

Guia de Recomendações

Para Registro de Enfermagem no
Prontuário do Paciente e Outros
Documentos de Enfermagem



Um guia para
nortear os
profissionais
de Enfermagem
na prática dos
registros e
garantir a
qualidade das
informações.



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem

Partilha de informações >

Relatório permanente >

Evidência legal >

Ensino e pesquisa >

Prefácio

Os registros de enfermagem são essenciais para o processo do cuidar. Além de possibilitar uma comunicação segura entre os profissionais de enfermagem e a equipe de saúde, servem ainda a inúmeras finalidades relacionadas ao ensino, pesquisa, esclarecimento de processos éticos e judiciais, bem como para a avaliação da qualidade da assistência prestada, entre outros. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), sempre atento ao cumprimento das disposições contidas na Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973, na Lei n. 7.498/86 e no Decreto n. 94.406/87, que regulamentam o exercício da enfermagem profissional no Brasil, apresenta este Guia de Recomendações para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros documentos de enfermagem.

A entrega deste Guia decorre após um importante trabalho dos membros da Câmara Técnica de Legislação e Normas (CTLN) e relatado pela conselheira federal, Dra. Eloiza Sales Correia, resultando na sua aprovação na 473ª Reunião Ordinária de Plenário. Pelo sumário, depreende-se o grande valor dos temas abordados não apenas sobre os fundamentos legais para caracterização do documento, mas, sobretudo, as especificações técnicas.

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

Trata-se de indispensável instrumento aos profissionais de nossa categoria que laboram diuturnamente nos mais diversos cenários da assistência de enfermagem, e que agora dispõem de um guia prático para efetuar os registros profissionais com segurança.

O Cofen sente-se honrado mais uma vez ao contribuir para a melhoria da prestação de atendimento de qualidade à saúde do povo brasileiro.

Manoel Carlos Neri da Silva
Presidente do Cofen

Conselheiros Efetivos

Presidente

Dr. Manoel Carlos Neri da Silva
Coren-RO n. 63.592

Vice-Presidente

Dra. Irene do Carmo Alves Ferreira
Coren-SE n. 71.719

Primeira Secretária

Dra. Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio
Coren-PI n. 19.084

Segundo Secretário

Dr. Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Coren-AP n. 75.956

Primeiro Tesoureiro

Dr. Jebson Medeiros de Souza
Coren-AC n. 95.621

Segundo Tesoureiro

Dr. Antônio José Coutinho de Jesus
Coren-ES n. 55.621

Dr. Luciano da Silva
Coren-SP n. 82.988

Dra. Mirna Albuquerque Frota
Coren-CE n. 60.352

Dra. Nádia Mattos Ramalho
Coren-RJ n. 31.516

Conselheiros Suplentes

Dr. Anselmo Jackson Rodrigues de Almeida
Coren-PB n. 95.633

Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez
Coren-SP n. 6.104

Dra. Eloiza Sales Correia
Coren-DF n. 32.364

Dra. Francisca Norma Lauria Freire
Coren-PE n. 30.268

Dr. Gilvan Brolini
Coren-RR n. 103.289

Dr. Leocarlos Cartaxo Moreira
Coren-MT n. 12.054

Dra. Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos
Coren-TO n. 37.721

Dra. Orlene Veloso Dias
Coren-MG n. 63.313

Dr. Walkirio Costa Almeida
Coren-PA n. 54.944

Câmara Técnica de Legislação e Normas - CTLN

Portaria n. 523/2015

Componentes

Cleide Mazuela Canavezi
Coren-SP n. 12.721

José Maria Barreto de Jesus
Coren-PA n. 20.306

Natália de Jesus Alves
Coren-PI n. 38.259

Oswaldo Albuquerque Sousa Filho
Coren-CE n. 56.145

Rachel Cristine Diniz da Silva
Coren-ES n. 109.251

Sumário

1 Introdução	8
2 Objetivos	8
3 Finalidades dos registros	8
3.1 Partilha de informações	8
3.2 Garantia de qualidade	8
3.3 Relatório permanente	9
3.4 Evidência legal	9
3.5 Ensino e pesquisa	9
3.6 Auditoria	9
4 Prontuário do paciente	9
5 Aspectos legais do registro de enfermagem	9
6 Fundamentos legais dos registros de enfermagem	10
6.1 Constituição Federal	10
6.2 Lei n. 7.498/86	10
6.3 Decreto n. 94.406/87	10
6.4 Resolução Cofen n. 429/12	11
6.5 Resolução Cofen n. 311/07	11
6.6 Código de Processo Civil	12
6.7 Código Civil Brasileiro	13
6.8 Código Penal	13
6.9 Lei n. 8.078 – Código de Defesa do Consumidor	13
6.10 Portaria MS n. 1.820/09 – Carta dos direitos dos usuários da saúde	13
7 Anotações de Enfermagem	14
7.1 Regras para elaboração das Anotações de Enfermagem	14
8 Evolução de Enfermagem	17
8.1 Regras Gerais	18

9 Procedimentos de enfermagem – o que anotar	19
9.1 Admissão	19
9.2 Alta	20
9.3 Administração de Medicamentos	20
9.3.1 Via Parenteral	20
9.3.2 Via Oral	20
9.3.3 Via Retal	21
9.4 Aspiração oral	21
9.5 Aspiração traqueal (Enfermeiro)	21
9.6 Acesso venoso	22
9.7 Avaliação do nível de consciência pelo enfermeiro	22
9.8 Auxílio na dieta	22
9.9 Banho de assento	22
9.10 Balanço hidroeletrólítico pelo enfermeiro	23
9.10.1 Entrada de líquidos	23
9.10.2 Saída de líquidos	23
9.11 Coleta de linfa para hanseníase	23
9.12 Coleta de material para o teste do pezinho	24
9.13 Coleta de exame citopatológico pelo enfermeiro	24
9.14 Conduitas de segurança ao paciente	24
9.15 Consulta de enfermagem pelo enfermeiro	25
9.16 Contenção no leito	25
9.17 Controle da dor	25
9.18 Controle hídrico	26
9.18.1 Entrada de líquidos	26
9.18.2 Saída de líquidos	26
9.19 Classificação de risco	26
9.20 Curativos	26
9.21 Cuidados com estomas	27
9.22 Cuidados com os pés	27
9.23 Cuidados Imediatos com o RN (Enfermeiro)	27

