

MELHORANDO O REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



MPEA - Mestrado Profissional em Enfermagem -UFF Universidade Federal Fluminense
Parceria COREN-MG - Projeto de implementação de Melhorias.
Projeto de pesquisa: Registro do processo de enfermagem de enfermagem
de uma Unidade Coronariana em Hospital privado de Belo Horizonte:
implementação de boas práticas

BOAS PRÁTICAS

NO REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

UNIDADE CORONARIANA- HMT

Belo Horizonte, 2024



BOAS PRÁTICAS NO REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

UNIDADE CORONARIANA

Organizadores:

Mônica Ferreira Bruzaferro: Enfermeira graduada pela PUC Minas que atualmente está cursando mestrado profissional em enfermagem pelo MPEA UFF, demonstrando seu compromisso com a educação continuada e busca constante por aprimoramento profissional. Sua especialização em urgência emergência e trauma e sua especialização em terapia intensiva evidenciam sua expertise em lidar com situações críticas e complexas na área da saúde. Além disso, sua atuação como enfermeira assistencial da UCO do Hospital Madre Teresa em Belo Horizonte mostra sua dedicação em prestar cuidados de qualidade aos pacientes, contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar.

Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco : Dra. em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (UFF) é uma profissional altamente qualificada e experiente. Com bacharelado e licenciatura em enfermagem, mestrado e doutorado em Ciências Cardiovasculares, além de especialização em Enfermagem Intensivista, ela possui conhecimento profundo sobre a área de cuidados cardíacos. Sua linha de pesquisa se concentra no processo de enfermagem em pacientes com Insuficiência Cardíaca, tanto em ambientes hospitalares quanto ambulatoriais. Além disso, a enfermeira é Coordenadora da Assistência de Enfermagem da Unidade Coronariana do Hospital Universitário Antônio Pedro, membro do Time de Processo de Enfermagem (HUAP/UFF), Professora Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (EEAAC/UFF) e Vice Coordenadora da Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente (UFF).

Paula Vanessa Peclat Flores: Dra. em Enfermagem, graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, bem como uma pós-graduação/residência em Clínica Médica e Cirúrgica e outra em Terapia Intensiva Cardiológica. Além disso, ela possui mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutorado em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense. Atualmente, ela é professora Adjunto III do Mestrado Profissional Assistencial em Enfermagem - MPEA e da disciplina de Saúde do Adulto e Idoso II do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica/MEM, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

Júlia Da Silva Diniz: Enfermeira graduada pela Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais



PREZADO(A) ENFERMEIRO(A),

A presente cartilha é fruto da parceria do Mestrado Profissional em Enfermagem -UFF, por meio da pesquisa intitulada "Registro do processo de enfermagem de uma Unidade Coronariana em Hospital privado de Belo Horizonte: implementação de boas práticas. Tem o objetivo de disseminar informações que possam contribuir com o trabalho das equipes e com o cuidado prestado a pacientes coronarianos. O Processo de Enfermagem (PE) se distingue pelo seu caráter proativo, exigindo sempre uma análise dos riscos e do bem-estar, mesmo na ausência de problemas. É fundamental que os profissionais reconheçam claramente o objeto de sua atuação, possibilitando assim mudanças significativas na vida do indivíduo, da família e da comunidade. Esse entendimento permite ao enfermeiro desenvolver um trabalho baseado em modelos de cuidado, utilizando o pensamento crítico como alicerce para suas decisões.

Esperamos que este material possa contribuir na melhoria do seu trabalho e de toda sua equipe!





SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UCO	7
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA LITERATURA PACIENTE CARDIOLÓGICOS	13
PASSO A PASSO ACESSO AO SISTEMA NO TASY	15
PLANO DE CUIDADO PREVALENTES NA UCO	31
RESOLUÇÃO COFEN Nº 736/2024	42
GUIA DE RECOMENDAÇÕES	44
GUIA PARA AS PRATICAS DE PROCESSO DE ENFERMAGEM	45
RECOMENDAÇÕES PARA REGISTROS DE ENFERMAGEM NO EXERCICIO DA PROFISSÃO	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS E AGRADECIMENTOS	47



APRESENTAÇÃO

Processo de Enfermagem e Registro de Enfermagem

O processo de enfermagem (PE) é uma metodologia essencial na prática profissional da enfermagem, pois oferece uma estrutura sistemática para o cuidado individualizado e de qualidade aos pacientes. Como evidência da execução do processo de enfermagem, necessita-se que os registros de enfermagem sejam realizados com fidedignidade e clareza.

É uma abordagem sistemática e organizada para o cuidado de enfermagem, que envolve etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. Esse processo fornece uma estrutura para o cuidado individualizado e baseado em evidências, permitindo a identificação das necessidades do paciente, o estabelecimento de metas de cuidado e a avaliação dos resultados alcançados.

O processo de enfermagem e o registro de enfermagem estão intrinsecamente ligados, uma vez que o registro é uma etapa essencial do processo. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a importância do registro de enfermagem como um instrumento de comunicação, documentação e registro legal das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem².

PROCESSO DE ENFERMAGEM PRÁTICA UCO

1



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Admissão, avaliação dos riscos (escalas), exame físico, Motivo da internação, Comorbidades

2



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Julgamento Clínico, definição dos planos de cuidados

3



PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Seleção das intervenções criteriosa, pertinentes a cada caso clínico.

4



IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Checagem das intervenções e recomendações

5



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução do enfermeiro incluindo mensuração das metas e progresso

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

A Avaliação de Enfermagem também chamado de investigação clínica, é a primeira etapa do atendimento prestado pela equipe de enfermagem ao paciente. Nela, é realizada uma inspeção para encontrar e coletar informações importantes, a fim de direcionar os cuidados e o encaminhamento dos procedimentos.

Sendo assim, é um momento de diálogo com o paciente, onde ele irá relatar o que tem passado, apresentando sintomas e queixas. Em uma espécie de anamnese, com o diálogo guiado e direcionado pelo profissional, o paciente deve fornecer informações que precisam ser bem interpretadas pela equipe de enfermagem.

Uma avaliação de enfermagem completa é a base para um processo de enfermagem (PE) de qualidade. Isso porque, a partir dessa etapa inicial, o enfermeiro pode realizar as dinâmicas necessárias para a assistência clínica ao paciente, incluindo um diagnóstico preciso e uma prescrição adequada a cada caso. O que conter na Avaliação:

- Situação atual que levou à internação. Dados subjetivos trazidos pelo paciente/família/cuidador/profissional de saúde que incluam o início da queixa principal e a evolução histórica dela, incluindo os fatores associados, exames, os tratamentos já realizados.
- Ansiedade, preocupações, expectativas e desejos relacionados à internação.
- Situação social e ambiente/circunstâncias em que vive
- Enfrentamento da situação atual com a doença
- Crenças e atitudes em relação à vida.
- Atividade de vida diária
- Prioridades relevantes de enfermagem de acordo com a avaliação

Esta avaliação deve ser registrada documentalmente. Esse registro deve ficar disponível para consulta de outros profissionais, promovendo a comunicação nítida entre eles. A etapa de avaliação exerce papel fundamental para a humanização na enfermagem.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O Diagnóstico de enfermagem tem como objetivo identificar as necessidades dos pacientes, focando nas reações humanas a questões de saúde. Os enfermeiros avaliam não apenas aspectos físicos, mas também emocionais, sociais e psicológicos, fundamentando o plano de cuidados personalizado. No Brasil, o interesse por essa prática cresceu no final da década de 80, resultando na formação de grupos de enfermeiros dedicados ao desenvolvimento de diagnósticos na assistência, educação e pesquisa. A função do diagnóstico de enfermagem é facilitar o cuidado da enfermagem.

Após os dados serem coletados, é preciso transformá-los em um diagnóstico de enfermagem. Isso requer capacidade de raciocínio, experiência e pensamento crítico por parte do profissional para que seja possível interpretar exames e tudo que foi coletado junto ao paciente. Para iniciar esse processo, uma dica é agrupar os dados de acordo com sinais e sintomas e de forma lógica, usando raciocínio clínico, características em comum ou então através de padrões identificados.

