

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N°: 06
Título: Anotações de Enfermagem	Emissão: 10/18
	Revisão: 06/21

1. Definição

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2015), 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. Aos auxiliares e técnicos de enfermagem cabe realizar essas anotações, de modo a identificar e registrar as alterações do estado clínico do paciente para fins de associação às condições de saúde pregressas e atuais. A detecção das alterações, melhora ou piora do estado de saúde do paciente permite a avaliação dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, assim como subsidia os demais profissionais da equipe multiprofissional de saúde no desenvolvimento de suas ações.

2. Objetivo

Descrever como devem ser realizadas as anotações de enfermagem.

3. Público-Alvo

Auxiliares/Técnicos de Enfermagem dos setores assistenciais do IPPMG.

4. Indicações e Contraindicações

Indicações:

São objeto de interesse do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

- Todos os cuidados de enfermagem prestados e medidas de segurança adotadas, sob supervisão do Enfermeiro;
- Encaminhamentos, transferências internas e externas;
- Sinais e sintomas dos pacientes;
- Valorização do acompanhante/familiar;
- Intercorrências: fatos ocorridos com os pacientes e as medidas adotadas;
- Resposta dos pacientes às ações realizadas;
- A informação deve ser escrita de forma:



- Precisa: exata, dados subjetivos ou objetivos claros, discriminando se a informação foi observada no paciente ou relatada por ele ou pelo acompanhante.
- Concisa: somente informar o relevante, real e essencial.
- Eficaz: informações completas.
- Atual: logo após a realização do procedimento, atendimento, observação ou encaminhamento.
- Organizada: formato adequado, em ordem cronológica, contendo data e hora.
- Confidencial: a lei protege as informações sobre um paciente que esteja sob os 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 paciente.

5. Materiais e Equipamentos Necessários

Impresso do Instituto ou sistema MV (de uso interno dos profissionais de saúde do IPPMG)
caneta com tinta indelével azul ou preta, carimbo pessoal e intransferível.

6. Descrição do Procedimento

Regras importantes para a elaboração das anotações de enfermagem:

1. Devem ser precedidas de data, hora, conter assinatura e identificação do profissional com o registro do COREN ao final de cada registro, conforme consta nas Resoluções COFEN nº 191/2009 e 448/2013 em seu artigo 6º.
2. O uso de carimbo pelos profissionais da enfermagem é obrigatório em todo e qualquer trabalho profissional de enfermagem, segundo o artigo 5º da Resolução COFEN nº545/2017 (COFEN,2018).
3. Observar e anotar como o paciente se encontra:
 - a) Procedência: residência, outro setor intra-hospitalar, outro estabelecimento de saúde etc. e tempo de internação (há quanto tempo se encontra hospitalizado).
 - b) Acompanhante: breve descrição do familiar/acompanhante/responsável (nome, parentesco).
 - c) Condições de locomoção: deambulando, com auxílio de cadeira de rodas, em maca etc.
4. Observar e anotar as condições gerais do paciente:



- a) Nível de consciência
 - b) Humor e atitude
 - c) Estado das vias aéreas: se ventila em ar ambiente ou por meio de dispositivos como TQT acoplado a BIPAP ou ventilação mecânica etc.
 - d) Queixas: tudo que o paciente refere, dados também informados pela família/responsável.
 - e) Higiene pessoal.
 - f) Coloração da pele: evite escrever o que não é visível (exemplo: anictérico), e sim o que pode constatar no momento.
 - g) Estado da pele: se está pegajosa, tem feridas, ressecamento ou outros.
 - h) Estado nutricional: alimentação por VO, SNE, SNG, NPT. Informe a data de inserção/troca do dispositivo.
 - i) Dispositivos em uso. Exemplo: sondas, curativos, cateteres (informe a data de inserção/troca).
5. Orientações efetuadas ao paciente e família, como por exemplo: jejum, coleta de exames, inserção venosa etc.
 6. Efetuar anotações imediatamente após a prestação do cuidado (com data e hora)
 - Ex 1: aspiradas secreções orais/TQT; ou esvaziado efluente (conteúdo fecal) de bolsa de colostomia (mencionar a coloração, volume e textura do conteúdo).
 - Ex 2: realizada higiene oral com xx solução e banho no leito.
 7. Intercorrências (ênese, queda do estado geral etc.)
 8. Os sinais descritos devem ser exatos.
 - Ex: os sinais vitais devem ser anotados com valores exatos, e nunca somente sob termos como “normotenso” etc.
 9. Os sintomas relatados pelo paciente/acompanhante devem ser redigidos de forma literal, escrevendo exatamente o que foi dito entre aspas. Ex: Acompanhante relata que o lactente “está com dor por causa de cólicas”.



10. Evitar entrelinhas, linhas em branco ou espaços. Quando houver espaço entre linhas escritas, escreva uma linha reta nesse espaço, a fim de evitar que outra pessoa escreva na mesma.
11. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo de qualquer espécie.
12. Os registros de enfermagem são instrumentos legais e não devem ser rasurados. Em caso de erros durante as anotações, deve-se utilizar o termo “digo” ou escrever “registro incorreto” entre vírgulas logo após o termo equivocado, seguido do termo ou frase correta. Exemplo: Aplicada compressa morna em região da virilha esquerda, digo, região inguinal direita.
13. Devem ser evitadas generalizações, inclusive termos vagos, como “bom”, “mal”, “muito”, “pouco”, “regular”, “comum”, “normal”. Tais descrições tornam-se abertas a múltiplas interpretações, baseadas no ponto de referência do leitor;
14. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura ou aprovadas no local de trabalho específico.

7. Referências

- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Despacho ASSLEGIS N° 015/2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade da aposição do carimbo nos trabalhos técnicos desempenhados pelos profissionais de enfermagem.** 13 de abril de 2018. Disponível em: <www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Despacho-ASSLEGIS-nº-015-2018-UsodeCarimbo-pelos-profissionais-de-Enfermagem.pdf>
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem.** Câmara Técnica de Legislação e Normas – CTLN, Portaria nº523/2015. Disponível em: <www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf>
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer 040/2013 – CT. Ementa: Dupla- checagem.** São Paulo, 2013. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_40.pdf>. Acesso em: 11/09/2020.
- MORAIS, E.R.; GONÇALVES, G.L.; AMARAL, M.S. **Importância das anotações de enfermagem na auditoria: uma revisão bibliográfica.** Revista Científica FacMais, Volume. IX, Número 2. Julho. Ano 2017/2º Semestre.

Elaboração: ENF Tavane Menezes Costa - COREN/RJ: 40949

Revisão e Aprovação: ENF Karen Gisela Moraes Zepeda – COREN/RJ: 400784.

