



PROCESSO DE ENFERMAGEM

Módulo 6: Bases científicas para prática de Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem



COMPETÊNCIAS

O ESTUDANTE DEVE SER CAPAZ DE :

- Indicar o objectivo e importância de uma anamnese de enfermagem.
- Explicar o objectivo de uma entrevista e exame físico no utente.
- Realizar levantamento e identificar as necessidades do utente com base na observação, anamnese físico.
- Planificar, implementar, Monitorizar e Avaliar o Plano de Cuidado de Enfermagem visando a responder as necessidades do utente.
- Orientar os utentes e familiares sobre a sua condição de saúde, de acordo com as necessidades identificadas.



Processo de Enfermagem (PE)

Conceito e Importância do Processo de Enfermagem.

- **Processo de Enfermagem (PE) É um conjunto de acções organizadas em etapas para solucionar os problemas de saúde do utente.**



Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas

- NHB são os elementos necessários à sobrevivência humana e à saúde (alimento, água, segurança e amor).





Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas

- As **necessidades fisiológicas** constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie: alimentação, sono, repouso, abrigo, etc.
- As **necessidades de segurança** constituem a busca de proteção contra a ameaça ou privação, a fuga e o perigo.
- As **necessidades sociais** incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afeto e amor.



Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas

- A **necessidade de estima** envolvem a auto apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de status, prestígio e consideração, além de desejo de força e de adequação, de confiança perante o mundo, independência e autonomia.
- As **necessidades de auto realização** são as mais elevadas, de cada pessoa realizar o seu próprio potencial e de auto desenvolver-se continuamente



Importância das Necessidades Humanas Básicas para o Processo de Enfermagem

- Ajudam o enfermeiro a priorizar continuamente as necessidades de cuidado ao utente;
- É maneira útil para a planificação do cuidado individualizado;
- Permitem compreender as inter-relações entre as necessidades humanas básicas na prescrição dos cuidados;
- Fornecem uma base para os utentes de enfermagem em todas as idades em todos ambientes de saúde.



Processo de Enfermagem

Características do Processo de Enfermagem

- **É um instrumento legal para actuação de enfermagem:**
 - A enfermagem é uma profissão que tem um papel legal que actua independentemente na solução de problemas reais e potenciais de saúde do utente, através do diagnóstico e tratamento.

- **Baseia-se no conhecimento:**
 - A capacidade de solução de problemas dos utentes requer a aplicação de uma base sólida de conhecimento de enfermagem.



Processo de Enfermagem

Características do Processo de Enfermagem

➤ É planejado:

- As etapas do processo de enfermagem são organizadas e sistemáticas, uma etapa conduz à outra.

➤ É centrado no utente:

- Espera-se que o utente sempre que possível seja participante activo de seu cuidado.

➤ É voltado para as metas:

- O processo de enfermagem facilita os esforços da equipa e do utente para a obtenção de resultados desejados.



Processo de Enfermagem

➤ Define as prioridades:

- Tem uma estratégia virada para os problemas que apresentam maior ameaça à saúde do utente.

➤ É dinâmico:

- O processo de enfermagem é flexível dependendo do estado do utente. Permite uma avaliação contínua dos resultados de cuidados prestados ao utente e introduzir mudanças quando necessário.



Processo de Enfermagem

ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM:

1. Levantamento de dados;
2. Diagnóstico de Enfermagem;
3. Planificação dos cuidados de Enfermagem;
4. Implementação do plano de cuidados
5. Avaliação



PE – Levantamento dos dados

Tem por objectivo a obtenção de informação sobre:

- **Saúde física;**
- **Estado sócio-cultural**
- **Estado psicológico;**
- **Saúde Espiritual.**

Que permitem a elaboração do diagnóstico de enfermagem



PE – Levantamento dos dados

- Tipos de dados

Os dados podem ser objectivos ou subjectivos:

- a) Os dados objectivos** - são as informações observáveis e mensuráveis. Geralmente são chamados de sinais da doença. Exemplo: a pressão sanguínea do utente.
- b) Os dados subjectivos** - consistem em informações sobre aquilo que o utente sente e pode se descrever. Também, são chamados por sintoma da doença. Exemplo: a dor que o utente refere.



PE – Levantamento dos dados

Fontes de dados

As fontes de dados podem ser principal e secundárias.