9.24	Cuidados com o RN em fototerapia	28
9.25	Cuidados no pré-parto	28
9.26	Cuidados na sala de parto	29
9.27	Cuidados no pós-parto imediato	29
9.28	Drenagem de tórax (Enfermeiro)	30
9.29	Drenos	30
9.30	Diálise peritoneal	31
9.31	Encaminhamento para exames, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico	31
9.32	Enteróclise	31
9.33	Exame de Montenegro	32
9.34	Glicemia capilar	32
9.35	Hemodiálise	33
9.36	Higiene do paciente – banho	33
9.37	Higiene do couro cabeludo	33
9.38	Higiene íntima	33
9.39	Higiene oral	34
9.40	Imobilização	34
9.41	Irrigação de sonda vesical e bexiga	34
9.42	Inalação / nebulização	35
9.43	Lavado gástrico	35
9.44	Massagem de conforto	35
9.45	Medida antropométrica	36
9.46	Mudança de decúbito	36
9.47	Nutrição enteral	36
9.48	Nutrição parenteral pelo enfermeiro	37
9.49	Óbito	37
9.50	Ordenha mamária	37
9.51	Punção arterial pelo enfermeiro	38

9.52	Preparo psicológico do cliente / paciente	38
9.53	Pressão venosa central (PVC) pelo enfermeiro	38
9.54	Pressão arterial média (PAM) pelo enfermeiro	38
9.55	Pré-operatório	39
9.56	Pós-operatório imediato	39
9.57	Pós-operatório mediato	40
9.58	Prova do laço	40
9.59	Registros relativos à coleta de material para exames	41
9.60	Registros relativos à deambulação	41
9.61	Retirada de pontos	41
9.62	Sinais vitais	42
9.63	Teste de PPD	42
9.64	Teste de gravidez	42
9.65	Teste rápido de HIV	42
9.66	Teste rápido para Sífilis	43
9.67	Teste para Hepatite	43
9.68	Terapia de Reidratação Oral (TRO)	43
9.69	Transferência interna	44
9.70	Transferência externa	44
9.71	Tratamento de pediculose	44
9.72	Tratamento de miíase	45
9.73	Transoperatório	45
9.74	Tricotomia	46
9.75	Vacina	46
10	Registro de Enfermagem das ações executadas na Central de Material e Esterilização – CME	46
10.1	Expurgo	46
10.2	Área de preparo de material	46
10.3	Área de Esterilização	47
10.4	Área de armazenagem e distribuição de materiais	47
Referências	48



Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e outros Documentos de Enfermagem

1 Introdução

A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado.

Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo de cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros.

Convém, ainda, citar que os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário.

Os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

Dessa forma, para serem consideradas autênticas e válidas as ações registradas no prontuário do paciente, deverão estar legalmente constituídas, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (art. 368 do Código de Processo Civil – CPC) e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (art. 386 do CPC). Salientamos que as declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou (art. 368 do CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

2 Objetivos

Nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição.

3 Finalidade dos registros

3.1 Partilha de informações: estabelece uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente;

3.2 Garantia de qualidade: serve como fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada (comitê interno hospitalar);

3.3 Relatório permanente: registro escrito em ordem cronológica da enfermidade de um paciente e dos cuidados oferecidos, desde o surgimento do problema até a alta / óbito /transferência hospitalar;

3.4 Evidência legal: documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe médica e de enfermagem (e outros), referente à assistência prestada. Cada pessoa que escreve no prontuário de um paciente é responsável pela informação ali anotada;

3.5 Ensino e pesquisa: os registros do paciente contêm um grande número de informações e podem constituir uma fonte alternativa de dados;

3.6 Auditoria: refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem por meio do prontuário do paciente.

4 Prontuário do paciente

É definido no livroto do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo como o acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência.

A palavra prontuário deriva do latim “*promptuariu*” que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento.

A resolução CFM 1.638/2002 define o prontuário como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

5 Aspectos legais do registro de enfermagem

Ochoa-Vigo (2001) disse que é momento de entender e assumir os registros de enfermagem no prontuário do paciente como parte integrante do processo de enfermagem, compreendendo que as informações de cuidados prestados é a forma para mostrar o trabalho, bem como para o desenvolvimento da profissão.

Como documento legal, os registros somente terão valor se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras.

Segundo Oguisso (1975), são essas recomendações que caracterizarão a autenticidade de um documento. Para a autora, a ausência dos registros, ou realizados de forma incompleta podem indicar uma má qualidade da assistência de enfermagem.

Importante frisar que resta evidenciada a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e também sobre os seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal.

6 Fundamentos legais das Anotações de Enfermagem

6.1 Constituição Federal

(...)

Art. 5º

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

6.2 Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem

(...)

“Art. 11 o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente

(...)

c) planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

(...)

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.”

6.3 Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n. 7.498/86

Cabe ao técnico de enfermagem:

“Art. 10 O técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

(...)

II – executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;”

(...)

Cabe ao auxiliar de enfermagem:

“Art. 11 O auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

(...)

II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem

(...)

Art. 14 Incumbe a todo pessoal de enfermagem:

(...)

II – quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.”

6.4 Resolução Cofen n. 429/12 – Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.

6.5 Resolução Cofen 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

(...)

Art. 68 Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

(...)

Art. 5º Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 12 Assegurar à pessoa, família e coletividade, assistência de enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 16 Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 17 Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 25 Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 54 Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 71 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

PROIBIÇÕES

(...)

“Art. 35 Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada

Art. 42 Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro.”

(...)

6.6 Código de Processo Civil

“Art. 368 As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, ou somente assinado, presumem-se verdadeiras em relação ao signatário.

Parágrafo único. Quando, todavia, contiver declaração de ciência, relativa a determinado fato, o documento particular prova a declaração, mas não o fato declarado, competindo ao interessado em sua veracidade o ônus de provar o fato.”

(...)

Art. 386 O juiz apreciará livremente a fé que deva merecer o documento, quando em ponto substancial e sem ressalva contiver entrelinha, emenda, borrão ou cancelamento.

Art. 371 Reputa-se autor do documento particular:

I – aquele que o fez e o assinou;

II – aquele que, mandando compô-lo, não o firmou, porque, conforme a experiência comum, não se costuma assinar, como livros comerciais e assentos domésticos.

(...)

Art. 372 Compete à parte, contra quem foi produzido documento particular, alegar no prazo estabelecido no art. 390, se lhe admite ou não autenticidade da assinatura e a veracidade do contexto; presumindo-se, com o silêncio, que o tem por verdadeiro.

