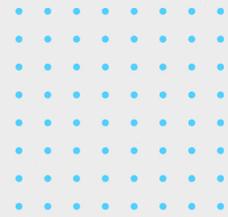




Recomendações para

Registros de Enfermagem no Exercício da Profissão





2023

Conselho Federal de Enfermagem
Departamento de Gestão do Exercício Profissional
Camara Técnica de Legislação e Normas

Recomendações para **Registros de Enfermagem no Exercício da Profissão**

Brasília - DF
2023



**Esta obra teve como base o Guia de
Recomendações para Registro de Enfermagem
no Prontuário do Paciente e outros
documentos de Enfermagem**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823r

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem.

Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão / Conselho Federal de Enfermagem. -- Brasília : Cofen, 2023.

93 p.

ISBN 978-65-87031-16-3

1. Conselho Federal de Enfermagem. 2. Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão. I. Cavalcanti, Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda, org. Santos, Betânia Maria Pereira dos, org. Canavezi, Cleide Mazuela, org. Souza Júnior, José Gilmar Costa de, org. Silva, Rachel Cristine Diniz da, org. III. Título.

CDD 610.73

Conselho Federal de Enfermagem Cofen

Gestão 2022/2024

Conselheiros Efetivos

Presidente: Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos – Coren-PB nº 42.725

Vice-Presidente: Dr. Antônio Marcos Freire Gomes – Coren-PA nº 56.302

Primeira Secretária: Dra. Sílvia Maria Neri Piedade – Coren-RO nº 92.597

Segundo Secretário: Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho – Coren-CE nº 56.145

Primeiro Tesoureiro: Dr. Gilney Guerra de Medeiros – Coren-DF nº 143.136

Segundo Tesoureiro: Dr. Wilton José Patrício – Coren-ES nº 68.864

Conselheiros Efetivos

Dra. Helga Regina Bresciani – Coren-SC nº 29.525

Dr. Vencelau Jackson da Conceição Pantoja – Coren-AP nº 75.956

Dr. Daniel Menezes de Souza – Coren-RS nº 105.771

Conselheiros Suplentes

Dr. Claudio Luiz da Silveira – Coren-SP nº 25.368-IR

Dra. Dannyelly Dayane Alves da Silva – Coren-AL nº 271.580

Dra. Emilia Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis – Coren-TO nº 122.726

Dr. Josias Neves Ribeiro – Coren-RR nº 142.834

Dra. Ivone Amazonas Marques Abolnik – Coren-AM nº 82.356

Dr. Leocarlos Cartaxo Moreira – Coren-MT nº 12.054-IR

Dra. Lisandra Caixeta de Aquino – Coren-MG nº 118.636

Dr. Marcio Releique Abreu Lima Verde – Coren-AC nº 85.068

Dra. Tatiana Maria Melo Guimarães – Coren-PI nº 110.720

Autores

Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda Cavalcanti – Coren-PB nº 42.123

Docente Associada da Graduação de Enfermagem -UFPB. Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – RJ. Mestre em Enfermagem – UFPB. Bacharel em Direito – Faculdade Paraibana. Pós-graduada em: Administração Hospitalar e Sanitária – SP; Enfermagem em Cuidados Intensivos – UFPB; Gerenciamento em Enfermagem – SP; Enfermagem Forense – RJ; Oratória e Comunicação – RJ. Licenciatura Plena em Enfermagem –UFPB. Atuou como gerente da fiscalização e Presidente do Coren-PB. Coordenou o Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Pronto Socorro Municipal. Título de Estudos Avançados com Proficiência em Pesquisa – UEx – Badajoz- Espanha. Pesquisadora vinculada ao Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil na qualidade de Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas – UFPB/CCS/DENC/CNPq. **Membro da Câmara Técnica de Legislação e Normas do Cofen.**

