

Anotações de Enfermagem



COREN **SP**

Conselho Regional de Enfermagem

Conselho editorial

Plenário 2008 – 2011

Presidente

Cláudio Alves Porto

Vice-presidente

Cleide Mazuela Canavezi

Primeiro-secretário

Edmilson Viveiros

Segunda-secretária

Josiane Cristina Ferrari

Primeiro-tesoureiro

Marcos Luis Covre

Segunda-tesoureira

Tânia de Oliveira Ortega

Conselheiros efetivos

Andréa Porto da Cruz

Denílson Cardoso

Edna Mukai Correa

Edwiges da Silva Esper

Francisca Nere do Nascimento

Henrique Caria Cardoso

Lídia Fumie Matsuda

Maria Angélica Giannini Guglielmi

Marinete Floriano Silva

Paula Regina de Almeida Oliveira

Paulo Roberto Natividade de Paula

Rosana de Oliveira Souza Lopes

Comissão de tomada de contas

Presidente

Mariangela Gonzalez

Membros

Márcia Rodrigues

Marlene Uehara Moritsugu

Conselheiros suplentes

Aldomir Paes de Oliveira

Brígida Broca da Silva

Cícera Maria André de Souza

Demerson Gabriel Bussoni

Elaine Garcia

Elizete P. do Amaral

Flávia Alvarez Ferreira Caramelo

Gutemberg do Brasil Borges Moreira

Ivone Valdelice dos Santos Oliveira

José Messias Rosa

Lúcia R. P. L. Sentoma

Luciana M. C. P. Almeida

Luciene Marrero Soares

Roberta Pereira de Campos Vergueiro

Sandra Ogata de Oliveira

Sebastião C. da Silva

Selma Regina Campos Casagrande

Sonia Marly M. Yanase Rebelato

Tamami Ikuno

Zainet Nogimi

Zeneide M. Cavalcante

Elaboração

Dr^a Cleide Mazuela Canavezi

COREN-SP-0012721

Dr^a Luciana Della Barba

COREN-SP-0081938

Dr^a Regiane Fernandes

COREN-SP-0068316

Colaboração e revisão científica

Dr^a Mirela Bertoli Passador

COREN-SP-0072376

Revisão ortográfica

Departamento de comunicação

Projeto gráfico

Gilberto Luiz de Biagi

Diagramação

Rafaela Oliveira Rodrigues

Fotos

Shutter Stock

Não autorizada a reprodução
ou venda do conteúdo desta cartilha.

Distribuição Gratuita

Junho/2009

Índice

Conceitos	4
Prontuário do paciente	5
Aspectos legais dos Registros de Enfermagem	5
Constituição Federal	6
Lei nº 7.498/86 (dispõe sobre o exercício da Enfermagem)	6
Cabe ao enfermeiro.....	6
Decreto nº 94.406/87	6
Cabe ao técnico de enfermagem.....	6
Cabe ao auxiliar de enfermagem.....	6
Resolução COFEN 311/07-Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....	7
Direitos.....	7
Responsabilidades e deveres.....	7
Proibições	8
Código de Processo Civil	8
Código Civil Brasileiro.....	9
Código Penal	9
Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor	10
Lei Estadual nº 10.241/99 (SP) – Direito do Usuário	10
Anotações de Enfermagem	11
Roteiro – O que anotar?	12
Admissão	12
Pré-operatório.....	13
Trans-operatório	13
Pós-operatório	13
Transferência de unidade/setor	14
Alta.....	14
Óbito	14
Dieta	15
Diurese.....	15
Evacuação.....	15
Mudança de decúbito	16
Higienização	16
Cuidados com o couro cabeludo.....	16
Higiene íntima.....	17
Higiene oral	17
Curativo	17
Dreno	17
Acesso venoso periférico.....	17
Dor	17
Intercorrências.....	18
Administração de medicamentos	18
Exemplos de anotação da equipe de enfermagem	19
Considerações finais	22
Bibliografia consultada.....	22

Conceitos

Os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global.

Os registros realizados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações.

Todo documento particular, caso da documentação de enfermagem, para ser considerado autêntico e válido deverá estar legalmente constituído, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (artigo 368 do Código do 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 (artigo 386 do CPC). Salientamos que as declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou (artigo 368 do CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

Quando, todavia, um documento contiver declaração de ciência, relativa a determinado fato, o documento particular apenas provará a declaração, mas não o fato declarado (parágrafo único, do artigo 368 do CPC), por isso a importância de cada profissional registrar seus atos e não os de outros.

A documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente, é importante como fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem. Esta documentação assegura direito constitucional do paciente de decisão sobre sua vida e autonomia, reforçado pela Lei Estadual de São Paulo nº 10.241/99, mais conhecida por *Lei Covas*.

Prontuário do paciente

É todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência. Para uma assistência de qualidade, o profissional de saúde precisa de acesso a informações:

- Corretas;
- Organizadas;
- Seguras;
- Completas;
- Disponíveis.

Com o objetivo de:

- Atender às Legislações vigentes;
- Garantir a continuidade da assistência;
- Segurança do paciente;
- Segurança dos profissionais;
- Ensino e Pesquisa;
- Auditoria.

Aspectos legais dos Registros de Enfermagem

Os Registros de Enfermagem, além de garantir a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança, pois constituem o único documento que relata todas as ações da enfermagem junto ao paciente.

Uma ação incorreta do profissional poderá ter implicações éticas e/ou cíveis e/ou criminais. Pela legislação vigente, todo profissional de enfermagem que causar dano ao paciente responderá por suas ações, inclusive tendo o dever de indenizá-lo. Para que possa se defender de possíveis acusações poderá utilizar seus registros como meio de prova.

Fundamentos legais das Anotações de Enfermagem:

- 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
- Lei Estadual 10.241/98 (SP) – Direito do Usuário

Estas Legislações podem ser encontradas no site do COREN-SP (www.corensp.org.br).

Constituição Federal

"Art. 5º

(...)

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

Lei nº 7.498/86 (dispõe sobre o exercício da Enfermagem)

Cabe ao enfermeiro:

"Art. 11

(...)

- I – privativamente*

(...)

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

(...)

- i) consulta de enfermagem;*
j) prescrição da assistência de enfermagem;"

Decreto nº 94.406/87

Cabe ao técnico de enfermagem:

"Art. 10

(...)

- 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

(...)

- 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 (...)"

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.

(...)

Responsabilidades e deveres

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

(...)

Art. 7º Comunicar ao COREN e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional.

(...)

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

"Proibições

(...)

Art. 72 Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro.

(...)

Art. 80 Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de Enfermagem ou de saúde, que não seja Enfermeiro."

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.”

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.”

Código Penal

"Art. 18 Diz-se o crime:

(...)

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

Lei 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."

Lei Estadual nº 10.241/99 (SP) – Direito do Usuário

"Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:
(...)

IX – receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

(...)

XIII – ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e

b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;"

Anotações de Enfermagem

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição; 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), 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).

Algumas regras são importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, dentre as quais:

- Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas, etc., visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.

Em resumo, as Anotações de Enfermagem são registros de:

- Todos os cuidados prestados – incluem as prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros;
- Sinais e sintomas – incluem os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Importante destacar que os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e não normotenso, normocárdico, etc;
- Intercorrências – incluem os fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas; e
- Respostas dos pacientes às ações realizadas.

O enfermeiro deve adotar estratégias para desenvolver, na equipe, habilidades que garantam excelência das Anotações de Enfermagem, assegurando uma assistência eficaz e isenta de riscos e danos ao paciente.

Outros itens são importantes para assegurar a responsabilidade profissional e a legalidade dos registros no prontuário, dentre os quais a manutenção de impressos próprios, rotinas e educação permanente aos profissionais.

Roteiro – O que anotar?

As Anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com os dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

Admissão:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Condições de higiene;
- 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, elevação de grades, etc.);
- Orientações prestadas.

Obs.: Poderão ser inclusos dados padronizados na instituição ou informações coletadas de acordo com orientações.

Pré-operatório:

- Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições de pele, etc.);
- Tempo de jejum;
- Orientações prestadas;
- Esvaziamento de bexiga;
- Administração de pré-anestésico;
- Encaminhamento/transferência para o Centro Cirúrgico.

Obs.: O registro de antecedentes alérgicos poderá ser incluso nesta anotação, conforme prescrição ou rotina institucional.

Trans-operatório:

- Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;
- Orientações prestadas;
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (posicionamento do paciente, 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;
- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à RA (Recuperação Anestésica).

Pós-operatório:

- Posicionamento no leito e instalação de equipamentos (monitores, grades no leito, etc.);
- Sinais e sintomas observados (cianose, palidez cutânea, dor, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão, etc.);
- Características e local do curativo cirúrgico, conforme prescrição ou rotina institucional;
- Instalação e/ou retirada de dispositivos, conforme prescrição ou rotina institucional (sondas, acesso venoso, etc.);
- Orientações prestadas;
- Encaminhamento/transferência de unidade ou alta hospitalar.

