

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI			
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem			
	Data: 10/02/2020	Edição: 02	Páginas: 46	

PROTOCOLO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Elaborado por: Enf^a Dra. Karynne Borges Cabral. Especialista em Neonatologia e pediatria. Mestre e Doutora em Enfermagem – FEN/UFG. Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente em Saúde – HMU.

Aprovado: Enf^o Thiago dos Santos Souza. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva – IBEED; Controle de Infecção Hospitalar – CEEN/PUC-GO e em Enfermagem do Trabalho – IBEED. Diretor de Enfermagem – HMU.

RIO VERDE-GO
2020

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enf ^o Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Edição: 02	

APRESENTAÇÃO

O **Núcleo de Qualidade e Educação Permanente** (NQEP) do Hospital Municipal Universitário (HMU) foi criado em 08/01/2018, com o objetivo de planejar, organizar e fornecer ações de Educação Permanente a equipe de enfermagem e, revisar e/ou criar protocolos institucionais. Tais ações possuem a finalidade de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem em nossa instituição. Assim, propomos a implantação do Protocolo de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A implantação do presente protocolo visa atender a Resolução COFEN 358/ 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e determina que o Processo de Enfermagem seja realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem ⁽¹⁾.

Assim, apresentamos a primeira edição do protocolo Sistematização da Assistência de Enfermagem do HMU, elaborado com base na revisão da literatura atual, realizada em bases científicas, para identificação de protocolos existentes, validados ou em processo de validação e em literatura avaliadas como âncoras nesse assunto. Além disso, considerou - se a legislação pertinente e vigente em nosso país.

Ressaltamos que, a instituição do presente protocolo visa estabelecer normas e rotinas para a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem/Processo de Enfermagem, para atendimento dos pacientes internos no HMU nas clínicas médica, cirúrgica e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), buscando qualidade nas ações desempenhadas pela equipe de enfermagem do Hospital Municipal Universitário de Rio Verde – GO.

Advertimos que, a existência desse protocolo não anula a autonomia do profissional de enfermagem, bem como, não o torna irresponsável pelos procedimentos que executa. No entanto, ao optar por não seguir as normas estabelecidas no protocolo institucional, o profissional é responsável por ter clareza do procedimento, que por ele é desenvolvido e principalmente conhecimento técnico e científico que justifique sua atuação ⁽²⁾.

“Sempre existe um jeito melhor de fazer o que já estamos fazendo”
Clailton Luiz – Fundador da Line Coaching

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Edição: 02	

SUMÁRIO

Introdução	04
Objetivo	04
Justificativa	05
Finalidade	05
Equipe Necessária e funções	05
Função do Enfermeiro	05
Função do Técnico em Enfermagem	05
Admissão do paciente em clínica médica; cirúrgica e UTI	06
Finalidade	06
Resultados esperados	06
Material	06
Procedimento	06
Cuidados	07
Processo de Enfermagem	08
Coleta de dados / Histórico de Enfermagem	08
Diagnóstico de Enfermagem	08
Planejamento	09
Implementação da assistência de enfermagem / Prescrição de enfermagem	10
Avaliação	12
Considerações finais	13
Referências Bibliográficas	14
Apêndices	15
Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados – Anamnese e histórico de enfermagem UTI, Clínica médica e Clínica cirúrgica	16
Apêndice 2 – Formulário de diagnóstico e prescrição – Clínica Médica e Clínica Cirúrgica	18
Apêndice 3 – Formulário para descrição de diagnóstico e prescrição – UTI	20
Apêndice 4 – Formulário para descrição de Avaliação/Evolução diária – Clínica médica e Clínica Cirúrgica	21
Apêndice 5 – Formulário para descrição de Avaliação/Evolução diária – UTI	23
Anexos	25
Anexo 1 - Instruções para Aplicação da Escala de Morse – Risco de Quedas	26
Anexo 2 - Instruções para Aplicação da Escala de Braden – Risco para Lesão por pressão	32
Anexo 3 - Escala de Coma de Glasgow	38
Anexo 4 - Escalas Numéricas e Visuais da Intensidade da Dor	44

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo a enfermagem vem alcançando importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e, principalmente, na maneira de organizar os serviços e de dar respostas às demandas gerenciais e científicas da assistência de enfermagem. Nota-se que, a partir da década de 1950 houve crescente tendência dos profissionais de enfermagem em buscar procedimentos e/ou métodos que organizem o planejamento dos serviços de enfermagem de modo a tornar o desempenho de suas funções mais eficientes e gerar uma assistência de enfermagem de maior qualidade⁽³⁾.

Com a publicação da Resolução COFEN 358 de 15 de outubro de 2009, a Sistematização da Enfermagem / Processo de Enfermagem é consolidado como ferramenta de planejamento da assistência de enfermagem, sendo obrigatória a sua implantação em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem ⁽¹⁾.

O Processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da sua prática profissional. Sua operacionalização e documentação é o que evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando sua visibilidade. Assim, considera-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como ferramenta que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem⁽¹⁾.

O processo de Enfermagem, a ser realizado no Hospital Municipal Universitário de Rio Verde – GO observará os preceitos da legislação vigente do nosso país, organizando-se, portanto, em cinco etapas, interdependentes e recorrentes, a saber: Coleta de dados / Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Planejamento; Implementação e Avaliação da assistência de enfermagem⁽¹⁾. E o seu registro será realizado em formulários institucionais, conforme orientações desse protocolo.

OBJETIVO

Realizar assistência de enfermagem de forma sistematizada aos pacientes internos no Hospital Municipal Universitário.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

JUSTIFICATIVA

Acredita-se que, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, como processo organizacional, do trabalho da equipe de enfermagem, pode oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado, permitindo um olhar diferenciado para o processo saúde-doença dos pacientes submetidos aos cuidados de enfermagem da equipe do HMU.

FINALIDADE

Padronizar o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem a ser desenvolvido no HMU nos seguintes setores: Clínica médica; Clínica Cirúrgica e UTI.

EQUIPE NECESSÁRIA E FUNÇÕES

Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem a cada turno de trabalho nas 24 horas do dia.

Funções do Enfermeiro:

- Realizar histórico de enfermagem / coleta de dados;
- Realizar diagnóstico de enfermagem;
- Realizar o planejamento das intervenções de enfermagem;
- Realizar todos os procedimentos / cuidados de enfermagem, necessários ao manejo do paciente, que sejam privativos do profissional enfermeiro.
- Liderar, desempenhar e supervisionar a implementação das ações prescritas;
- Realizar avaliação de enfermagem das ações / cuidados desenvolvidos;
- Realizar anotações pertinentes do Processo / Sistematização da Assistência de Enfermagem no prontuário do paciente;

Funções do Técnico em Enfermagem:

- Participar na implementação do processo de enfermagem;
- Realizar as ações prescritas pelo enfermeiro, observando a Lei vigente que regulamenta as atividades inerentes à profissão;
- Realizar relatório pertinente de enfermagem;
- Checar os cuidados realizados no formulário de prescrição do enfermeiro.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Antes de iniciar o Processo / Sistematização da Assistência de Enfermagem, realizar processos administrativos de admissão do paciente na clínica médica; cirúrgica e UTI, conforme especificações descritas abaixo:

ADMISSÃO DO PACIENTE EM CLÍNICA MÉDICA; CIRÚRGICA E UTI

Finalidade:

Obter informações sobre o paciente para estabelecer as ações de enfermagem referentes ao cuidado.