Betânia Maria Pereira dos Santos- Coren-PB nº42725

Docente e do Centro Profissional e Tecnológico – Escola Técnica de Saúde – UFPB. Doutora em Medicina e Saúde pela UFBA. Mestre em Enfermagem-UFPB. Especializada em: Enfermagem em Cuidados Intensivos – UFPB; Enfermagem Forense –RJ. Licenciatura Plena em Enfermagem – UFPB. Título de Estudos Avançados com Proficiência em Pesquisa – UEx – Badajoz- Espanha. Pesquisadora vinculada ao Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil na qualidade de Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas – UFPB/CCS/DENC/CNPq. Atualmente promove palestras nacionais e internacionais. Diretora Presidente da Revista Enfermagem em Foco. Idealizadora e autora do Programa Pós Téc do Centro Profissional e Tecnológico Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Conselho Federal de Enfermagem. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Serviços de Enfermagem – UNIFESP. **Presidente do Conselho Federal de Enfermagem**

Cleide Mazuela Canavezi – Coren-SP nº 12.721

Graduação em Enfermagem pela UMC (1977). Especialização em Informática em Saúde (UNIFESP); Terapias Alternativas e Complementares (CEATA) e Gestão Pública (FGV). Diretora de Enfermagem do Hospital do Servidor Público Municipal (SP). Atuou como Enfermeira Fiscal e Vice-Presidente do Coren-SP. Atualmente é Referência Técnica do Cofen em Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem. **Coordenadora da Câmara Técnica de Legislação e Normas do Cofen.**

Autores

José Gilmar Costa de Souza Júnior – Coren-PE nº 120.107

Graduado em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco (2003). Mestre e Especialista em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/PE). Especialista em Saúde da Mulher (Ginecologia e Obstetrícia) pelo IMIP. Presidente e Enfermeiro fiscal do Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. Docente em Enfermagem desde 2003. Instituições que atuou e/ou atua: Universidade Federal de Pernambuco (graduação em enfermagem), Universidade de Pernambuco (Cursos Livres, Preparatórios para Concurso e de Extensão) e Escola Técnica de Enfermagem Irmã Dulce – EID. Autor e organizador do livro: As Multifaces do Empreendedorismo na Enfermagem Brasileira, publicado pela Editora UNIFRA em 2011. Dupla Comenda Maurício de Nassau, recebida pelos seus préstimos no campo Educacional em Enfermagem. Homenageado pela Câmara Municipal do Recife, em 2014, 2015 e 2016 e Assembleia Legislativa do Estado em 2015, pelos seus préstimos à Enfermagem. Atua como coordenador do núcleo de pós-graduação em enfermagem da Faculdade IDE, CEO da Empresa GJ Consult. Palestrante Motivacional nos Campos da Saúde. Deputado Estadual pelo Estado de Pernambuco. **Membro da Câmara Técnica de Legislação e Normas do Cofen.**

Rachel Cristine Diniz da Silva – Coren-ES nº 109.251

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela UFES (2002). Mestre em Saúde Coletiva pela UFES (2009). Especialista em Enfermagem de Família e Comunidade pela ABEFACO (2020). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família no município de Serra/ES (2005-2017). Referência Técnica da Atenção Primária à Saúde no município de Serra/ES (2017-2020). Coordenação Municipal do Programa de Bolsistas do ICEPI/Qualifica APS no município de Serra/ES (2020). Coordenação do Inquérito Sorológico Estadual Covid-19 no município de Serra/ES (2020). Enfermeira de urgência e emergência no serviço de Pronto Atendimento do Município de Vitória (2007-2020). Gerente de Planejamento e Projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha/ES. **Membro da Câmara Técnica de Legislação e Normas do Cofen.**

Prefácio

Honrada com o convite para prefaciar a obra “Recomendações para registros de Enfermagem no exercício da profissão” asseguro o imenso valor da mesma para a Enfermagem brasileira e garanto que certamente trará uma contribuição significativa para sedimentação da prática assistencial.

É notório que os registros de enfermagem são inerentes ao processo do cuidar e essenciais para uma comunicação segura entre profissionais de enfermagem e a equipe de saúde. Para além do cuidado, os registros estão relacionados a inúmeras finalidades, como o ensino, pesquisa e extensão, esclarecimento de processos éticos e judiciais, avaliação da qualidade da assistência prestada, salientando que a realização do registro é uma obrigação ética e legal dos profissionais de enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) sempre atento ao cumprimento das disposições contidas na Lei nº 5.905/1973, na Lei nº 7.498/1986 e no Decreto nº 94.406/1987 que regulamentam o exercício da enfermagem no Brasil, apresenta nesse livro elaborado por seus colaboradores um vasto arcabouço técnico, científico e legais para amparar os registros da assistência prestada.

