

MANUAL DE ORIENTAÇÃO

REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE CLÍNICO

CURSO DE ENFERMAGEM



Newton

Quem se prepara, não para

ORGANIZAÇÃO

Gisele de Lacerda Chaves Vieira

MANUAL DE ORIENTAÇÃO REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE CLÍNICO

CURSO DE ENFERMAGEM

BELO HORIZONTE | 2019



Quem se prepara, não para.

©2019 O organizador
©2019 by Centro Universitário Newton Paiva

Belo Horizonte
2019

EXPEDIENTE

PRESIDENTE DO GRUPO SPLICE: Antônio Roberto Beldi
REITOR: João Paulo Beldi
RESPONSÁVEL ACADÊMICO: Fabiano Coutinho Pereira
DIRETORA DIRETORA DA EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA: Jucimara Roesler
GERENTE FINANCEIRO: Felipe Piqueira Rente
SECRETÁRIA GERAL: Denise de Lourdes Oliveira
PROCURADORA INSTITUCIONAL: Glaucia Corrêa

GESTOR DO INSTITUTO DE HUMANAS: Henry Julio Kupty
GESTORA DO INSTITUTO DE SAÚDE: Marcela Unes Pereira Renno
GESTORA DO INSTITUTO DE EXATAS: Regiane Burger

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM: Gisele de Lacerda Chaves Vieira
ORGANIZAÇÃO: Gisele de Lacerda Chaves Vieira

APOIO TÉCNICO

Núcleo de Publicações Acadêmicas do Centro Universitário Newton Paiva
DIAGRAMAÇÃO: Ariane Lopes

Prezado (a) Aluno (a),

Este material trata-se de uma orientação padronizada para elaboração de estudo de caso no curso de graduação em enfermagem.

O objetivo do material é padronizar e direcionar professores, preceptores e alunos na construção de estudo de caso.

O estudo de caso investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real com objetivo de explorar, descrever e explicar os problemas reais ou potenciais e assim fornecer uma compreensão profunda do fenômeno (YIN, 2010).

A orientação padronizada para elaboração de estudo de caso apresenta conteúdo claro e objetivo para consulta de professores, preceptores e alunos e irá proporcionar uma compreensão interdisciplinar nas áreas de conhecimento da enfermagem.

Professores Núcleo Docente Estruturante (NDE)

Coordenação de Curso de Enfermagem Centro Universitário Newton Paiva

SUMÁRIO

1. ORIENTAÇÕES GERAIS.....	8
1.1 Formatação.....	8
1.2 Público alvo	8
1.3 Local da coleta de dados	8
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM	8
2.1 Coleta de dados: Anamnese	8
2.2 Coleta de dados: Exame físico	9
3. APRESENTAÇÃO DA FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA	9
4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	9
5. ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS	9
Modelo diagnóstico de enfermagem, resultado de enfermagem e intervenção de enfermagem	10
REFERÊNCIAS.....	18

1. ORIENTAÇÕES GERAIS

1.1 FORMATAÇÃO

- Seguir as normas de formatação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Material interessante para consulta: <https://www.normaseregras.com/normas-abnt/>.
- Os casos clínicos deverão ser entregues por escrito.
- Utilizar referências atualizadas (dos últimos 5 anos).

1.2 PÚBLICO ALVO

- Alunos de enfermagem que cursaram a disciplina de semiologia e semiotécnica.
- Alunos de enfermagem que cursaram a disciplina de sistematização da assistência de enfermagem.

1.3 LOCAL DA COLETA DE DADOS

O caso clínico deverá ser coletado nos locais onde o aluno realiza o ensino clínico, estágio curricular, projetos de extensão e na clínica de enfermagem.

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)

O caso clínico deve se nortear pelas resoluções COFEN 358/2009 e possuir todas as etapas do processo de enfermagem:

- Coleta de dados
- Diagnóstico de enfermagem
- Planejamento de enfermagem
- Implementação
- Avaliação de enfermagem (quando possível)

Todo caso clínico deve-se nortear pela escolha de uma teoria de enfermagem. Caso o local da coleta já tenha uma teoria de enfermagem implementada, deverá ser utilizada a mesma teórica.