- A principal fonte de informação é o utente.
- As fontes secundárias são:
 - a) A família do utente;
 - b) Os relatórios;
 - c) Os resultados dos exames;
 - d) As informações em registos médicos actual e do passado;
 - e) As discussões com outros profissionais de saúde.



PE – Levantamento dos dados

1. Anamnese

Na anamnese o enfermeiro recolhe informações sobre utente, tais como:

- Dados de Identificação
- Idade, Sexo;
- Estado civil,
- Aspecto geral do utente,
- Identificação de outras fontes que possam oferecer informações relevantes a história do utente.



PE – Levantamento dos dados

Queixa principal

- A queixa principal é a razão da procura da Unidade Sanitária/motivo da consulta.

História da doença actual

- Consiste em fazer a descrição cronológica do surgimento da doença, da frequência e da duração dos sinais e dos sintomas actuais, resultados de tentativas anteriores de auto tratamento e tratamento médico.

História Pessoal

- Profissão do utente, grau de instrução, religião, endereço da residência actual, naturalidade e filiação.



PE – Levantamento dos dados

- **História Anterior de Saúde**

Na história anterior de saúde do utente o enfermeiro faz o resumo das doenças desde a infância:

- **Vacinações**
- **Lesões físicas;**
- **Hospitalizações médicas ou psiquiátricas anteriores;**
- **Procedimentos cirúrgicos;**
- **História de alergias de medicamentos;**
- **Uso de álcool ou cigarro;**
- **História de uso de medicamentos ou drogas.**



PE – Levantamento dos dados

■ História Familiar

- ✓ Problemas de saúde entre membros de família vivos ou falecidos, causa de morte entre parentes consanguíneos falecidos, especialmente os pais e os avós.



PE – Levantamento dos dados

2. Exame Físico

- ✓ **Conceito;** O exame físico é um método para a colheita de dados de saúde do utente, que consiste na avaliação sistemática das estruturas do corpo, ou seja investigação de determinadas partes do corpo na busca de características normais ou anormais.



PE – Levantamento dos dados

Integração do Exame Físico com o Cuidado de Enfermagem

- O exame físico completo ou parcial, deve ser integrado nos cuidados de enfermagem de rotina. Exemplo: o enfermeiro pode avaliar o estado da pele e de outras partes do corpo durante o banho no leito.
- As habilidades de realizar o exame físico permitem que o enfermeiro recolha dados mais relevantes e aprofundadas.



Processo de Enfermagem

Exemplo de Realização de Diagnósticos de Enfermagem Individualizados

Método de Avaliação	Achados	Padrões	Diagnóstico de Enfermagem
Inspeção da pele	<ul style="list-style-type: none">-A Pele ao longo da área do sacro está intacta.- Há uma área de 3 cm com hematoma em volta do cóccix.- A pele fica pálida quando é palpada.- Não há lesões observadas na pele.	Há uma área pressionada em volta do cóccix.	Risco à integridade da pele prejudicada.
Palpação da pele	<ul style="list-style-type: none">-A pele está húmida devido a diaforese.- Há sensibilidade quando se palpa em volta do sacro.- Há dilatação elástica da pele.	A humidade na pele provoca a descamação	
Dados da História	<ul style="list-style-type: none">-O utente sofreu fractura na perna esquerda.- O utente está imobilizado devido à tracção na perna esquerda.	-	



PE – Levantamento dos dados

■ Objectivo do exame físico

- ✓ Colher dados de referência sobre a saúde do utente;
- ✓ Avaliar a condição física actual do utente;
- ✓ Detectar os sinais de problema actual de saúde;
- ✓ Para confirmar ou contestar dados obtidos na anamnese;



PE – Levantamento dos dados

- Para identificar e confirmar os diagnósticos de enfermagem;
- Fazer julgamento clínico sobre as alterações no estado de saúde do utente;
- Avaliar os resultados do tratamento/ intervenções médicas e de enfermagem



PE – Levantamento dos dados

■ Técnicas de Exame Físico

Existem quatro técnicas básicas para exame físico:

- ✓ Inspeção;
- ✓ A palpação;
- ✓ A percussão;
- ✓ A auscultação.



PE – Levantamento dos dados

1. Inspeção

- consiste na observação para o levantamento de dados físicos, utilizada com um objectivo definido, ou seja para a investigação de determinadas partes do corpo na busca de características normais ou anormais.



