\_\_\_ Aspecto/volume de drenagem:

\_\_\_\_\_ trocado em: \_\_\_\_\_

Avaliação Gastrointestinal:

Dieta: ( ) zero ( ) oral ( ) sonda (SNG/SNE) ( ) gastrostomia ( ) parenteral NPT/NPP

Sonda SNG/SNE: ( ) gavagem \_\_\_\_\_ ml/hora Volume infundido/h OK? ( ) sim ( ) não resíduo gástrico ( ) zero ( ) > 200ml ( )

< 200 ml ( ) > 500 ml ( ) feito gastrocinético

( ) sifonagem – hora - \_\_\_\_\_ volume drenado: \_\_\_\_\_ suspensão dieta: motivo? \_\_\_\_\_

Água: volume 24 h \_\_\_\_\_ vezes por dia: \_\_\_\_\_ OK: \_\_\_\_\_

Abdome: ( ) plano ( ) globoso ( ) escavado ( ) flácido ( ) tenso ( ) distendido

( ) timpânico ( ) ascético ( ) RHA + ( ) RHA- ( ) cirúrgico: \_\_\_\_\_

( ) com visceromegalia \_\_\_\_\_ ( ) sem visceromegalia ( ) vômito ( ) hematemese

Drenos: tipo- \_\_\_\_\_ localização: \_\_\_\_\_ aspecto drenagem: \_\_\_\_\_

Função intestinal: ( ) ausente ( ) fisiológico ( ) diarreia ( ) melena ( ) colostomia

Obs. \_\_\_\_\_

Avaliação Urinária:

Diurese: ( ) espontânea ( ) fralda ( ) jontex ( ) SVD ( ) cistostomia ( ) retenção ( ) SVA

Aspecto: ( ) clara/límpida ( ) concentrada ( ) hematúrica ( ) colúrica ( ) piúrica \_\_\_\_\_ ( ) s/ sedimentos ( ) c/ sedimentos ( )

modificada por medicamento outros \_\_\_\_\_

Volume urinário: ( ) normal ( ) aumentado ( ) diminuído ( ) ausente estímulo com diurético: ( ) sim ( ) não

( ) disúria ( ) urgência ( ) incontinência

Avaliação Cutâneo – Mucosa:

Pele/Mucosa:T: \_\_\_\_\_ ( ) normotérmica ( ) hipertérmica ( ) hipotérmica ( ) hidratada ( ) desidratada ( ) corada ( ) hipocorada ( ) icterica  
( ) edema  
Úlcera por pressão: ( ) sim ( ) não grau:(I a IV) \_\_\_\_\_ localização: \_\_\_\_\_  
Fatores de risco ( seguir Braden): \_\_\_\_\_  
(percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento)  
Usado em curativo: \_\_\_\_\_

Músculo esquelético/ motricidade:  
( ) Tração: tipo/local: \_\_\_\_\_ ( ) fixadores: tipo/local: \_\_\_\_\_  
( ) sem sinais flogísticos ( ) com sinais flogísticos  
Outras alterações: \_\_\_\_\_  
Força motora: ( ) normal ( ) paresia ( ) plegia ( ) atrofia local: \_\_\_\_\_

Avaliação da dor:  
( ) sem dor ( ) expressão não verbal ( ) expressão verbal (0-10): \_\_\_\_\_

Função Genital:  
( ) sem alterações ( ) alterado qual? \_\_\_\_\_

Acesso venoso:  
( ) central - local \_\_\_\_\_ data punção: \_\_\_\_\_ sinais flogísticos ( ) sim ( ) não  
( ) periférico - local \_\_\_\_\_ data punção: \_\_\_\_\_

Outros cateteres e drenos:  
Tipo: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ aspecto: \_\_\_\_\_

Resumo sinais vitais/ glicemia:

| Data/hora | PA | Resp. | Temp. | Pulso | Sat O2 | Score Mews | glicemia |
|-----------|----|-------|-------|-------|--------|------------|----------|
|           |    |       |       |       |        |            |          |
|           |    |       |       |       |        |            |          |

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS CONFORME AS ESCALAS UTILIZADAS NA INSTITUIÇÃO:

| Escala de Morse | Escala de Maddox | Escala da dor | Escala de Rass | Escala de Braden | ECG | Classificação de Fugulin |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|------------------|-----|--------------------------|
|                 |                  |               |                |                  |     |                          |

(Apontar para o Professor Instrumentos de Avaliação que vocês (acadêmico) têm conhecimento e não está neste instrumento).