6.7 Código Civil Brasileiro

(...)

“Art. 186 Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927 Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Art. 951 O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.”

6.8 Código Penal

“Art. 18 Diz-se o crime: (...)

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.”

6.9 Lei n. 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor

“Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I – a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

(...)

VI – a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

(...)

Art. 43 O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes.

§ 1º – Os cadastros e dados de consumidores devem ser objetivos, claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, não podendo conter informações negativas referentes a período superior a cinco anos.”

6.10 Portaria MS n. 1.820/2009 – Carta dos direitos dos usuários da saúde

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

(...)

III – Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência.

IV – Registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

- a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe;
- b) dados de observação e da evolução clínica;
- c) prescrição terapêutica;
- d) avaliações dos profissionais da equipe;
- e) procedimentos e cuidados de enfermagem;
- f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológico;
- g) quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;
- h) identificação do responsável pelas anotações;
- i) outras informações que se fizerem necessárias.

7 Anotação da equipe de enfermagem

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem.

Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução Cofen n. 358/2009), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados. (CIANCIARULLO *et al.*, 2001).

7.1 Regras importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, entre as quais:

- 1 Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren, conforme consta nas Resoluções Cofen 191/2009 e 448/2013 em seu art. 6º, ao final de cada registro:
 - a) O uso do carimbo pelos profissionais da Enfermagem é facultativo.

2. Observar e anotar como o paciente chegou:
 - a) Procedência do paciente (residência, pronto - socorro, transferência de outra instituição ou outro setor intra-hospitalar);
 - b) Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);
 - c) Condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca, etc.);
3. Observar e anotar as condições gerais do paciente:
 - a) Nível de consciência;
 - b) Humor e atitude;
 - c) Higiene pessoal;
 - d) Estado nutricional;
 - e) Coloração da pele;
 - f) Dispositivos em uso. Ex.: Jelco, sondas, curativos.
 - g) Queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável);
4. Anotar orientações efetuadas ao paciente e familiares. Ex.: Jejum, coleta de exames, inserção venosa, etc.;
5. Dados do Exame Físico;
6. Cuidados realizados;
7. Intercorrências;
8. Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;
9. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
10. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo líquido;
11. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
12. Conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
13. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
14. Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
15. Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
16. Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito,

pouco, etc.);

17. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

18. Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

Assim, pode-se resumidamente evidenciar que as Anotações de Enfermagem deverão ser referentes a:

- Todos os cuidados prestados – incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor, entre outros;
- Sinais e sintomas – todos os identificados por meio da simples observação e os referidos pelo paciente. Os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e nunca utilizar somente os termos “normotenso, normocárdico, etc.”
- Intercorrências – incluem fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas;
- Respostas dos pacientes às ações realizadas;
- O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.

As autoras Elaine Emi Ito *et al.* (2011) percorrem as seis diretrizes destacadas por Potter (1998), como importantes, e que devem ser seguidas para se certificar de que as informações relacionadas aos cuidados prestados ao paciente sejam comunicadas correta e integralmente. Vamos ver quais são elas?

PRECISÃO

A informação deve ser exata, com dados subjetivos ou objetivos claramente discriminados. Além disso, é imprescindível fazer a distinção se a informação registrada foi observada no paciente ou relatada por ele. Usar grafia correta, bem como somente abreviações e símbolos aceitos pela instituição, de modo a garantir a interpretação precisa e adequada da informação.

CONCISÃO

Fornecer as informações reais e essenciais em uma anotação. Uma anotação curta e bem redigida é mais facilmente assimilada do que uma longa e irrelevante.

EFICÁCIA

Os registros devem conter informações completas e pertinentes para a continuidade da assistência ou para condutas a serem tomadas.

ATUALIZAÇÃO

A demora na anotação de uma informação importante pode resultar em omissões graves e atrasos no atendimento ao paciente. As decisões e condutas sobre a assistência e os cuidados de um paciente são baseadas em informações atuais. Sempre anotar

em prontuário, logo após a realização do procedimento, atendimento, observação ou encaminhamento.

ORGANIZAÇÃO

Registrar todas as informações em formato adequado e em ordem cronológica.

CONFIDENCIALIDADE

As informações sobre um cliente só deverão ser transmitidas mediante o entendimento de que tais dados não serão divulgados a pessoas não autorizadas. A lei protege as informações sobre um cliente que esteja sob cuidados profissionais de saúde. O profissional de enfermagem é obrigado por lei e pela ética a manter confidencialidade de qualquer informação relacionada à doença e ao tratamento do cliente.

8 Evolução de enfermagem

Inicialmente faz-se necessário diferenciar as Anotações de Enfermagem da Evolução. Conforme observa-se no quadro abaixo pode-se afirmar que:

Anotação de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda a equipe de enfermagem	Privativo do enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24 horas
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem, seja na atenção primária, secundária e terciária, e desenvolvida em instituição pública ou privada.

No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco (5) etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

- I – Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);
- II – Diagnóstico de enfermagem;
- III – Planejamento de Enfermagem;
- IV – Implementação;
- V – Avaliação de Enfermagem.

No art. 4º da Resolução Cofen n. 358/2009, verifica-se o seguinte enunciado:

“Ao Enfermeiro, observadas as disposições da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamentada, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas”. Grifos nossos.

Já o art. 6º referencia que a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a. um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b. os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c. as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d. os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

De acordo com a Resolução 358/2009, o Processo de Enfermagem (PE) é constituído basicamente de cinco (5) etapas: Histórico de Enfermagem – (HE) que inclui Coleta de Dados e Exame Físico; Diagnóstico de Enfermagem – (DE) pautado nos problemas identificados na fase anterior; Planejamento de Enfermagem – (PE); Implementação de Enfermagem – (IE).

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas.

A Evolução de Enfermagem é um dos componentes do Processo de Enfermagem. Trata-se de um processo que representa desenvolvimento de um estado a outro. Para efetuar a Evolução, o enfermeiro necessita reunir dados sobre as condições anterior e atuais do paciente e família para, mediante análise, emitir um julgamento; mudanças para piora ou melhora do quadro, manutenção das situações ou surgimento de novos problemas.

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, inter-relacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente.

