

ROTEIRO DO MÓDULO EDUCATIVO

UNIDADE I - Apresentação

Título do módulo educativo: Aplicação das etapas do Processo de Enfermagem na prática clínica

Responsáveis: Heloisa Helena Souto Vital e Prof^aDr^a Soraia Assad NasbineRabeh

Instituição: Universidade do Estado do Pará e Universidade de São Paulo

Público-alvo: Enfermeiros (Turmas com 20 vagas)

Objetivos da aprendizagem: Aplicar as etapas operacionais do Processo de Enfermagem em um caso clínico fictício e utilizar o Sistema de Linguagem Padronizada (NANDA, NOC, NIC) para as etapas correspondentes.

Carga horária: 20 horas

Tempo disponível do curso: 10 dias

Plano de ensino

Conteúdo programático

Unidade 1 - O Processo de Enfermagem (PE) e o Sistema de Linguagem Padronizado (SLP)

Módulo 1 – Etapas do Processo de Enfermagem

Módulo 2 – Sistema de Linguagem Padronizada

Módulo 3 – Aspectos ético-legais do PE

Unidade 2 – Aplicação das etapas do Processo de Enfermagem e do SLP

Módulo 4 – Caso clínico fictício

Módulo 5 – Exercício clínico (raciocínio clínico-diagnóstico de enfermagem-NANDA; planejamento da assistência de enfermagem (NOC-NIC)

Unidade 3 – Avaliação

Módulo 6 – Exercícios de fixação (atividade com caso clínico e 10 questões objetivas)

Método de ensino

- Curso online do tipo assíncrono, em que cada participante assistirá às aulas, com possibilidade de download, acessará links para leituras complementares e exercícios clínicos.

Recursos /estratégias

-Aulas em Power Point

- Aulas gravadas, vídeos e links com publicações de artigos, portarias e manuais

- Caso clínico fictício

- Software educacional, computador e rede de internet

Avaliação da aprendizagem

- Acesso ao material e download do conteúdo
- Tempo de conexão despendido na web ou conectado ao curso
- Exercício de fixação (caso clínico e quiz com questões de múltipla escolha)
- Realizar em word o planejamento de enfermagem com base no SLP(NOC,NIC) direcionado a Dermatite associada a incontinência.
- Será aprovado o participante que cumprir as atividades propostas e obtiver no mínimo 70% de aproveitamento do caso clínico
- Participação em chats

Apresentação do curso

Caro enfermeiro,

O curso online contempla as etapas do Processo de enfermagem na prevenção de lesão por pressão (LP) no paciente oncológico, a importância do Sistema de Linguagem Padronizada para a prática clínica de enfermagem e aspectos ético-legais inerentes à profissão, além de um estudo de caso fictício, com conteúdo organizado em 03 unidades e 06 módulos. O plano de ensino ficará a sua disposição no ambiente virtual, em uma pasta com as orientações, contendo ainda os recursos, estratégias e a avaliação. Ao final do curso, como forma de avaliação, os participantes deverão elaborar um caso clínico fictício, desenvolver o raciocínio clínico para o estabelecer o diagnóstico de enfermagem, com utilização da NANDA, realizar o planejamento da assistência por meio do sistema de classificação dos resultados (NOC) e classificação das intervenções de enfermagem (NIC), além da realização de um quiz com 10 questões de múltipla escolha.

Gostaríamos de solicitar as suas expectativas em relação ao tema e a proposta de estudo do curso, na caixa de texto logo abaixo.

Será um prazer ter você conosco!

Heloisa Helena Souto Vital

Dra. Soraia Assad NasbineRabeh

UNIDADE 1

Descrição: Nesta unidade abordaremos 03 módulos, que expõem um conteúdo direcionado ao detalhamento das cinco etapas do Processo de Enfermagem na prevenção da LP no paciente oncológico, a relevância do Sistema de Linguagem Padronizada para a prática clínica de enfermagem e os aspectos ético-legais que permeiam as ações de enfermagem.

MÓDULO 1 – Etapas do Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional. Todavia, necessita de

embasamento teórico de enfermagem e utilização de uma linguagem específica para facilitar a comunicação coletiva. As cinco etapas do PE ocorrem de forma fluída e interdependentes, que interagem entre si.¹

1 – Coleta de dados ou investigação

Consiste na busca de dados e informações para a avaliação clínica de enfermagem. Além disso, para a coleta dos dados, é necessária a adoção de um referencial teórico em consonância com o contexto de prática clínica. Adotaremos neste curso o referencial de Modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta,² das necessidades humanas básicas.

2 – Diagnóstico de enfermagem

Compreende a fase de análise e julgamento clínico dos dados.