Para alunos que ainda não cursaram a disciplina de Sistematização da Assistência de enfermagem, deverão realizar a coleta de dados (itens 2.1 e 2.2) e cuidados de enfermagem relacionados aos problemas identificados.

2.1 Coleta de dados: Anamnese

- Dados de identificação
- Necessidades de saúde
- Necessidades psicossociais

- Necessidades espirituais
- Queixa principal
- História pregressa
- Exame físico e coleta de exames de imagem/laboratoriais

2.2 Coleta de dados: Exame Físico

- Cabeça, ouvido, olhos, nariz e garganta
- Nível de consciência
- TÓRAX
- Aparelho cardiovascular e parâmetros vitais
- Aparelho gastro intestinal
- Aparelho urinário
- Aparelho reprodutor
- Membros superiores e inferiores
- Dispositivos de assistência utilizados pelo paciente
- Medicamentos utilizados na internação (apresentar indicação, principais reações adversas e forma de administração/diluição)
- Avaliação do risco assistencial (risco de queda, alergias, risco de suicídio, etc).
- Exames laboratoriais
- Exames de imagem

3. APRESENTAÇÃO DA FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA

O terceiro item deve conter a fisiopatologia da doença sendo: epidemiologia, etiologia, fatores de risco, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, complicações.

4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O diagnóstico de enfermagem deve seguir a referência do livro: NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I definições e classificação, 2018/2020.

Para cada título diagnóstico deve haver, pelo menos, uma prescrição de enfermagem e um resultado esperado.

5. ROTEIRO PARA A COLETA DE DADOS

O roteiro para coleta de dados deverá ser construído baseado em uma teoria de enfermagem. Para os locais da coleta de dados que não houver teoria de enfermagem implementada, a identificação da teoria será a partir dos metaparadigmas de enfermagem: saúde, ambiente, pessoa, enfermagem. Caso a

teoria a ser utilizada seja a teoria das Necessidades Humanas Básicas, os alunos poderão utilizar o roteiro abaixo.

Para alunos que ainda não cursaram a disciplina de SAE deverão utilizar o roteiro abaixo.

Abaixo apresenta-se um modelo de roteiro para a realização da coleta de dados.

ROTEIRO BASEADO NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS WANDA DE AGUIAR HORTA

A - Dados de Identificação

Dados Pessoais:

Nome, data de nascimento, idade, sexo, cor, estado civil, número de filhos, profissão/ocupação, renda familiar, naturalidade, procedência, grau de instrução, endereço atual (HÁ QUANTO TEMPO MORA NELE), telefone.

Dados de Internação:

Data, hora, procedência (domicílio, asilo, UBS ou outros), clínica, quarto, leito, diagnóstico clínico, história e relato do problema de saúde atual (HMA – INÍCIO – EVOLUÇÃO E ATUALIDADE), informações de patologias transmissíveis e não transmissíveis, internações anteriores (HP), antecedentes familiares, alergias, imunizações.

Hábitos de Vida:

Tabagismo: (tempo, tipo e quantidade). **Etilismo:** (tempo, tipo, frequência e quantidade). **Uso de drogas ilícitas:** (tempo, tipo, frequência e quantidade). **Recreação – Lazer** – tipo e frequência. **Automedicação:** (tipo, frequência e quantidade). **Medicação Usual:** Nome da droga, dosagem, via e frequência.

I - Necessidades Psicossociais

• Segurança:

Verbaliza ou manifesta: ansiedade, medo, calma, agressividade, aflições, retraído, incapacidade, desamparo, irritabilidade (expressão fisionômica, postura, atitude). Auto percepção de seu estado.

• Interação Social:

Comunica-se com outros, permanece sozinho, participa de atividades, recebe visitas (de quem), gostaria de receber visitas (de quem). Interação com as pessoas na instituição de saúde.

• Comunicação:

Comunica-se: verbalmente, por gesto, escrita. Tom de voz: alto, baixo, fraco, apropriado. Forma: clara, coerente. Alterações, dificuldade de expressar pensamento.

