

CURSO DE ENFERMAGEM

1. CARACTERIZAÇÃO DA DISCIPLINA

Nome da Disciplina: Estágio Curricular Supervisionado I	Ano/semestre: 2024/1
Código da Disciplina: 10373	Período: 9º
Carga Horária Total: 140h/a	Carga Horária Teórica: --- Carga Horária Prática: 140h/a
Pré-Requisito: Farmacologia aplicada à enfermagem I e II; Sistematização da assistência da enfermagem I, II e III; Consulta de enfermagem.	Co-Requisito: ---

2. PROFESSOR (ES)

Juliana Macedo Melo Andrade, Me.
Tatiane Caexeta Aranha, Me.
Keite Nara Diogo, Esp.

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 04: específico – Formação específica para prática profissional e exercício da enfermagem

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

- 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.
- 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

Grupo	Data	CONTEÚDO	Estratégia de ensino-aprendizagem	Professor / Carga horária	Local
G1 a G10	08/02/2024	Apresentação do plano de estágio. Componentes avaliativos. Competências a serem avaliadas no campo prático. Retomar o conteúdo de exame físico geral e por sistemas.	Aula expositiva dialogada	Tatiane Caexeta	Sala de Aula
G1 a G10	09/02/2024	Competências para executar a avaliação de enfermagem ao paciente hospitalizado. Estudo de caso: descrição de exame físico, definição de problemas, metas, resultados esperados, intervenção, prescrições e avaliação de enfermagem. (NANDA, NIC e NOC) Escala de avaliação de risco: Braden, Morse, Maddox, Dor.	Problematização/ Dinâmica em Grupo/ Simulação	Tatiane Caexeta	Sala de Aula
G7 e G8	20 a 24/02 27/02 a 02/03 05 a 09/03	Avaliação e cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado.	Vivência no campo. Prática e gestão do cuidado ao paciente.	Juliana, Tatiane e Keite	Santa Casa
G9 e G10	12 a 16/03 19 a 23/03 26 a 30/03	Avaliação e cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado.	Vivência no campo. Prática e gestão do cuidado ao paciente.	Juliana, Tatiane e Keite	Santa Casa
G1 e G2	02/04 a 06/04 09 a 13/04 16 a 20/04	Avaliação e cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado.	Vivência no campo. Prática e gestão do cuidado ao paciente.	Juliana, Tatiane e Keite	Santa Casa
G3 e G4	23 a 27/04 30/04 a 04/05 07 11/05	Avaliação e cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado.	Vivência no campo. Prática e gestão do cuidado ao paciente.	Juliana, Tatiane e Keite	Santa Casa
G5 e G6	14 a 18/05 21 a 25/05 28/05 a 01/06	Avaliação e cuidado de enfermagem ao paciente hospitalizado.	Vivência no campo. Prática e gestão do cuidado ao paciente.	Juliana, Tatiane e Keite	Santa Casa

Conteúdos Abordados em Campo Prático

- Aplicação das normas de biossegurança;
- Evolução e anotação dos procedimentos.
- Confeção 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 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

Semana da Enfermagem

10. PROCESSO AVALIATIVO DA APRENDIZAGEM

O processo avaliativo formativo e somatório pontua apresentação, a postura, o compromisso, a responsabilidade, a dedicação, o interesse, o conhecimento de conteúdos já trabalhados na disciplina, a frequência e assiduidade em campo prático.

Avaliação Prática: 0 a 100 pontos, sendo que:

- Prova Prática: 30 pontos
- Relatório Semanal: 30 pontos
- Desempenho na prática: 30 pontos
- Feedback: 10 pontos.

ATENÇÃO:

Serão **duas avaliações práticas**, sendo:

- Pré teste: 15 pontos (Execução prática da avaliação e exame físico do paciente e o registro da evolução de enfermagem – ver anexo).
- Pós teste: 15 pontos (Passagem de plantão com informações completas do paciente e processo de enfermagem – ver anexo).

Outras observações sobre avaliação prática:

- Relatório semanal: 30 pontos (3 relatórios com valor de 10 pontos cada a serem postados no AVA, conforme modelo em anexo).
- Desempenho no campo prático: 30 pontos, sendo que:
 - Cada professor fará a avaliação dos acadêmicos e será feito a média das avaliações: $X + Y + Z / 3$ (ver anexo)
- **O pré e pós teste serão agendados mediante sorteio: aluno, dia e professor responsável pela avaliação.**

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 da Universidade Evangélica de Goiás - 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 da Universidade Evangélica de Goiás - 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 da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA)

Participação em eventos científicos:

Portaria – Frequência e nota dos alunos que apresentarem trabalhos em eventos científicos:

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

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.