*Segundo a NANDA-I, o Diagnóstico de Enfermagem é o julgamento clínico de uma resposta humana a condições de saúde, processos de vida, ou suscetibilidade a essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade.*³

Assim, os enfermeiros realizam diagnósticos de problemas de saúde, estados de risco e de promoção da saúde. É, portanto, fundamental conhecerem as definições e os indicadores de diagnósticos, que incluem as características definidoras (pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações clínicas do diagnóstico e/ou sinais e sintomas), fatores relacionados (fatores etiológicos e/ou causas) e os fatores de risco (aumentam a suscetibilidade a uma condição/resposta humana indesejável).³

Um formato comumente utilizado para documentar os diagnósticos de enfermagem com foco no problema inclui: [*diagnóstico de enfermagem*] relacionado a [*causa/fatores relacionados*] evidenciado por [*sintomas/características definidoras*].

Exemplo: Integridade da pele prejudicada relacionado ao atrito em superfície, conforme evidenciado por superfície cutânea rompida.

Enquanto isso, os diagnósticos de promoção da saúde geralmente têm apenas [*sintomas/características definidoras*].

Exemplo: Disposição para o autocuidado melhorado evidenciado pelo desejo expresso de melhorar o autocuidado.

Para os diagnósticos de risco ou potenciais, não há fator relacionado, existe um risco, uma vulnerabilidade, um potencial problema [*sintomas/características definidoras*].

Exemplo: Risco para infecção evidenciado por vacinação inadequada e imunossupressão.

3 – Planejamento de enfermagem

A etapa de planejamento requer um pensamento crítico, por meio da tomada de decisão deliberada e resolução de problemas. Nesta fase, o enfermeiro prioriza os diagnósticos, o conjunto de objetivos centrados no paciente, elenca os resultados esperados e escolhe intervenções de enfermagem apropriadas para cada diagnóstico. Neste curso, utilizaremos a NOC⁴ para estabelecer os resultados esperados e para seleção das intervenções empregaremos a NIC.⁵

4 – Implementação

A Implementação é a fase destinada à execução do plano de cuidados pela equipe de enfermagem (Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), ou seja, o cumprimento da prescrição de enfermagem pela equipe. Ressalta-se a importância de realizar os registros, anotações e checagem das intervenções e atividades realizadas, pois permitirão a reavaliação pelo enfermeiro.

5 – Avaliação

A Avaliação verificará se os resultados foram alcançados e se emergiram novos problemas de saúde. Nesta etapa realiza-se uma avaliação sistemática, deliberada e contínua para averiguar a mudança nas respostas. Portanto, é a própria evolução de enfermagem que apura se as intervenções e atividades de enfermagem estão alcançando os resultados esperados, bem como a necessidade de mudança e adaptação.

MÓDULO 2 – Sistema de Linguagem Padronizada

A maneira como uma profissão sistematiza seu conhecimento, contribui para o entendimento uniforme de conceitos, que constituem o corpo de conhecimento de uma profissão. Portanto, essa base de conhecimento sustenta uma terminologia pactuada entre os profissionais, que compreende o SLP.

O SLP consiste na busca de uma linguagem comum entre os profissionais, para os fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem, que seja utilizada universalmente, considerando as culturas e contextos. Além disso, proporciona um método claro de documentação, permite a orientação e apoio ao raciocínio clínico do enfermeiro.

Neste módulo educativo, vamos considerar as classificações da NANDA-I,³ Classificação de Resultados de Enfermagem - NOC⁴ e Classificação de Intervenções de Enfermagem-NIC,⁵ por serem mais aplicadas em nosso contexto.

Classificação das definições de diagnósticos NANDA-I

A taxonomia NANDA-I fornece uma maneira de classificar e categorizar áreas de “preocupação” do enfermeiro, com o foco no diagnóstico de enfermagem. Desta forma, contém 267 diagnósticos de enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes.³

O processo diagnóstico consiste na coleta de informações, na interpretação dessas informações, no seu agrupamento e na denominação desse agrupamento, que é o diagnóstico de enfermagem.

Classificação de resultados de enfermagem (NOC)

A taxonomia da NOC tem 05 níveis: domínios, classes, resultados, indicadores e medidas. Essa terminologia é padronizada em 540 resultados e visa verificar as alterações na condição do paciente após uma intervenção.⁴ Os resultados são declarados como conceitos que refletem um estado, comportamento ou percepção de um paciente, família ou comunidade. A sua mensuração é baseada em uma escala likert de 5 pontos, utilizada com todos os resultados e indicadores. Ressalta-se que cada resultado é um grupo associado de indicadores, usados para determinar o estado do paciente. As escalas de mensuração são padronizadas, de maneira que a pontuação “5” sempre representa o melhor escore possível e a pontuação “1” é o pior escore possível, além da opção de classificar um indicador “não aplicável”.

Para o resultado ser mensurável é necessário selecionar indicadores, que possam ser analisados, permitindo, se possível, comparar e verificar o estado geral do indivíduo. A atividade intelectual

contida no planejamento requer a documentação com o registro das metas a serem alcançadas para cada diagnóstico selecionado.

É importante os enfermeiros utilizarem sua experiência para determinar o escore total de cada resultado. Além disso, torna-se relevante o enfermeiro estabelecer um escore basal total para cada resultado selecionado, o que permite avaliar cada resultado após a intervenção realizada, e identificar as mudanças ocorridas no estado de saúde.

Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)

A NIC é uma classificação, que se configura por ser uma linguagem padronizada, universal e abrangente, que organiza sistematicamente os tratamentos que os enfermeiros realizam. Cada intervenção tem um título, uma definição e uma lista de atividades para executar a intervenção em ordem lógica. As atividades podem ser selecionadas ou modificadas conforme as necessidades.⁵

A taxonomia da NIC possui três níveis: domínio (nível mais abstrato e números de 1 a 7), classes (representadas por letras alfabéticas, nível 2, somando um número de 30 classes) e intervenções relacionadas (cada uma com um código específico de quatro números). Logo, é padronizada em 565 intervenções, cada uma das intervenções tem um título, uma definição, um conjunto de atividades para realizar a intervenção.

Vale ressaltar fatores importantes que devem ser analisados na escolha da intervenção, tais como: 1) resultados desejados do paciente; 2) características do diagnóstico de enfermagem; 3) base de investigação para a intervenção; 4) viabilidade de realizar a intervenção; 5) aceitabilidade; 6) capacidade do enfermeiro.⁵

MÓDULO 3 – Aspectos ético-legais do PE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) realiza a gestão do trabalho profissional e possibilita a operacionalização do PE. Trata-se de uma ferramenta metodológica proativa, de solução de problemas. A resolução n.º 358/2009 reforça a realização do PE de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.⁶

Desta forma, todo o local onde se verifica a atuação de enfermagem, torna-se obrigatória a execução do PE, considerando outras normativas que amparam legalmente a profissão, como a Lei do Exercício Profissional n.º 7498/1986, o Decreto Regulamentar n.º 94.406/1987 e a resolução n.º 564/2017 acerca do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem.

Logo, entende-se que a enfermagem é uma profissão autônoma, que realiza suas atividades de forma planejada e sistemática, com base em uma ferramenta metodológica que direciona as ações de enfermagem, obedecendo as cinco etapas do PE.

REFERÊNCIAS

ALFARO LE-FREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem- Fundamento para o raciocínio clínico**. 8ª.ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.

BARROS, A.L.B.L, et al. **Processo de Enfermagem: guia para a prática/Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. 1a. Ed. São Paulo: COREN-SP, 2015.

BITENCOURT, J.V.O.V, et al. Ressignificando o aprendizado acerca do processo de enfermagem para desenvolver raciocínio clínico. **Salud UIS**, Santa Catarina, 55: e23010, p.1-10, set.2022.

BUTCHER, H.K. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**.7ª.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2020.

BRASÍLIA, 2009. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009. 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. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 02/11/2022.

BRANDÃO, A.C.M.A.G. **Dermatite associada à incontinência e os fatores associados: estudo de prevalência em um Centro de Terapia Intensiva**.2017. Dissertação(Mestrado em Enfermagem Fundamental)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2017, Acesso em: 2023-04-28.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**.1ª.ed., São Paulo: COREN-SP, 2015

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**.2ª.ed., São Paulo: COREN-SP, 2021

Feridas crônicas. Disponível em :http://eerp.usp.br/feridascrônicas/recurso_educacional_lp_1_3.html. Acesso em: 2023-04-28

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023**.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC): mensuração dos resultados em saúde**. 6ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

POTTER, P.A; PERRY,A.G. et al.**Fundamentos de Enfermagem** .9ªed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2021

TESTA, G.S.L. **Cuidados de enfermagem para prevenção de lesões por fricção no idoso hospitalizado em terapia intensiva : revisão integrativa** . 2022. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.Acesso em: 2023-04-29.

ROTEIRO DO MÓDULO EDUCATIVO

UNIDADE 2

Descrição: Nesta unidade abordaremos dois módulos, os quais discorrem sobre um estudo de caso fictício para operacionalizar as etapas do plano de cuidado.