Transferência de unidade/setor:

- 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 (maca, cadeira de rodas);
- Queixas.

Alta:

- Data e horário;
- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas);
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- Orientações prestadas.

Obs.: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado.

Óbito:

- Assistência prestada durante a constatação;
- Data e horário;
- Identificação do médico que constatou;
- Comunicação do óbito ao setor responsável, conforme rotina institucional;
- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, etc.);
- Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.).

Importante lembrar que todos os procedimentos e/ou cuidados prestados ao paciente, que devem ser registrados nas Anotações de Enfermagem, quando realizados por profissionais de nível médio de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem), deverão ser prescritos por profissionais habilitados e capacitados (enfermeiro/médico) e/ou constar em manual de rotina da instituição.

Dieta:

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda);
- Aceitação da dieta (total ou parcial);
- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
- Dieta zero (cirurgia ou exames);
- Necessidade de auxílio ou não;
- Recusa – indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.);
- Sinais e sintomas apresentados.

Obs.: No caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, etc.).

Diurese:

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir em ml);
- Características (coloração, odor);
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.);
- Forma da eliminação (espontânea, via uripen, sonda vesical de demora/ostomias urinárias).

Evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários);
- Quantidade (pequena, média, grande);
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa);
- Via de eliminação (reto, ostomias);
- Características (coloração, odor, consistência, quantidade);
- Queixas.



Mudança de decúbito:

- **Posição (dorsal, ventral, lateral direita ou esquerda);**
- **Medidas de proteção (uso de coxins, etc.);**
- **Horário;**
- **Sinais e sintomas observados (alterações cutâneas, etc.).**

Higienização:

- Tipo de banho (imersão, aspersão, de leito);
- Data e horário;
- Tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Aspersão (deambulando, cadeira de banho, auxílio);
- No leito, verificar a ocorrência de irritação de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas, realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras. Anotar os locais.

Cuidados com o couro cabeludo:

- Horário do xampu ou tratamento realizado;
- Condições do couro cabeludo e dos cabelos;
- Material utilizado.

Higiene íntima:

- Motivo da higiene íntima;
- Aspecto do aparelho genital;
- Presença de secreção, edema, hiperemia.

Higiene oral:

- Presença de prótese total/parcial (caso seja necessário sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
- Condições da higiene (fez só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- Sinais e sintomas observados (hiperemia, lesões, condição da arcada dentária, etc.).

Curativo:

- Local da lesão;
- Data e horário;
- Sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);
- Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);
- Material prescrito e utilizado.

Dreno:

- Local e tipo;
- Aspecto e quantidade de líquido drenado;
- Sinais e sintomas observados.

Acesso venoso periférico:

- Local da inserção;
- Data e horário;
- Dispositivo utilizado;
- Motivos de troca ou retirada;
- Sinais e sintomas observados e possíveis intercorrências (transfixação, hematomas, extravasamento, hiperemia etc.).

Dor:

- Localização e características;
- Intensidade (contínua ou intermitente);
- Providências adotadas (comunicado à enfermeira, etc.).

Intercorrências:

- Descrição do fato;
- Sinais e sintomas observados;
- Condutas tomadas (comunicado à enfermeira, etc.).

Obs.: Se a Anotação de Enfermagem traz dados constantes e variáveis a respeito dos cuidados prestados ao paciente, não há que se falar em padronização do conteúdo e sim em diretrizes que poderão trazer ao profissional de enfermagem mais segurança. Nada impede a criação de um roteiro como o apresentado anteriormente, porém, o profissional deverá ficar alerta quanto ao seu uso de forma individual, para cada caso.

Administração de medicamentos:

Atenção: Somente a checagem do(s) item(ns) cumprido(s) ou não, através de símbolos, como /, ✓ ou O, respectivamente, não cumpre(m) os requisitos legais de validação de um documento, conforme mencionado no capítulo "*Conceitos*", por isso a importância de registrar, por escrito, na Anotação de Enfermagem a administração ou não da medicação.