PE – Levantamento dos dados

- Durante o exame inicial o enfermeiro observa:
 - ✓ A aparência física do utente;
 - ✓ O seu nível de consciência;
 - ✓ O tamanho do corpo;
 - ✓ A postura;
 - ✓ O modo de andar;
 - ✓ Os movimentos;
 - ✓ O uso de auxílio para andar;
 - ✓ O tónus muscular;
 - ✓ O estado de humor.



Ao avaliar um utente, o enfermeiro deve estar familiarizado com a natureza e a origem dos odores



PE – Levantamento dos dados

Princípios a ter durante a inspeção:

- ✓ Ter a certeza de que há boa iluminação.
- ✓ Colocar o utente numa posição adequada
- ✓ Expor as partes do corpo de modo que toda a superfície possa ser vista, respeitando o seu pudor;
- ✓ Respeitar a privacidade do utente
- ✓ Inspeccionar o tamanho, forma, cor, simetria, posição e anormalidades em cada área;



PE – Levantamento dos dados

Princípios a ter durante a inspeção (2):

- Se possível, comparar cada área inspeccionada com a mesma área do lado oposto do corpo.
- Usar iluminação adicional (lanterna) para inspeccionar cavidades do corpo.
- **Não inspeccionar com pressa. Prestar atenção aos detalhes.**
- Após a inspeção de uma parte do corpo, os dados obtidos podem exigir mais exames. A palpação é geralmente usada durante ou após a inspeção visual.



PE – Levantamento dos dados

2. Palpação

- Consiste no toque e pressão.

Existem dois tipos de palpação nomeadamente:

- Palpação leve
- Palpação profunda



PE – Levantamento dos dados

- **A palpação leve**
 - Consiste no uso das extremidades dos dedos, do dorso ou a palma da mão
 - É utilizada quando se pretende sentir a superfície da pele, as estruturas logo abaixo da mesma, a pulsação das artérias periféricas e as vibrações do peito.
- **A palpação profunda**
 - É feita pressionando-se o tecido aproximadamente uma polegada, com o dedo indicador de uma ou ambas as mãos.



PE – Levantamento dos dados

- A palpação fornece informações sobre:
 - ✓ Massas anormais;
 - ✓ A simetria e assimetria de estruturas bilaterais, exemplo lobo da glândula tiróide;
 - ✓ O tamanho, a forma, a consistência e a mobilidade de tecidos normais;
 - ✓ A temperatura e a humidade da pele;
 - ✓ A presença de sensibilidade;
 - ✓ As vibrações anormais.



PE – Levantamento dos dados

3. Percussão

- ✓ Consiste em bater levemente em forma de golpe, com a ponta dos dedos em determinadas partes do corpo, para produzir sons com vibrações.
- Finalidade da Percussão
 - ✓ Avaliar o tamanho, os bordos e a consistência dos órgãos do corpo
 - ✓ Descobrir líquidos nas cavidades.
 - ✓ Determinar a localização, o tamanho e a densidade de estruturas subjacentes.



PE – Levantamento dos dados

Tipos de sons produzidos na percussão:

- Timpânico
 - Ressonante
 - Hiper-ressonante
 - Maciço
 - Submaciço.
- Alguns tecidos adjacentes são responsáveis pela produção de cada som característico.
 - A avaliação desse som, depende do seu volume, duração e qualidade.



PE – Levantamento dos dados

■ Sons produzidos pela percussão

Som	Intensidade	Tom	Duração	Qualidade	Localização Comum
Timpânico	Alto	Alto	Moderado	Semelhante a tambor	Espaço fechado contendo ar gástrico Bochecha dilatada
Ressonante	Moderado a alto	Baixo	Longo	Oco	Pulmão normal
Hiper-ressonante	Muito alto	Muito baixo	Mais longo que ressonante	Estrondoso	Pulmão enfisematoso
Maciço	Leve a moderado	Alto	Moderado	Semelhante a um golpe	Fígado
Submaciço	Leve	Alto	Curto	Nivelado	Músculo



PE – Levantamento dos dados

4. Auscultação

- ✓ Consiste em escutar sons, geralmente do coração, dos pulmões e do abdómen.

