

	<h1>PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM</h1>	
<b>POP FACENF Nº 27</b>	<b>Registros de Enfermagem</b>	Elaborado em: 20/08/2017  Revisado em 29/11/2022
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>OBJETIVO:</b> Fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 h.</li> <li>✓ <b>RESPONSABILIDADE:</b> Equipe de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem).</li> <li>✓ <b>MATERIAIS:</b> Impresso próprio da unidade.</li> </ul>		

### COMO REGISTRAR

- A anotação deve ser **À CANETA**, clara, objetiva, precisa, com letra legível e sem rasuras;
- Não usar corretivo, por ser um documento legal. Na vigência de uma anotação errada, colocar entre vírgulas a palavra **digo** e anotar, imediatamente após, o texto correto. No caso de anotação incorreta e extensa, escrever ao lado da anotação em letra tipográfica e maior que a cursiva **“SEM EFEITO”**, registrando na primeira linha subsequente com horário, que a anotação anterior está errada ou não corresponde àquele paciente;
- Realizar as anotações em tinta azul ou preta para o dia e vermelha para o período noturno. Ou de acordo com a norma da instituição;
- Escrever as palavras por extenso. Só usar as **abreviaturas padronizadas**. Utilizar terminologia científica;
- Evitar usar termos genéricos como: “dormiu melhor esta noite”, “sem queixas”, “sem intercorrências até o momento”. Estes registros não fornecem informações objetivas a respeito das condições do paciente;
- Não deixar espaços em branco entre uma e outra anotação e não passar traço entre o final da anotação e a identificação do profissional;
- O ato de checar ( ✓ ) utilizados sobre o horário, nas prescrições de enfermagem e médica, significa que a ação foi realizada, e o circular ( ○ ) significa que a ação prescrita não foi realizada. Acima do sinal checar ( ✓ ) é indispensável a colocação do nome ou iniciais do nome (completo) do profissional que realizou a ação, o que permite a identificação do responsável pelo cuidado. Quando um horário está circulado, é imprescindível anotar a justificativa da não realização do cuidado;
- As anotações devem seguir um modelo cronológico, ou seja, a anotação do que aconteceu às 10h não deve aparecer após a anotação do que ocorreu às 13h. Portanto **deve-se fazer a anotação imediatamente após o ocorrido**;
- A anotação deverá ser realizada apenas pelos funcionários do seu respectivo plantão e que tenha realizado o cuidado prestado. Jamais delegar aos outros o que é de sua responsabilidade;
- Nenhum profissional fora do setor pode utilizar o espaço destinado à anotação de enfermagem, exceto nos casos onde o enfermeiro de uma unidade for realizar algum procedimento em outra unidade e estiver dentro do seu horário de trabalho. Exemplo: A enfermeira da unidade de diálise realiza o procedimento em um paciente na UTI, nesse caso deverá realizar a anotação de enfermagem pertinente. Se for um profissional de outra área (exemplo: fisioterapeuta) ele deverá realizar suas anotações no impresso de Evolução Multiprofissional.
- **Após a anotação devem constar a assinatura e o carimbo**. Na falta do carimbo, devem-se anotar todas as informações citadas abaixo, até que o mesmo seja providenciado;
- O carimbo deve conter as seguintes informações: nome completo + categoria profissional + número COREN-MG. Não deve conter desenhos ou símbolos;
- As anotações realizadas por estudantes de enfermagem devem conter na sua identificação: nome, curso, instituição e o carimbo do responsável pelo aluno naquele estágio (professor responsável);
- Na anotação de enfermagem não devem constar dados de evolução de enfermagem. **A anotação registra exatamente aquilo que foi observado ou executado, sem comparação de dados anterior enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão para comparar e contextualizar os dados. A evolução é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro**;
- No impresso de anotação de enfermagem devem constar no seu cabeçalho as seguintes identificações: dados do cliente ou paciente (nome, idade, sexo e RG hospitalar), e complementado com data, número do leito e enfermaria. Pode ser utilizada etiqueta impressa ou na sua falta preencher manualmente o cabeçalho do impresso com esses dados;