IDENTIFICAR PROBLEMAS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA)

PRESCRIÇÃO OU INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Obs. Fazer pelo menos dois dias para o paciente o qual está sendo feito o estudo de caso e anexar ao trabalho.

**ANEXO V**

**ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CONFECCIONAR UMA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Deve Abranger:

**Meta:**

**Dados:** Data, horário, quantos dias de internação, quantos dias de pós operatório (se for o caso), hipótese diagnóstica, quantos dias de antibiótico terapia.

**Estado do Paciente no momento:**

- Nível de consciência (sonolento, confuso...)
- Locomoção (acamado, deambulando...)
- PA (elevada, anotar valores e colocar o escore mews)
- Mantendo jejum (sim ou não/24hs, se não, porque?)
- Sono ou repouso (sim ou não/24hs, se não, porque?)
- Incisão cirúrgica abdominal, ou outros locais, + curativos (aspecto da secreção drenada \*\*\* Vide avaliação de lesão e cuidados e registros de curativos)
- Sondas (tipos, se fechada ou aberta)
- Venoclise e dispositivo de infusão (onde, tipo, periférica ou central?)
- Eliminações urinárias e fecais (ausente, presente, quantos dias?)
- Queixas (náuseas, dor, etc)

**Avaliação do Exame Físico:**

- Avaliação Geral: Condições físicas e emocionais
- Avaliação cardiovascular: inspeção, palpação e ausculta.
- Avaliação Respiratória: inspeção, palpação, percussão e ausculta.
- Avaliação Gastrointestinal: inspeção, ausculta, percussão e palpação.
- Avaliação Cutânea: inspeção
- Avaliação de Membros Superiores e Inferiores: inspeção

**Levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem e de Risco. Faça uso das escalas de risco como suporte;**

**Intervenções de Enfermagem;**

**Plano de Alta.**

**Importante anotar:**

- se o paciente fez algum procedimento no dia ou se está aguardando.
- resultado dos cuidados prescritos
- problemas novos identificados ou os a serem abordados
- condição de tempo de permanência de sondas, drenos e cateteres
- orientação para o cuidado.

**ATENÇÃO: A evolução de enfermagem deve ser realizada de forma que você visualize o paciente, mesmo que ele não esteja em seu campo de visão.**

ESCALAS A SEREM UTILIZADAS NO ESTAGIO DE FUNDAMENTAÇÃO DO CUIDADO

| ESCALA DE BRADEN – Risco de Desenvolvimento de Lesão por Pressão |                       |                          |                        |                          |        |                           |
|--|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------|---------------------------|
| DESCRIÇÃO  | 1                     | 2                        | 3                      | 4                        | ESCORE | RESULTADO                 |
| PERCEPÇÃO SENSORIAL  | Totalmente limitado   | Muito Limitado           | Levemente limitado     | Nenhuma limitação        |        | Sem Risco (19 – 23)       |
| UMIDADE  | Completamente molhado | Muito Molhado            | Ocasionalmente molhado | Raramente molhado        |        |                           |
| ATIVIDADE  | Acamado               | Confinado a cadeira      | Anda ocasionalmente    | Anda frequentemente      |        | Risco Leve (15 – 18)      |
| MOBILIDADE   | Totalmente Imóvel     | Bastante limitado        | Levemente limitado     | Não apresenta limitações |        | Risco Moderado (13 e 14)  |
| NUTRIÇÃO   | Muito pobre           | Provavelmente inadequada | Adequada               | Excelente                |        |                           |
| FRICÇÃO E CISALHAMENTO   | Problema              | Problema em potencial    | Nenhum problema        | _____                    |        | Risco Elevado (< ou = 12) |
| Total  |                       |                          |                        |                          |        |                           |