Existem diversas organizações que regulam e definem diagnósticos de enfermagem no mundo. Na América do Norte, o principal delas é a Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). Outras organizações incluem a Associação para Diagnósticos, Intervenções e Resultados da Enfermagem Europeia Comum (ACENDIO) na Europa, a Associação Francófona Europeia de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (AFEDI) de língua francesa e a Associação Espanhola de Nomenclatura e Taxonomia e Diagnósticos de Enfermagem (AENTDE) em língua castelhana.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

O planejamento de enfermagem é uma etapa essencial para garantir a excelência no cuidado dos pacientes. Ele envolve o processo de desenvolvimento de estratégias e ações que visam atender às necessidades individuais de cada paciente, levando em consideração o seu estado de saúde, histórico médico e preferências pessoais.

O objetivo principal do planejamento de enfermagem é promover a qualidade e a segurança nos cuidados prestados, buscando o bem-estar e a recuperação dos pacientes. Por meio de uma abordagem sistematizada, os enfermeiros são capazes de identificar os principais problemas de saúde e estabelecer metas e intervenções adequadas para cada caso.

O planejamento de enfermagem é baseado em uma análise minuciosa das informações coletadas sobre o paciente, como exames médicos, histórico de doenças, medicamentos em uso e outros fatores relevantes. A partir dessas informações, o enfermeiro é capaz de identificar as necessidades específicas do paciente e elaborar um plano de cuidados individualizado.

Esses planos de cuidados são desenvolvidos levando em consideração os objetivos a serem alcançados e as intervenções necessárias para atingi-los. Eles podem incluir a administração de medicamentos, realização de curativos, monitoramento de sinais vitais e outras ações que visam promover a recuperação do paciente.

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

A etapa da implementação das intervenções de enfermagem é aquela em que o profissional da área coloca em prática tudo aquilo que ele planejou. Ou seja, é a execução do plano terapêutico.

O sucesso na etapa da implementação resulta do esforço de uma equipe multidisciplinar composta por diversos profissionais da área da saúde.

Por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A Evolução de Enfermagem é a quinta e ultima fase do processo de enfermagem, nela precisa-se responder a algumas questões importantes, como:

- O tratamento foi efetivo e gerou os resultados esperados?
- Os indicadores do paciente tiveram mudanças?
- O diagnóstico inicial foi acertado?
- Há algum outro problema apresentado?

Esta etapa compara as informações e identifica possíveis falhas, com o intuito do profissional rever suas práticas e aplicar outros tipos de intervenção. Permitindo a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA LITERATURA PACIENTES CARDIOLÓGICOS

D	E	B	I	T	O	C	A	R	D	I	A	C	O	G	I	V
D	I	M	I	N	U	I	D	O	Y	G	R	R	N	N	H	O
I	N	T	O	L	E	R	A	N	C	I	A	I	I	I	D	L
D	A	T	I	V	I	D	A	D	E	O	N	S	R	V	E	U
F	O	V	H	G	S	U	Q	E	A	W	A	C	A	O	L	M
P	E	R	M	T	Y	P	G	C	C	D	B	O	C	L	I	E
D	U	H	A	F	L	J	A	G	A	I	Z	D	M	A	Q	E
X	D	O	A	G	H	L	R	C	C	I	O	E	S	L	U	X
S	N	E	G	R	U	C	I	O	U	S	F	Q	G	U	I	C
G	E	Y	V	B	D	D	Q	V	T	R	W	U	G	F	D	E
Q	W	L	M	O	U	W	A	A	O	Q	I	E	T	T	O	S
Z	A	A	F	J	L	V	O	O	K	T	E	D	A	H	S	S
F	E	F	E	L	P	A	D	R	A	O	X	A	J	G	D	I
D	C	R	E	S	P	I	R	A	T	O	R	I	O	U	N	V
H	P	Y	W	W	S	I	N	E	F	I	C	A	Z	O	O	O
P	E	R	F	U	S	A	O	T	I	S	S	U	L	A	R	X
E	V	I	N	E	F	I	C	A	Z	G	G	G	Y	T	H	V

- DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
- INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE
- PERFUSÃO TISSULAR INEFICAZ
- VOLUME EXCESSIVO DE LÍQUIDOS
- RISCO DE QUEDA

- DOR AGUDA
- PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA
- DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA LITERATURA PACIENTES CARDIOLÓGICOS

A NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association) é uma organização que desenvolve e mantém uma lista de diagnósticos de enfermagem padronizados, que são amplamente utilizados para identificar e classificar as respostas humanas a problemas de saúde. Esses diagnósticos ajudam os enfermeiros a planejar e implementar cuidados de saúde personalizados, baseados nas necessidades individuais dos pacientes.

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA são classificados em três categorias principais:

- **Diagnósticos Reais:** Esses diagnósticos refletem problemas de saúde presentes no momento da avaliação do paciente. Eles são identificados a partir de sinais e sintomas observados, e indicam uma resposta humana atual e identificável. Por exemplo, "Dor aguda", "Déficit de autocuidado" ou "Respiração ineficaz" são diagnósticos reais que indicam problemas concretos que requerem intervenção imediata.
- **Diagnósticos de Risco:** Os diagnósticos de risco referem-se a situações nas quais o paciente tem o potencial de desenvolver um problema de saúde, mas que ainda não se manifestou. Eles são usados para identificar fatores de risco ou vulnerabilidades que podem levar a complicações futuras. Um exemplo seria "Risco de infecção", "Risco de lesão" ou "Risco de quedas". O objetivo aqui é prevenir o surgimento do problema, através de ações preventivas.
- **Diagnósticos de Promoção da Saúde:** Esses diagnósticos são voltados para promover o bem-estar e a saúde do paciente, mesmo que não haja um problema de saúde imediato. Eles buscam identificar as condições em que o paciente tem o potencial para melhorar sua saúde e qualidade de vida. Um exemplo é "Prontidão para melhorar o padrão de sono" ou "Prontidão para melhorar a nutrição". O enfermeiro trabalha com o paciente para desenvolver estratégias que promovam comportamentos saudáveis.

PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

1 Avaliações: Avaliar o paciente para identificar necessidades – clicar em adicionar

Tasy Prontuário Eletrônico > Plano de Cuidado X Carla Aparecida Medina Du

David Bortolini	Atendimento 1563	Prontuário 100003803	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1980	Idade 43a 8m 9d	Sector - Leito UTI I 19	Entrada 16/01/2024 13:42:27	PD N/A	Dias de internação 3	Filiação 1 Mãe	Convênio Abertta Saude	Nome social/ativo N/A
-----------------	---------------------	-------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------	---------------------------	--------------------------

Avaliação do paciente

De: 03/01/2024 Até: 18/01/2024 Condição: Sim Tipo: Plano de c... Mostrar: Sim Ações do filtro

Seu filtro não encontrou nenhum resultado.

Adicionar

Planos de cuidado

Esta lista está vazia.

PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

2- Após clique em salvar.