Para a obtenção de dados fiáveis a partir da auscultação, deve ser assegurado que não haja ruídos no ambiente onde está sendo realizado o exame



PE – Levantamento dos dados

O exame físico, inclui também:

- **Revisão por segmentos corporais:**
 - Cabeça e pescoço;
 - Tórax;
 - Abdómen;
 - Extremidades (Membros superiores e membros inferiores);
 - Genitais
 - Ânus e recto.
- **Avaliação dos sinais vitais: Temperatura, pulso, respiração e tensão arterial;**
- **Medição do peso e altura.**



PE – Diagnóstico de Enfermagem

É a segunda etapa no processo de enfermagem que consiste na identificação de problemas e esta resulta da análise e da interpretação dos dados recolhidos.

Conceito:

- É um problema de saúde que pode ser evitado, reduzido ou solucionado através de medidas independentes de enfermagem;
- Os problemas de saúde do utente podem ser *reais* e *potenciais* (risco).
- Reflete o grau de saúde ou resposta do paciente a uma doença ou processo patológico, um estado emocional, um fenómeno sociocultural ou estágio de desenvolvimento de um indivíduo ou uma comunidade.



PE – Diagnóstico de Enfermagem

- De que difere do diagnóstico clínico?
 - O diagnóstico clínico identifica uma doença específica ou condição patológica dos órgãos e sistemas corporais;
 - Fornece informação sobre os sinais e sintomas da doença;
 - É um meio para comunicar as exigências de tratamento.



PE – Diagnóstico de Enfermagem

- Os diagnósticos clínico e de enfermagem, são desenvolvidos usando a análise de banco de dados.
- O objectivo do diagnóstico de enfermagem é orientar um plano de cuidados de enfermagem individualizado para ajudar os pacientes e família a se adaptarem à doença e resolver problemas de cuidados de saúde.
- O diagnóstico clínico tem como objectivo a identificação e elaboração de plano de tratamento para curar a doença ou o processo patológico.



PE – Diagnóstico de Enfermagem

ESTUDO DE CASO

Senhor J.M., estudante de 20 anos de idade, foi admitido na Unidade Sanitaria por dor abdominal, no quadrante inferior direito.

Na avaliação médica, foi diagnosticado apendicite aguda tendo sido submetido a uma apendicetomia de urgência.

Após a cirurgia o enfermeiro elaborou vários diagnósticos de enfermagem, um dos quais foi *mobilidade física prejudicada relacionada com a dor*.

O enfermeiro prestou cuidados para o alívio da dor com objectivo de promover a mobilidade física do paciente.



PE – Diagnóstico de Enfermagem

☐ Vantagens:

- ✓ Facilita a comunicação entre os enfermeiros sobre o grau de bem-estar do paciente
- ✓ Ajuda a delinear a continuidade dos cuidados;
- ✓ Auxilia a definição de prioridades das necessidades do paciente;
- ✓ Usado para registrar notas de evolução, encaminhamento e transferência efectiva da assistência (entre as especialidades e de uma unidade sanitária para outra).
- ✓ Serve como foco para melhoria de qualidade da assistência de enfermagem através da monitorização, avaliação do processo e dos resultados.



PE – Diagnóstico de Enfermagem

- ❑ Limitações de diagnósticos de Enfermagem
 - ✓ A Linguagem ou termos não padronizados para todos grupos de profissionais.
 - ✓ A linguagem imprecisa do diagnóstico pode “rotular” incorrectamente o paciente.



PE – Diagnóstico de Enfermagem

- Para reduzir as limitações, a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) desenvolveu a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem;
- A taxonomia oferece uma estrutura para a formulação dos diagnósticos de enfermagem de forma padronizada.



Erros de diagnóstico de enfermagem podem ocorrer por falhas na colheita de dados, interpretação e análise dos dados, agrupamento de dados, ou na identificação do diagnóstico.



PE – Planificação dos cuidados

3. Planificação

- É a terceira etapa do processo de enfermagem em que o enfermeiro:
 - ✓ Define as prioridades do problema identificado;
 - ✓ Traça metas e prevê resultados mensuráveis;
 - ✓ Selecciona intervenções adequadas;
 - ✓ Documenta o plano de cuidados de enfermagem.