Resultados esperados:

- Identificar o motivo da internação;
- Coletar dados sobre o paciente;
- Esclarecer normas e rotinas

Material:

- Bandeja;
- Material para controle de Sinais Vitais (termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetro);
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Fonte de vácuo;
- Extensor O2 – látex (SN);
- Extensor vácuo – látex (SN);
- Frasco para aspiração contínua (SN);

Procedimento:

- Receber solicitação de vaga;
- Confirmar vaga;
- Receber o cliente acompanhado pelo maqueiro e/ou colaborador de outro setor (recepção / ambulatório / outras unidades de atendimento primário);
- Conduzi-lo até o quarto e apresentá-lo aos demais clientes, se for quarto coletivo;
- Acomodar cliente ao leito, previamente organizado;

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

- Orientar o cliente e os familiares quanto às rotinas da unidade;
- Entregar documentação para o secretário do posto para que sejam tomadas as medidas administrativas de admissão;
- Dar entrada no livro de registros e censo;
- Lavar as mãos, fazer anamnese, coletando os dados importantes;
- Pesar e verificar os sinais vitais;
- Encaminhar ao serviço de nutrição informações sobre a dieta prescrita;
- Realizar o aprazamento da prescrição médica;
- Encaminhar para farmácia a prescrição médica juntamente com materiais digitados e receituários (se medicação controlada);
- Encaminhar pedidos de exames;
- Iniciar prescrição médica e de enfermagem;
- Anotar os controles e as informações colhidas no relatório de enfermagem;
- Fazer os procedimentos necessários (oxigênio, glicemia, etc.);
- Assinar e carimbar o relatório de admissão.

Cuidados:

- Se o paciente for pré-operatório, realizar o preparo conforme prescrição médica e solicitar para o paciente vestir a camisola / roupa apropriada (privativa do hospital) e retirar joias e / ou acessórios e próteses dentárias;
- Não menosprezar as informações descritas pelo cliente e familiares;
- Atenção durante o aprazamento;
- Manter o prontuário do paciente em ordem.

Após a admissão do paciente na clínica médica; cirúrgica e/ou UTI, deve-se dar início aos cuidados de enfermagem baseados no Processo / Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme padronização descrita abaixo:

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Coleta de dados / histórico de enfermagem

É a primeira etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Consiste na coleta de todas as informações referentes ao estado de saúde do cliente/usuário, da família e da comunidade. Tem o objetivo de identificar as necessidades, problemas, reações e preocupações do cliente⁽⁴⁾.

É fundamental que todas as informações coletadas sejam as mais precisas e fidedignas possíveis, para que o perfil de saúde ou de doença do cliente seja estabelecido. Deverá ser realizada na admissão de todos os pacientes da clínica médica / cirúrgica e UTI⁽⁴⁾.

A coleta de dados será realizada de forma direta (do próprio paciente – anamnese e exame físico) e indireta (relato de acompanhantes, informações contidas no prontuário e exames realizados).

Para auxiliar na coleta dessas informações o enfermeiro utilizará o formulário institucional padronizado (Apêndice 1).

Diagnóstico de enfermagem

É a segunda etapa da SAE e, consiste na análise e interpretação dos dados coletados. Portanto, para realizar o diagnóstico de enfermagem o enfermeiro deverá ser capaz de analisar, julgar, sintetizar e perceber os dados clínicos⁽⁴⁾.

Os diagnósticos de enfermagem baseiam-se não apenas nos problemas reais (voltados para o presente), mas também para os problemas potenciais (que podem ocorrer no futuro). E podem ser sintomas de disfunções fisiológicas, comportamentais, psicossociais ou espirituais⁽⁴⁾.

Os diagnósticos devem ser identificados e listados em ordem de prioridade, baseando-se a escolha pelo grau de ameaças ao nível de bem-estar do cliente, propiciando, embasamento real para as etapas subsequentes ⁽⁴⁾.

A determinação do diagnóstico de enfermagem será realizada utilizando as “Definições e Classificações de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA”⁽⁵⁾. O enfermeiro poderá utilizar diretamente o NANDA disponível nos postos de enfermagem.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Para o registro dos diagnósticos os enfermeiros das clínicas cirúrgica e médica, poderão utilizar o formulário de diagnósticos de enfermagem (Apêndice 2). Entretanto ao optar pela utilização do formulário, fica o enfermeiro responsável por complementar os diagnósticos não listados, sendo de sua inteira responsabilidade a determinação adequada do diagnóstico de enfermagem do paciente. Já a UTI realizará diagnóstico e prescrição próprios e o registro dar-se-á no “Formulário para descrição de diagnóstico e prescrição – UTI” (Apêndice 3).

Planejamento

É a terceira etapa do processo de enfermagem e consiste no planejamento das ações para se alcançar os resultados esperados diante dos diagnósticos de enfermagem encontrados⁽⁴⁾. Essa etapa do Processo de Enfermagem é fundamental por possibilitar que os profissionais enfermeiros mantenham uma comunicação a partir do estabelecimento de resultados esperados para cada necessidade (diagnóstico de enfermagem) levantada durante a anamnese e o exame físico dos clientes⁽⁴⁾.

O planejamento inicia-se pela priorização dos diagnósticos de enfermagem que foram estabelecidos. O enfermeiro deve analisar e determinar quais problemas e necessidades do cliente são urgentes e precisam de atendimento imediato e aqueles em que o atendimento poderá ser a médio e longo prazo⁽⁴⁾.

Após a priorização dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos a próxima etapa do planejamento é a avaliação dos resultados esperados. Essa etapa possibilita ao enfermeiro avaliar se os diagnósticos de enfermagem foram minimizados ou solucionados. Ou seja, se os diagnósticos de enfermagem foram eficazes⁽⁴⁾.

Para estabelecimento dos resultados esperados, deve - se considerar os seguintes aspectos:

1. Os resultados esperados devem se relacionar com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos na fase anterior;
2. Devem ser centrados no cliente e não no enfermeiro;
3. Devem ser claros e concisos;
4. Descrever um comportamento mensurável;
5. Ser realistas (atingíveis) e determinados junto com o cliente;

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

6. Devem ser atingíveis também, em relação aos recursos disponíveis do cliente e da instituição de saúde;
7. Apresentar limite de tempo.

Exemplo:	
Diagnóstico de enfermagem	Planejamento / resultado esperado
Déficit no autocuidado para banho/higiene, relacionada a sedação instituída, evidenciado por sujidades no couro cabeludo e cavidade oral com presença de grumos e halitose.	<p>O cliente irá adquirir capacidade de cuidar de si mesmo e de sua higiene corporal e bucal em até 30 dias.</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>O cliente apresentará a higiene corporal e bucal realizada adequadamente pela equipe de enfermagem em até 6 horas.</p>

Para elaboração / definição dos resultados esperados, com base nos diagnósticos estabelecidos, o enfermeiro poderá consultar o NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem, disponíveis nos postos de enfermagem. Se os resultados esperados não estiverem sendo alcançados, o enfermeiro deve reavaliar os diagnósticos, rever os prazos estipulados e os cuidados prescritos.

Implementação da assistência de enfermagem / Prescrição de enfermagem

A implementação da assistência de enfermagem é a quarta etapa do Processo de Enfermagem e efetiva-se na prescrição de enfermagem, propriamente dita. E visam monitorar o estado de saúde do paciente, a fim de minimizar riscos, resolver ou controlar um problema (diagnóstico de enfermagem), auxiliar nas atividades da vida e promover a saúde ⁽⁴⁾.

As prescrições de enfermagem devem basear-se no fator relacionado e nas características definidoras identificadas no enunciado do diagnóstico de enfermagem da NANDA, estabelecidos pelo enfermeiro após avaliação do paciente de forma coerente.