Avaliação do paciente Excluir Inativar Fechar

Profissional
965121 Carla Aparecida Medina Dias

Atendimento
1563

Modelo

* Data do registro 18/01/2024 11:12:09 UTC-03:00 1º horário 11:12 UTC-03:00

Validade (h)
168

☒ Iniciar agora

Início da validade 18/01/2024 11:12:08 UTC-03:00 Fim de validade 25/01/2024 10:59:59 UTC-03:00

Prescrição

Observação

Salvar e adicionar outro Cancelar **Salvar**

Plano de cuidado + Planos de cuid... Problemas Intervenções

Planos de cuidado

Esta lista está vazia

Clique nos três pontinhos e depois definir plano de cuidado

Tasy

Prontuário Eletrônico > Plano de Cuidado

David Bortolini Atendimento 1563 Prontuário 100003803 Sexo Masculino Nascimento 09/05/1980 Idade 43a 8m 9d Setor - Leito UTI 119 Entrada 16/01/2024 13:42:27 PO N/A Dias de internação 3 Filiação 1 Mae Convênio Aberta Saude Nome social/al... N/A

Avaliação do paciente Adicionar Excluir Inativar Ver **Avaliar paciente...** Liberar

De: 03/01/2024 Até: 18/01/2024 Considerar: Sim Tipo Plano de c.: Mostrar: Sim Ações do filtro

Status	Data do registro	Profissional	Setor	Função	Progresso do paciente	Ater
?	18/01/2024 11:12:09 (U...	Carla Aparecida Medina Dias	UTI I	Enfermeiro		

Planos de cuidado + Planos de cuid... Problemas Intervenções

Planos de cuidado

Esta lista está vazia

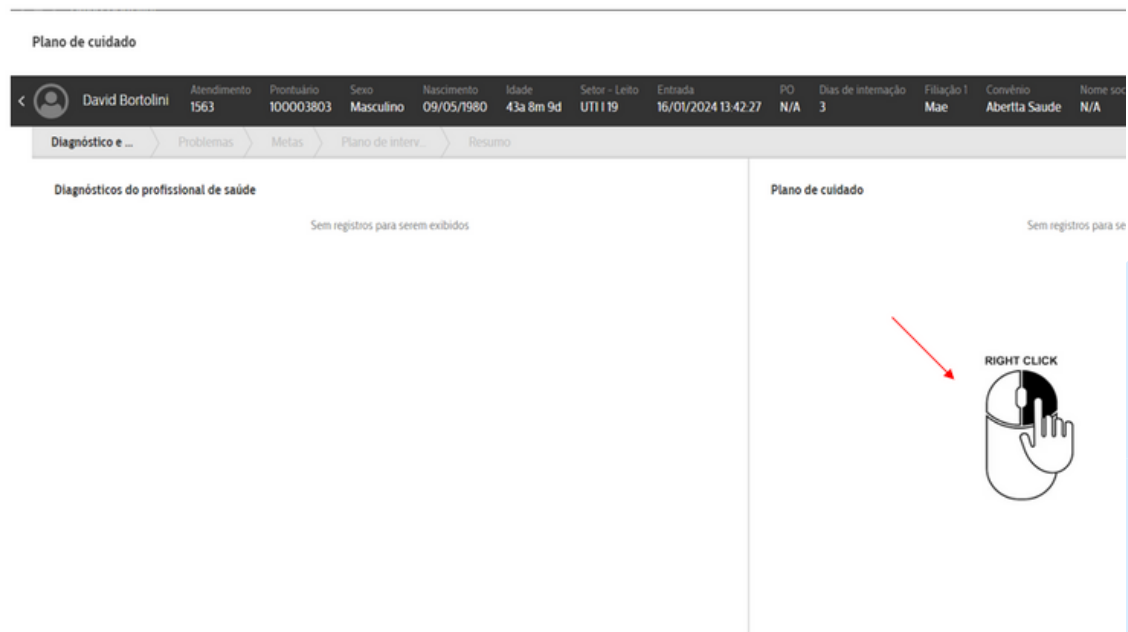
Mostrar legendas

Registros: 1 - 1 de 1

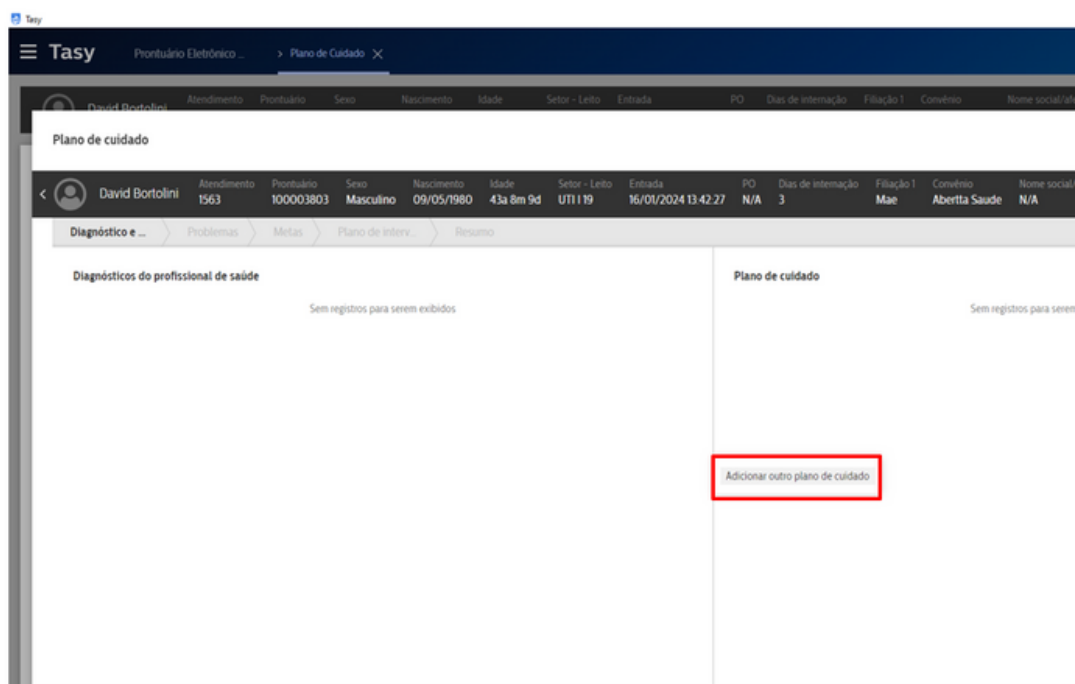
PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

Do lado direito, em plano de cuidado, clique com o botão direito.



Botão direito, adicionar outro plano de cuidado



PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

Plano de cuidado

ADULTO HOSP

População Alvo

Palavras chave

Ações do filtro

Filtrar

Adicionar outro plano de cuidado

Plano de cuidado	População Alvo	Palavras chave
Abstinência alcoólica (Adulto Paciente internado)	ADULTO	alcohol,withdr
Acidente vascular encefálico (AVC)/hemorragio (A...	ADULTO	All malformati
Acidente vascular encefálico (AVC)/isquêmico (incl...	ADULTO	brain,stroke,C
Acidente vascular encefálico (AVC)/(Pediátrico Pac...	PEDIÁTRICO	All malformati
Adaptação à hospitalização (Pediátrico Paciente i...	PEDIÁTRICO	adjustment,be
Alteração do processo de pensamento (Adulto Pa...	ADULTO	cognition,delus
Alteração do processo de pensamento (Pediátrico...	PEDIÁTRICO	cognition,delus
Amamentação (Adulto, Obstétrica Paciente inter...	ADULTO,OBSTETRICA	breast,breast m
Amamentação (Pediátrico Paciente internado)	PEDIÁTRICO	breast,breast m
Amamentação (Recém - Nascido, UTI neonatal Pa...	RECÉM - NASCIDO,UTI NEONATAL	breast,breast m
Amputação de membro (Adulto Paciente internad...	ADULTO	amputation,ext
Amputação de membro (Pediátrico Paciente inter...	PEDIÁTRICO	amputation,ext
Anemia (Adulto Paciente internado)	ADULTO	anemia,blood i
Anemia (Pediátrico Paciente internado)	PEDIÁTRICO	anemia,blood i

Página 1 de 22 Linhas por página 20 Registros: 1 - 14 de 302 Selecionados: 1

Cancelar Adicionar

Plano de cuidado

ADULTO HOSP

População Alvo

Palavras chave

Ações do filtro

Filtrar

Adicionar outro plano de cuidado

Plano de cuidado	População Alvo	Palavras chave
Paciente Adulto Hospitalizado (Adulto, Obstetrici...	ADULTO,OBSTETRICA	general,inpate

Registros: 1 - 1 de 1 Selecionados: 1

Cancelar Adicionar

Adicione de acordo com seu julgamento clínico

PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

Selecione os problemas relacionados ao caso,
desmarcando o que não for pertinente .
Clique em avançar.

