

CURSO DE ENFERMAGEM

1. CARACTERIZAÇÃO DA DISCIPLINA

Nome da Disciplina: Estágio Supervisionado em Fundamentação do Cuidado	Ano/semestre: 2022/1
Código da Disciplina: 06446	Período: 9º
Carga Horária Total: 80h/a	Carga Horária Teórica: --- Carga Horária Prática: 80h/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)

Ione Augusto da Silva Sales, M.e;
Sara Fernandes Correia, M.e;
Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles, M.e;
Renata Pereira Lima Silva, 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
G1 e G2 Noturno	15/02, 17/02, 22/02, 02/03, 03/03, 05/03 – Gláucia 24/02 - Renata 07/03, 08/03 – Ione 09/03 – Sara 23/02 - Taty	Hospitalar: Estágio Supervisionado	HUANA – Santa Casa
G3 e G4 Noturno	15/02, 21/02, 22/02, 23/02, 24/02 – Ione 02/03, 03/03, 07/03, 09/03, 14/03 – Sara 05/03 – Beth	Hospitalar: Estágio Supervisionado	HUANA - Santa Casa
G5 e G6 Noturno	16/03, 17/03, 19/03, 22/03, 23/03, 24/03, 31/03 – Gláucia 21/03, 28/03, 30/03 – Sara 26/03, 29/03 – Renata	Hospitalar: Estágio Supervisionado	HUANA - Santa Casa
G7 e G8 Noturno	16/03, 17/03, 19/03, 21/03, 28/03 – Ione 22/03, 23/03 – Sara 24/03, 26/03, 29/03, 30/03, 31/03 – Gláucia	Hospitalar: Estágio Supervisionado	HUANA - Santa Casa

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, 08 de fevereiro de 2022.

Profª Drª. Sandra Valéria P. Martins
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. Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles
PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA

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

Renata Pereira Lima Silva
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

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

Marca- passo 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 () 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	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	TOTAL

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
	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.
	MIDRISE: Pupilas dilatadas.	Ambiente com pouca luz, anóxia ou hipóxia severa, inconsciência, estado de choque, parada cardíaca, hemorragia, TCE.

ESCALA DE CACIFO