Isso porque, as prescrições de enfermagem definirão os cuidados de enfermagem necessários para se eliminar os fatores que estão contribuindo para o aparecimento da doença⁽⁴⁾. Devem ser redigidas de

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

maneira clara e completa, a fim de evitar que quem as leia fique com dúvidas a respeito das atividades a executar. E sua estrutura deverá conter as seguintes informações:

11

Estrutura da Prescrição de Enfermagem

O que fazer	Como fazer	Quando fazer	Onde fazer	Com que frequência fazer	Quem irá realizar (enfermeiro / técnico de enfermagem)	Por quanto tempo fazer ou o quanto fazer
-------------	------------	--------------	------------	--------------------------	--	--

Ressaltamos que, as prescrições de enfermagem podem ser dependentes, interdependentes ou independentes, conforme especificações abaixo:

- Prescrições dependentes:** Ação realizada ou concluída segundo solicitação médica, mas que requer julgamento ou tomada de decisão da enfermagem;
- Prescrições independentes:** Ações e / ou intervenções que podem resolver os problemas do cliente/usuário, sem consulta ou colaboração médica;
- Interdependentes:** Prescrições realizadas com participação mútua e com a colaboração de outros membros da equipe de saúde.

Observações importantes:

- Para cada diagnóstico de enfermagem deve haver um resultado esperado;
- Para cada resultado esperado, o enfermeiro deverá prescrever um ou mais cuidados de enfermagem.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Exemplo de prescrição de enfermagem

1. Realizar banho de leito uma vez ao dia (até as 09:00 horas) e sempre que o cliente necessitar (após autorização do enfermeiro). Comunicar ao enfermeiro sempre que for observado, durante esse procedimento, acometimentos ou lesões na pele ou mucosas. Comunicar ao enfermeiro em caso de intercorrências durante o banho. **Quem:** técnico em enfermagem.
2. Trocar curativo do acesso central na subclávia direita a cada 24 horas (10:00 horas), e sempre que estiver sujo, úmido ou solto. Limpar a área com clorexidina dergermante e remover com Soro fisiológico a 0,9%. Realizar o curativo com gaze e luva/pinça estéril, secar e ocluir com gaze e micropore. Anotar no curativo realizado a data da punção e a data do curativo e assinar. Caso detecte sinais flogísticos (dor, edema, calor, rubor ou disfunção), solicite avaliação médica. **Quem:** Enfermeiro.

Para realização da prescrição de enfermagem, o enfermeiro poderá consultar o livro NIC – Classificação das intervenções de enfermagem, disponível nos postos de enfermagem.

Avaliação

A avaliação ou evolução é a quinta etapa do processo de enfermagem e consiste na ação de acompanhar as respostas do cliente aos cuidados prescritos, por meio de anotações no prontuário ou nos locais próprios, da observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como do relato do cliente.

Ao avaliar o progresso do cliente, o enfermeiro deverá considerar a necessidade de instituir medidas corretivas e, se necessário rever as prescrições de enfermagem, realizando alterações em caso de necessidade percebida.

A avaliação ou evolução de enfermagem deve ser realizada diariamente e rigorosamente registradas em formulários próprios (Apêndice 4 e 5).

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Considerações Finais

13

A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo⁽¹⁾:

1. Um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
2. Os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
3. As ações ou intervenções / prescrições de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
4. Os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

O presente protocolo será revisado anualmente para ajustes iniciais, sendo posteriormente, revisado a cada dois anos com o objetivo de manter atualizados os procedimentos aqui padronizados.

Revisão: Enf^a Dra. Karynne Borges Cabral
Aprovado por: Enf^o Thiago dos Santos Souza

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enf ^o Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Referências Bibliográficas

14

- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358. 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 2009. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
- Lopes CT, Amorim AF, Nishi FA, Shimoda GT, Jensen R, Pimenta CAM. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. São Paulo: COREN-SP; 2017.
- Koerich MS, Backes DS, Nascimento KC, Erdmann AL. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007; 20(4):[446-51 pp.]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/09.pdf>.
- Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE, Sistematização da assistência de enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogman; 2008. 168 p.
- Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 215-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015. 468 p.
- Barbosa P, Carvalho L, Cruz S. Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015.
- D M R F Saraiva et al. Quedas: indicador da qualidade assistencial. Nursing. 2008(235):28-35.
- Morse J. Preventing Patient Falls. 2nd. ed. Springer Pub: New York; 2009.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quicke reference guide. Washington - EUA: Washington DC: National Ulcer Advisory Panel; 2009. 09 p.
- Cardoso L, Cavalhal R, Chácon R, Santo TE, Estévez aL, Ferreira MA, et al. Prevenção de úlceras por pressão. Manual de orientações para a Macaronésia. Grupo ICE, editor: Governo dos Açores, Secretaria Regional da Saúde.; 2010.
- Martins HS. Medicina de Emergências: abordagem prática. Barueri SP: Manole; 2016.
- Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. Escala de Coma de Glasgow: avalie da seguinte forma. GCS at 40 [Internet]. 2018 03/06/2018. Available from: <http://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>.
- American College of Surgeons. Trauma evaluation and management. Chicago2018.
- Ministério da Saúde. Circular Normativa Nº 09/DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registro da intensidade da dor. Direção Geral da Saúde [Internet]. 2003 09/08/2018:[04 p.]. Available from: <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Apêndices

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

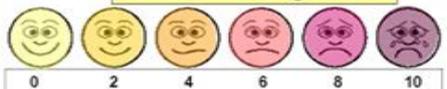
Apêndice 1 – Instrumento de coleta de dados – Anamnese e histórico de enfermagem UTI e Clínica médica e Clínica cirúrgica

Admissão do enfermeiro		Data: ___/___/___	Horário: _____	
Nome do Paciente: _____		Nº do Prontuário: _____		
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade: _____	Sexo: _____	Naturalidade: _____	
Estado civil: _____	Profissão: _____	Leito: _____	Peso: _____	
Religião: _____	Escolaridade: _____	Habitação: () Zona Urbana () Zona Rural () Próprio () Alugado		
Informações coletadas: () Paciente () Familiar/Acompanhante () Profissional da saúde: _____ () Outros _____				
Sinais vitais: PA _____ mmHg Temp. _____ °C FC _____ bpm FR _____ irpm Sat O2 _____				
Diagnóstico médico: _____				
Procedência: () Enfermaria HMU () UPA 24 h () Hospital Evangélico () outros _____				
Antecedentes clínicos pessoais				
Cardiopatias: () Não () Sim - Qual? _____ Hipertensão: () Não () Sim Diabetes: () Não () Sim				
Doença Pulmonar: () Não () Sim - Qual? _____ Patologia do Sistema urinário: () Não () Sim - Qual? _____				
Patologia do Sistema intestinal: () Não () Sim - Qual? _____				
() Obesidade () Alzheimer () AVC () Parkinson () Outros _____			Câncer: () Não () Sim - Qual? _____	
Antecedentes cirúrgicos: () Não () Sim Qual? _____			Tipo de tratamento _____	
Há quanto tempo? _____ Complicações: () Não () Sim - Qual? _____			Unidade de tratamento _____	
História da doença atual / Queixa principal _____				
Medicamentos em uso: _____				
Alergias: _____		Exames realizados e principais resultados: _____		
_____		_____		
_____		_____		