Plano de cuidado

David Bortolini	Atendimento 1563	Prontuário 100003803	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1980	Idade 43a 8m 9d	Sector - Lote UTI I 19	Entrada 16/05/2024 13:42:27	PO N/A	Dias de internação 3	Filiação I Mãe	Convênio Aberta Saude	Nome social/ativo N/A
-----------------	------------------	----------------------	----------------	-----------------------	-----------------	------------------------	-----------------------------	--------	----------------------	----------------	-----------------------	-----------------------

Diagnóstico e p... Problemas Metas Plano de intern... Resumo

Problemas

Plano de cuidado: Amputação de membro (Adulto Paciente intern...)

- ☒ Adaptação à cirurgia (amputação de membro)
- ☒ Capacidade funcional prejudicada (amputação de extremidade)
- ☒ Cuidados com membro residual (amputação de extremidade)
- ☐ Desequilíbrio hídroeletrolítico (amputação de extremidade)
- ☒ Dor (amputação de extremidade)
- ☒ Efeitos residuais da anestesia (amputação de extremidade)
- ☒ Infecção (amputação de extremidade)
- ☐ Mobilidade intestinal prejudicada (amputação de extremidade)
- ☒ Náuseas e vômitos no pós-operatório (amputação de extremidade)
- ☒ Retenção urinária no pós-operatório (amputação de extremidade)
- ☒ Sangramento (amputação de extremidade)

Plano de cuidado: Paciente Adulto Hospitalizado (Adulto, Obstetr...)

- ☒ Prevenção de infecção (paciente adulto hospitalizado)
- ☒ Prevenção de lesão (paciente adulto hospitalizado)
- ☒ Prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) (paciente adulto hospi...)
- ☒ Promoção de bem-estar (paciente adulto hospitalizado)
- ☒ Promoção do conforto (paciente adulto hospitalizado)
- ☒ Transição de cuidado bem-sucedida (paciente adulto hospitalizado)

Cancelar processo Ir para o resumo Voltar Avançar

As metas aparecem selecionadas, pois, estão correlacionadas aos problemas identificados.
Clique em avançar.

Plano de cuidado

David Bortolini	Atendimento 1563	Prontuário 100003803	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1980	Idade 43a 8m 9d	Sector - Lote UTI I 19	Entrada 16/05/2024 13:42:27	PO N/A	Dias de internação 3	Filiação I Mãe	Convênio Aberta Saude	Nome social/ativo N/A
-----------------	------------------	----------------------	----------------	-----------------------	-----------------	------------------------	-----------------------------	--------	----------------------	----------------	-----------------------	-----------------------

Diagnóstico e p... Problemas Metas Plano de intern... Resumo

Metas clínicas

Problema: Adaptação à cirurgia (amputação de membro)

- ☒ Meta: Enfrentamento ideal da amputação Amputação de membro
- ☒ Indicador: Enfrentamento ideal da amputação Amputação de membro

Problema: Capacidade funcional prejudicada (amputação de extremidade)

- ☒ Meta: Capacidade funcional ideal Amputação de membro
- ☒ Indicador: Capacidade funcional ideal Amputação de membro

Problema: Cuidados com membro residual (amputação de extremidade)

- ☒ Meta: Cicatrização adequada do membro residual (coto) Amputação de membro
- ☒ Indicador: Cicatrização adequada do membro residual (coto) Amputação de membro

Problema: Dor (amputação de extremidade)

- ☒ Meta: Controle aceitável da dor Amputação de membro

Cancelar processo Voltar Avançar

Plano educacional

Plano de cuidado: Amputação de membro (Adulto Paciente internado)

- ☒ Autogerenciamento
- ☒ Quando procurar assistência médica
- ☒ Visão geral

Plano de cuidado: Paciente Adulto Hospitalizado (Adulto, Obstetrícia Paciente internado)

- ☒ Educação geral
- ☒ Segurança

PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

Selecione Plano de intervenção pertinentes, lembre-se as intervenções vão para o ADEP. Clique em avançar.

Diagnóstico e p...

Problemas

Metas

Plano de interv...

Resumo

Intervenções sugeridas

Problema: Adaptação à cirurgia (amputação de membro)

☒ Apoiar a resposta psicossocial ⓘ

▲

☒ Cuidados com família/sistema de apoio

☒ Medidas de apoio

☒ Terapia complementar

☒ Apoiar a resposta psicossocial ⓘ

▲

☒ Cuidados com família/sistema de apoio

☒ Medidas de apoio

☒ Terapia complementar

Problema: Capacidade funcional prejudicada (amputação de extremidade)

☒ Otimizar a capacidade funcional ⓘ

▲

☒ Assistência à atividade fornecida

☒ Dispositivos auxiliares utilizados

☒ Gestão de atividades

☒ Promoção de autocuidado

☒ Uso de equipamento adaptativo

☒ Otimizar a capacidade funcional ⓘ

▲

☒ Assistência à atividade fornecida

☒ Dispositivos auxiliares utilizados

☒ Gestão de atividades

☒ Promoção de autocuidado

☒ Uso de equipamento adaptativo

Problema: Dor (amputação de extremidade)

☒ Prevenir ou manejar a dor ⓘ

▲

☒ Atividades recreativas

☒ Intervenções para o manejo da dor

☒ Terapia complementar

☒ Prevenir ou manejar a dor ⓘ

▲

☒ Atividades recreativas

☒ Intervenções para o manejo da dor

☒ Terapia complementar

Cancelar processo

PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

Faça uma revisao em resumo, tudo certo?
Clique em finalizar

Plano de cuidado

<	David Bortolini	Atendimento 1563	Prontuário 100003803	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1980	Idade 43a 8m 9d	Sector - Leito UTI I 19	Entrada 16/01/2024 13:42:27	PO N/A	Dias de internação 3	Filiação I Mãe	Convênio Abertia Saúde	Nome social/afetivo N/A
---	-----------------	---------------------	-------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------	---------------------------	----------------------------

Diagnóstico e p... > Problemas > Metas > Plano de interv... > **Resumo**

Resumo

Diagnósticos do profissional de saúde

- Sugerido
- Adicionado pelo usuário

Plano de cuidado: Amputação de membro (Adulto Paciente internado)

- Problema: Adaptação à cirurgia (amputação de membro)
 - Plano de intervenção: Apoiar a resposta psicossocial
 - Intervenção: Cuidados com família/sistema de apoio
 - Intervenção: Medidas de apoio
 - Intervenção: Terapia complementar
 - Meta de cuidado: Enfrentamento ideal da amputação Amputação de membro
 - Indicador: Enfrentamento ideal da amputação Amputação de membro
- Problema: Capacidade funcional prejudicada (amputação de extremidade)
 - Plano de intervenção: Otimizar a capacidade funcional
 - Intervenção: Assistência à atividade fornecida
 - Intervenção: Dispositivos auxiliares utilizados
 - Intervenção: Gestão de atividades
 - Intervenção: Promoção de autocuidado
 - Intervenção: Uso de equipamento adaptativo
 - Meta de cuidado: Capacidade funcional ideal Amputação de membro

[Cancelar processo](#)

Responda “Não” para adicionar previamente o aprazamento.

Tasy

Prontuário > Histórico > Plano de Cuidado

Carla Aparecida Medina Dias

David Bortolini	Atendimento 1563	Prontuário 100003803	Sexo Masculino	Nascimento 09/05/1980	Idade 43a 8m 9d	Sector - Leito UTI I 19	Entrada 16/01/2024 13:42:27	PO N/A	Dias de internação 3	Filiação I Mãe	Convênio Abertia Saúde	Nome social/afetivo N/A
-----------------	---------------------	-------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------	---------------------------	----------------------------

Avaliação do paciente

Adicionar Excluir Incluir Ver Avaliar paciente Liberar

De 16/01/2024 Até 16/01/2024 Cancelar Sim x Tipo Plano de Cuidado x Mostrar x Ações do filtro x

Status	Data do registro	Profissional	Sector	Função	Progresso do paciente	Ação
Ativo	16/01/2024 11:12:09:53	Carla Aparecida Medina Dias	UTI	Enfermeiro		

Planos de cuidado

Sequência	Plano de cuidado	Data	Usuário
538	Paciente Adulto Hospitalizado (Adulto, Obterido)	16/01/2024 11:29:33	0414447601
532	Amputação de membro (Adulto Paciente internado)	16/01/2024 11:29:33	0414447601

Confirmação

Deseja liberar o registro?