8.1 Regras gerais:

A Evolução de enfermagem é uma atribuição privativa do enfermeiro, além de se constituir em um dever, de acordo com o Código de Ética e demais legislações pertinentes. Para ser considerado um documento legal é necessário:

- Constar, obrigatoriamente, data, hora, tempo de internação, diagnóstico de enfermagem, assinatura e número do Coren;

- Discriminar, sequencialmente, o estado geral, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e geniturinário;
- Procedimentos invasivos, considerando: entubações orotraqueais, traqueostomias, sondagens nasogástrica e enterais, cateterizações venosas, drenos, cateteres;
- Cuidados prestados aos pacientes, considerando: higienizações, aspirações, curativos, troca de drenos, cateteres e sondas, mudanças de decúbito, apoio psicológico e outros;
- Descrição das eliminações considerando: secreções traqueais, orais e de lesões, débitos gástricos de drenos, de ostomias, fezes e diurese, quanto ao tipo, consistência, odor e coloração;
- Deve ser realizada diariamente;
- A Evolução deve ser realizada referindo-se às últimas 24 horas, baseando-se nas respostas diante das intervenções preestabelecidas por meio da prescrição de enfermagem, bem como quanto aos protocolos em que o paciente está inserido, mantido ou sendo excluído;
- Deve ser refeita, em parte ou totalmente na vigência de alteração no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração;
- Deve apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes;
- Deve constar os problemas novos identificados;
- Utilizar-se de linguagem clara, concisa e exata, com ausência de códigos pessoais e abreviaturas desconhecidas.

9 Procedimentos de enfermagem – o que anotar?

9.1 Admissão

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Procedência do paciente;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Nível de consciência: Lucidez/Orientação;
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- Presença de lesões prévias e sua localização: feridas corto-contusas, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;
- Descrever deficiências, se houver;
- Uso de próteses ou órteses, se houver;
- Queixas relacionadas ao motivo da internação;

- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção, etc.);
- Rol de valores e pertences do paciente;
- Orientações prestadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.2 Alta

- Data e horário;
- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas, presença de lesões, nível de consciência, presença de dispositivos como sonda vesical de demora, cateter de duplo lúmen, etc.);
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Entrega do rol de pertences e valores ao paciente ou acompanhante;
- Transporte para o domicílio: da instituição ou próprio;

Obs.: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado. Registrar ainda se foi alta médica, administrativa ou a pedido do paciente ou família.

- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.3 Administração de medicamentos

Item(ns) da prescrição medicamentosa que deverá(ão) ser registrado(s):

9.3.1 Via Parenteral: registrar o local onde foi administrado

- M – glúteo, deltoide, vasto lateral, etc.;
- EV – antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc.;
- SC – abdome, região posterior do braço, coxa, etc.;
- ID – face interna do antebraço ou face externa do braço.

Em todos os casos, não esquecer de fazer referência ao lado em que o medicamento foi administrado, esquerdo ou direito.

No caso de administrar medicamento através de um dispositivo já existente, como intracath, duplo lúmen, acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso.

9.3.2 Via Oral

- Registrar dificuldade de deglutição;

- Presença de vômitos, etc.

9.3.3 Via Retal

- Registrar tipo de dispositivo utilizado;
- Em caso de supositório, registrar se foi expelido e providências adotadas.

Para todas as vias observar os registros apontados abaixo:

- Rejeição do paciente;
- No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Obs.: Somente a checagem do(s) item(ns) cumprido(s) ou não, através de símbolos, como /, ou ○, √ respectivamente, não cumpre(m) os requisitos legais de validação de um documento.

Daí a importância de registrar, por escrito, nas Anotações de Enfermagem, a administração da medicação, ou a recusa, aponto o nome completo, número do Coren e categoria profissional.

9.4 Aspiração oral

- Data e hora;
- Motivo;
- Característica e quantidade da secreção;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e n. do Coren do profissional que executou o procedimento.

9.5 Aspiração traqueal (Enfermeiro)

- Data e hora;
- Motivo;
- Localização (VAS, traqueostomia ou tubo endotraqueal);
- Característica e quantidade da secreção;
- Na traqueostomia, anotar o tipo e n. da cânula e as condições da pele;
- Registrar a necessidade de troca e limpeza da endocânula de traqueostomia;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e n. do Coren do profissional que executou o procedimento.

9.6 Acesso venoso

- Data e hora da punção;
- Motivo da punção (inicial ou troca);
- Local;
- Condições do local da punção (pele e rede venosa local);
- Número de punções;
- Tipo e calibre do cateter;
- Salinização / heparinização;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Medida de segurança adotada (tala ou contensão);
- Queixas;
- Nome e Coren do responsável pelo procedimento.

9.7 Avaliação do nível de consciência pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Escala utilizada para avaliação do nível de consciência;
- Resposta apresentada pelo paciente (abertura ocular, miose, midríase, linguagem verbal, motora e/ou outras);
- Resultado da avaliação realizada;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.8 Auxílio na dieta

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de dieta;
- Aceitação da dieta: total, parcial ou recusa;
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação);
- Dieta zero: motivo;
- Necessidade de auxílio;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.9 Banho de assento

- Data e hora do procedimento;
- Motivo do procedimento;

- Solução utilizada;
- Presença e caracterização de odor, secreção e/ou hiperemia na área a ser tratada;
- Queixas do paciente durante o procedimento e providências adotadas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.10 Balanço hidroeletrólítico pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento
 - 9.10.1 Entrada de líquidos
 - Via;
 - Quantidade: prevista e aceita / infundido;
 - Tipo I;
 - Intercorrências e providências adotadas;
 - Observar e anotar sinais de anasarca;
 - Anotar pressão arterial de 2 em 2 horas.
 - 9.10.2 Saída de líquidos
 - Via;
 - Quantidade;
 - Características do líquido drenado;
 - Condições da pele: fria – pegajosa, normal – úmida;
 - Sinais de desidratação;
 - Turgor da pele: normal ou diminuído;
 - Presença de edema;
 - Características do pulso;
 - Pressão arterial;
 - Aspecto da diurese;
 - Alterações nos exames laboratoriais;
 - Intercorrências e providências adotadas;
 - Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.11 Coleta de linfa para hanseníase

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação do paciente;

- Registrar a área coletada;
- Registrar o tipo de curativo se necessário;
- Registrar o aspecto das lesões se houver;
- Registrar o nome do laboratório;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.12 Coleta de material para o teste do pezinho