** Frente

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Nível de consciência: () Consciente/Orientado () Alerta () Inconsciente () Desorientado () Verbaliza () Não verbaliza () Vigil () Torporoso () Sonolento () Calmo () Agitado () Colaborativo () Não colaborativo Coma () Coma induzido por sedação	Alteração ocular: () Não () Sim Qual? _____
Exame Físico - Achados relevantes	
Escola de Coma de Glasgow – Pupila: _____ Ramsey _____ Braden _____ Morse _____	Geral: _____
ESCALA DE DESCRITORES VERBAIS Sem Dor Dor Leve Dor Moderada Dor Intensa Dor Insuportável Local e características da dor: _____	
Escala Visual Analógica SEM DOR _____ DOR INSUPORTÁVEL _____	SNC: _____
Escala de faces Wong Baker 	AR: _____
Hábitos pessoais: Tabagista: () Não () Sim - Quantos cigarros/ dia _____	
Etilismo: () Não () Sim - Quanto tempo? _____ Quantidade ingerida/dia _____	
Drogas Ilícitas: () Não () Sim - Qual? _____ Quanto tempo? _____	
Prática atividade física: () Não () Sim - Qual? _____ Frequência: _____	ACV: _____
Sono e repouso: Quantas horas dorme/dia _____ Utiliza medicamentos para dormir: () Não () Sim Quais e modo de uso? _____	Abdome: _____
Dieta: () VO () SNG () SOG () SNE () SOE () GGT () NPT () Jejunostomia Cavidade oral com alterações: () Não () Sim - Qual? _____ Mastigação prejudicada: () Não () Sim - Como? _____ Deglutição prejudicada: () Não () Sim - Como? _____ Alterações gástricas: () Não () Sim -> () Náuseas () Vômitos () Epigastralgia () Inapetência () Outras _____	MMSS: _____ MMII: _____
Audição: () Normal () Diminuída () Zumbido () Presença de prótese auditiva () Presença de processo inflamatório: () ouvido D () Ouvido E () Ambos	Outras obs: _____
Outras alterações: _____	

**Verso

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Apêndice 2 – Formulário de diagnóstico e prescrição – Clínica Médica e Clínica Cirúrgica

Nome do Paciente: _____		Data de Nascimento: _____		Leito: _____		Data: ____/____/____	
Diagnósticos de enfermagem							
<input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentário				<input type="checkbox"/> Falta de adesão			
<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada				<input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído			
<input type="checkbox"/> Obesidade				<input type="checkbox"/> Disposição para nutrição melhorada			
<input type="checkbox"/> Risco de sobrepeso				<input type="checkbox"/> Sobrepeso			
<input type="checkbox"/> Risco de função hepática prejudicada				<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável			
<input type="checkbox"/> Disposição para equilíbrio de líquidos melhorado				<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio eletrolítico			
<input type="checkbox"/> Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais				<input type="checkbox"/> Volume de líquido deficiente			
<input type="checkbox"/> Risco de volume de líquido deficiente				<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada			
<input type="checkbox"/> Volume de líquido excessivo				<input type="checkbox"/> Retenção urinária			
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária funcional				<input type="checkbox"/> Diarreia			
<input type="checkbox"/> Constipação				<input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipotermia			
<input type="checkbox"/> Constipação funcional crônica				<input type="checkbox"/> Risco de constipação			
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal				<input type="checkbox"/> Intolerância à atividade			
<input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada				<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz			
<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada				<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado			
<input type="checkbox"/> Disposição para sono melhorado				<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada			
<input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada				<input type="checkbox"/> Mobilidade no leito prejudicada			
<input type="checkbox"/> Fadiga				<input type="checkbox"/> Risco de resposta alérgica			
<input type="checkbox"/> Disposição melhorada para autocuidado				<input type="checkbox"/> Controle emocional instável			
Déficit no autocuidado: <input type="checkbox"/> alimentação <input type="checkbox"/> banho <input type="checkbox"/> Higiene íntima <input type="checkbox"/> Vestir-se				<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada			
<input type="checkbox"/> Confusão aguda				<input type="checkbox"/> Ansiedade			
<input type="checkbox"/> Memória prejudicada				<input type="checkbox"/> Enfrentamento ineficaz			
<input type="checkbox"/> Identidade pessoal perturbada				<input type="checkbox"/> Tristeza crônica			
<input type="checkbox"/> Enfrentamento familiar ineficaz				<input type="checkbox"/> Risco de infecção			
<input type="checkbox"/> Medo				<input type="checkbox"/> Risco de choque			
<input type="checkbox"/> Conflito de decisão				<input type="checkbox"/> Risco de úlcera por pressão			
<input type="checkbox"/> Risco de aspiração				<input type="checkbox"/> Risco de sangramento			
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada				<input type="checkbox"/> Outro diagnóstico:			
<input type="checkbox"/> Risco de quedas							
<input type="checkbox"/> Náuseas							

** Frente

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Intervenção / cuidado	Horário	Prescrição de Curativo:	Horário
() Orientação específica		Local:	
() Monitoramento de sinais vitais			
() Administração de medicamentos conforme prescrição médica			
() Monitorar gotejamento de soro			
() Trocar acesso venoso			
() Alimentação supervisionada			
() Aspiração de vias aéreas			
() Instalar oxigênio via cateter			
() Monitorar Glicemia Capilar			
() Mudança de decúbito			
() Hidratação da pele			
() Manter grades do leito elevadas			
() Caterismo vesical - avaliar e discutir com médico			
() Realizar balanço hídrico			
() Repouso no Leito			
() Monitorar e anotar características de evacuações			
() Aplicação de compressa morna - Local _____			
() Aplicação de compressa fria - Local _____		Outras prescrições:	Horário
() Auxílio / supervisão em banho/higiene oral			
() Auxílio no autocuidado: vestir-se / ir ao banheiro			
() Isolamento - Tipo: _____			
() Coleta e monitorização de Tap e TTPA			
() Coleta de gasometria arterial			
() Monitoramento de Hemograma pós transfusão sanguínea			
() Solicito apoio psicológico			
() Solicito avaliação do serviço social			
() Solicito avaliação da terapia ocupacional			
() Solicitar atendimento da fisioterapia			
() Plano de alta			
() Encaminhamento a equipe de atenção domiciliar			

**Verso

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Apêndice 3 – Formulário para descrição de diagnóstico e prescrição – UTI

	Nome:		Idade:
	Prontuário:	Sexo:	Enfermeiro:
	Diagnóstico médico:		
Diagnósticos de enfermagem		Prescrição de enfermagem	Horário

Obs: O preenchimento desde poderá ser realizado manualmente ou eletronicamente, conforme preferência do enfermeiro responsável.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Apêndice 4 – Formulário para descrição de Avaliação / Evolução diária – Clínica médica e Clínica Cirúrgica

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - CM e CC		Data: ___/___/___ Hora: _____	
Nome do Paciente: _____ N. do Prontuário: _____ Leito: _____ Sexo: _____		Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____ Naturalidade: _____ Profissão /Ocupação: _____	
Religião: _____ Escolaridade: _____ Fumante: () Sim () Não () NA Prática Atividade Física: () Não () Sim - Qual? _____			
Nível de Consciência:	Escala de Glasgow com Avaliação Pupilar (ECG-P)	Expansibilidade do Torax: () Normal	
() Consciente () Alerta () Coma	Item	Manhã	() Diminuída () Simétrica () Assimétrica
() Coma induzido por sedação	ABERTURA OCULAR	Espontânea 4	Tórax com: () Lesões () Drenos
() Vígil () Torporoso		Ordem Verbal 3	Abdome: () Plano () Globoso () Distendido
() Sonolento () Calmo () Agitado		Dor 2	Palpação: () Indolor () Dolorosa
() Orientado () Desorientado	MELHOR RESPOSTA VERBAL	Nenhuma 1	() Tenso () Flácido () Escavado
() Colaborativo () Não colaborativo		Orientado 5	() Presença de: () massa palpável () Drenos
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas		Confuso 4	RHA: () Presente () Ausente
() Mióse () Midríse		Palavras 3	() Hipoativo () Hiperativo
Mucosa ocular:	MELHOR RESPOSTA MOTORA	Sons 2	Local/características _____
() Hidratada () Desidratada		Nenhuma 1	
() Normocoradas () Hipocoradas () Ictéricas		Obedece Comando 6	Percussão: () Timpânico () Maciço
Mucosa Oral:	OLHOS NÃO REATIVOS À LUZ	Reage verb. Est. 5	Eliminações Fisiológicas:
() Hidratada () Desidratada		Localiza estímulo 4	Urinária: () Espontânea () Fralda
() Normocoradas () Hipocoradas () Ictéricas		Responde em flexão 3	() Cistostomia () Nefrostomia () SVD () SVA
Dieta: () Oral () SNG () SNE		Responde em ext. 2	Intestinal: () Ausente () Espontânea
() NTP () Dieta zero	Nenhuma 1	() Ileostomia () Colostomia	
Padrão de sono - reppuso:	TOTAL	Ambos os olhos 2	Aspecto das fezes _____
Alterações: () Nenhuma () Repouso diminuído		Um olho 1	() Incisão cirúrgica
() Insônia Outros: _____		Nenhum olho 0	Local e características: _____
Pulso: () Radial () Femoral			
() Cardíaco/Apical () Carotídeo	Respiração: () Superficial () Profunda	Genitália: () Normal () Com alterações	
Característica: () Rítmico () Arritmico	() Uso de musculatura acessória	Quais? _____	
() Forte () Filiforme () Não palpável	() Espontânea () TOT () TQT		
Perfusão Periférica:	() O2 por _____ ST02 _____	Alterações de MMSS e MMII: () Sim () Não	
() Normal () Lentificada () Cianose	() VM PEEP: _____ PVC _____ FIO2 _____		
Acesso venoso: () Central () Periférico	Modo ventilatório: _____ () NA		
Local: _____			