- **Lazer/Recreação:**

Quais atividades de lazer/recreação prática (TV, rádio, trabalhos manuais, leitura, outras). O que gostaria de fazer.

- **Auto-estima:**

Sentimentos em relação a si mesmo. Está conseguindo o que querem sua vida. Como é o seu relacionamento com a sua família. Passou por momentos angustiantes ou estressantes que o abalaram (perda do trabalho, divórcio, conflitos, outros).

- **Auto-realização:**

A doença afeta sua vida (como). Expectativa de vida.

II – Necessidades Psicoespirituais

- **Espirituais:** Crença religiosa. Gostaria de praticar alguma atividade religiosa durante a internação(qual).

III – Necessidades Psicobiológicas

- **Abrigo:**

Tipo de habitação (casa, apartamento). Construção (alvenaria, madeira, barro). Condição (própria, alugada, financiada, outros). Número de cômodos. Número demoradores.Saneamentobásico(luzelétrica,águaencanada,rededeesgoto, coleta de lixo, outros). Destino após alta (casa, asilo, outros). Necessidade de auxílio financeiro ou para o cuidado após alta (qual, de quem). Recursos comunitários. Acesso aos recursos desaúde.

- **Oxigenação/Respiração:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante:

Inspeção: respiração: tipo, frequência (irpm), ritmo. Tórax: formato do tórax, condição da pele.

Palpação: Expansibilidade torácica e o frêmito toracovocal.

Percussão: sons

Ausculta: ruídos respiratórios.

Monitorização e Oxigenoterapia - tipo e parâmetros

Outras observações

- **Circulação:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Precórdio

Inspeção: ictus cordis, pulsações.

Palpação: ictus cordis

Ausculta: frequência, bulhas cardíacas, fonese e ritmicidade

Vasos do pescoço: carótida e jugular

Perfusão capilar: (3 seg.)

Pressão Arterial:

Pulso periférico: (local, ritmo, características)

Rede ganglionar:

Monitorização: tipo e parâmetros

Outras observações

• **Termorregulação:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Temperatura corporal (C°, local):

Outras observações

• **Percepção Sensorial:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

1. *Avaliação das Funções mentais:* aparência (postura, movimentos corporais, vestuário - associar aos dados da higiene pessoal); comportamento (expressão facial, humor); cognição (orientação – tempo, local e pessoa, aplicação da Escala de Coma de Glasgow (avaliação do nível de consciência, abertura ocular; resposta verbal; resposta motora)
2. *Avaliação dos Nervos cranianos cabeça e pescoço:* Observações conjuntas - hipertrofia nasal, simetria, desvio de septo, obstrução, coriza, secreção, lesões, vibrissas, mucosa nasal (umidade, cor), seios paranasais (palpação), acuidade visual, conjuntiva, esclerótica, movimentação do globo ocular, pálpebras, Acuidade auditiva, pavilhão auricular (tamanho, implantação, simetria, presença de nódulos, lesões, cor, higiene); Acuidade gustativa.
3. *Avaliação Sensorial:* Dor (tipo, tempo, local, intensidade, relacionada)
4. *Avaliação do Reflexo Pupilar*

Outras observações

• **Integridade Tecidual:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Pele: coloração, umidade, temperatura, textura, mobilidade, elasticidade, turgor,

cicatriz (tamanho, tipo, local), presença de lesões. Perda de sensibilidade: local, intensidade e extensão. Unhas: cor, formato e presença de lesões (características e local). Cabelos: tipo de implantação, quantidade, distribuição, textura, cor, higiene, lesões no couro cabeludo.

Outras observações

- **Nutrição/Hidratação:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante:

Peso (kg), altura (m), IMC.

Modificação do peso em quanto tempo.

Ingestão alimentar: dieta prescrita (via), horários, tipos de alimentos, quantidade aceita, dietas especiais.

Ingestão hídrica: quantidade (ml/24h), tipo, horários, restrição hídrica (ml/24h).