PE – Planificação dos Cuidados

- **Definição de Prioridades**
 - ✓ **Envolve a classificação dos problemas desde os mais importantes aos menos significativos;**
 - ✓ **Os enfermeiros baseiam-se nos problemas que interferem nas necessidades fisiológicas, pois estas têm prioridade sobre os que afectam outros níveis de necessidades.**



PE – Planificação dos Cuidados

Estabelecimento de Metas

- Meta é um resultado esperado. Ajuda a equipa de enfermagem a saber quando o cuidado é adequado para solucionar o problema do utente.
- Os enfermeiros podem identificar metas a curto e longo prazo.
 - ✓ **A Curto prazo** – realizadas entre 24 horas à uma semana.
 - ✓ **A Longo Prazo** – realizadas entre semanas ou meses. São metas estabelecidas para utentes com problemas crónicos de saúde que requerem cuidados prolongados no internamento ou no ambulatório.



PE – Planificação dos Cuidados

Documentação do Plano de Cuidados

- Consiste na prescrição de enfermagem das orientações para os cuidados a serem prestados a um utente.
- A prescrição de enfermagem identifica:
 - ✓ O quê?
 - ✓ Quando?
 - ✓ Onde?
 - ✓ Como, necessários para a realização de medidas para satisfação das necessidades do utente.



Processo de Enfermagem

- **Comunicação do Plano de Cuidados**

O plano de cuidados deve ser partilhado com todos os membros da equipe de enfermagem, o utente e seus familiares.



PE – Implementação do Plano de Cuidados

4. Implementação do Plano de Cuidados

- É a fase de execução do plano de cuidados, o que inclui as prescrições médicas e de enfermagem que se complementam mutuamente.
- O plano de cuidados é parte permanente de registo de enfermagem do utente.
- Envolve o utente e um ou mais membros da equipa de cuidados, com papeis distintos.
- Este deve ser colocado onde toda a equipa de enfermagem tenha fácil acesso para permitir que qualquer enfermeiro encarregado de cuidar do utente possa consultar diariamente e seja revisto de acordo com as mudanças da condição do utente.



PE – Implementação do Plano de Cuidados

Documentação

- Consiste no registo dos procedimentos realizados pelo enfermeiro.
- Identifica os cuidados prestados ao utente e descreve a qualidade e quantidade das reacções do utente.



PE - Avaliação

5. Avaliação

- ✓ É a última etapa do PE que determina se a meta pré estabelecida foi ou não alcançada;
- ✓ Na avaliação, a reacção do utente ajuda a determinar a eficácia do plano de cuidados;
- ✓ Durante a avaliação da evolução do utente, as prescrições de enfermagem podem ser interrompidas caso a meta tenha sido atingida e o problema não existir mais.
- ✓ O plano de cuidados pode ser revisto, caso tenha havido progresso, mas a meta ainda tenha sido alcançada, ou caso não tenha ocorrido progresso na busca de um resultado esperado.



Exame Físico

Aula Prática – Laboratório Humanístico



Processo de Enfermagem

Ambiente para um Exame Físico

- O utente pode ser examinado numa sala especial ou no quarto. Porém o local deve ter:
 - Uma porta ou uma cortina para garantir privacidade;
 - Fácil acesso a uma casa de banho;
 - Calor ambiental adequado ao conforto do utente;



Processo de Enfermagem

- ✓ Uma mesa ou cama forrada e ajustável;
- ✓ Espaço suficiente para a movimentação de cada lado do utente;
- ✓ Iluminação apropriada;
- ✓ Lavatório com água canalizada ou bacia para lavagem das mãos;



Processo de Enfermagem

Material e Equipamento Necessário para um Exame Físico:

- Mesa ou carrinho limpos para colocar o material;
- Um balde ou outro recipiente para itens sujos;
- Luvas;
- Bata ou pijama para o utente;
- Lençol para cobrir o utente;
- Balança;
- Esfigmomanómetro;
- Estetoscópio bi-auricular;
- Termómetro;
- Instrumento para exame da garganta;
- Abaixador de língua;
- Diário de Enfermagem e caneta.



Processo de Enfermagem

Realização de um Exame Físico

Procedimento	Justificativa do Procedimento
Levantamento de dados: <ol style="list-style-type: none">1. Identificar o utente.2. Determinar a idade, sexo, e a raça do utente.	Garantir que avaliação seja feita a pessoa certa. Determinar e planificar das técnicas de exame.



Processo de Enfermagem

3. Observar o estado de alerta do utente e sua capacidade para movimentar se

Auxiliar na determinação do local adequado para o exame e da necessidade ou não de auxílio.