** Frente

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

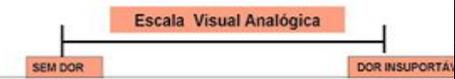
Apêndice 5 – Formulário para descrição de Avaliação / Evolução diária – UTI

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - UTI			Data: ___/___/___	Hora: _____
Nome do Paciente: _____ N. do Prontuário: _____ Leito: _____ Sexo: _____				
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____ Naturalidade: _____ Profissão/Ocupação: _____				
Religião: _____ Escolaridade: _____ Fumante: () Sim () Não () NA Prática Atividade Física: () Não () Sim - Qual? _____				
Nível de Consciência:	Escala de Glasgow com Avaliação Pupilar (ECG-P)			Expansibilidade do Torax: () Normal
() Consciente () Alerta () Coma	Item		Manhã	() Diminuída () Simétrica () Assimétrica
() Coma induzido por sedação	ABERTURA OCULAR	Espontânea	4	Tórax com: () Lesões () Drenos
() Vigil () Torporoso		Ordem Verbal	3	Abdome: () Plano () Globoso () Distendido
() Sonolento () Calmo () Agitado		Dor	2	Palpação: () Indolor () Dolorosa
() Orientado () Desorientado		Nenhuma	1	() Tenso () Flácido () Escavado
() Colaborativo () Não colaborativo	MELHOR RESPOSTA VERBAL	Orientado	5	() Presença de: () massa palpável () Drenos
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas		Confuso	4	RHA: () Presente () Ausente
() Mióse () Midríse		Palavras	3	() Hipoativo () Hiperativo
Mucosa ocular:		Sons	2	Local/características
() Hidratada () Desidratada	MELHOR RESPOSTA MOTORA	Nenhuma	1	
() Normocoradas () Hipocoradas () Ictéricas		Obedece Comando	6	Percussão: () Timpânico () Maciço
Mucosa Oral:		Reage verb. Est.	5	Eliminações Fisiológicas:
() Hidratada () Desidratada		Localiza estímulo	4	Urinária: () Espontânea () Fralda
() Normocoradas () Hipocoradas () Ictéricas	Responde em flexão	3	() Cistostomia () Nefrostomia () SVD () SVA	
Dieta: () Oral () SNG () SNE	Responde em ext.	2	Intestinal: () Ausente () Espontânea	
() NTP () Dieta zero	Nenhuma	1	() Ileostomia () Colostomia	
Padrão de sono - repouso:	OLHOS NÃO REATIVOS À LUZ	Ambos os olhos	2	Aspecto das fezes
Alterações: () Nenhuma () Repouso diminuído		Um olho	1	() Incisão cirúrgica
() Insônia Outros: _____		Nenhum olho	0	Local e características: _____
Pulso: () Radial () Femoral	TOTAL			
() Cardíaco/Apical () Carotídeo	Respiração: () Superficial () Profunda			Genitália: () Normal () Com alterações
Característica: () Rítmico () Arritmico	() Uso de musculatura acessória			Quais? _____
() Forte () Filiforme () Não palpável	() Espontânea () TOT () TQT			
Perfusão Periférica:	() O2 por _____ ST02 _____			Alterações de MMSS e MMII: () Sim () Não
() Normal () Lentificada () Cianose	() VM PEEP: _____ PVC _____ FIO2 _____			
	Modo ventilatório: _____ () NA			

** Frente

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI			
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem			
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	Páginas: 46	

Escala de Ramsey		Escala de Morse - Risco de Quedas () Não se aplica			Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN				
Pontos	Nível de atividade	História de queda até 3	Não	0	Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Grau 1	Paciente acordado e agitado, ansioso ou inquieto	Diagnóstico secundário	Sim	25	Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
			Não	0	Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula frequentemente
Grau 2	Paciente acordado e colaborativo	Deambulação	Sim	15	Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
			Não	0	Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Grau 3	Paciente dormindo, despertável com estímulo verbal, responsivo a comandos	Deambulação	Sem apoio	0	Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	
			Aux. De marcha	15	Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	Risco Severo abaixo de 11
			Apoio em mobília	30					
Grau 4	Paciente dormindo, despertável com estímulo verbal vigoroso ou leve toque da glabella	Dispositivo Intravenoso	Não	0	Avaliação da intensidade da dor () Não se aplica				
			Sim	20					
Grau 5	Paciente dormindo, despertável a estímulo algico leve.	Marcha	Normal	0					
			Desequilíbrio fácil	10					
Grau 6	Paciente dormindo, sem resposta a compressão glabellar	Escala Mental	Défice de Marcha	20					
			Consciente das suas limitações	0					
			Não consciente de suas limitações	15					
		Risco de Queda: Baixo (0-24) () Moderado (25- 44) () Alto (≥ 45)							
Presença de Lesões de pele: () Não () Sim Local e Características da Lesão: _____									
Alergias: _____									
Acesso venoso: () Central () Periferico Local: _____									
Anotações do Enfermeiro _____									

** Verso

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Anexos

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Anexo 1 - Instruções para Aplicação da Escala de Morse – Risco de Quedas ⁽⁶⁾

Para fins de sua aplicação, entende-se por queda, “um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil”⁽⁷⁾. A avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a prevenção de quedas, portanto, é fundamental a utilização de forma adequada da Escala de Quedas de Morse (EQM)⁽⁶⁾.

As quedas possuem diferentes causas e devem ser classificadas da seguinte maneira⁽⁸⁾:

- **Quedas acidentais:** Ocorrem por fatores externos à pessoa. Acomete paciente sem risco de queda e não pode ser prevista ou antecipada.
- **Quedas fisiológicas:** ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda. Não é passível de prevenção, até que a primeira queda ocorra de fato. Esse tipo de queda pode ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força ou fraturas patológicas (ocorridas pela primeira vez).
- **Quedas fisiológicas antecipáveis:** Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda.

Princípios para utilização da Escala de Morse

É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. Cada uma das respostas correspondem a uma pontuação. De acordo com a avaliação efetua-se a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens, o que resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos e o risco de quedas do paciente é classificado em: Risco baixo (0-24 pontos); Risco moderado (25 – 44 pontos); Risco alto (≥ 45 pontos).