Registros: 1 - 1 de 1

Registros: 1 - 2 de 2

PASSO A PASSO ACESSO NO SISTEMA TASY

Realize o aprazamento de todas as
intervenções prescritas

Clique em intervenções

The screenshot shows the Tasy system interface for patient David Bortolini. The 'Intervenções' tab is highlighted with a red box. The interface includes a patient assessment section on the left and a list of interventions on the right.

Avaliação do paciente

Adicionar Excluir Inativar Ver Avaliar paciente ... Liberar

De: 03/05/2024 Até: 18/05/2024 Considerar: Sim Tipo: Plano de c... Mostrar: Sim Ações do filtro

Status	Data do registro	Profissional	Sector	Função	Progresso do paciente	Ações
1	18/01/2024 11:12:09 (U...)	Carla Aparecida Medina Dias	UTI I	Enfermeiro		Ater

Mostrar legendas Registros: 1 - 1 de 1

Intervenções

Adicionar Excluir Ver

Status	Intervenção	Pontos	Intervalo	Sequência de apresentação	Classificação	Código
	Alterações esperadas relacionadas com a ...	1			1 ELSEVIER	
	Assistência à atividade fornecida	1			1 ELSEVIER	
	Comentários sobre preocupações	1	2/2hs SAE		1 ELSEVIER	
	Cuidados com família/sistema de apoio	1			1 ELSEVIER	
	Dispositivo de proteção de pele	1			1 ELSEVIER	
	Dispositivos auxiliares utilizados	1			1 ELSEVIER	
	Equipamento necessário após a alta	1			1 ELSEVIER	
	Gestão de atividades	1			1 ELSEVIER	
	Intervenções para náuseas/vômitos	1			1 ELSEVIER	
	Intervenções para o manejo da dor	1			1 ELSEVIER	
	Lista de fornecedores oferecidos/dados	1			1 ELSEVIER	
	Manejo da infecção	1			1 ELSEVIER	
	Manejo de membro residual	1			1 ELSEVIER	
	Manejo do sangramento	1			1 ELSEVIER	
	Medidas de apoio	1			1 ELSEVIER	
	Medidas estabilizadoras	1			1 ELSEVIER	
	Necessidades de ambulatório/agência/gru...	1			1 ELSEVIER	
	Paciente/Família antecipa a transição para	1			1 ELSEVIER	
	Posição corporal	1			1 ELSEVIER	

Mostrar legendas Página: 1 de 2 Linhas por página: --- Registros: 1 - 19 de 31

Escolha a intervenção e clique em Ver

The screenshot shows the Tasy system interface for patient Carla Aparecida Medina Dias. The 'Intervenções' tab is selected. The 'Ver' button is highlighted with a red box.

Avaliação do paciente

Adicionar Excluir Inativar Ver Avaliar paciente ... Liberar

De: 03/05/2024 Até: 18/05/2024 Considerar: Sim Tipo: Plano de c... Mostrar: Sim Ações do filtro

Status	Data do registro	Profissional	Sector	Função	Progresso do paciente	Ações
1	18/01/2024 11:12:09 (U...)	Carla Aparecida Medina Dias	UTI I	Enfermeiro		Ater

Mostrar legendas Registros: 1 - 1 de 1

Intervenções

Adicionar Excluir Ver

Status	Intervenção	Pontos	Intervalo	Sequência de apresentação	Classificação	Código
	Alterações esperadas relacionadas com a ...	1			1 ELSEVIER	
	Assistência à atividade fornecida	1			1 ELSEVIER	
	Comentários sobre preocupações	1	2/2hs SAE		1 ELSEVIER	
	Cuidados com família/sistema de apoio	1			1 ELSEVIER	
	Dispositivo de proteção de pele	1			1 ELSEVIER	
	Dispositivos auxiliares utilizados	1			1 ELSEVIER	
	Equipamento necessário após a alta	1			1 ELSEVIER	
	Gestão de atividades	1			1 ELSEVIER	
	Intervenções para náuseas/vômitos	1			1 ELSEVIER	
	Intervenções para o manejo da dor	1			1 ELSEVIER	
	Lista de fornecedores oferecidos/dados	1			1 ELSEVIER	
	Manejo da infecção	1			1 ELSEVIER	
	Manejo de membro residual	1			1 ELSEVIER	
	Manejo do sangramento	1			1 ELSEVIER	
	Medidas de apoio	1			1 ELSEVIER	
	Medidas estabilizadoras	1			1 ELSEVIER	
	Necessidades de ambulatório/agência/gru...	1			1 ELSEVIER	
	Paciente/Família antecipa a transição para	1			1 ELSEVIER	
	Posição corporal	1			1 ELSEVIER	

PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

Escolha o intervalo para a intervenção.

The screenshot shows the TASY system interface for patient David Bortolini. The 'Intervenções' tab is active. The 'Intervalo' dropdown menu is highlighted with a red box, showing the selection step. The interface includes a patient information header, a table of interventions, and a form for adding new interventions.

Status	Data do registro	Profissional	Sector	Função	Progresso do paciente	Ações
Ativo	18/01/2024 11:12:09 (U...)	Carla Aparecida Medina Dias	UTI I	Enfermeiro		

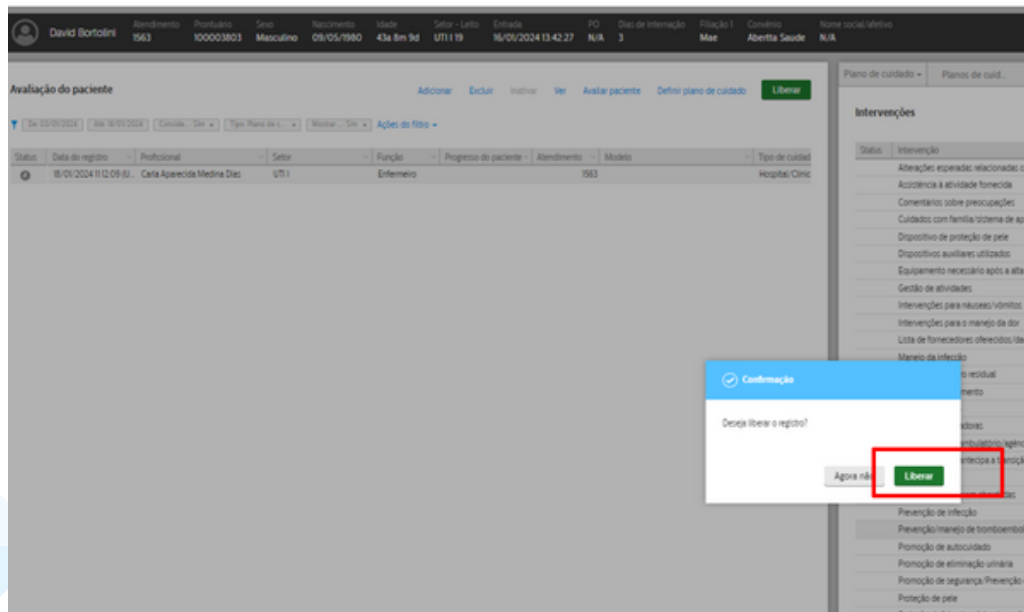
Desmarque a opção se necessário

The screenshot shows the TASY system interface for patient David Bortolini. The 'Intervenções' tab is active. The 'Se necessário' checkbox is highlighted with a red box, indicating the selection step. The interface includes a patient information header, a table of interventions, and a form for adding new interventions.