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.

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, 05 de fevereiro de 2024.

Profª Drª. Elisangela Rodrigues Boeira
Coordenadora do curso de enfermagem da UniEVANGÉLICA

Prof. Dr. Ademir Nunes Ribeiro Junior
Coordenador pedagógico do curso de enfermagem da UniEVANGÉLICA

Prof. Me. Juliana Macedo Melo Andrade
Professora responsável pela disciplina

Prof. Me. Tatiana Caexeta Aranha
Professora responsável pela disciplina

Prof. Esp. Keite Nara Diogo.
Professor responsável pela disciplina



ANEXO I

ROTEIRO PARA O RELATÓRIO SEMANAL

I – Objetivo

Aplicar a teoria do déficit do autocuidado na prática de enfermagem e interagir com a disciplinas dos períodos anteriores para levar o acadêmico ao aperfeiçoamento clínico.

II - Orientações

- O relatório deve ser confeccionado semanalmente e postado no AVA referente a carga horária dos sábados (10 horas).
- **É dupla ou individual e não serão aceitos cópias e plágios.** Serão investigadas situações de plágio (cópia na íntegra de partes do trabalho de fontes e entre colegas os casos em que for constatado plágio será atribuída a nota “Zero”).
- Manuscrito ou digitado.
- Para o trabalho manuscrito: usar somente caneta nas cores azul e preta. Deve estar identificado, organizado e legível.
- Para o trabalho digitado: utilizar normas da ABNT. Deve estar formatado em arquivo PDF.
- Cabeçalho completo com o nome completo do acadêmico e referências bibliográficas de onde foram retiradas as informações.
- **Os trabalhos não serão aceitos depois do prazo final de entrega (O prazo se encerrará ao final de cada sábado. Atenção a data no AVA).**
- **O trabalho deverá ser postado no AVA para avaliação e registro de presença.**
- **Ao final de estágio serão 3 relatórios confeccionados, 1 por semana, de pacientes diferentes.**

III - O trabalho

Deve conter 6 partes: Histórico e anamnese com evolução de enfermagem; pesquisa sobre o agravo de saúde; parâmetros de SSVV; estudo das medicações em uso, descrição de intervenções/cuidados; **NANDA NIC E NOC** e referências. **Todos os itens estão descritos abaixo:**

1. **Apresentação do paciente (estudo de caso) com os dados e histórico do paciente** Partindo do relatório de enfermagem (este conterá informações importantes por exemplo: Idade, sexo, situação de residência, diagnóstico, agravos de saúde já existentes, queixas do paciente, drenos, acessos venosos... **ver ANEXO V**) conte a história do paciente e acrescente nas informações conseguidas no prontuário as coletadas durante a entrevista e consulta de enfermagem que você irá realizar.
2. **Pesquisar sobre a patologia/ agravo de saúde e diagnóstico e do paciente:** Conceito, incidência, sinais e sintomas, tratamento.
3. **Trazer os parâmetros de Sinais Vitais de três dias consecutivos do paciente (se houver alterações destaque-as).**

SSVV Data	FR	FC	PA	T°C	Dor
1º					
2º					
3º					

4. **Pesquisar sobre os medicamentos que o paciente estava usando no momento da coleta de dados:** Nome comercial, princípio ativo, indicação, contraindicação e posologia. Associe os medicamentos com a patologia do paciente trazendo os cuidados e observações de enfermagem na administração do medicamento incluindo a soroterapia;

(ATIVIDADE INTEGRADORA COM FARMACOLOGIA I). Sugerimos a apresentação em formato de tabelas conforme a sugestão abaixo.

Medicação (Nome comercial, princípio ativo)	Indicação (Para que agravo é indicada)	Contraindicação	Posologia (Forma de uso)	Cuidados de Enfermagem (Cuidados específicos)
OBS: Acrescentar quantas linhas forem necessárias				

5. Elaborar um plano de cuidados de enfermagem para o paciente: (Dica: identifique os problemas trace cuidados)

Necessidade/ problema/ queixa apresentada pelo paciente.	Diagnóstico de Enfermagem	Cuidado/ intervenção executada ou sugestão de intervenção/ solução proposta pelo grupo
OBS: Acrescentar quantas linhas forem necessárias		

6. Referência Bibliográficas de fontes confiáveis (normas da ABNT).

Este relatório atende as diretrizes do Art 6º (VI -integrar as ações de enfermagem às multiprofissionais de forma a diagnosticar e solucionar problemas de saúde, com base na comunicação interpessoal para a tomada de decisão e intervenção no processo de trabalho).