Observações importantes na utilização da EQM:

1. A escala deve ser vista como um todo e preenchida por completo;
2. A escala deve ser aplicada a todos os paciente com mais de 18 anos;
3. O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score, maior o risco;
4. Considera-se alto risco de queda, quando o resultado obtido é igual ou superior a 45 pontos;
5. A avaliação do risco de queda através da EQM deverá ser efetuada diariamente, junto à admissão/evolução do paciente no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Em

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		 PREFEITURA DE RIO VERDE NOSSA FORÇA É O TRABALHO <small>desde 2000</small>
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

caso de alteração na condição clínica do paciente, a avaliação pela EQM poderá ser efetuada mais de uma vez ao dia, sempre que o enfermeiro julgar pertinente.

27

Atenção!

- ✓ A EQM não se aplica a pacientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de alto cuidado, logo pressupõe ação. Assim, a um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora, não se aplica a EQM.

Representação da EQM no formulário institucional de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - HMU

Escala de Morse - Risco de Quedas () Não se Aplica		
História de queda até 3 meses atrás	Não	0
	Sim	25
Diagnóstico secundário	Não	0
	Sim	15
Deambulação	Sem apoio	0
	Aux. De marcha	15
	Apoio em mobília	30
Dispositivo Intravenoso	Não	0
	Sim	20
Marcha	Normal	0
	Desequilíbrio fácil	10
	Défice de Marcha	20
Escala Mental	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente de suas limitações	15
Risco de Queda: Baixo (0-24) () Moderado (25– 44) () Alto (≥ 45)		

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Notas de sua aplicação:

Antecedentes de queda / História de queda:

NÃO: 0 pontos O cliente não teve nenhum episódio de queda no último ano.	Sim: 25 pontos O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem história de queda antecipáveis e não antecipáveis no último ano. Exemplo: quedas resultantes de convulsões ou de marcha debilitada anteriormente à admissão, que resulta sempre da condição física e mental do cliente.
--	---

✓ **Notas:**

- Se um cliente cai pela primeira vez (dentro dos critérios referidos acima) durante o presente internamento, então a sua pontuação passa imediatamente de 0 para 25 pontos nesse tópico.
- Nos antecedentes de queda não é considerada a queda acidental, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico.

Diagnóstico secundário:

Não: 0 pontos Se não existir um diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda	Sim: 15 pontos Se existir um ou mais diagnóstico médico ou de enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda.
--	--

✓ **Notas:**

- Doenças ou condições de saúde do cliente tais como: hipotensão, défices nutricionais, insônia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crônicas

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como “Diagnósticos Secundários”.

Apoio na deambulação:

<p>Sem apoio: 0 pontos O paciente anda sem qualquer apoio.</p>	<p>Auxiliar de marcha: 15 pontos Se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho).</p>	<p>Apoiado na mobília: 30 pontos Se anda apoiando-se na mobília ou em tudo o que se encontra ao seu redor (medo de cair).</p>
---	---	--

✓ **Notas:**

- É considerado também sem apoio se o cliente andar sempre apoiado por outra pessoa.
- Se o paciente usa cadeira de rodas, mas está totalmente adaptado à utilização e transferência autônoma de e/ ou para a mesma. Ou quando é transferido por alguém de e/ou para a cadeira de rodas, também é considerado sem apoio.
- Se paciente faz uso de cadeira de rodas, porém está condicionado ao repouso no leito, e cumpre a recomendação, não saindo da cama, também é considerado sem apoio.
- Nesse ponto é avaliada a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha, ainda que tenha semelhanças com o tópico “Tipo de Marcha”.

Dispositivo endovenoso:

<p>Não: 0 pontos O paciente não se encontra com terapia endovenosa</p>	<p>Sim: 20 pontos O paciente encontra-se com terapia endovenosa em perfusão.</p>
---	---

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

✓ **Notas:**

- **O paciente se encontra em risco quando conectado à terapia endovenosa. Portanto, se o paciente se o cliente se encontra a efetuar uma perfusão intermitente, ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibiótico ou outro tipo de perfusão de curta duração, pontua-se com 20 pontos.**
- **Antibióticos ou outras medicações efetuadas em bólus não são considerados como terapia endovenosa em perfusão.**
- **Outros tipos de perfusão que não endovenosa (exemplo: perfusão com cateter epidural) podem também contribuir para a queda, portanto, são considerados como sim e pontua-se 20 pontos.**

Tipo de Marcha:

<p>Normal: 0 pontos</p> <p>O paciente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação.</p> <p>Ou</p> <p>O paciente move-se cadeira de rodas (encontrando-se totalmente adaptado à utilização e transferência autônoma para e / da cadeira de rodas e/ou é sempre transferido por alguém de/e para cadeira de rodas) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma.</p>	<p>Desequilíbrio fácil: 10 pontos</p> <p>O paciente anda curvado, mas é capaz de erguer e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor como apoio, será de forma leve para se sentir mais seguro e não agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical.</p>	<p>Défice de marcha: 20 pontos</p> <p>O paciente tem dificuldade em levantar-se, realizando várias tentativas para o fazer, quando se encontra numa cadeira, tenta levantar-se empurrando os braços da mesma e/ou balançando-se de forma a tentar colocar-se na posição de pé. Quando tenta andar, a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a tudo o que se encontra ao seu redor, porque apresenta um défice de equilíbrio e não consegue andar sem essa assistência.</p>
--	---	---

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

✓ **Nota:**

- O paciente será considerado com déficit de marcha se quando o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem ajudar o paciente a andar, perceber que ele segura a sua mão com força ou quando agarra um corrimão ou móveis, agarra-se com tanta força que as suas mãos ficam menos coradas. O cliente dá passos curtos e vacila. Nesse caso receberá 20 pontos.

31

Estado mental / Percepção Mental:

<p>Consciente das suas limitações: 0 pontos</p> <p>O estado mental é avaliado através da verificação da autoavaliação (efetuada pelo próprio cliente) relativamente à sua capacidade de andar.</p> <p>Questione o cliente: “É capaz de ir à casa de banho sozinho?” ou “Precisa de ajuda?”. Se a resposta do cliente ao julgar a sua própria capacidade é consciente com as prescrições / percepções de enfermagem, então o cliente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas, logo está consciente das suas limitações.</p>	<p>Não consciente das suas limitações: 15 pontos</p> <p>Se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se as suas capacidades e esquece-se das suas limitações.</p>
--	---

✓ **Notas**

- O estado mental é diferente da orientação tempo-espacial. Um cliente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda, por conseguinte pode não agir de acordo com as recomendações.

**** Para TODOS os pacientes com risco moderado a alto, de sofrer quedas no ambiente hospitalar, devem ser observados e prescritos os cuidados de enfermagem/ medidas preventivas, gerais e**

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

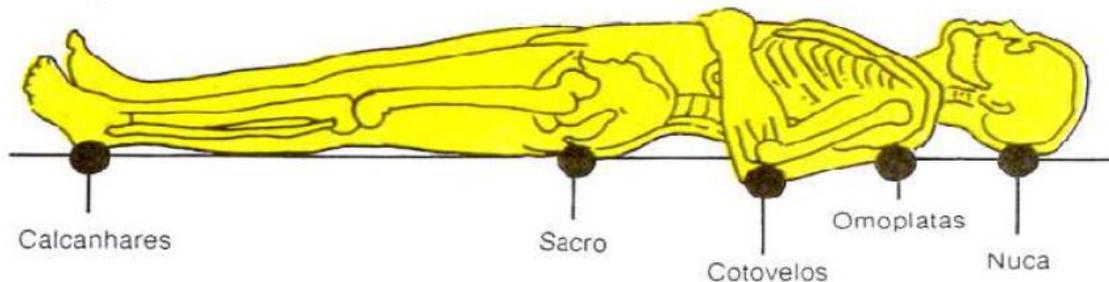
	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

específicas, conforme protocolo de “Quedas”, disponibilizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.