4. Pedir a opinião do utente sobre seu estado de saúde e sobre quaisquer sinais ou sintomas actualmente presentes.

Ajudar a focalizar a atenção durante o exame de determinadas estruturas e suas funções.



Processo de Enfermagem

5. Dê ao utente um frasco para colheita de urina caso haja necessidade de análise de urina.	Aproveitar a oportunidade quando a bexiga estiver cheia.
6. Faça com que o utente esvazie a bexiga	Facilitar o exame e reduzir o desconforto.
7. Assegure a privacidade e dê um avental ou lençol ao utente.	Preparar o utente para o exame indicado.



Processo de Enfermagem

<p>8. Reúna todo o material e itens necessários para o exame.</p>	<p>Promover a organização e o uso eficiente do controle do tempo.</p>
<p>9. Decida o método a usar para o exame físico: cefalopedálico ou o método de sistemas do organismo.</p>	<p>Estabelecer o plano de exame e garantir que a colheita de dados seja abrangente.</p>



Processo de Enfermagem

Implementação	
1. Explique o plano geral sobre o procedimento de exames	Informar ao utente, o que pode reduzir a ansiedade.
2. Explique que todas as informações serão mantidas em sigilo entre os envolvidos em seu cuidado.	Encorajar o utente a ser honesto e aberto na identificação dos problemas de saúde.



Processo de Enfermagem

3. Lave as mãos completamente e de preferência na presença do utente.	Oferecer segurança ao utente de que o enfermeiro está consciente quanto ao controle da disseminação de microrganismos.
4. Aqueça as mãos antes de tocar no utente.	Demonstrar preocupação com o conforto do utente
5. Obtenha a altura, o peso e os sinais vitais	Contribuir para a colheita de dados gerais sobre o utente



Processo de Enfermagem

6. Auxilie o utente a sentar-se na beira da sua cama ou na cama de exames.	Facilitar o exame da parte superior do corpo sem que o paciente mude de posição.
7. Modar a posição do utente se o exame estiver sendo feito em outros locais que não seja a sala de exames.	Demonstrar a adaptabilidade.



Processo de Enfermagem

8. Explique cada técnica de exame antes da execução.	Reduzir a ansiedade.
9. Tente evitar cansar o utente e peça desculpas caso ele sinta algum conforto.	Demonstrar preocupação com o conforto do utente.
10. Ajude o utente a sentar – se após o exame.	Colocar o paciente na melhor posição para comunicar – se.



Processo de Enfermagem

11. Lave suas mãos mais uma vez.	Mostrar responsabilidade pelo controle da disseminação de microrganismos.
12. Revise os dados pertinentes, normais e anormais, sem fazer interpretações médicas.	Demonstrar atendimento ao direito à informação que tem o utente.
13. Dê ao utente oportunidade de fazer perguntas.	Incentivar a participação activa na aprendizagem e na tomada de decisão.



Processo de Enfermagem

14.Saia do quarto enquanto o utente se veste ou ofereça um roupão.	Garantir a privacidade.
15.Auxilie o utente a sair da sala de exames.	Demonstrar amabilidade preocupação com a segurança do utente.
16.Coloque o material sujo no lixo adequado, limpe e organize o local de exame e reponha o que foi utilizado.	Mostrar consideração pela pessoa que irá utilizar a sala de exames a seguir.



Processo de Enfermagem

Avaliação

1. Se todos os procedimentos foram realizados
2. A colheita de dados foi abrangente
3. O utente continua seguro, aquecido e confortável
4. As perguntas e preocupações foram atendidas

Registo

1. Data e Hora
2. Todos os dados colhidos, normais e anormais
3. Qualquer incidente durante o procedimento e as acções de enfermagem implementadas



Processo de Enfermagem

4. A quem os incidentes foram verbalmente comunicados e os resultados dessa comunicação.

Exemplo de um Registo

25/05/2011, pelas 1^o horas: Senhor PS, 67 anos transportado do leito para sala de exames em cadeira de rodas, para exame físico. Capaz de cooperar sem sofrimento. Registrar os achados do exame físico.



Processo de Enfermagem

Utilização do Processo de Enfermagem

Procedimento	Justificativa/porquê do procedimento
1. Recolhe as informações sobre utente.	Oferecer a base para identificação dos problemas.
2. Organize os dados	Simplificar o processo de análise.
3. Analise os dados, buscando o que é normal e o anormal.	Identificar indícios dos problemas do utente.