| RISCO DE QUEDA – ESCALA DE MORSE      |                                     |                  |              |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------|
| História de queda nos últimos 3 meses | 25                                  |                  |              |
| Diagnóstico secundário                | 15                                  |                  |              |
| Mobilização                           | Acamado / Repouso no leito          | 0                |              |
|                                       | Bengala / Andarilho / Muleta        | 15               |              |
|                                       | Aparelho / Equipamento              | 30               |              |
|                                       | Terapia Endovenosa                  | 20               |              |
| Marcha                                | Normal / Acamado / Cadeira de rodas | 0                |              |
|                                       | Lenta                               | 10               |              |
|                                       | Alterada / Cambaleante              | 20               |              |
| Estado Mental                         | Orientado                           | 0                |              |
|                                       | Desorientado / Confuso              | 15               |              |
| Baixo Risco: 0 a 24                   | Médio Risco: 25 a 50                | Alto Risco: > 50 | <b>TOTAL</b> |

| AVALIAÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (ESCALA DE MADDOX)                       |   |
|--|---|
| Gravidade  | Avaliação   |
| 0  | Ausência de reação  |
| 1+   | Sensibilidade ao toque sobre a porção intra venoso da cânula  |
| 2+   | Dor contínua sem eritema  |
| 3+   | Dor contínua com eritema. Veia dura palpável a menos de 8 cm acima do local intra venoso da cânula                        |
| 4+   | Dor continua com eritema e edema, endurecimento, veia endurecida palpável a mais de 8 cm do local intra venoso da cânula. |
| 5+   | Trombose Venosa aparente. Todos os sinais de 4+ e fluxo venoso = 0. Fluxo pode ter sido interrompido devido a trombose.   |
| Retirar acesso quando gravidade for igual ou superior a 2+ (Fazer Crioterapia) |   |

ESCALA DE DOR







**DIAGNÓSTICO DO DELIRIUM – ESCALA DE AGITAÇÃO/SEDAÇÃO DE RICHMOND (RASS)**

(+4) Combativo: claramente combativo e violento. Perigo para a equipe.  
 (+3) Muito Agitado: Puxa ou tira as sondas ou cateteres ou tem um comportamento agressivo contra a equipe.  
 (+2) Agitado: Movimentos frequentes sem finalidade ou não sincronizado com o ventilador.  
 (+1) Inquieto: Ansioso e agressivo, mas sem movimentos vigorosos, nem agressividade.  
 ( 0 ) Alerta e calmo.

(-1) Sonolento: Não totalmente alerta, mas com uma ordem mantém-se acordado (mais de 10s) com contato visual.  
 (-2) Levemente sedado: Com uma ordem acorda brevemente (menos de 10s) mantendo contato visual.  
 (-3) Moderadamente sedado: com uma ordem realiza qualquer movimento mas não mantém contato visual.  
 (-4) Profundamente sedado: não responde às ordens, mas responde à estimulação física.  
 (-5) Não despertável: Não responde às ordens e nem a estimulação física.

**AVALIAÇÃO DO DIÂMETRO DAS PUPILAS**

| SINAIS A SEREM OBSERVADOS   | SITUAÇÃO   | DIAGNÓSTICO-PROVÁVEL   |
|---|--|--|
|    | <b>ISOCÓRICAS (NORMAIS):</b><br>São simétricas e reagem à luz.         | Esta condição é normal, porém deve-se reavaliar constantemente.  |
|    | <b>MIÓSE:</b><br>Ambas estão contraídas, sem reação à luz.             | Lesão no sistema nervoso central ou abuso no uso de drogas (toxinas).  |
|   | <b>ANISOCÓRICAS:</b><br>Uma dilatada e outra contraída. (assimétricas) | Acidente vascular cerebral - AVC, Traumatismos Cranioencefálico-TCE.   |
|  | <b>MIDRISE:</b><br>Pupilas dilatadas.                                  | Ambiente com pouca luz, anóxia ou hipóxia severa, inconsciência, estado de choque, parada cardíaca, hemorragia, TCE. |

**ESCALA DE CACIFO**



**Anexo VI**

**01- Estudo de Caso (Atividade no AVA) Valor 0 – 20 pontos**

**02- Atividades no AVA – 0 – 20 pontos**