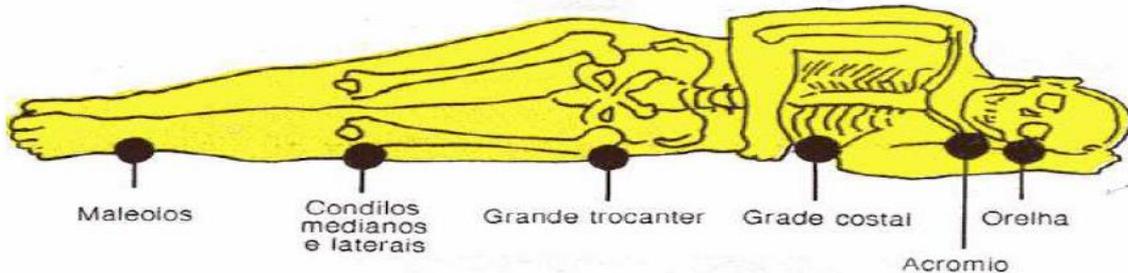
Anexo 2 - Instruções para Aplicação da Escala de Braden – Risco para Lesão por pressão

Para fins de sua aplicação, entende-se por úlcera ou lesão por pressão, uma “lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”(9, 10). E ocorre por meio da aplicação de uma pressão externa sobre a pele e tecidos subjacentes não adaptados a estas pressões, bem como a seus efeitos sobre a microcirculação local (10).

Algumas áreas corporais estão mais propensas a desenvolver úlceras/ lesões por pressão(10). Observe os esquemas abaixo:



Decúbito lateral



Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

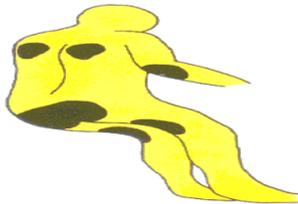
	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Decúbito ventral



Fonte: Revista Soins, Nº390, Setembro 1982

Posição de sentado: Tuberosidades isquiáticas



Fonte: Revista Rol de Enfermeria, Nº136, Dezembro 1989

Vários fatores podem desencadear no paciente o desenvolvimento de úlceras/lesão por pressão. E são divididos em intrínsecos e extrínsecos:

Fatores Intrínsecos	Fatores Extrínsecos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idade; ✓ Condição Física: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Imobilidade; ➤ Desnutrição/Desidratação; ➤ Alterações Respiratórias; ➤ Alterações Neurológicas; ➤ Alterações Psicológicas; ➤ Insuficiência Vasomotora; ➤ Hipotensão; ➤ Insuficiência Cardíaca; ➤ Vasoconstrição Periférica; ➤ Alterações Endoteliais; ➤ Diabetes; ➤ Anemia; ➤ Septicemia; ➤ Incontinência (urinária e fecal); ✓ Medicação (Sedativos e corticoides). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Humidade; ✓ Agentes Alcoólicos; ✓ Superfície de Apoio; ✓ Técnicas Manuais Sobre a Pele; ✓ Dispositivos (sondas, cânula nasal...); ✓ Contenções Físicas.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Diversas escalas avaliam a presença de fatores de risco (acima mencionados) presentes em cada indivíduo para desenvolver úlcera/lesão por pressão de forma objetiva. E nos permite intervir de maneira rápida e a tempo de minimizar ou, até mesmo, anularmos esses fatores, obtendo uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem⁽¹⁰⁾ realizados em nossa instituição.

Para avaliarmos os pacientes com risco de desenvolver úlceras/lesões por pressão no Hospital Municipal Universitário de Rio Verde-GO, foi adotada a Escala de Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, conhecida como “**Escala de Braden**”. A avaliação do risco de desenvolver úlcera/lesão por pressão, através da Escala de Braden, deverá ser efetuada diariamente, junto à Admissão e/ou evolução do paciente no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A escala de Braden é constituída por seis subescalas. Cada uma delas autoexplicativas e com valores numéricos correspondentes. O paciente é avaliado em todos os seis parâmetros (percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e cisalhamento). Pontua-se o paciente de acordo com a situação apresentada dentro de cada parâmetro. A soma da pontuação total permite-nos classificar cada sujeito em um valor de predicação de risco.

Os objetivos são: reduzir a incidência de úlcera/lesão por pressão; identificar quem tem risco e quem não o tem; planejar cuidados de enfermagem baseados nos fatores de risco e o grau de severidade dos mesmos; reduzir o impacto econômico da internação hospitalar e assistência a esses pacientes e; aumentar a qualidade dos cuidados prestados durante a internação hospitalar⁽¹⁰⁾.

Representação da Escala de Bradem no formulário institucional de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - HMU

Avaliação do grau de risco - Escala de BRADEN				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	—————
Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	Risco Severo abaixo de 11 ()

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

✓ **Notas de sua aplicação:**

35

Percepção sensorial: Capacidade de reação significativa ao desconforto.

Totalmente limitado (1 ponto)	Muito Limitado (2 pontos)	Levemente limitado (3 pontos)	Nenhuma limitação (4 pontos)
<p>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,</p> <p>OU</p> <p>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação,</p> <p>OU</p> <p>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,</p> <p>OU</p> <p>Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>

Umidade: Nível de exposição da pele à umidade.

Excessiva (1 ponto)	Muita (2 pontos)	Ocasional (3 pontos)	Rara (4 pontos)
<p>A pele mantém-se sempre úmida devido à sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>

Atividade: Nível de atividade física

Acamado (1 ponto)	Confinado a cadeira (2 pontos)	Deambula ocasionalmente (3 pontos)	Deambula frequentemente (4 pontos)
<p>O doente está confinado à cama.</p>	<p>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Mobilidade: Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo.

Imóvel (1 ponto)	Muito Limitado (2 pontos)	Discreta Limitação (3 pontos)	Sem limitação (4 pontos)
Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.

Nutrição: Alimentação habitual.

Deficiente (1 ponto)	Inadequada (2 pontos)	Adequada (3 pontos)	Excelente (4 pontos)
Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.

Fricção e Cisalhamento: Fricção ou forças de deslizamento.

Problema (1 ponto)	Problema potencial (2 pontos)	Sem problema aparente (3 pontos)	
Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda	Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte	Movimenta-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.		
--	--	--	--

37

A pontuação obtida varia de 6-20 pontos. E o paciente é classificado em Risco Brando (15-16/ + pontos); Risco Moderado (12 – 14 pontos); Risco Severo (abaixo de 11 pontos).

**** Para TODOS os pacientes com risco moderado a grave, de desenvolver úlceras/lesão por pressão, devem ser observados e prescritos os cuidados de enfermagem/ medidas preventivas, gerais e específicas, conforme protocolo de “Lesão por Pressão”, disponibilizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente do HMU.**

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI			 PREFEITURA DE RIO VERDE <small>NOSSA FORÇA É O TRABALHO desde 2000</small>
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem			
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	Páginas: 46	

Anexo 3 - Escala de Coma de Glasgow

A aplicação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) faz parte do exame neurológico do paciente, com grande valor preditivo e sensibilidade para avaliar alterações do nível de consciência, mediante observação comportamental. Sendo o sistema de pontuação mais utilizado tanto nacionalmente quanto internacionalmente ⁽¹¹⁾.

Principais objetivos da ECG

- Padronizar a avaliação de pacientes com alterações de consciência ou Traumatismo Crânio Encefálico (TCE);
- Padronizar as condutas;
- Melhorar o desfecho de morbimortalidade;
- Auxiliar na interpretação do estado clínico;
- Determinar a gravidade do trauma;
- Indicar intervenções clínicas;
- Auxiliar na determinação da evolução e prognóstico do paciente;
- Auxiliar estudos e pesquisas (dados confiáveis e fidedignos);
- Possibilitar a comparação da efetividade de diferentes condutas.