ANEXO III

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 _____ () dipneia () 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 () roncocal () 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 () hematêmese

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	Escore 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

ANEXO IV

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CONFECCIONAR UMA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A 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.

ANEXO V

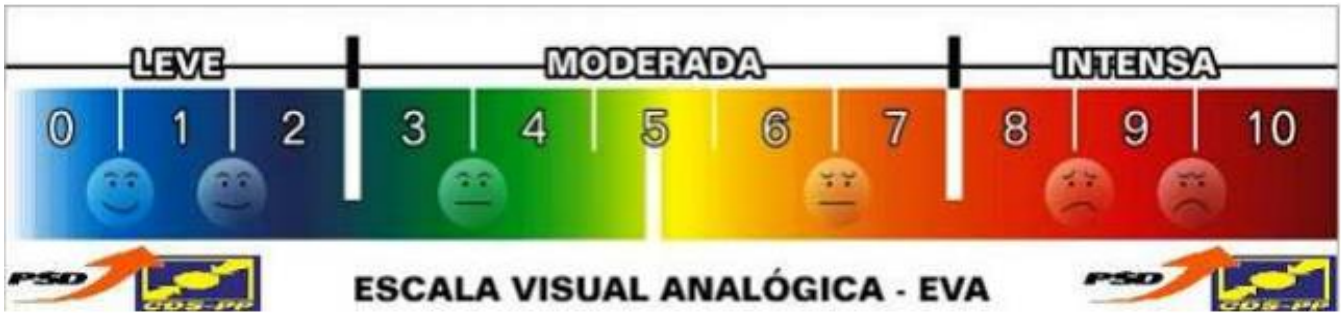
ESCALAS A SEREM UTILIZADAS NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO I

ESCALA DE BRADEN – Risco de Desenvolvimento de Lesão por Pressão						
DESCRIÇÃO	1	2	3	4	SCORE	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	TOTAL

AVALIAÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (ESCALA DE MADDOX)	
Gravidade	Avaliação
0	Ausência de reação
1+	Sensibilidade ao toque sobre a porção intravenoso da cânula
2+	Dor contínua sem eritema
3+	Dor contínua com eritema. Veia dura palpável a menos de 8 cm acima do local intravenoso da cânula
4+	Dor contínua com eritema e edema, endurecimento, veia endurecida palpável a mais de 8 cm do local intravenoso 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)	

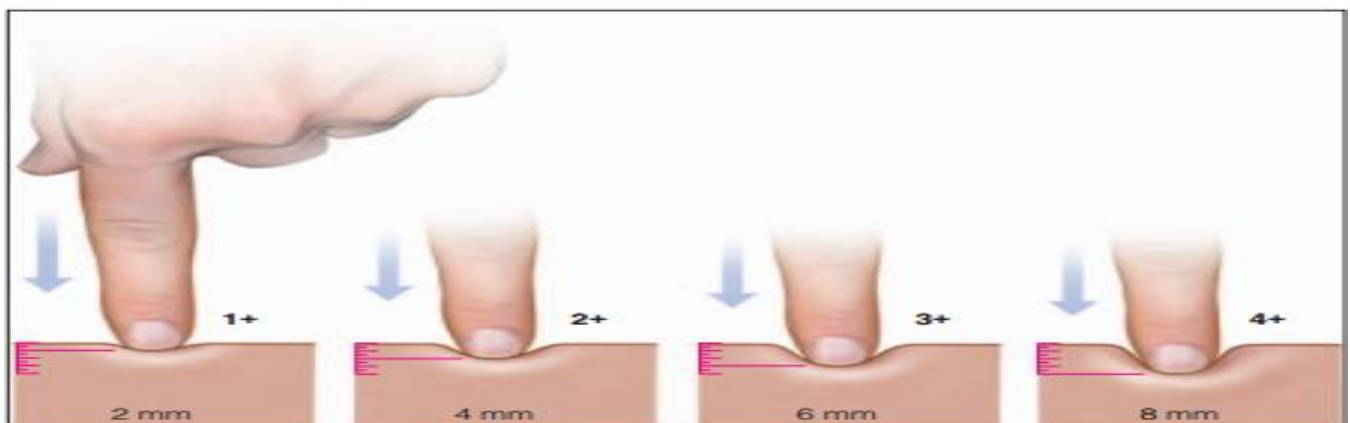
ESCALA DE DOR



DIAGNÓSTICO DO DELIRIUM – ESCALA DE AGITAÇÃO/SEDAÇÃO DE RICHMOND (RASS)	
<p>(+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.</p>	<p>(-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.</p>