- Data e hora da realização do procedimento;
- Reação apresentada pela criança;
- Alteração apresentada no local da punção;
- Registrar as orientações feitas à mãe;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.13 Coleta de exame citopatológico pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Motivo do procedimento;
- Data de coleta do último preventivo;
- Data e hora da última menstruação;
- Registrar data da menarca, coitarca;
- Registrar história obstétrica (número e tipo de parto / aborto);
- Registrar o número do espécuro;
- Aspecto da área examinada;
- Presença e caracterização de odor e/ou secreção anormal;
- Prescrição realizada, se necessário;
- Queixas da paciente;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.14 Condutas de segurança ao paciente

- Data e hora dos cuidados;
- Nível de consciência (lucidez, orientação);
- Relatar necessidade de contenção no leito;

- Necessidade da presença de acompanhante;
- Necessidade de grades (justificar);
- Identificação de alergia / intolerância;
- Identificação de condições / patologias prévias que requeiram cuidados especiais (diabetes, hipertensão, hemofilia, uso de anticoagulante);
- Relatar necessidade de dieta zero;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.15 Consulta de enfermagem pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Sinais e sintomas;
- Histórico de enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem;
- Planejamento da assistência de enfermagem;
- Prescrição de enfermagem;
- Evolução de enfermagem;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.16 Contenção no leito

- Data e hora do procedimento;
- Motivo da contenção;
- Tipo;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.17 Controle da dor (Enfermeiro)

- Data e hora da avaliação;
- Localização (se aplicável);
- Anotar presença de edemas, distensão abdominal, entre outros;
- Escala de dor de acordo com a faixa etária e rotina da instituição;
- Score – valor aferido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas para alívio da dor;

- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.18 Controle hídrico

- Data e hora do procedimento.

9.18.1 Entrada de líquidos

- Via;
- Quantidade: prevista e aceita / infundido;
- Tipo;
- Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Queixas do paciente;
- Orientações efetuadas;

9.18.2 Saída de líquidos

- Via;
- Quantidade;
- Característica do líquido drenado;
- Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Orientações;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.19 Classificação de risco (Enfermeiro)

- Data e hora do procedimento;
- Situação / queixa / duração; breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas);
- Alergias;
- Sinais vitais de acordo com o protocolo adotado;
- Registro da saturação de O₂ quando requerido;
- Sinais objetivos identificados;
- Resultado de exames realizados (glicemia, eletrocardiograma, etc.);
- Registrar o resultado da classificação;
- Encaminhamento do paciente conforme classificação;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.20 Curativos

- Local da lesão e sua dimensão;
- Data e horário;

- Sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);
- Relatar necessidade de desbridamento;
- Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);
- Material prescrito e utilizado;
- Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.21 Cuidado com estomas

- Data e hora;
- Local do estoma;
- Tipo de cuidado prestado (aspiração, irrigação, limpeza, troca de dispositivo, curativo);
- Se houver drenagem de secreção / excreção, anotar características e quantidade;
- Intercorrências do procedimento e providências adotadas;
- Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- Queixas;
- Orientações para o autocuidado;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.22 Cuidado com os pés

- Data e hora;
- Condições dos pés (hidratação, coloração, higiene e lesões);
- Motivo do cuidado (lesão, pé diabético, higiene e conforto);
- Tipo de cuidado prestado (higiene, limpeza, massagem e curativo);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.23 Cuidados imediatos com RN (Enfermeiro)

- Data e hora exatas do nascimento;
- Tipo do parto;

- Apgar;
- Características e quantidade da secreção aspirada por via oral / nasal;
- Anotar se RN é a termo, pré-termo e pós-termo;
- Característica do vérnix;
- Sexo do RN;
- Peso;
- Identificação;
- Relatar presença de bossa;
- Registrar coloração da pele;
- Anotar a realização do Credé e da Vitamina K;
- Anotar medidas antropométricas (peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e abdominal);
- Registrar coleta de sangue do coto umbilical;
- Anotação do clampeamento umbilical e característica do coto (presença de duas artérias e uma veia);
- Anotar má-formação aparente se houver;
- Anotar validade das lâmpadas da fototerapia;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Anotar data e hora do encaminhamento ao berçário;
- Nome completo e Coren do profissional que realizou o procedimento.

9.24 Cuidados com o RN em fototerapia

- Data e hora do procedimento e tempo de exposição;
- Identificação em prontuário;
- Registrar peso pré e após o procedimento;
- Registrar coloração da pele;
- Anotar medida de segurança com relação à proteção ocular;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Anotar mudanças de decúbito do RN conforme preconizado;
- Nome completo e n. do Coren do profissional que executou o procedimento.

9.25 Cuidados no pré-parto

- Anotar data e hora da admissão da gestante no pré-parto;
- Nome do médico / enfermeiro responsável pela internação;

- Registrar as condições que a gestante chegou ao pré-parto, se deambulando, em cadeira de rodas ou maca;
- Identificação do acompanhante;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Verificar e anotar informações relativas ao pré-natal;
- Informações da gestante relativas às contrações;
- Informações da gestante se houve perda de líquidos, sangue, ou urina;
- Anotar procedimentos realizados, tais como: tricotomia, assepsia, lavagem intestinal e outros;
- Dados sobre o acesso venoso, tais como: localização, material utilizado, data e hora da realização;
- Data e hora de encaminhamento à sala de parto;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Nome completo e Coren do profissional que realizou os procedimentos.

9.26 Cuidados na sala de parto

- Anotar data e hora da admissão da gestante na sala de parto;
- Nome do médico / enfermeiro responsável pelo procedimento;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Verificar e anotar informações referentes ao preparo da gestante;
- Anotar data e hora do nascimento;
- Anotar o Apgar do RN;
- Anotar o sexo e medidas antropométricas;
- Data e hora da transferência para a enfermaria / apartamento;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Nome, número do Coren e função do profissional de enfermagem que executou os cuidados.

9.27 Cuidados no pós-parto imediato

- Data e hora da admissão da puérpera;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Anotar a loquiação;
- Anotar a involução uterina;

- Anotar medicamentos administrados;
- Anotar, se houver, coletas de exames realizados;
- Anotar intercorrências tais como: palidez, sudorese, sangramento excessivo, sonolência, hematomas e ou edemas na ferida operatória ou episiorrafia, e providências adotadas;
- Anotar débito urinário em caso de cesária;
- Anotar presença de tampão vaginal e/ou retirada;
- Observar e anotar a presença de colostro;
- Anotar higiene realizada;
- Queixas;
- Nome completo e número do Coren do profissional que executou os cuidados.