- Item(ns) da prescrição medicamentosa administrada(s);
- Se injetável, também registrar o local onde foi administrado: IM (glúteo, deltóide, vasto lateral, etc); EV (antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc), SC (abdome, região posterior do braço, coxa, etc) e ID. Não esquecer de fazer referência se do lado esquerdo ou direito;
- No caso de administrar através de um dispositivo já existente, como intracath, duplo lumen, acesso venoso periférico, injetor lateral do equipo ou outro, anotar por onde foi administrado o medicamento endovenoso;
- No caso de não administrar o medicamento, apontar o motivo.

Exemplos de anotação da equipe de enfermagem

Importante lembrar e acrescentar que, ao final de cada Anotação de Enfermagem, após a identificação do profissional deve ser inutilizado o espaço restante da linha (não deixar espaços em branco) e a próxima anotação deverá ser registrada na linha subsequente.

Admissão

- 10h00** Admitida na unidade, proveniente do PS, deambulando e acompanhada pela mãe, PA=110x80 mmHg e T=38°C. Orientadas quanto às normas do setor. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
- 10h30** Realizada punção venosa no dorso da mão esquerda, com jelco nº 22, conforme prescrição de enfermagem e instalados itens 1 e 2 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
- 11h30** Mensurado T=36,8°C. Relata ter aceitado toda a dieta (almoço). Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
- 14h00** Instalado item 3 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
- 14h10** Solicitou auxílio para ir ao banheiro, apresentou diurese com coloração concentrada. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
- 14h30** Apresentou T=38,2°C. Comunico à enfermeira Dra. Maria de Lourdes. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----
- 14h45** Medicada com o item 5 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE -----

Anotações do pré-operatório

- 7h00** Em jejum desde as 22h. Realizada tricotomia em região perianal. Julieta Soares COREN-SP-98760-AE -----
- 7h30** Encaminhada ao banho de aspersão, retirada prótese dentária e colocadas as roupas do Centro Cirúrgico. Julieta Soares – COREN-SP-98760-AE-----
- 8h30** PA=130x80 mmHg, T=36,3°C, R=20. Administrado item 3 da prescrição médica e encaminhada ao Centro Cirúrgico em maca. Julieta Soares COREN-SP-98760-AE-----

Anotações no trans-operatório

- 8h30** Admitida no Centro Cirúrgico e encaminhada à sala operatória 5. Paciente referiu ser alérgica à Dipirona. Comunico à enfermeira Dra. Maria de Lourdes. Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE -----
- 8h40** Disponibilizado Kit de Raquianestesia para o Médico Anestesiologista e instalados eletrodos em região torácica e monitor multiparâmetros (PA=130x90 mmHg, P=75, Sat=96%). Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE -----
- 8h45** Posicionada em decúbito dorsal na mesa cirúrgica e apoiados MMII nas pernas. Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE -----
- 8h50** Abertos caixa de pequena cirurgia e bisturi, disponibilizados ao cirurgião. Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE -----
- 8h55** Passado SVD nº 14, saída de urina amarela clara. Dra. Maria de Lourdes Mendes COREN-SP-8888 -----
- 9h00** Início do ato cirúrgico. Equipe médica composta pelos profissionais: 1º Cirurgião: Dr. Joarez da Silva CRM 0000 SP cirurgia geral, 2º Cirurgião: Dr. Elias Freitas CRM 00000 SP cirurgia geral, Anestesiologista: Dr. Rodolfo Pontes CRM 0000 SP anestesiologia. Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE-----
- 9h20** Término do ato cirúrgico. Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE -----
- 9h30** PA=120x70 mmHg, P=70, Sat=95%. Desinstalado monitor, transferida da mesa de cirurgia para maca com o auxílio da Auxiliar de Enfermagem Eleonora Almeida e encaminhada à Recuperação Anestésica. Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE -----
- 9h35** Recebida na recuperação anestésica, instalado monitor multiparâmetros (PA=120x70 mmHg, P=72, Sat=96%) e administrado item 6 da Prescrição Médica. Dra. Maria de Lourdes Mendes – COREN-SP-8888
- 10h30** Comunico à Clínica Cirúrgica sobre a alta da paciente (PA=120x80 mmHg, P=68, Sat=97%). Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE -----
- 10h40** Paciente transferida para a Clínica Cirúrgica, em maca, pelo Auxiliar de Enfermagem Renato Santos. Área da Paixão – COREN-SP-8765-TE ----