- A anotação deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional;
- A anotação deve permitir a coleta de elementos administrativos e clínicos para auditoria em enfermagem;
- A anotação deve fazer obrigatoriamente parte do prontuário do cliente ou paciente e servir de fonte de dados para os processos administrativo, legal, de ensino e pesquisa;
- As anotações podem ser do tipo: - manual - escrito à tinta (**nunca a lápis**) ou eletrônico - de acordo com a legislação vigente;
- Fazer as anotações sempre que ações de assistência forem executadas, ou seja, ao término de cada procedimento. Ex: 8h A paciente foi encaminhada ao banho de chuveiro na cadeira de rodas. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as medidas terapêuticas realizadas pelos diferentes membros da equipe de saúde. Ex: 9h passado cateter central em subclávia direita pelo Dr. Francisco Alves - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as respostas ou reações do paciente à terapêutica prescrita pelo médico. Ex: 12h PA de 190/110, medicado com 1 comprimido de Adalat 10 mg sob ordem médica (conforme prescrito), com redução da PA para 150/90 mmHg. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as respostas ou reações do paciente aos cuidados de enfermagem prescritos. Ex: 10h realizada a mudança de decúbito, de lateral direito para lateral esquerdo. Presença de hiperemia em região sacral. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando os comportamentos e queixas dos pacientes, assim como sinais e sintomas. (OBS: Sinal = manifestação objetiva da doença - pode-se observar; Sintoma = manifestação subjetiva da doença - somente o paciente pode referir). Ex: 12h Paciente apresentou-se sonolento durante toda a manhã. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale. - Clara dos Santos, carimbar. Ex: 13h. Paciente aceitou o lanche, porém referiu que o leite estava muito doce. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as respostas específicas do paciente à terapêutica e à assistência. Ex: 12h Paciente apresentou micção espontânea após retirada da sonda. Comunicado Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo). • Fazer as anotações relatando os motivos pelos quais determinadas ações não foram executadas. Ex: 8h. O item 3 da prescrição médica não foi administrado, está sendo providenciado pela farmacêutica Anita. Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale cientes. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações relatando as intercorrências com o paciente. Ex: 12h. Paciente apresentou queda da própria altura durante o banho de aspersão, sem presença de hematomas ou lesões aparentes. Comunicado o médico João Santos e a enfermeira Lúcia, que solicitaram observar alterações no nível de consciência. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações e registrar cumprimento de orientação verbal. Ex: 16h. Retirada sonda nasogástrica (SNG) por orientação de Dr. Francisco Alves. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).
- Fazer as anotações e registrar engano ou erro, a reação do paciente e as providências tomadas. Ex: 8h. Medicado com 1 comprimido de Capoten 25 mg por engano, PA de 100/70 mmHg, assintomático até o momento. Dr. Francisco Alves e enfermeira Rosa do Vale cientes. - Clara dos Santos Coren 55555(+carimbo).

## **ORIENTAÇÕES SOBRE O CONTEÚDO DA ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

### **1 - Admissão:**

- Horário e data,
- Motivo, Procedência do paciente, Acompanhante.
- Condições de locomoção e gerais observadas no paciente.
- Dados informados pelo paciente, familiares ou cuidadores, alergias, medicamentos em uso.
- Registrar os pertences que permanecem com o paciente e o que foi devolvido para os familiares.
- Controle de sinais vitais.
- Exame Físico realizado pelo enfermeiro.
- Nome e carimbo.

## 2 - Evolução de enfermagem

- Horário e data, tempo de internação.
- Dados objetivos gerais: posicionamento no leito, face (expressões significativas), aspectos do exame físico geral (face corada, icterícia, cianose, estado de hidratação, aspecto higiênico), estado geral do paciente.
- Neurológico e função mental: consciência, orientação, tipo de fala.
- Aspectos psicossociais: comunicação, afetivos, estado de ânimo, choro.
- Dados Subjetivos: queixas e verbalizações significativas.
- Sono e repouso.
- Respiratório: características, MV, saturação periférica.
- Circulatório: PA, pulso, perfusão periférica, ritmo cardíaco, bulhas.
- Nutricional: dieta, tipo, aceitação, dispositivos, exame do abdome.
- Eliminatório: características, quantidade e frequência da diurese, evacuação, drenagens e outras eliminações.
- Membros: locomoção, pele, acesso venoso com aspecto, edema, feridas e curativos, panturrilhas.
- Cuidados prestados: higiene, aspiração, curativo, drenos, mudança de decúbito, etc
- Descrição de procedimentos invasivos realizados.
- Observações e intercorrências: saídas para exames ou cirurgias, reações alérgicas e ou medicamentosa, ocorrências importantes.
- Orientações realizadas.
- Assinatura e carimbo

**3 - Transferência interna no hospital:** – horário e local de transferência, – condições gerais e de locomoção, – medicação- entrega ou não dos medicamentos, horários subsequentes e pendências com a farmácia se houver, – dieta – comunicação ao Serviço de Nutrição e Dietética sobre a transferência, – informações sobre o destino dos pertences junto com o paciente ou entregue aos familiares. – nome e carimbo.