9.28 Drenagem de tórax (Enfermeiro)

- Data e hora do procedimento;
- Local da inserção do dreno;
- Aspecto da pele no local da inserção;
- Aspecto e característica da secreção drenada – serosa, hemática, purulenta, com sedimentos;
- Volume drenado;
- Volume do selo d'água;
- Oscilação;
- Troca e tipo do curativo;
- Troca do frasco;
- Intercorrências e/ou providências adotadas – contaminação do material e/ou sistema, desconexão acidental, etc.;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.29 Drenos

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de dreno – Port-o-Vac, penrose, etc.;
- Aspecto do local da inserção;
- Volume e aspecto de secreção drenada;
- Material utilizado para curativo;
- Troca de bolsa coletora, se houver, e o motivo da troca;
- Intercorrências e providências adotadas;

- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.30 Diálise peritoneal

- Data do procedimento;
- Registrar se o procedimento é de rotina ou caso agudo;
- Hora de início e término do procedimento;
- Registrar dados sobre o peso e sinais vitais e a glicemia capilar, quando indicado;
- Registrar aspectos do local da implantação do cateter;
- Identificar a solução infundida;
- Registrar o aspecto do líquido drenado;
- Registrar balanço hídrico;
- Queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.31 Encaminhamento para exames, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico

- Motivo do encaminhamento: Exame (tipo de exame e setor ou instituição na qual será realizado); Centro Cirúrgico (Cirurgia que irá realizar e se é eletiva ou de urgência); Centro Obstétrico (parto programado ou urgência);
- Data e horário;
- Setor de destino e forma de transporte;
- Procedimentos / cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência);
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento e transferência.

9.32 Enterólise

- Data e hora do procedimento;
- Higiene íntima;
- Orientações realizadas sobre o procedimento;
- Tipo da solução;
- Anotar quantidade prescrita e administrada da solução;
- Anotar tempo de retenção do líquido;
- Reações durante a administração;

- Queixas;
- Características do líquido drenado;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.33 Exame de Montenegro

- Data e hora da realização do procedimento;
- Reação apresentada, como dor e prurido;
- Registrar as orientações dadas ao paciente, como uso de álcool no local até obtenção do resultado do teste;
- Manifestações clínicas, existência de doença prévia, como doença de Chagas;
- Registrar contraindicação, como gravidez;
- Uso de medicamentos, como corticosteroides, imunossupressores e antialérgicos;
- Registrar se foi imunizado com alguma das seguintes vacinas há menos de 30 dias: rubéola, sarampo, caxumba, varicela ou febre amarela;
- A presença de reação alérgica em realização anterior deste teste ou como uso de timerosal (merthiolate);
- Registrar para onde foi encaminhado material;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.34 Glicemia capilar

- Data e hora da realização do exame;
- Condição do paciente (jejum, alimentado);
- Aspecto da polpa digital;
- Desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
- Local da pulsão (dedo, mão);
- Valores da glicemia capilar (Mg/dl);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Orientações efetuadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.35 Hemodiálise

- Data do procedimento;
- Registrar se o procedimento é de rotina ou caso agudo;
- Registrar dados sobre o peso e sinais vitais e a glicemia capilar, quando indicado;
- Registrar as condições da fístula ou local de implantação do cateter;
- Curativo realizado;
- Registrar troca de capilar caso ocorra;
- Hora de início e término do procedimento;
- Queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.36 Higiene do paciente – banho

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de banho (imersão, aspersão, de leito);
- Tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Aspersão (deambulando, cadeira de banho, auxílio);
- No leito, verificar a ocorrência de alterações de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas;
- Realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.37 Higiene do couro cabeludo

- Data e hora do procedimento;
- Condições do couro cabeludo e dos cabelos;
- Solução / tratamento utilizados;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.38 Higiene íntima

- Data e hora do procedimento;
- Motivo da higiene íntima;

- Aspecto do aparelho genital;
- Presença de secreção, edema, hiperemia, lesões, formações verrucosas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.39 Higiene oral

- Data e hora do procedimento;
- Presença de prótese total / parcial (caso seja necessária sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
- Condições de realização da higiene (fez só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- Sinais e sintomas observados (hiperemia, condição da arcada dentária, etc.);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.40 Imobilização

- Data e hora do procedimento;
- Localização anatômica;
- Motivo da imobilização;
- Aspecto do membro / local imobilizado (hematomas, ferida cirúrgica);
- Tipo de procedimento realizado (tala, tala gessada, gesso e outras);
- Material utilizado para o procedimento;
- Queixas do paciente;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.41 Irrigação de sonda vesical e bexiga

- Data e hora do procedimento;
- Motivo do procedimento;
- Aspecto da área a ser tratada;
- Solução utilizada no procedimento;
- Presença e caracterização de fétido e/ou secreção na solução drenada;
- Queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.42 Inalação / nebulização

- Data e hora da realização do procedimento;
- Queixas: dispneia, fadiga, tosse, espirro, sibilo, soluço, suspiro, desmaio, tontura, dor torácica;
- Cor da pele e mucosas;
- Padrão respiratório do paciente: frequência, ritmo e profundidade da respiração;
- Comportamento: aceitação, alteração emocional, inquietação, fadiga, ansiedade, etc.;
- Uso dos músculos acessórios, batimento de asas nasais, distensão das veias cervicais;
- Aspectos gerais: cianose de lábios, lóbulo das orelhas, parte inferior da língua, leito ungueal;
- Comprometimento da função cerebral: falta de discernimento, confusão mental, desorientação, vertigem, síncope e torpor;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.43 Lavado gástrico

- Data e hora da realização do procedimento;
- Quantidade infundida;
- Presença de náuseas / vômitos;
- Distensão abdominal;
- Checagem do rótulo do recipiente;
- Quantidade e aspecto do material coletado;
- Registrar qual a amostra: primeira ou segunda amostra;
- Registrar que o paciente está em jejum;
- Registrar qual tipo de recipiente em que a amostra foi armazenada;
- Encaminhamento do material;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.44 Massagem de conforto

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Observar e anotar sinais de reações alérgicas;

- Observar e anotar as condições da pele nas regiões escapular, ilíaca e sacrococcígea;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.45 Medida antropométrica