Status	Data do registro	Profissional	Sector	Função	Progresso do paciente	Atendimento	Módulo	Tipos de cuidado
Ativo	18/01/2024 11:12:09 (U...)	Carla Aparecida Medina Dias	UTI I	Enfermeiro		1563		Hospital/Clinic

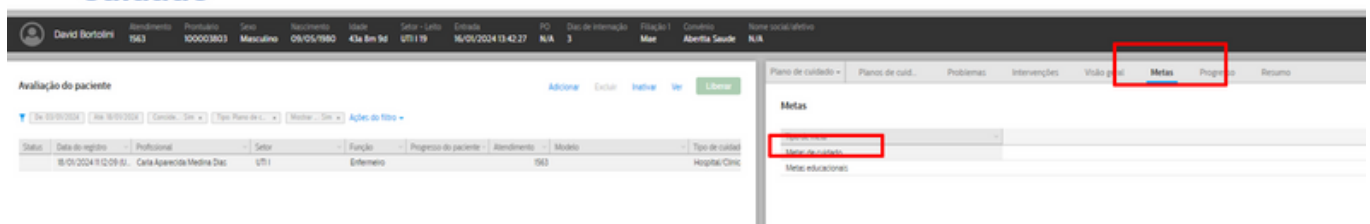
PASSO A PASSO ACESSO NO SISTEMA TASY

Finalizada esta etapa, liberar o plano

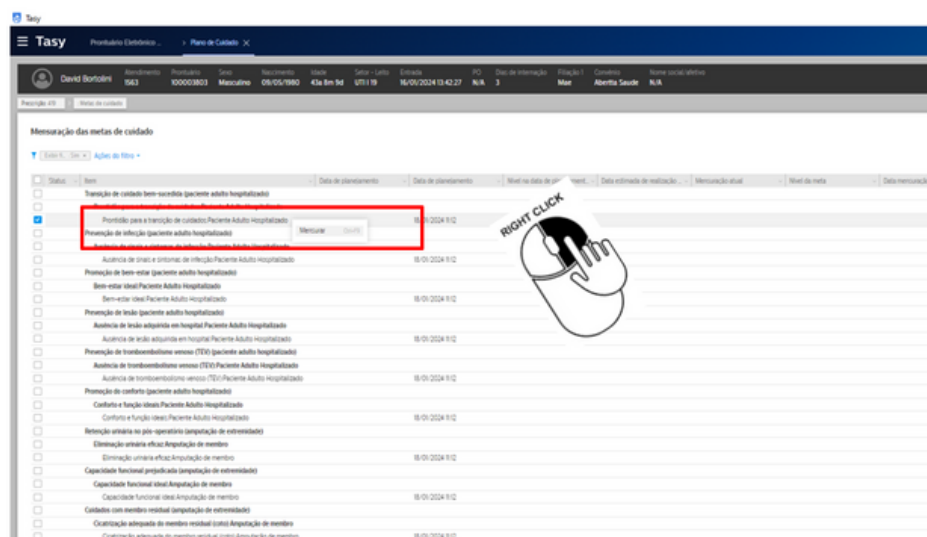


A cada 12 horas não esqueça de mensurar as metas propostas

Como mensurar as metas: clique em “metas” e clique duas vezes em “metas de cuidado”



Clique com o botão direito sob o texto e em mensurar



PASSO A PASSO ACESSO NO SISTEMA TASY

Mensure como o paciente evoluiu em relação a cada meta. Acrescente observações se necessário.

Selecione a mensuração

Mensuração

Sim

Observação

Fazer o progresso em direção à meta

Meta não atingida - revisar plano de cuidado

Meta do plano atingida

Meta atingida - adequado para esta

Cancelar OK

Libere o registro clicando em “OK”

Selecione a mensuração

Confirmação

Deseja liberar o registro?

Cancelar OK

PASSO A PASSO ACESSO NO SISTEMA TASY

Faça isso como todas as metas.

Item	Data de planejamento	Data de planejamento	Nível na data de planejamento	Data estimada de realização	Mensuração atual
Previdência para a transição de cuidados Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida
Prevenção de infecção (paciente adulto hospitalizado)	18/01/2024 12:42				
Ausência de sinais e sintomas de infecção Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				
Ausência de sinais e sintomas de infecção Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				
Promoção de bem-estar (paciente adulto hospitalizado)	18/01/2024 12:42				
Bem-estar ideal Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				
Prevenção de lesão (paciente adulto hospitalizado)	18/01/2024 12:42				
Ausência de lesão adquirida em hospital Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				
Prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) (paciente adulto hospitalizado)	18/01/2024 12:42				
Ausência de tromboembolismo venoso (TEV) Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				
Ausência de tromboembolismo venoso (TEV) Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				
Promoção de conforto (paciente adulto hospitalizado)	18/01/2024 12:42				
Conforto e função ideais Paciente Adulto Hospitalizado	18/01/2024 12:42				
Retenção urinária no pós-operatório (amputação de extremidade)	18/01/2024 12:42				
Eliminação urinária eficaz Amputação de membro	18/01/2024 12:42				
Eliminação urinária eficaz Amputação de membro	18/01/2024 12:42				
Capacidade funcional prejudicada (amputação de extremidade)	18/01/2024 12:42				
Capacidade funcional ideal Amputação de membro	18/01/2024 12:42				
Capacidade funcional ideal Amputação de membro	18/01/2024 12:42				
Cuidados com membro residual (amputação de extremidade)	18/01/2024 12:42				

Finalizando a mensuração de todas as metas, aparecerá desta forma:

Mensuração das metas de cuidado

Status	Item	Data de planejamento	Data de planejamento	Nível na data de planejamento	Data estimada de realização	Mensuração atual	Nível da meta
Adaptação à cirurgia (amputação de membro)							
Entretimento ideal da amputação Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida	
Entretimento ideal da amputação Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida	
Sangramento (amputação de extremidade)							
Ausência de sangramento Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida	
Ausência de sangramento Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida	
Dor (amputação de extremidade)							
Controle aceitável da dor Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta não atingida - revis...	
Controle aceitável da dor Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta não atingida - revis...	
Capacidade funcional prejudicada (amputação de extremidade)							
Capacidade funcional ideal Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Fazendo progresso em di...	
Capacidade funcional ideal Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Fazendo progresso em di...	
Náuseas e vômitos no pós-operatório (amputação de extremidade)							
Alívio de náuseas e vômitos Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Fazendo progresso em di...	
Alívio de náuseas e vômitos Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Fazendo progresso em di...	
Efeitos residuais da anestesia (amputação de extremidade)							
Recuperação de anestesia/medação Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta não atingida - revis...	
Recuperação de anestesia/medação Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta não atingida - revis...	
Infecção (amputação de extremidade)							
Ausência de sinais e sintomas de infecção Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida	
Ausência de sinais e sintomas de infecção Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida	

Agora vamos mensurar as metas educacionais, clique em metas de cuidado para voltar.

Mensuração das metas de cuidado

Status	Item	Data de planejamento	Data de planejamento	Nível na data de planejamento	Data estimada de realização	Mensuração atual	Nível da meta	Data mensuração	Obs
Adaptação à cirurgia (amputação de membro)									
Entretimento ideal da amputação Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida		18/01/2024 13:03	
Entretimento ideal da amputação Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida		18/01/2024 13:03	
Sangramento (amputação de extremidade)									
Ausência de sangramento Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida		18/01/2024 13:03	
Ausência de sangramento Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta do plantão atingida		18/01/2024 13:03	
Dor (amputação de extremidade)									
Controle aceitável da dor Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta não atingida - revis...		18/01/2024 13:03	
Controle aceitável da dor Amputação de membro		18/01/2024 12:42				Meta não atingida - revis...		18/01/2024 13:03	
Capacidade funcional prejudicada (amputação de extremidade)									
Capacidade funcional ideal Amputação de membro									

Clique duas vezes em metas educacionais:



PASSO A PASSO

ACESSO NO SISTEMA TASY

Mensure os indicadores da meta educacional

☐ guardião legal

☐ mãe

☐ nenhum

☐ outro significado

☒ paciente

☐ pai

Observação

Eficácia

Meta atingida – demonstrou

Observação

Cancelar OK

No final, precisamos avaliar o progresso do paciente em relação ao plano de cuidados, clique em progresso e em seguida – adicionar.

[illegible]

Registre se o paciente progrediu, regrediu ou não teve alterações:

[illegible]

PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO

Descrição clínica

Cuidados com o adulto hospitalizado no ambiente de tratamento intensivo apresentando risco, por causa da internação, de problemas potencialmente evitáveis.