MÓDULO 4 - Caso clínico fictício

4.1 Coleta de dados

Sra. MLS, 65 anos, sexo feminino, parda, viúva, doméstica, ensino fundamental incompleto, residente com os dois filhos em Belém-PA. A mesma foi referenciada da Unidade Básica de Saúde para internação hospitalar com diagnóstico médico de neoplasia gástrica, para investigação e planejamento terapêutico admitida na Unidade Clínica, enfermaria 208, leito 2. Relata ocorrência de Acidente Vascular Cerebral há dois anos, com hemiplegia à direita. Nega infecção prévia por COVID-19, realizou 04 doses da vacina. Refere epigastralgia, inapetência, náuseas, 2 episódios de vômitos e habitualmente evacua uma vez ao dia, fezes de consistência pastosa em pouca quantidade e de aspecto escurecido. No momento da internação sua filha informa que realiza 03 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e aceita a porção parcial da dieta, refere refluxo esofágico e ingere por dia 600 ml de líquidos fracionados entre as refeições como água e suco, que são ofertados. No 10º. dia de internação tórax simétrico, murmúrios vesiculares diminuídos em bases, ruídos adventícios à esquerda, respiração regular, frequência respiratória de 25 mpm toraco-abdominal. A Pressão arterial 140 x 90 mmHg em MSD em decúbito dorsal com cabeceira elevada em um ângulo de 30º, pulso radial esquerdo com 60bpm e recebendo solução glico-fisiológica 1000 ml nas 24 hs, por punção venosa periférica em veia cefálica no MSE. Temperatura axilar de 38,2°C, pele morna ao toque. Consciente e orientada em tempo, espaço e pessoa, com abertura ocular espontânea, responde aos comandos verbais, pouco comunicativa, fala lenta e em tom baixo, movimenta hemicorpo à esquerda, permanece a maior parte do tempo acamada. Apresenta sono noturno descontínuo, com sonolência diurna. Na inspeção da pele, evidenciou-se pele de textura fina, seca, com fragilidade cutânea, turgor diminuído, e presença de eritema branqueável na região sacral, lesão por pressão estágio 1 (LP), MMII com presença de edema, sinal de cacifo positivo ++/++++. Necessita de auxílio para higiene e leva o alimento até a boca com dificuldade. Estima-se altura: 1,60 m e peso: 47 kg e índice de massa corporal: 18,3, Braden: 09. Dieta prescrita é do tipo branda 06 refeições nas 24 h (alimentos cozidos, frutas, carne branca e de fácil digestão). Aceita líquidos fracionados em pouca quantidade 150ml, ofertados 06 vezes ao dia, apresentou 01 episódio de vômito, boca seca, língua saburrosa, halitose, faz uso de prótese dentária total. Evacuações de consistência pastosa e aspecto escurecido uma vez a cada 02 dias, apresenta micção espontânea e involuntária, volume moderado em fralda descartável, pele do perineo úmida. Pensionista, católica com prática religiosa esporádica, gosta da companhia dos filhos, verbaliza tristeza e preocupação com sua condição de saúde.

Exames: endoscopia digestiva alta (a lesão ulcerada na cárdia e corpo gástrico), biópsia de adenocarcinoma pouco diferenciado.

Exames laboratoriais:

Hematológico e bioquímica sanguínea:

hemoglobina: 8,0g/dl, (mulher: 11,5-14,9g/dl)

hematócrito: 28% (feminino: 35,4%- idoso: 35,1%)

Glicemia: 69 mg/dl (70-100 mg/dl)

Glicemia glicada: 4,5 % (HbA1C: abaixo de 5,7%)

Potássio: 2.9 mmol/L (3,5-5,5 mmol/L)

Sódio: 100 mmol/L (135-145 mmol/L)

albumina: 3,0g/dl (3,5 a 5,2 g/dL)

proteínas totais: 4g/dl (6,5 a 8,1 g/dL)

Módulo 5 – Exercício clínico

5.1 Diagnóstico de Enfermagem: Raciocínio clínico

Para essa etapa utilizaremos como estratégia o exercício clínico simulado, em que os dados serão organizados, com base na metodologia do raciocínio clínico de Risner. Didaticamente divide-se em duas fases descritas abaixo.

Fase 1 Análise:

- Categorização dos dados(consiste na organização lógica dos dados); e
- Identificação de dados divergentes ou lacunas (verifica-se dados incompletos e evidencia áreas que necessitam de revisão na coleta);

Fase 2 Síntese:

- Agrupamento(indica as manifestações do paciente, ou seja, o comportamento padrão);
- Comparação (os dados são comparados entre as condições do paciente e o conhecimento do enfermeiro);
- Inferências (julgamento propriamente dito); e a
- Proposição da causa(fatores que atuam ou atuaram para as alterações inferidas).
- Enunciado do Diagnóstico de Enfermagem.

Passaremos a desenvolver o raciocínio diagnóstico do caso clínico da Sra.MLS

Quadro 1

Categorização	Dados divergentes/ lacunas	Agrupamento	Comparação	Inferência	Relação Causa
<p>Vide coleta de dados. Dados coletados e categorizados segundo as necessidades humanas básicas(NHB)</p>	<p>Tem limitações motoras à esquerda?</p> <p>Pode sentar na poltrona com auxílio?</p> <p>Tem hemiplegia à direita (AVC), fez acompanhamento de reabilitação?</p> <p>Faz uso de colchão apropriado para diminuir pressão em áreas de atrito?</p> <p>Volume urinário nas 24h? Desidratada?</p>	<p>65 anos Parda</p> <p>Peso:47kg, altura: 1,60m, IMC: 18,3 R:25mpm,T:38,2°. C, P:60 bpm, Pa: 140x90mmhg</p> <p>NHB: Oxigenação: Ruídos adventícios e 25mpm</p> <p>Termorregulação T:38,2°.C</p> <p>Mobilidade Restrição ao leito, permanece maior parte do tempo acamada</p> <p>Pele Textura fina, seca, com fragilidade cutânea, turgor diminuído, e presença de</p>	<p>População em risco: Paciente idosa Pele do idoso IMC baixo No processo de envelhecimento da pele do idoso apresenta-se fina, ressecada, frágil e com presença de manchas. (sinais)</p> <p>Controle das condições associadas ao AVC/ Considerar alternar as posições Sentar na poltrona</p>	<p>1.Lesão de pele na região sacral</p> <p>2.Risco de lesão de pele no períneo</p>	<p>1-A pele do idoso com o passar do tempo vai perdendo uma de suas grandes propriedades: a elasticidade, associada a perda de colágeno e hidratação tornando-se mais ressecada. Associado ainda a fatores de riscos que predispõe a lesões (LP)como a mobilidade física diminuída e comorbidades¹³</p> <p>2-A paciente em questão tem AVC prévio, com limitações motoras que restringe ao leito, com LP em estágio 1 na região sacral O excesso de pressão nos tecidos pela sobrecarga mecânica aplicada nos tecidos moles próximos as proeminências ósseas é a principal causa do desenvolvimento da LP. O efeito patológico do excesso de pressão pode ser atribuído a três fatores: Intensidade da pressão,</p>