Anotações do pós-operatório

- 10h45** Transferida da maca para a cama, posicionada em decúbito lateral esquerdo e elevadas as grades do leito. PA=110x70 mmHg, P=68, R=20, T=36,2°C. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE -----
- 12h00** Aceitou toda a dieta oferecida (almoço). Renato Santos – COREN-SP-11153-AE -----
- 12h15** Realizada higiene oral com creme dental. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE -----
- 13h00** Refere algia na região cirúrgica. Informado à enfermeira Dra. Eugênia Rocha, que requisita medicar com o item 2 da Prescrição Médica. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE -----
- 14h30** Observada infiltração ao redor do acesso venoso. Interrompida a infusão e comunicado à enfermeira. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE -----
- 14h35** Avaliado dorso da mão esquerda, onde estava instalado cateter periférico. Observo sinais de infiltração de medicamento na região ao redor do cateter, que apresenta hiperemia, com aproximadamente 3 cm de diâmetro, e edema (+/+ + +). Retiro cateter e prescrevo punção de outro acesso venoso periférico (item 8) e cuidados no local da infiltração (itens 9, 10 e 11). Dra. Eugênia Rocha – COREN-SP-120225 -----
- 14h40** Realizo punção venosa, conforme item 8 da Prescrição de Enfermagem. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE-----
- 14h45** Cumpridos os itens 9, 10 e 11 da Prescrição de Enfermagem. Dra. Eugênia Rocha – COREN-SP-120225-----

Considerações finais

Os Registros de Enfermagem são itens fundamentais para a comprovação da aplicação de uma assistência baseada em princípios técnicos científicos, sem os quais a enfermagem deixaria de ser uma ciência, passando ao simples cuidar prestado sem qualquer direcionamento, gerando resultados imprevistos e, possivelmente, nocivos ao paciente.

Na busca da melhoria da qualidade da Assistência de Enfermagem, buscamos constantemente proporcionar apoio ao profissional, visando ao aprimoramento na aplicação dessa ciência, o que inclui os esclarecimentos diante de fatores que podem gerar entendimentos inadequados.

Ao tratar do assunto *Registros de Enfermagem*, destacamos que uma das principais interpretações distorcidas aplica-se à diferença entre *Anotação de Enfermagem* e *Evolução de Enfermagem*. Diante disso, apresentamos resumidamente, as principais diferenças entre esses registros:

Anotação	Evolução
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda equipe de enfermagem (enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem)	Elaborada apenas pelo enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24h
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

Bibliografia consultada

CIANCIARULLO, T. I. et al (Orgs.) Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

Endereços do COREN-SP

Araçatuba

Rua José Bonifácio, 245
Centro – CEP: 16010-380
Araçatuba - SP
Telefones: (18) 3624-8783 ou 3622-1636
Fax: (18) 3441-1011

Campinas

Av. Andrade Neves, 295 – Térreo
Centro – CEP: 13013-160
Campinas - SP
Telefones: (19) 3237-0208 ou 3234-1861
Fax: (19) 3236-1609

Marília

Rua Bahia, 165 – Sl. 02
Centro – CEP: 17501-080
Marília - SP
Telefones: (14) 3433-5902 ou 3413-1073
Fax: (14) 3433-1242

Presidente Prudente

Av. Washington Luiz, 422 – Cj. 42
Centro – CEP: 19010-090
Presidente Prudente - SP
Telefones: (18) 3221-6927 ou 3222-7756
Fax: (18) 3222-3108

Ribeirão Preto

Av. Presidente Vargas, 2001 – Cj. 194
Jd. América – CEP: 14020-260
Ribeirão Preto - SP
Telefones: (16) 3911-2818 ou 3911-2808
Fax: (16) 3911-9445

Santos

Rua Azevedo Sodré, 156 – Cj. 12/14
Gonzaga – CEP: 11055-051
Santos - SP
Telefones: (13) 3289-3700 ou 3289-4351
Fax: (13) 3288-1946

São José do Rio Preto

Rua Marechal Deodoro, 3131 – 8º andar – Sl. 83
Centro – CEP: 15010-070
São José do Rio Preto - SP
Telefones: (17) 3222-3171 ou 3222-5232
Fax: (17) 3212-9447

São José dos Campos

Av. Dr. Nelson D'ávila, 389 – Sl. 141 A
Centro – CEP: 12245-030
São José dos Campos - SP
Telefone: (12) 3922-8419
Fax: (12) 3921-8871

São Paulo – Sede

Alameda Ribeirão Preto, 82
Bela Vista – CEP: 01331-000
São Paulo - SP
Telefone: (11) 3225-6300
Fax: (11) 3225-6300

COREN 

Conselho Regional de Enfermagem

www.coren-sp.gov.br