- Anotar data e hora da realização da medida antropométrica;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Registrar as medidas aferidas de forma exata: peso, altura, circunferência abdominal, perímetro cefálico do RN;
- Registrar anormalidades quando observadas em qualquer dos parâmetros mensurados;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.46 Mudança de decúbito

- Data e hora do procedimento;
- Existência prévia ou no decurso da internação de lesão de pele;
- Posição – decúbito dorsal, ventral, lateral direito / esquerdo;
- Medidas de proteção adotadas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.47 Nutrição enteral

- Data do procedimento;
- Hora de início e término;
- Aspecto e condições da sonda;
- Volume administrado;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Registrar a limpeza da sonda e volume de água utilizada;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.48 Nutrição parenteral pelo enfermeiro

- Data do procedimento;
- Hora de início e término;
- Aspecto e condições da área de inserção do cateter;
- Volume administrado;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;
- Registrar a limpeza do cateter e solução utilizada;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.49 Óbito

- Data e horário;
- Identificação do médico que o constatou;
- Rol de valores e pertences do corpo e a quem foi entregue;
- Comunicação do óbito ao(s) setor(es) responsável(eis), conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, curativos, retirada de dispositivos, etc.);
- Posicionamento anatômico do corpo, sempre que possível;
- Identificação do corpo;
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.);
- Horário de saída do corpo do setor;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.50 Ordenha mamária

- Data e hora da realização do procedimento;
- Tipo utilizado: manual, bombinha tira-leite manual ou elétrica;
- Aspecto da mama: cheios, empedrados ou ingurgitados;
- Rodízio da mama;
- Reação da paciente;
- Quantidade e aspecto do leite;
- Material utilizado para armazenamento;
- Orientações feitas à mãe, quanto: às manobras, cuidados com a mama e rotinas de tirar o leite;

- Orientação para armazenar, transportar, congelar, descongelar e utilizar o leite;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.51 Punção arterial pelo enfermeiro

- Motivo da punção;
- Data e horário;
- Local da punção;
- Queixas;
- Intercorrências;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.52 Preparo psicológico do cliente / paciente

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Registrar o preparo psicológico efetuado para o procedimento ao qual será submetido o paciente;
- Registrar as providências adotadas para possíveis solicitações do paciente;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.53 Pressão venosa central (PVC) pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Permeabilidade e fixação do cateter;
- Valor obtido;
- Queixas do paciente;
- Trocas de curativo;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.54 Pressão arterial média (PAM) pelo enfermeiro

- Data e hora do procedimento;
- Características da pele ao redor do local de inserção do cateter;
- Permeabilidade e fixação do cateter;

- Valor obtido;
- Troca de curativo e material utilizado;
- Queixas;
- Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.55 Pré-operatório

- Data e hora do procedimento;
- Nível de consciência;
- Registro de alergias / intolerâncias;
- Tempo de jejum;
- Sinais vitais, Hemoglicoteste (HGT) e outros;
- Presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas;
- Condições higiênicas;
- Anotar a presença e/ou retirada e guarda de artefatos e pertences: próteses, órteses, pertences, etc.;
- Condições psicológicas;
- Orientações;
- Esvaziamento vesical / sondagem;
- Preparo intestinal;
- Preparo da pele;
- Registro do tipo e local da cirurgia;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Encaminhamento do prontuário, exames pré-operatórios;
- Encaminhamento ao Centro Cirúrgico / Obstétrico;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.56 Pós-operatório imediato

- Data e hora da recepção do paciente na RPA;
- Nível de consciência;
- Presença de cateteres e infusão (anotar quando houver bomba de infusão), drenos, sondas, curativos, trações e imobilizações;
- Presença de lesões de pele;

- Anotar débito e aspecto das secreções de drenos e sondas;
- Exames (laboratoriais e/ou imagem);
- Sinais vitais;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Horário de encaminhamento ao setor pertinente;
- Transporte intra-hospitalar;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.57 Pós-operatório mediato

- Data e hora de retorno à Unidade;
- Nível de consciência;
- Localização anatômica e aspecto do curativo cirúrgico;
- Tipo de exsudato se existente;
- Sinais vitais;
- Acesso venoso;
- Posicionamento no leito;
- Medidas de proteção;
- Presença de acompanhantes;
- Orientações ao paciente e à família;
- Entrega documentada dos pertences;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.58 Prova do laço

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar valor da pressão arterial;
- Registrar o valor médio pela fórmula $(PAS+PAD)/2$;
- Registrar o tempo do manguito insuflado;
- Registrar o número de petéquias surgidas;
- Estado geral do paciente;
- Manifestações clínicas, história de sangramento;
- Registrar alterações na pele;
- Intercorrências e/ou providências adotadas: petéquias em todo o braço, antebraço, dorso das mãos e nos dedos;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.59 Registros relativos à coleta de material para exames

- Anotar data e hora da coleta de material para exames;
- Anotar jejum do paciente, quando o exame assim exigir;
- Anotar tipo de material coletado;
- Anotar aspecto do material coletado para exames;
- Registrar intercorrência durante o procedimento e providências adotadas;
- Em caso de punção venosa, anotar o local em que foi realizada a coleta;
- Queixas;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.60 Registros relativos à deambulação

- Anotar data e hora da realização do estímulo à deambulação;
- Registrar se houve necessidade de auxílio para a deambulação: do profissional, de muleta, bengala ou andador;
- Registrar anormalidades da marcha;
- Relatar queixas de claudicação intermitente ou contínua;
- Relatar postura do paciente ao deambular;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento e providências adotadas;
- Eliminação de gases;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.61 Retirada de pontos

- Data e hora da realização do procedimento;
- Tempo de sutura;
- Tipo da sutura;
- Local da ferida;
- Aspectos da ferida;
- Curativo e material utilizado;
- Orientação ao paciente;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.62 Sinais Vitais

- Data e hora do procedimento;
- Registrar dados aferidos;
- Queixas;
- Estado geral do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.63 Teste PPD

- Data e hora da realização do procedimento;
- Manifestações clínicas do paciente;
- Local da realização do exame;
- Reação na área da aplicação;
- Medida obtida;
- Registrar medicação utilizada pelo paciente, como corticoide;
- Orientação ao paciente;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.64 Teste de gravidez

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação da paciente;
- Se é a primeira diurese;
- Manifestações clínicas;
- Presença de DST;
- Data da última menstruação, se mais de 15 dias;
- Data da última relação;
- Uso de contraceptivo;
- Registrar, quando positivo, o encaminhamento para o pré-natal;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.65 Teste rápido de HIV