	<p>Tolera nutrição via oral? Paciente desnutrida?</p> <p>Episódios de melena? Realizou exame de sangue oculto nas fezes?</p> <p>Tem incontinência urinária?</p>	<p>eritema branqueável na região sacral, lesão por pressão estágio 1 (LP), MMII</p> <p>Nutrição Dieta branda 06 refeições nas 24 h. Aceita a porção parcial</p> <p>Hidratação Tolera líquidos fracionados em pouca quantidade 150ml, ofertados 06 vezes ao dia, apresentou 01 episódio de vômito</p> <p>Eliminação Evacuações de consistência pastosa e aspecto escurecido uma vez a cada 02 dias, apresenta micção espontânea, com débito urinário involuntário, volume moderado em fralda descartável, pele do períneo úmida.</p> <p>AVC há 2 anos Neoplasia gástrica</p> <p>Laboratório Albumina: 3,0g/dl (3,5 a 5,2 g/dL)</p> <p>Proteínas totais: 4g/dl (6,5 a 8,1 g/dL)</p>	<p>Pele íntegra hidratada com turgor adequado para a idade</p> <p>Pele íntegra ausência de eritema</p> <p>Aumentar as ofertas de refeições e diminuir as porções Ofertar alimentos proteicos</p> <p>Evitar o uso da fralda descartável</p> <p>Doenças Crônicas considerar controle</p> <p>anal?</p>	<p>tempo de duração da pressão e tolerância tecidual⁹</p> <p>3-A incontinência urinária mantém a região do períneo úmida, quente e fechada em fralda, desta forma favorece a alteração do microclima. Ocasionalmente um processo inflamatório decorrente da exposição prolongada a fezes e/ou urina conhecido por Dermatite associada a incontinência(DAI)⁶</p>
--	---	---	---	---

Diagnósticos de enfermagem com foco nos problemas:

Código: 00312-**Lesão por pressão no adulto** relacionada a fatores externos: atrito em superfície, carga mecânica contínua, forças de cisalhamento, microclima alterado sobre a pele e a superfície de suporte, pressão sobre saliência óssea, umidade excessiva; relacionada a fatores internos: desidratação, desnutrição proteico-calórica, hipertermia, mobilidade física diminuída, pele ressecada; caracterizado por eritema, condições associadas: anemia, circulação prejudicada,

condição neurológica crônica, doença crítica, imobilização, nível de albumina sérica diminuída, oxigenação tecidual diminuída, perfusão tecidual diminuída

5.2 Planejamento

5.2.1 Resultados

Após a identificação do diagnóstico de enfermagem, devem ser escritos os resultados propostos para o paciente, estabelecendo os critérios para sua mensuração ou avaliação, considerando as causas e as manifestações clínicas citadas no diagnóstico. Assim, o enfermeiro deverá quantificar estes indicadores, no momento de sua avaliação, utilizando uma escala likert de 1-5 (1=grave; 2=substancial; 3=moderado; 4=leve; 5= nenhum, NA=não aplicável) e a partir das pontuações, pensar na meta a ser alcançada.

Diante do estudo de caso apresentado da Sra. MLS em que foi identificado o diagnóstico de enfermagem de Lesão por pressão no adulto

Domínio II

Código: 1101

Letra L-Integridade tissular: Pele e mucosas

Quadro 2

Indicador	Escala	Meta
	1 2 3 4 5 NA	
Sensibilidade	X	Manter em: Aumentar para: 4
Elasticidade	X	Manter em: Aumentar para: 4
Hidratação	X	Manter em: Aumentar para: 4
Textura	X	Manter em: Aumentar para: 4
Branqueamento	X	Manter em: Aumentar para: 5
Temperatura da pele	X	Manter em: Aumentar para:5

5.2.2 Intervenção

É importante quando possível explicar a forma de executar as ações, com data, hora, local, duração do procedimento, assinatura e COREN.