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

ESCALA DE CACIFO



ANEXO VI

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA O PRÉ TESTE
ESTÁGIO CURRICULAR I – FUNDAMENTAÇÃO DO CUIDADO

Nome completo: _____

Grupo: _____

Data: ____ / ____ / ____

Ações Esperadas pelo Acadêmico	Valor Atribuído (em pontos)	Nota
Realizar uma anamnese completa, incluindo história médica, medicamentos atuais, alergias, história familiar e hábitos de vida.	3	
Realizar um exame físico completo, incluindo avaliação dos sinais vitais, sistema cardiovascular, respiratório, neurológico, gastrointestinal, musculoesquelético, integridade da pele e estado mental.	3	
Documentar de forma precisa e organizada todas as informações coletadas durante a anamnese e o exame físico.	2	
Identificar e documentar quaisquer achados anormais ou preocupantes durante a avaliação do paciente.	1	
Formular diagnósticos de enfermagem com base nas informações coletadas durante a avaliação.	2	
Desenvolver um plano de cuidados de enfermagem individualizado e baseado nos diagnósticos identificados.	2	
Descrever a evolução do paciente de forma clara, incluindo mudanças no estado de saúde, resposta ao tratamento e intervenções realizadas.	2	
Total	15	

Professor Responsável

ANEXO VII

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO DISCENTE: DESEMPENHO NO CAMPO PRÁTICO – 2 VA

Nome completo: _____

Grupo: _____

Data: ____ / ____ / ____

CRITÉRIOS	Valor Atribuído	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Média
RESPONSABILIDADE Assiduidade/Pontualidade/Aparência/ EPI's Interesse/Compromisso	2 pontos							
CONDUTA PROFISSIONAL E PESSOAL Ética/ Empatia/ Humanização/ Interesse/ Congruência/ Comunicação assertiva/ Autonomia/ Proatividade	3 pontos							
TRABALHO EM EQUIPE Relacionamento interpessoal e interdisciplinar/ Comunicação assertiva.	5 pontos							
ASSOCIAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA Conhecimento científico e desempenho técnico	10 pontos							
EXECUÇÃO Gerenciamento do cuidado do paciente, implementação do processo de enfermagem, educação em saúde, administração de medicamentos, sondagens, curativos e outros procedimentos privativo do Enfermeiro.	10 pontos							
DESEMPENHO PRÁTICO	30 pontos							

OBS: avaliação diária dos critérios descritos na tabela por cada professor responsável pelo acompanhamento do estudante. A média é a somatória das notas obtidas em cada dia de estágio dividido pelo número de dias acompanhado. A ausência do acadêmico resultará na avaliação de zero pontos para o dia de falta.

Professor Responsável

ANEXO VIII

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO PARA O PÓS TESTE
ESTÁGIO CURRICULAR I – FUNDAMENTAÇÃO DO CUIDADO

Nome completo: _____

Grupo: _____

Data: ____/____/____

Ações Esperadas pelo Acadêmico	Valor Atribuído (em pontos)	Nota
Apresentar o paciente de forma completa, incluindo nome, idade, diagnóstico médico, principais queixas, tratamentos em curso e necessidades específicas.	3	
Relatar os resultados da avaliação do paciente, incluindo informações sobre os sinais vitais, sistema cardiovascular, respiratório, neurológico, gastrointestinal, integridade da pele e quaisquer achados anormais.	3	
Descrever de forma precisa e concisa os diagnósticos de enfermagem identificados e o plano de cuidados de enfermagem atual.	3	
Fornecer informações sobre as intervenções realizadas durante o turno, incluindo administração de medicamentos, realização de procedimentos e resposta do paciente ao tratamento.	3	
Identificar quaisquer preocupações ou mudanças no estado do paciente que exigem atenção especial durante o próximo turno.	1	
Demonstrar uma comunicação clara e eficaz durante a passagem de plantão, respondendo a perguntas e fornecendo informações adicionais conforme necessário.	2	
Total	15	

Professor Responsável