Processo de Enfermagem

<p>4. Identifique diagnósticos de enfermagem reais, potenciais e possíveis, além de problemas colaborativos.</p>	<p>Orientar a enfermeira na selecção dos métodos para a manutenção ou recuperação da saúde do utente.</p>
<p>5. Priorize a lista de problemas.</p>	<p>Ter como alvo aqueles utentes que requerem mais atenção.</p>



Processo de Enfermagem

6. Estabeleça metas com critérios específicos para avaliar se os problemas foram evitados, reduzidos ou solucionados.

Prever os resultados esperados a partir dos cuidados de enfermagem.

7. Seleccione uma quantidade de intervenções apropriadas de enfermagem.

Utilizar o conhecimento científico para determinar aquelas medidas mais eficientes para a obtenção das metas de cuidado.



Processo de Enfermagem

8. Dê orientações específicas para os cuidados de enfermagem.	Promover consistência e continuidade entre os provedores de cuidados.
9. Documente o plano de cuidados, utilizando qualquer formato escrito aceitável.	Oferecer uma referência para ser seguida pela equipa de enfermagem.
10. Discuta o plano de cuidados com os membros da equipa de enfermagem, o utente e a família.	Garantir que todos estejam informados sobre a meta e voltados para ela.



Processo de Enfermagem

11. Coloque o plano em acção.	Promover a obtenção da meta.
12. Observe as reacções do utente.	Formar a base para a determinação da eficácia do plano de cuidados.
13. Registe todas as actividades de enfermagem e as respostas do utente.	Demonstrar que o cuidado planificado foi implementado e oferecer informações sobre a evolução do utente.
14. Compare as respostas do utente com os critérios da meta.	Indicar o progresso na direcção das metas alcançadas.



Processo de Enfermagem

15. Discuta o progresso, ou sua ausência, com o utente, sua família e outros membros da equipa.	Promover discussões para melhores alternativas ao revisar o plano de cuidados.
16. Mude o plano nas áreas que não estiverem adequadas	Garantir que o plano de cuidados esteja actualizado.



Técnica de Palpação - LH

■ Procedimento

- ✓ Primeiro o enfermeiro avalia a razão para usar a palpação, assim como a parte do corpo a ser palpada e deve ser capaz de interpretar o significado do que sentiu.
- ✓ O enfermeiro usa partes diferentes da mão quando toca a pele do utente para detectar características tais como a textura e temperatura.



Processo de Enfermagem

- ✓ Durante a palpação o utente deve estar relaxado e numa posição confortável porque a tensão muscular dificulta a realização do procedimento. O relaxamento muscular aumenta quando o utente respira lento e profundamente.
- ✓ Solicitar para que o utente coloque os braços ao longo do corpo para diminuir a rigidez do abdómen.



Processo de Enfermagem

- O enfermeiro deve solicitar ao utente para indicar as áreas mais sensíveis e deve observar qualquer sinal não verbal de desconforto. As áreas sensíveis são as últimas a serem palpadas.
- **As unhas do enfermeiro devem ser limpas, curtas e sem pinturas.**
- Usar uma linguagem agradável.
- A palpação pode ser superficial ou profunda, controlada pela pressão que o enfermeiro faz com os dedos ou a mão.



Processo de Enfermagem

- ✓ Pressionar com força e de forma prolongada causa a perda de sensibilidade na mão do enfermeiro.
- ✓ Após a palpação superficial, a palpação profunda é usada para examinar a condição dos órgãos, como os do abdómen.
- ✓ A palpação profunda pode ser realizada com uma ou ambas as mãos (palpação bimanual).



Processo de Enfermagem

- ✓ Na palpação bi-manual uma mão (não activa) está relaxada é colocada levemente sobre a pele do utente. A outra mão (mão activa) aplica pressão directa e, portanto, retém a sensibilidade necessária para detectar as características de um órgão.
- ✓ As partes mais sensíveis da mão, a superfície palmar e a polpa dos dedos, são usadas para avaliar a posição, textura, tamanho, consistência, presença de massas e a pulsação.



Processo de Enfermagem

- A temperatura é aferida usando o dorso da mão e os dedos onde a pele é mais fina.
- Para avaliar a posição, a consistência e o turgor de uma parte do corpo o enfermeiro segura a pele levemente com as pontas dos dedos.