Nível/1-Domínio II- Fisiológico complexo

Nível/2Classe L- Controle da pele/lesões

Nível/3-Intervenções de enfermagem

Código: 3540 -Prevenção de lesão por pressão

Atividades:

Usar um instrumento conhecido de avaliação de risco para monitorar fatores de risco individuais (p. ex.: escala de Braden)
 Documentar a condição da pele na admissão e diariamente
 Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente
 Monitorar o surgimento de fonte de pressão e atrito
 Remover a umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem do ferimento e incontinência fecal e urinária
 Aplicar barreiras de proteção, como cremes ou compressas que absorvem a umidade, para remover a umidade excessiva como convier
 Aplicar protetores nos cotovelos e calcanhares, como convier
 Mudar o decúbito a cada uma ou duas horas, como convier
 Mudar decúbito com cuidado (p. ex: evitar cisalhamento) para evitar lesão a uma pele fragilizada

Código: 3584-Cuidados da pele: tratamento tópico

Atividades:

Evitar o uso de roupa de cama com textura áspera
 Vestir o paciente com roupas folgadas
 Aplicar fraldas frouxas conforme apropriado
 Proporcionar higiene íntima sempre que necessário
 Examinar diariamente a pele em pessoas com risco de degradação
 Documentar o grau de degradação da pele e mucosas
 Supervisão da pele

Código:1160-Monitoração Nutricional

Atividades

Monitorar turgor da pele e elasticidade
 Identificar anormalidades da pele
 Monitorar náuseas e vômitos

- Pesar o paciente
- Obter medidas antropométricas da composição corporal
- Identificar mudanças recentes do apetite e atividade
- Conduzir a exames laboratoriais para monitorar resultados

Quadro 3

Data	Prescrição de enfermagem	Horário
	-Fazer higiene corporal 1X ao dia	M
	-Realizar higiene oral e aplicar escovação com pasta dentifrícia e higiene do couro cabeludo, usar sabão neutro.	M
	-Fazer higiene íntima após as eliminações, inspecionar a região perineal e aplicar creme de barreira no local	M 8 12 16 21 SN

	Hidratação da pele 2x ao dia/ banho e toalet da tarde	M T	
	- Monitorar as proeminências ósseas:a cor da pele, sensibilidade, região de dor e sinais de LP.	MT N	
	- Avaliar o risco para LP com a Escala de Braden 1x ao dia	10	
	-Mudar decúbito e elevar a cabeceira em 30° (decúbito lateral D/decúbito lateral E, decúbito dorsal e usar posição ventral, se tolerar) Usar o relógio de mudança de decúbito em 2/2h	8 10 12 14 16 18 20 22 06	
	- Proteger proeminências ósseas com coxins.	M T N	
	-Evitar o uso de roupa de cama com textura áspera 1x	M sempre que necessário(SN)	
	Vestir o paciente com roupas folgadas 1x	M e SN	
	Supervisão da pele diariamente	M T N	
	Monitorar turgor da pele e elasticidade	M T N	
	Monitorar náuseas e vômitos	M T N	
	Identificar mudanças recentes do apetite e atividade	M T N	
	Conduzir a exames laboratoriais para monitorar resultados	SN	
	Monitorar ingestão calórica alimentar	M T N	
	Identificar anormalidades na cavidade oral(durante a higiene oral)	M	
	Realizar a avaliação da deglutição (função motora dos músculos faciais, orais e da língua)	M T N	
<i>Ass.</i> <i>Enf.</i>			

5.3 Implementação

Nesta etapa o plano de cuidados é executado, mas considerando que o caso fictício não haverá intervenção; temos que ter em mente que esta etapa permite a avaliação dos resultados das intervenções implementadas e o registro das respostas dos pacientes fornece dados preciosos para a reavaliação e tomada de decisão.

5.4 Avaliação

Nesta etapa verifica-se o alcance das metas estabelecidas no planejamento. Entretanto, por considerar que o caso é fictício, não será realizada a avaliação através do registro da evolução de enfermagem.

UNIDADE 3

Descrição: Nesta unidade abordaremos um único módulo com exercícios propostos: 1) elaborar um estudo de caso, em word, conforme a vivência do participante e 2) 10 questões objetivas para fixar o conhecimento.

MÓDULO 6 - Exercícios de Fixação

6.1 Quiz

1. Qual a etapa do processo de enfermagem que compreende a fase de análise e interpretação dos dados coletados, com execução do raciocínio clínico e julgamento do enfermeiro?