Outras observações

Exame da boca: Lábios: coloração, umidade, presença de lesões, uso de prótese (superior e inferior), higiene. Mucosaoral: coloração, umidade, lesões. Gengiva: coloração e presença de lesões. Dentes: coloração, higiene e presença de lesão. Palato (úvula e amígdala): coloração e lesões. Língua: simetria, posição, superfície, coloração, movimentação, frênulo, umidade, alterações (especificar).

Outras observações

- **Eliminação:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante:

Eliminação urinária: espontânea ou estimulada, freq., quantidade (por micção e/ou 24h), características (cor, odor, sedimentos), Presença de sonda, coletor (tipo e finalidade) e fralda.

Eliminação Intestinal: freq., data da última evacuação, quantidade, características (cor, odor, consistência), presença ostomia (tipo, local, condições, características e quantidade do material drenado).

Exame do abdome:

Inspeção: Forma, simetria, cicatriz umbilical, condições da pele, pulsações.

Ausulta: ruídos hidroaéreos e vasculares Percussão: sons e presença de visceromegalias Percussão por piparote:

Punho percussão: (pesquisa do sinal de Giordano)

Palpação: superficial e profunda

Outras observações:

- **Sono e Repouso:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Mudanças no padrão de sono e repouso

Horas de sono por noite e durante o dia

Outras observações

- **Higiene:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Condições gerais de higiene, Horário preferido para o cuidado pessoal (banho, higiene oral, lavar os cabelos, higiene íntima), necessidade de ajuda e/ou acessórios para banhar-se, vestir-se, arrumar-se (de quem, quais). Tipo de banho (chuveiro, leito). Uso de sanitário. Tipo de vestimentas, aparência geral, odor corporal.

- **Atividade Física e Mobilidade:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Inspeção e palpação do sistema motor – músculos quanto ao tamanho, força, tônus e movimentos involuntários; Coordenação e Movimentos especializados;

Locomoção: deambula ou se movimenta (sozinho, com auxílio, uso de prótese ou órtese). Função Cerebelar (teste o equilíbrio), tipo de marcha. Teste Romberg. Pratica alguma atividade física no hospital (que tipo, período e duração). Possui limitação de movimentos. Movimentação pescoço: ativa e passiva (flexão, extensão, rotação). Membros superiores e inferiores: movimentação ativa e passiva (flexão, extensão, rotação, adução, abdução), presença de amputação de membros.

- **Regulação:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Hormonal: Exame da Tireoide: palpável ou não, volume, consistência, mobilidade, superfície, sensibilidade.

- **Sexualidade:**

Queixa do paciente ou relatos dos familiares/acompanhante;

Atividade sexual (freq.). A condição atual interfere na atividade sexual. Uso de métodos contraceptivos. Idade da menarca. DUM, fluxo. Parceiro fixo. Alterações da atividade sexual. Mamas: inspeção estática edinâmica: tamanho, formato, simetria, mamilos, palpação: tecido mamário e gânglios, expressão mamilar. Exame dos genitais: condições de higiene, inspeção e palpação quando necessário.

B - Terapêutica Medicamentosa

C - Resultado de Exames Complementares de Diagnóstico

6 Modelo de diagnóstico de enfermagem, resultado esperado e prescrição de enfermagem

Abaixo encontra-se o modelo a ser seguido para a realização do diagnóstico, prescrição e resultado esperado.

Modelo 1

Exemplo:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, RESULTADO E PRESCRIÇÃO
DE: Perfusão tissular cerebral e periférica ineficaz relacionada à redução mecânica de fluxo e concentração diminuída de hemoglobina caracterizada por mudança no estado mental, pulso filiforme e rítmico, cianose nas extremidades.
RE: O paciente deverá ter a perfusão cerebral e periférica otimizada em 12 horas.
PE: Avaliar constantemente o rebaixamento do nível de consciência e registrar de 1/1h. Comunicar o enfermeiro se a Escala de Coma de Glasgow apresentar valor menor que 12. (Téc. Enf. e Enf). Aquecer MMSS e MMII com algodão ortopédico e realizar enfaixamento (Téc. Enf.).