- Data e hora da realização do procedimento;

- História clínica e/ou epidemiológica, sexualidade;
- Dispositivo de coleta;
- Local da punção;
- Orientações;
- Registrar o resultado obtido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.66 Teste rápido para Sífilis

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação do paciente;
- História clínica e/ou epidemiológica;
- Local da punção;
- Dispositivo de coleta;
- Orientações;
- Registrar o resultado obtido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.67 Teste para Hepatite

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação do paciente;
- História clínica e/ou epidemiológica;
- Dispositivo de coleta;
- Local da punção;
- Orientações;
- Registrar o resultado obtido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.68 Terapia de Reidratação Oral (TRO)

- Data e hora do início do procedimento;
- Estado geral do paciente;
- Espontâneo, ou com auxílio do profissional;

- Quantidade oferecida;
- Aceitação;
- Anotar sinal positivo (diurese) ou negativo (distensão abdominal);
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.69 Transferência interna

- Motivo da transferência;
- Data e horário;
- Setor de destino e forma de transporte;
- Procedimentos / cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência, presença de lesões);
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento e transferência.

9.70 Transferência externa

- Motivo da transferência;
- Data e horário;
- Instituição de destino, forma de transporte e encaminhamento;
- Procedimentos / cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.);
- Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência, presença de lesões);
- Presença de acompanhante;
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento e transferência.

9.71 Tratamento de pediculose

- Data e hora do procedimento;
- Aspecto da área a ser tratada;
- Condições de higiene;
- Registrar a necessidade de realização de tricotomia;
- Medicamento utilizado e tempo de exposição;
- Queixas do paciente;

- Informação sobre a efetividade do tratamento realizado;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.72 Tratamento de miíase

- Data e hora do procedimento;
- Aspecto da área a ser tratada;
- Condições de higiene;
- Presença e caracterização de fétido e/ou secreção;
- Medicamento utilizado e tempo de exposição;
- Queixas do paciente;
- Informação sobre a efetividade do tratamento realizado;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.73 Transoperatório

- Data e hora da Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;
- Tipo de cirurgia;
- Orientações prestadas;
- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional – posicionamento, instalação e/ou retirada de eletrodos, monitor, placa de bisturi e outros dispositivos (acesso venoso, sondas, etc.);
- Composição da equipe cirúrgica;
- Dados do horário de início e término da cirurgia, conforme preconizado pela instituição;
- Tipo de curativo e local;
- Material coletado para exames de diagnóstico;
- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à Sala de Recuperação Pós-anestésica;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.74 Tricotomia

- Data e hora da realização do procedimento;
- Condições da área onde será realizado procedimento;
- Objetivo do procedimento;
- Material utilizado;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.75 Vacina

- Data e hora da realização do procedimento;
- Idade;
- Tipo de vacina, dosagem;
- Via e local da administração;
- Número de doses;
- Reação no local da aplicação;
- Orientação quanto ao cuidado com o local da aplicação;
- Orientações: tipo de vacina e data para o retorno;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

10 Registro de Enfermagem das ações executadas na Central de Material e Esterilização – CME (de acordo com a rotina da Instituição: em livros, pastas, etc.)

10.1 Expurgo

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Registrar ocorrências / intercorrências / pendências;
- Data e hora do encaminhamento do material à área de preparo e/ou empresa processadora;
- Nome completo e Coren do responsável pelo processo.

10.2 Área de preparo de material

- Receber, conferir e anotar intercorrências / pendências de materiais;
- Proceder ao registro em etiqueta própria contendo, no mínimo: identificação do material, nome do responsável pelo preparo, n. do Coren e categoria profissional, data e hora do preparo.

10.3 Área de Esterilização

- Registrar o quantitativo de materiais esterilizados no período;
- Registrar o resultado dos testes físicos e químicos realizados na autoclave;
- Registrar data e hora da manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos: autoclaves, seladora, incubadora e outros;
- Nome completo, Coren e categoria profissional do responsável pelo processo.

10.4 Área de armazenagem e distribuição de materiais

- Registrar os materiais recebidos para guarda;
- Registrar as condições dos pacotes / caixa;
- Registrar saída do material;
- Nome completo, Coren e categoria profissional do responsável pelo processo.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Manual de Práticas Recomendadas. São Paulo, 6. ed. SOBECC (2013).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1998.

BRASIL. Leis e Decretos. Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal Brasileiro, Brasília: Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1940.

Brasil. Leis e Decretos. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 26 de junho de 1986.

BRASIL. Leis e Decretos. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498/86, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 9 de junho de 1987.

BRASIL. Leis e Decretos. Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o Código de Processo Civil. Brasília: Diário Oficial da União de 17 de janeiro de 1973.

BRASIL. Leis e Decretos. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil, Brasília: Diário Oficial da União de 11 de janeiro de 2002.

BRASIL. Leis e Decretos. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA – RDC n. 15/2012, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas para o Processamento de Produtos para a Saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde. Brasília: MS, 2009.

CANAVEZI, C. M. et al. Anotações de Enfermagem. COREN, Conselho Regional de Enfermagem. São Paulo, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a forma de Anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem. Resolução Cofen 191, de 31 de maio de 1996. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. 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. Resolução Cofen 358, de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen 311, de 8 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde. Resolução Cofen 424, de 19 de abril de 2012. Brasília: COFEN, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de Saúde. Resolução CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. Brasília: CFM, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Livro sobre Anotações de Enfermagem. Junho 2009, p.5.

FAVERO, N; TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Atividades de Assistência Direta do Enfermeiro e Respectiva Anotação. Enfermagem Atual, 1980.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. Rev. Eletrônica Enferm. [internet]. 2006;8(3):415-21. [citado junho de 2015] Disponível em: <http://www.fenufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>

NOBREGA, M. S. R. A propósito das Anotações de Enfermagem. Rev. Enfermagem Atual, 1980.

OGUISSO, T. Os Aspectos Legais da Anotação de Enfermagem no Prontuário do Paciente. Tese [livre docência]. Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1975.

POSSARI, J. F. Prontuário do Paciente e Registros de Enfermagem; 2. ed. São Paulo: Iátria; 2010.

SANTOS, S. R; PAULA, A. F. A.; LIMA, J. P. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. Rev. Latino-Am. Enferm. 2003;11(1)"80-7.





Cofen
Conselho Federal de Enfermagem