- a) Avaliação de enfermagem
- b) Implementação de enfermagem
- c) Histórico de enfermagem
- d) Planejamento de enfermagem
- e) Diagnóstico de enfermagem

GABARITO: E

2. Referente às definições dos diagnósticos de enfermagem da NANDA -I/ 2020-2023, relacione a coluna 1 com a coluna 2:

Coluna 1

- 1. Lesão por pressão em adulto
- 2. Risco de lesão por pressão
- 3. Integridade da pele prejudicada
- 4. Risco de integridade da pele prejudicada

Coluna 2

- () Epiderme e/ou derme alteradas
- () Dano localizado na pele e/ ou tecido subjacente de um adulto, como resultado da pressão ou da pressão em combinação com o cisalhamento.
- () Suscetível a alterações na epiderme e/ou na derme, que podem comprometer a saúde.
- () Adulto suscetível a danos localizados na pele e/ ou tecido subjacente de, como resultado da pressão ou da pressão em combinação com o cisalhamento, que pode comprometer a saúde.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- a) 1 – 3 – 2 – 4 b) 3 – 1 – 4 – 2 c) 4 – 2 – 3 – 1 d) 2 – 4 – 1 – 3) 3 – 2 – 4 – 1

GABARITO: B

3. Referente ao Sistema de Linguagem Padronizada (SLP), marque a opção correta.

- a) Consiste na busca de uma linguagem comum entre os profissionais, para os fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem, que seja utilizada de forma universal, considerando as culturas e contextos.
- b) Proporciona mais do que um método claro de documentação, pois apenas permite a orientação e não contribuindo ao raciocínio clínico do enfermeiro
- c) É holístico e assegura como benefícios que as intervenções sejam elaboradas para o cliente e não apenas para a doença.
- d) Corresponde a uma linguagem destinada à execução do plano de cuidados, tornando viável a sua ação.
- e) Consiste em priorizar os diagnósticos de enfermagem essenciais, estabelecer os resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem identificado e para cada resultado esperado e relacionar a uma prescrição ou ação de enfermagem.

GABARITO: A

4. O processo de enfermagem é composto por cinco etapas interdependentes e fluídas, marque a opção incorreta.

- a) Na etapa da implementação este plano de cuidados é executado
- b) Na etapa da avaliação o enfermeiro realiza, uma avaliação sistemática, deliberada e contínua, para apurar as mudanças nas respostas do cliente, família ou comunidade.
- c) Na etapa do planejamento o resultado é estabelecido e mensurável, não precisa necessariamente selecionar indicadores, estes podem ser aleatórios, para serem analisados e comparados.
- d) Na etapa do diagnóstico de enfermagem observa-se o julgamento clínico de uma resposta humana a condições de saúde, processos de vida, ou suscetibilidade a essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade
- e) Na etapa da coleta de dados se obtém os dados objetivos e subjetivos das pessoas, de forma deliberada e sistemática

GABARITO: C

5. É fundamental que o Enfermeiro estabeleça um histórico com as pessoas avaliadas, visto a sua complexidade.

Na investigação de dados objetivos

Inspeção: O Enfermeiro deve observar: a pele: alterações da cor, uniformidade, hidratação, higiene, turgor, perdas e outras alterações teciduais. Além da presença de dispositivos médicos em uso, que podem resultar em pressão tecidual e comprometer a saúde.

A respeito dessa conduta, é correto afirmar que:

- a) Está incorreta, pois corresponde a última técnica propedêutica a ser aplicada pelo enfermeiro, este deve priorizar sua avaliação na queixa principal manifestada pelo cliente.

b) é a conduta recomendada, pois a inspeção da pele compreende o primeiro passo das técnicas propedêuticas.

c) está incorreta, pois a pele e seus anexos, correspondem dados objetivos e subjetivos no momento da coleta de dados.

d) está parcialmente correta, pois a inspeção deve observar as características da pele, presença de dispositivos médicos e seus anexos como as unhas (cor e aderência) e os cabelos (quantidade, distribuição, cor e textura).

e) é contraindicada no exame físico da pele e seus anexos, pois pode mascarar resultados mais importantes como a palpação de áreas acometidas com lesões sólidas. A fim de verificar volume, localização, turgor e temperatura.

GABARITO: D

6.Quais as etapas do processo de enfermagem que o enfermeiro realiza, quando executa o plano de ação proposto, verifica se os resultados foram alcançados e se emergiram novos problemas de saúde?

a)Planejamento e avaliação

b)Coleta de dados e julgamento clínico

c)Implementação e avaliação

d)Planejamento e implementação

e)Planejamento e avaliação

GABARITO: C

7.O processo de enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN no. 358/2009). Neste sentido, assinale a alternativa correta.

a)Deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em ambientes públicos, nos ambientes privados dependerá da avaliação do empregador.

b)Compreende 04 etapas que são interdependentes, inter-relacionadas e recorrentes.

c)Organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do plano de cuidados.

d)A fase de coleta de dados de enfermagem caracteriza-se por ser deliberada, sistemático e contínuo , realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações objetivas e subjetivas sobre o cliente.

e)A implementação consiste na fase de estabelecer os resultados a serem alcançados e a elaboração do plano de cuidados.

GABARITO: D

8.Conforme NANDA 2020/2023, o diagnóstico “Lesão por pressão em adulto” tem como definição o dano localizado na pele e/ ou tecido subjacente de um adulto, como resultado da

pressão ou da pressão em combinação com o cisalhamento. Referente às características definidoras e fatores relacionados, associe a Coluna 1 à Coluna 2.