Informações-chave

- O monitoramento frequente e a intervenção precoce e proativa podem prevenir o desenvolvimento de problemas-chave frequentemente associados à internação hospitalar.
- Se um problema real se desenvolver, o plano de cuidados do paciente deve ser atualizado para incluir intervenções ativas com foco no tratamento.

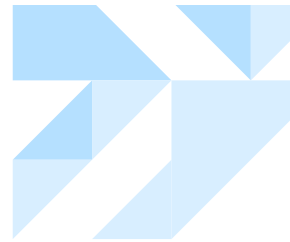
Objetivos clínicos por transição de cuidado

O paciente irá demonstrar a realização dos seguintes objetivos:

- Conforto e função ideais
- Ausência de sinais e sintomas de infecção
- Ausência de lesão adquirida em hospital
- Prontidão para a transição de cuidados
- Ausência de tromboembolismo venoso (TEV)
- Bem-estar ideal

PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

ARRITMIA



Descrição clínica

Cuidados com o paciente hospitalizado que experimenta um ritmo cardíaco anormal que pode ser de origem sinusal ou ectópica e regular ou irregular.

Informações-chave

- A arritmia pode ser o resultado de um distúrbio na formação de impulsos, na condução ou em ambos.
- Há risco aumentado de alteração do ritmo durante os primeiros dias de uso de um novo medicamento antiarrítmico.

Objetivos clínicos por transição de cuidado

O paciente irá demonstrar a realização dos seguintes objetivos:

- Ritmo cardíaco normalizado



PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Descrição clínica

Cuidados com o paciente hospitalizado com complicações graves relacionadas à disfunção aguda ou crônica da contratilidade cardíaca.

Informações-chave

- Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e apneia central do sono (ACS) são comumente associadas à insuficiência cardíaca. A servo-ventilação adaptativa (SVA) usada para ACS pode estar associada a maior mortalidade em pacientes com baixa fração de ejeção (FE).
- A hipervolemia por congestão hemodinâmica (pressão de enchimento ventricular esquerda elevada) pode estar presente sem sinais ou sintomas clínicos típicos (desconforto respiratório, crepitações, edema, turgência jugular, congestão na radiografia de tórax), uma vez que a congestão clínica pode ocorrer mais tardiamente.
- A restrição de sódio e líquidos é prática comum no tratamento da insuficiência cardíaca e é uma intervenção recomendada dentro das diretrizes da prática clínica. As pesquisas não conseguiram demonstrar os benefícios desta intervenção. Em algumas situações, este tratamento causou mais danos do que benefícios. Recomenda-se que as restrições de sódio e líquidos sejam personalizadas para cada paciente e para a situação clínica, e não implementadas como prática comum para todos os pacientes com insuficiência cardíaca.
- A depressão é comum na insuficiência cardíaca e pode aumentar durante a internação, afetando o tempo de internação e as taxas de readmissão.
- Tanto pacientes idosos quanto jovens correm risco de comprometimento cognitivo e devem ser examinados. A taxa de reinternação aumenta quando há comprometimento cognitivo.
- A anemia pode ser uma complicação da insuficiência cardíaca. A suplementação de ferro pode ser necessária para atingir o nível adequado de hemoglobina.

PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Objetivos clínicos por transição de cuidado

O paciente irá demonstrar a realização dos seguintes objetivos:

- Enfrentamento ideal
- Débito cardíaco adequado
- Frequência e ritmo cardíacos estáveis
- Melhora da capacidade funcional
- Equilíbrio hidroeletrólítico
- Ingestão oral melhorada
- Oxigenação e ventilação efetivas
- Padrão respiratório eficaz durante o sono



PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

DOR TORÁCICA

Descrição clínica

Cuidados com o paciente hospitalizado que sente desconforto ou dor torácica.

Informações-chave

- Quando houver risco ou suspeita de doença cardíaca, a isquemia miocárdica, até que se prove o contrário, deve sempre ser considerada como a causa de dor torácica. A intensidade da dor torácica tem pouca associação com a gravidade da causa.
- Inicialmente a dor torácica deve ser investigada quanto às causas com risco de vida como síndrome coronariana aguda, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, pneumotórax hipertensivo ou dissecção aórtica. Quando a causa cardíaca é identificada, o tratamento oportuno deve ser iniciado.
- Mulheres, pacientes com diabetes e idosos frequentemente têm apresentações únicas de dor cardíaca isquêmica.
- Outras causas de dor torácica podem incluir tensão muscular, desconforto gástrico ou esofágico (por exemplo, doença do refluxo gastroesofágico), pericardite, pneumonia, costochondrite, pancreatite, infecção por herpes zóster e uso de cocaína.

Objetivos clínicos por transição de cuidado

O paciente irá demonstrar a realização dos seguintes objetivos:

- Resolução dos sintomas de dor torácica

PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

RISCO DE QUEDA

Descrição clínica

Cuidado com o paciente hospitalizado que apresenta risco aumentado de queda ou lesão relacionada à queda.

Informações-chave

- Pacientes com risco aumentado de lesão por quedas incluem aqueles com histórico de distúrbio ósseo (osteoporose, fratura, câncer ósseo, uso extensivo de esteroides), lesão anterior relacionada à queda, presença de distúrbio hemorrágico, terapia de anticoagulação, equilíbrio prejudicado, eliminação prejudicada e idade superior a 65 anos, bem como cirurgia abdominal, torácica ou de membros inferiores recente.
- Os protocolos de avaliação de risco não impedem quedas; eles simplesmente ajudam a prevenir. A avaliação da equipe de saúde se sobrepõe ao protocolo de risco. Se a equipe multiprofissional considerar o paciente em risco de queda, medidas apropriadas devem ser instituídas.
- A preocupação de uma pessoa com a queda pode ser funcional e promover a segurança. No entanto, quando essa preocupação se torna desproporcional às habilidades físicas, ela pode resultar em prevenção de atividades desnecessárias, descondicionamento físico, redução de qualidade de vida e, paradoxalmente, aumento de risco de quedas. Isso é mais prevalente em idosos frágeis.
- Medicamentos de alto risco relacionados a quedas incluem antiepiléticos, narcóticos, sedativos, diuréticos, laxantes, hipnóticos e agentes cardiovasculares, bem como insulina/hipoglicemiante oral, anestesia local e anestesia geral ou sedação recentes nas últimas 24 horas.
- Pacientes com 65 anos ou mais apresentam muitas quedas durante o uso do toalete sem assistência. O risco também aumenta quando pacientes com deficiência cognitiva são deixados sem supervisão em seus quartos.
- A falta de percepção do risco de quedas pode levar à relutância em participar de estratégias de prevenção de risco de quedas.

PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

RISCO DE QUEDA

Objetivos clínicos por transição de cuidado

O paciente irá demonstrar a seguintes objetivos:

- Ausência de queda ou de lesões relacionadas à queda



PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

AUMENTO DO RISCO DE LESÕES NA PELE

Descrição clínica

Cuidados com o paciente hospitalizado que apresenta maior potencial de danos à pele, desde epiderme e derme até o envolvimento de músculos e ossos (por exemplo, lesão por pressão, lesão por fricção, insuficiência cutânea, dermatite associada à umidade, lesão por adesivo, lesão relacionada à dispositivo médico).

Informações-chave

- A pele é o maior órgão do corpo e a primeira barreira de proteção. Lesões na pele podem ocorrer de fora para dentro, começando na superfície (por exemplo, dermatite associada a umidade, lesão relacionada com adesivo) ou de dentro para fora, começando profundamente nos tecidos com compressão sobre proeminências ósseas, resultando em isquemia nos tecidos.
- É difícil detectar hiperemia em pacientes com pele de pigmentação escura. Atenção especial a deve ser dada ao aquecimento, endurecimento, dor, textura e turgor para detectar o risco precoce de lesão por pressão.
- A prevenção de lesões cutâneas incorpora julgamento clínico, individualização e parceria com o paciente e sua família para o melhor sucesso da prevenção. As ferramentas de avaliação de risco são um complemento para o julgamento clínico e individualização de um plano de prevenção.
- A seleção cuidadosa das superfícies de apoio e o ajuste correto à base do leito ajudarão a evitar riscos de aprisionamento.
- Como o equipamento especializado é usado ao longo do tempo, ele pode não ter mais o suporte ou a proteção desejada. Verifique regularmente se a superfície de apoio não está danificada para garantir a funcionalidade adequada do equipamento.
- A frequência de reposicionamento deve ser individualizada para cada paciente, considerando a condição geral, objetivos do tratamento, conforto, tolerância da pele e dos tecidos. A posição lateral a 30 graus é preferível à de 90 graus.



PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

AUMENTO DO RISCO DE LESÕES NA PELE

Objetivos clínicos por transição de cuidado

O paciente irá demonstrar a realização dos seguintes objetivos:

- Saúde e integridade da pele

PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA



Descrição clínica

Cuidados com o paciente hospitalizado que apresenta angina prolongada não aliviada pelo repouso ou nitroglicerina, ou sintomas equivalentes de angina (dispneia, fraqueza, fadiga).

Informações-chave

- Sopros repentinos ou sinais de choque podem indicar defeitos estruturais cardiovasculares (aneurisma ventricular ou ruptura septal, ruptura do músculo papilar). Estas são complicações raras, mas graves, relacionadas ao tamanho e à área do infarto.
- Evite nitratos, diuréticos e outros agentes vasodilatadores [inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA)] em pacientes com disfunção do ventrículo direito (VD) e infarto agudo devido à dependência de manutenção da pressão de enchimento do ventrículo direito (VD) para manter o débito cardíaco; evite a terapia de nitrato em pacientes que receberam um inibidor da fosfodiesterase (por exemplo, sildenafil, vardenafil) nas últimas 24 horas (48 horas para tadalafil).
- Inicialmente, o paciente pode ter uma diminuição do apetite. À medida que seu apetite melhora, incentive uma dieta à base de vegetais, como a dieta mediterrânea. Esta dieta inclui frutas, verduras, legumes, nozes e peixes, e é pobre em gordura saturada, colesterol e carboidratos refinados. Não há evidências para apoiar restrições rotineiras de sódio, cafeína ou gelo. A restrição de sódio pode ser indicada se houver dano cardíaco significativo ; a restrição deve ser individualizada para o paciente.
- A depressão e a ansiedade estão associadas a risco aumentado de resultados adversos em pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA). Os pacientes com resultados de rastreamento positivo devem ser avaliados por um profissional qualificado no diagnóstico e tratamento da depressão.

PLANO DE CUIDADOS PREVALENTES NA UCO

SÍNDROME CORONARIANA AGUDA



Objetivos clínicos por transição de cuidado

O paciente irá demonstrar a realização dos seguintes objetivos:

- Ajuste ideal à doença
- Ausência de dor de origem cardíaca
- Ritmo cardíaco normalizado
- Efetividade da bomba cardíaca
- Perfusão tissular adequada

RESOLUÇÃO COFEN

Nº 736/2024

Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

Art. 1º O Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base.

Art. 3º Os diagnósticos, os resultados e os indicadores, as intervenções e ações/atividades de enfermagem podem ser apoiadas nos Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem, em protocolos institucionais, e com os melhores níveis de evidências científicas.

Art. 4º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

§ 2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

§ 3º Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde.

Acesse o Guia pelo endereço:

www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/



RESOLUÇÃO COFEN Nº 736/2024

Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

Deverá envolver:

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

§ 4º Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

§ 5º Evolução de Enfermagem – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

Acesse o Guia pelo endereço:

www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/



GUIA DE RECOMENDAÇÕES

Para orientar o profissional de enfermagem no registro de suas atividades o COFEN disponibiliza o Guia de recomendações. sempre atento ao cumprimento das disposições contidas na Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973, na Lei n. 7.498/86 e no Decreto n. 94.406/87, que regulamentam o exercício da enfermagem profissional no Brasil, apresenta este Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem.

O objetivo fundamental é nortear os profissionais do setor para a prática dos registros de Enfermagem no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição.

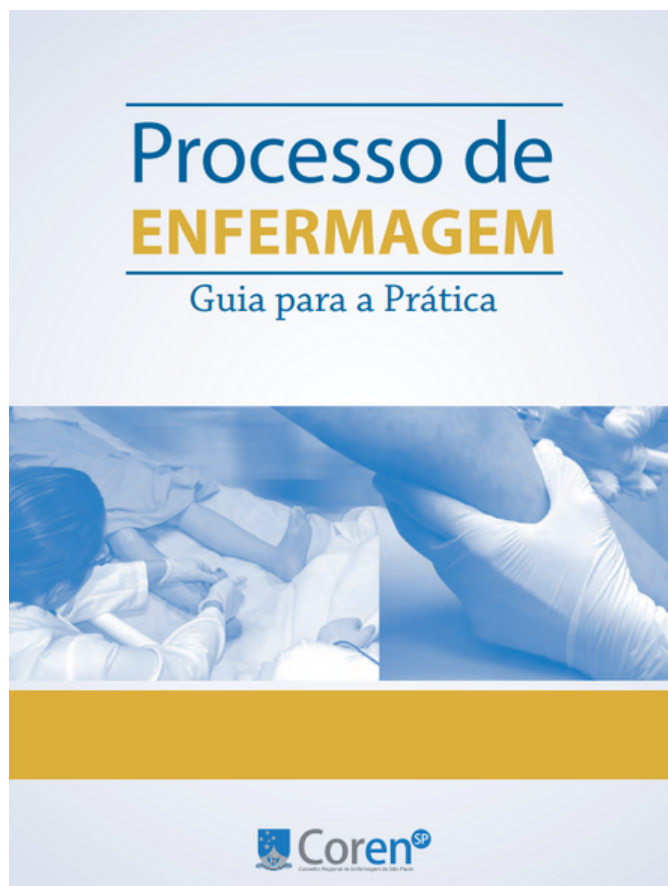
Os registros de enfermagem são essenciais no processo do cuidar, além de possibilitar uma comunicação segura entre os profissionais de Enfermagem e a equipe de saúde. O guia serve a inúmeras finalidades relacionadas ao ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais, e acima de tudo, a avaliação da qualidade da assistência prestada.

Acesse o Guia pelo endereço:

www.cofen.gov.br/profissional/recomendacoes-para-registros-de-enfermagem-no-exercicio-da-profissao/



GUIA PARA A PRÁTICA PROCESSO DE ENFERMAGEM



O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP, gestão 2015- 2017, apresenta aos profissionais de Enfermagem de São Paulo a publicação “Processo de Enfermagem: Guia para a Prática”. O presente guia é fruto dos debates e conclusões do Grupo de Trabalho sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem – SAE do COREN-SP e visa encorajar a reflexão sobre a aplicação e o aprimoramento dessa ferramenta no dia a dia do profissional.

Acesse o Guia pelo endereço:

<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>



RECOMENDAÇÕES PARA REGISTROS DE ENFERMAGEM NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO



Trata-se de indispensável instrumento para uso dos profissionais de Enfermagem que laboram diuturnamente nos mais diversos cenários da assistência de enfermagem, e que irão dispor de conteúdo prático, atualizado e revisado para realizar os registros com segurança e dessa forma melhorar a qualidade da assistência.

Acesse o Guia pelo endereço:

www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf



CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que o aprimoramento contínuo do processo de enfermagem é fundamental para garantir a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Por meio de uma prática reflexiva, do uso criterioso das melhores evidências e da colaboração com equipes multidisciplinares, os profissionais de enfermagem fortalecem seu papel como pilares.

O investimento em aprimoramento e atualização constante e no uso do registro eficaz torna-se, assim, um diferencial para a assistência humanizada, segura e eficiente.

Com dedicação e compromisso, a enfermagem pode transformar práticas, impactando positivamente a vida das pessoas e promovendo uma saúde mais justa e acessível a todos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda equipe responsável pela elaboração desta cartilha. em especial, à todos os profissionais da Unidade Coronariana do HMT; que nos permitiram juntos realizar a implementação das boas praticas no registro do processo de enfermagem. Ao MPEA-Mestrado Profissional em Enfermagem -UFF Universidade Federal Fluminense em Parceria COREN-MG - lisongeados pelo apoio e incentivo a implementação das boas praticas assistenciais.