A avaliação do nível de consciência deve ser um exame: rápido, simples, objetivo e confiável. A ECG avalia a atividade e reatividade do paciente, em princípio por 3 parâmetros e atualmente em 4 parâmetros (ECG-P), que descritos e somados, sugerem a gravidade da lesão no TCE.

- ✓ Abertura Ocular (pontuação de 1 – 4);
- ✓ Melhor Resposta Verbal (de 1 – 5 pontos);
- ✓ Melhor Resposta Motora (1 – 6 pontos);
- ✓ Avaliação Pupilar (0-2 pontos);

Representação da ECG-P adotada no HMU no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem:

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Escala de Glasgow com Avaliação Pupilar (ECG-P)			
Item			Manhã
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4	
	Ordem Verbal	3	
	Dor	2	
	Nenhuma	1	
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Orientado	5	
	Confuso	4	
	Palavras	3	
	Sons	2	
	Nenhuma	1	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Obedece Comando	6	
	Reage verb. Est.	5	
	Localiza estímulo	4	
	Responde em flexão	3	
	Responde em ext.	2	
	Nenhuma	1	
OLHOS NÃO REATIVOS À LUZ	Ambos os olhos	2	
	Um olho	1	
	Nenhum olho	0	

✓ **Notas para sua aplicação⁽¹²⁾:**

- Nível de consciência: "**grau de alerta comportamental que o indivíduo apresenta**";
 - É um parâmetro com grande possibilidade de variação;
- **Tratando-se de vítimas de TCE temos:**
 - De 13 a 15 pontos -----> **TCE Leve**;
 - De 9 a 12 pontos -----> **TCE Moderado**;
 - Vítimas com escore = ou < 8 ----> **TCE Grave** (estado de extrema urgência).
- **Escore 3 é compatível com Morte Encefálica;**
 - **Sigla NT (não testável).**

A consciência é algo complexo, então é natural que sua avaliação encontre algumas limitações. A avaliação do nível de consciência por meio da ECG-P segue 4 passos: Verifique; Observe; Estimule; Pontue.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

1º Passo: Verifique.

Fatores que interferem na aplicação da ECG	
Diferenças culturais/ linguagem	Pré-existentes
Déficit neurológico/ intelectual	
Impedimento de fala	
Audição (hipoacusia)	
Fratura craniana/ face/ orbital*	Lesões
Disfasia	
Hemiplegia	
Dano na medula espinhal	
Tubo endotraqueal*	Decorrentes do tratamento atual
Traqueostomia*	
Sedação*	

2º Passo: Observe.

Antes de conversar com o paciente, observe: Abertura ocular; o conteúdo do discurso e o movimento dos hemicorpos.

3º Passo: Estimule.

- ✓ Primeiro utilize o estímulo verbal (voz em tom normal ou elevado se necessário);
- ✓ Posteriormente o estímulo físico.

◦ O estímulo físico deve durar no máximo 10 segundos e seguir a seguinte sequência:



Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

4º Passo: Pontue.

- ✓ Identifique a melhor resposta apresentada pelo paciente;
- ✓ Descrever sempre indicando o item avaliado:

<i>Siglas</i>	<i>Exemplos de descrição</i>
O / AO = abertura ocular	O2/V2/M3/P0 = 7
V / RV= resposta verbal	AO2/RV2/RM3/P0=7
M/RM = resposta motora	

Orientações para atribuição de pontuação:

PONTUE:

	Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Abertura Ocular	Olhos abertos previamente à estimulação	V	espontânea	4
	Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	V	ao som	3
	Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	V	à pressão	2
	Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	V	ausente	1
	Olhos fechados devido a fator local	V	não testável	NT

PONTUE:

	Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta Verbal	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	V	orientada	5
	Resposta não orientada, mas comunicação coerente	V	confusa	4
	Palavras isoladas inteligíveis	V	palavras	3
	Apenas gemidos	V	sons	2
	Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	V	ausente	1
	Fator que interfere com a comunicação	V	não testável	NT

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

PONTUE:

	Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Melhor Resposta Motora	Cumprimento de ordens com 2 ações	V	a ordens	6
	Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	V	localizadora	5
	Flexão rápida do MS ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	V	flexão normal	4
	Flexão do MS ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	V	flexão anormal	3
	Extensão do MS ao nível do cotovelo	V	extensão	2
	Ausência de movimentos dos MMII, sem fatores de interferência	V	ausente	1
	Fator que limita resposta motora	V	não testável	NT

42

Características da resposta em flexão:



Avaliação Pupilar

O Escore de Reatividade da Pupila é determinado pela seguinte pontuação:

Olhos NÃO reativos à luz	Pontuação de Reatividade da Pupila
Ambos os olhos	- 2
Um olho	- 1
Nenhum olho	0

A ECG-P é calculada subtraindo o Escore de Reatividade da Pupila (ERP) da pontuação total da ECG:

ECG 3 a 15 pontos	-	Avaliação Pupilar 0 a 2 pontos	=	ECG-P 1 a 15 pontos
----------------------	---	-----------------------------------	---	------------------------

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

A pontuação da ECG-P varia de 1 – 15 pontos, sendo considerado:

- De 13 a 15 pontos -----> **TCE Leve;**
- De 9 a 12 pontos -----> **TCE Moderado;**
- Vítimas com escore = ou < 8 ---> **TCE Grave** (estado de extrema urgência).
- **Escore 3 é compatível com Morte Encefálica;**
- **Sigla NT (não testável).**

Atenção!^(11, 13)

- Considerar a História de AVC prévio; intoxicação alcoólica e uso de drogas, pois podem interferir na aplicação da ECG;
- Condições de hipóxia/hipotensão aguda: em razão de lesões em outras regiões corpóreas (sob efeito dessas condições a ECG não reflete com fidelidade a gravidade da lesão encefálica).

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Anexo 4 - Escalas Numéricas e Visuais da Intensidade da Dor

A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a maioria das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. E o seu controle eficaz é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes.

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só o componente sensorial como um componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da Dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

Se por um lado a Dor Aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a Dor Crônica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.

É fundamental que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliadas e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, de humanização, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crônica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.

O sucesso da estratégia terapêutica planejada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes. Portanto, a avaliação e o registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde devem ser feitas de forma contínua e regular, pelo menos a cada 24 horas e sempre que houver mudança do quadro clínico do paciente, sob nossa responsabilidade, no contexto da Sistematização da Enfermagem, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

É obrigatório o registo sistemático da intensidade da DOR de todos os pacientes internos do HMU. Para mensuração da dor no âmbito da Sistematização da Assistência de Enfermagem em formulário próprio, o enfermeiro pode optar pela utilização de uma das seguintes escalas: Escala de descritores verbais da dor; Escala Visual Analógica ou pela Wong Baker - Escala de faces.

Representação das escalas de dor adotadas no HMU e contidas no formulário de SAE:

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	



Aplicação das escalas da dor⁽¹⁴⁾

- A avaliação da intensidade da Dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas

Propostas;

- A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente;
- À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita;
- As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos.
- A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma;
- Para uma correta avaliação da intensidade da Dor é necessária à utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente;
- É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

1ª opção: Escala de descritores verbais

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)

	Enfermagem / Posto de Enfermagem – Clínica Médica e Cirúrgica e UTI		
	Protocolo – Sistematização da Assistência de Enfermagem		
	Data: 10/02/2020	Revisão: 02	

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

2ª Opção: Escala visual analógica

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Insuportável”. O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

3ª Opção: Escala Wong Baker - Escala de faces

Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente.

Edição	Data	Elaborado por	Aprovado por
02	10/02/2020	Dra. Enf. Karynne Borges Cabral Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Educação Permanente (COREN-GO: 4.872.387)	Enfº Thiago dos Santos Souza Diretor de Enfermagem (COREN-GO: 242105)