Coluna 1

1. Características definidoras.
2. Fatores relacionados.

Coluna 2

- () Eritema
- () Dor em pontos de pressão
- () Diminuição da mobilidade física
- () Atrito de superfície
- () Perda de espessura total do tecido

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- a) 1 – 1 – 2 – 2 – 1.
- b) 1 – 1 – 1 – 2 – 1.
- c) 2 – 2 – 1 – 1 – 2.
- d) 2 – 1 – 2 – 1 – 2.
- e) 1 – 2 – 2 – 2 – 1.

GABARITO: A

9.No processo de enfermagem a NANDA corresponde a um sistema de linguagem padronizada. Portanto, sobre essa classificação:

- a) Auxilia nas etapas do processo de enfermagem
- b) Identifica e classifica os diagnósticos de enfermagem
- c) Identifica e classifica as intervenções de enfermagem
- d) Direciona as documentações e registros das anotações de enfermagem
- e) Permite classificar de forma eficiente os resultados esperados, com base em uma escala likert.

GABARITO: B

10.O diagnóstico de enfermagem é a etapa do raciocínio clínico e julgamento dos dados objetivos e subjetivos identificados na etapa de coleta de dados, para o planejamento assistencial de enfermagem.

Para NANDA 2023 a definição "dano localizado na pele ou em tecido subjacente de um adulto, como resultado de pressão ou pressão em combinação com cisalhamento" (EuropeanPressureUlcer Painel consultivo 2019).

Com a intenção de antever os fatores de risco sobre a lesão por pressão e estabelecer um plano de cuidados preventivo, o enfermeiro em sua prática diária pode aplicar as escalas preditivas, denominadas;

- a)Fugilin
- b)Morse
- c)SAS (SedationAgitationScale)
- d)Glasgow
- e)Braden

GABARITO : E

6.2 Realizar o planejamento de enfermagem para um raciocínio clínico a dermatite associada a incontinência. Elaborar um texto em word, com base no SLP (NOC e NIC).

UNIDADE 4

Tem comprovante de participação?

Os participantes aprovados receberão um comprovante de participação em pdf em seu ambiente virtual ou e-mail, após a obtenção de média e atendimento do prazo de estudo.

Quais os critérios de avaliação?

Constará de uma avaliação online com 10 questões objetivas com tempo previsto de 50 minutos para conclusão da atividade.

Além de uma atividade reflexiva, acompanhada de julgamento clínico, logo após a leitura de um estudo de caso com formulação de um plano de cuidados individualizado, direcionado ao tema lesão por pressão, que o profissional deverá enviar no formato word para correção.

O estudo, atividades e avaliação devem ocorrer no prazo de 10 dias, com aproveitamento de 70% do resultado final, para obtenção do certificado

CONGRATULAÇÕES!

Neste módulo educativo você revisou as etapas do processo de enfermagem e a certificou-se da importância de se aplicar uma linguagem universal em uma ciência, através da abordagem do SLP, com uma aproximação das taxonomias NANDA I, NOC e NIC. Além de direcionarmos esses conceitos com foco em um plano de cuidados preventivo ao tema lesão por pressão com base em um estudo de caso fictício.

Se você chegou até aqui, PARABÉNS!!

Isso evidencia uma rotina autodidata, baseada no compromisso e organização, que colaboraram para superar etapas importantes. A fim de, aprender e crescer profissionalmente, com contribuição à prática clínica. Esperamos que você tenha apreciado o módulo educativo e de como foi demonstrado o conteúdo proposto.

REFERÊNCIAS

ALFARO LE-FREVE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem- Fundamento para o raciocínio clínico**. 8^a.ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.

BARROS, A.L.B.L, et al. **Processo de Enfermagem: guia para a prática/Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**. 1a. Ed. São Paulo: COREN-SP, 2015.

BITENCOURT, J.V.O.V, et al. Ressignificando o aprendizado acerca do processo de enfermagem para desenvolver raciocínio clínico. **Salud UIS**, Santa Catarina, 55: e23010, p.1-10, set.2022.

BUTCHER, H.K. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**.7^a.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2020.

BRASÍLIA, 2009. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009. 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. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 02 nov. 2022.

BRANDÃO, A.C.M.A.G. **Dermatite associada à incontinência e os fatores associados: estudo de prevalência em um Centro de Terapia Intensiva**.2017. Dissertação(Mestrado em Enfermagem Fundamental)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2017. Acesso em: 28 abr. 2023.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**.1^a.ed., São Paulo: COREN-SP, 2015.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Processo de enfermagem: guia para a prática / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo**.2^a.ed., São Paulo: COREN-SP, 2021.

Feridas crônicas. Disponível em :http://eerp.usp.br/feridascronicas/recurso_educacional_lp_1_3.html. Acesso em: 04 abr. 2023.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação - 2021-2023**.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC): mensuração dos resultados em saúde**. 6^a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

POTTER, P.A; PERRY,A.G. et al. **Fundamentos de Enfermagem** .9ªed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

TESTA, G.S.L. **Cuidados de enfermagem para prevenção de lesões por fricção no idoso hospitalizado em terapia intensiva : revisão integrativa** . 2022. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.Acesso em: 29 abr. 2023.