Modelo 2

Exemplo:

Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I: Integridade da pele prejudicada	
Resultado (NOC): Cicatrização de feridas: segunda intenção	
Indicadores e pontuação do resultado	
Indicador	Escore
Tecido de granulação	2
Formação de tecido cicatricial	2
Diminuição do tamanho da ferida	1
Drenagem purulenta	3
Drenagem serosa	5
Drenagem sanguinolenta	5
Drenagem serossanguinolenta	5
Eritema em torno da ferida	2
Inflamação da ferida	2
Edema em tomo da ferida	2
Pele com bolhas	5
Pele macerada	5
Necrose	3
Pontuação obtida pelo cliente/Pontuação total do resultado	57/85
Graduação-alvo do resultado (pontuação esperada)	Aumentar para 75

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, RESULTADOS E INTERVENÇÕES

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I): Integridade da pele prejudicada

Resultado (NOC): Cicatrização de feridas: segunda intenção Intervenção

Intervenção (NIC): **Cuidados com lesões (Prioritária — P)**

Atividades:

- Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor
- Medir o leito da lesão, quando adequado
- Limpar a lesão com soro fisiológico, quando adequado
- Aplicar curativo adequado ao tipo da ferida
- Trocar o curativo de acordo com a quantidade de exsudato e drenagem
- Examinar a lesão a cada troca de curativo
- Comparar e registrar com regularidade quaisquer mudanças na lesão
- Posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão
- Encorajar a ingestão de líquidos, se adequado
- Ajudar o paciente e a família a obter os suprimentos necessários
- Orientar o paciente e a família sobre o armazenamento e o descarte de curativos e materiais
- Orientar o paciente ou o(s) membro(s) da família sobre os procedimentos de cuidado com a ferida
- Documentar o local, o tamanho e o aspecto da lesão

Intervenção (NIC): Administração de medicamentos (Sugerida — S)

Atividades:

- Prescrever e/ou recomendar medicamentos, quando adequado, conforme autoridade prescritiva
- Monitorar possíveis alergias, interações e contraindicações aos medicamentos
- Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico do medicamento
- Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos, toxicidade e interações dos medicamentos administrados
- Documentar a administração de medicamentos e as reações do paciente, de acordo com os protocolos da instituição

Intervenção (NIC): Administração de medicamentos: tópica (S)

Atividades:

- Seguir os “cinco certos” da administração de medicamentos
- Observar história médica e alérgica do paciente
- Determinar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento e seu entendimento sobre o método de administração
- Determinar a condição da pele do paciente sobre a área na qual será aplicado o medicamento
- Aplicar o agente tópico, conforme prescrito
- Espalhar o medicamento uniformemente sobre a pele, quando adequado
- Monitorar os efeitos locais, sistêmicos e adversos do medicamento
- Ensinar e monitorar as técnicas de autoadministração, quando adequado

REFERÊNCIAS

As referências bibliográficas para o caso clínico deverão ser atualizadas e conforme as normas da ABNT. Serão aceitas como referências bibliográficas apenas livros, manuais e artigos científicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Associação Brasileira de Normas Técnicas** (ABNT). NBR 6023. 2ºed.2018. 68p. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/documents/40070/1837975/ABNT+NBR+6023+2018+%281%29.pdf/3021f721-5be8-4e6d-951b-fa354dc490ed>>. Acesso em: 16 abr 2019

BARROS, K.M; LEMOS, I.C. **Processo de enfermagem**: fundamentos e discussão de casos clínicos.1º ed: Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. 330p.

BULECHEK, G. M; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem** (NIC). 6º. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 640 p.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional / Nursing theory. Porto Alegre; Artes Médicas; 1993. 338 p.ilus.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPUIEDUSP, 1979,99p.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 p.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 5ºed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016. 712 p.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I** definições e classificação, 2018-2020. 11ºed Porto Alegre: Artmed 2018. 488p.

YIN RK. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010.

 @_instanewton

 /centrouniversitariopNewtonpaiva

 @newtonpaiva

newtonpaiva.br

Belo Horizonte e região metropolitana:

31| 4042.9488

Outras Localidades

0800 942 9800



Newton

Quem se prepara, não para.