## 4 - Ocorrência Assistencial

- data,
- hora do ocorrido,
- tipo de ocorrência assistencial,
- descrição dos fatos pela (o) enfermeira (o),
- justificativa dos envolvidos,
- condutas tomadas (se comunicado à chefia, solicitação de avaliação ao médico, exames solicitados),
- preenchimento da ficha própria para notificação de acidentes, incidentes ou ocorrências,
- estado geral,
- as condições do paciente após o acidente,
- consequências do acidente/incidente,
- profissionais comunicados formal ou informalmente;
- nome e carimbo.

→ **Se evasão deve constar:**

- horário de evasão,
- condições do paciente,
- as condutas tomadas pela equipe multiprofissional,
- se comunicado formal ou informalmente à chefia imediata,
- nome e carimbo.

## 5 - Alta Hospitalar

- horário da alta,
- nome do médico,
- as condições gerais e de locomoção do paciente,
- presença de acompanhante,
- orientações feitas ao paciente e/ou familiares e a quem foram feitas,
- a necessidade da consulta de enfermagem pós-alta hospitalar,
- levantamento dos problemas não solucionados durante a internação,
- encaminhamento para grupos de acompanhamentos ou serviços especializados, os pertences se foram entregues ou não para o paciente e/ou familiares,
- a entrega de exames,
- nome e carimbo.

## 6 - Transferência Hospitalar

- horário da transferência,

- nome da instituição para onde o paciente foi transferido,
- as condições gerais e de locomoção do paciente,
- presença de acompanhante,
- orientações feitas ao paciente e/ou familiares e a quem foram feitas,
- levantamento dos problemas não solucionados durante a internação,
- encaminhamento para grupos de acompanhamentos ou serviços especializados,
- sobre os pertences; se foram entregues ou não para o paciente e/ou familiares,
- a entrega de exames,
- nome e carimbo.

## 7 - Óbito

- horário que foi constatado o óbito,
- o nome do médico que constatou o óbito,
- as condições que o levaram ao óbito,
- os procedimentos realizados,
- horário que foi avisado o registro geral do hospital,
- o preparo do corpo realizado,
- pertences encaminhados juntamente com o corpo,
- horário do encaminhamento do corpo ao necrotério, Instituto Médico Legal (IML) ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO),
- comunicação e orientações dadas aos familiares,
- o encaminhamento do prontuário do paciente ao registro geral do hospital,
- nome e carimbo.

### • Aspectos Legais:

A anotação de enfermagem é regulamentada por:

Decreto 50387 de 28/03/61, que regulamentou a Lei 2604/55; Lei 7498 de 25/06/86; - Resolução COFEN – 191/1996; Art. 5º, inciso X– Constituição Federal; Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem; Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; Arts. 186, 927, 951 – Código Civil; Art. 18, inciso II – Código Penal; Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor

### Referências:

BRASIL. Código Penal - Artigo 299 de 7 de dezembro de 1940. Falsidade Ideológica. Rio de Janeiro; 1942. Disponível em: <http://www.bibvirt.futuro.usp.br/textos/humanas/legislacao/codpenal/codpenal.html>.

BRASIL. Decisão COREN-SP (Conselho Regional de São Paulo – São Paulo) – DIR/001 de 18 de janeiro de 2000. Normatiza no Estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a documentação de enfermagem. São Paulo. 2000. Disponível em: [http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes\\_busca.php?leg\\_id=30007&texto](http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=30007&texto).

BRASIL. Resolução COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) nº. 191 de 31 de maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. Rio de Janeiro; 1996. Disponível em: <http://www.corenpb.com.br/legislacao/resolucoes/res191.htm>.

COFEN. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. 1.ª ed. Brasília. 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>.

COREN-SP. Anotações de Enfermagem. 1.ª ed. São Paulo. 2009. Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>.

GONÇALVES VLM. Anotação de Enfermagem. In: Cianciarullo TI et al. Sistema de Assistência e Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: ed. Ícone; 2001. p. 221-36. 2. Brasil. Código Civil: Artigo 135. Da condição, do termo e do encargo. Lei nº. 10.406 de 10 de janeiro de 2002 Disponível em: <http://www.cosif.com.br/mostra.asp?arquivo=codcivil1livro3tit1> ou <http://www.chaves.com.br/LAWS/ccb.htm>.

POSSARI JF. Orientações e Sugestões de Conteúdo e Formas de Anotação de Enfermagem. In: Possari JF. Prontuário do Paciente e os Registros de Enfermagem. São Paulo: látria; 2005. p. 157-77.

POTTER, P. A.; et al. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