A elaboração desse trabalho decorre da imersão dos membros da Câmara Técnica de Legislação e Normas (CTLN) na temática, buscando nortear os profissionais de enfermagem, nessa atribuição ética e legal, trazendo embasamento teórico, científico, ético e legal para a realização dos registros necessários ao desempenho das atividades fim. O objetivo fundamental é a garantia da qualidade e legalidade das informações registradas que serão utilizadas por toda a equipe de saúde das instituições.

Trata-se de indispensável instrumento para uso dos profissionais de Enfermagem que laboram diuturnamente nos mais diversos cenários da assistência de enfermagem, e que irão dispor de conteúdo prático, atualizado e revisado para realizar os registros com segurança e dessa forma melhorar a qualidade da assistência.

Por estas razões, entre outras que se desvelam no conteúdo didático e instigante desta obra, é com orgulho e grata satisfação que recomendo o presente livro. Boa leitura a todos!

Profa. Ms. Tatiana Maria Melo Guimarães

Conselheira Federal
Conselho Federal de Enfermagem

Sumário

BREVIÁRIO DA OBRA	▪	13
CAPÍTULO I - ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS	▪	15
1.1 Quadro 1 - Siglas e abreviaturas gerais	▪	17
1.2 Quadro 2 - Siglas e abreviaturas referentes aos diagnósticos	▪	20
1.3 Quadro 3 - Siglas e abreviaturas relacionadas ao exame físico e estruturas anatômicas	▪	22
1.4 Quadro 4 - Siglas e abreviaturas relacionadas a sinais e sintomas clínicos	▪	24
1.5 Quadro 5 - Siglas relacionadas à dispositivos e equipamentos hospitalares	▪	26
1.6 Quadro 6 - Siglas e abreviaturas relacionadas à condutas e parâmetros ventilatórios	▪	27
1.7 Quadro 7 - Siglas relacionadas a exames de imagem e outros procedimentos	▪	29
1.8 Quadro 8 - Siglas e abreviaturas relacionadas a exames laboratoriais	▪	30
1.9 Quadro 9 - Siglas e abreviaturas relacionadas ao ciclo do sangue, hemocomponentes e processamento celular	▪	32
1.10 Quadro 10 - Siglas referentes a assistência obstétrica e pediátrica	▪	33
1.11 Quadro 11 - Símbolos e unidades de medidas internacionais	▪	36
CAPÍTULO II - REGISTROS DE ENFERMAGEM NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO	▪	38
CAPÍTULO III - ASPECTOS LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	▪	42
3.1 Prontuário	▪	42
3.2 Legislação relacionada	▪	43
3.2.1 Constituição federal	▪	43
3.2.2 Lei nº 7.498/86	▪	43
3.2.3 Decreto 94.406/87	▪	44
3.2.4 Resolução Cofen nº 429/12	▪	45
3.2.5 Resolução Cofen nº 564/2017	▪	45
3.2.6 Lei de nº 13.105, de 16 de março de 2015 – Dispõe sobre o novo Código de Processo Civil	▪	47

3.2.7	Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Dispõe sobre o Código Civil Brasileiro	▪	48
3.2.8	Decreto-Lei de Nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal	▪	49
3.2.9	Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Código de Defesa do Consumidor	▪	49
3.2.10	Portaria MS nº 1.820/2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde	▪	50
3.2.11	Portaria do MS nº 234/2022. Institui o modelo de informação de atendimento clínico (RAC)	▪	52
	CAPÍTULO IV - ANOTAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	▪	53
	CAPÍTULO V - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	▪	58
	CAPÍTULO VI - PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM – O QUE ANOTAR?	▪	61
6.1	Admissão	▪	61
6.2	Alta	▪	62
6.3	Acesso Venoso	▪	62
6.4	Administração de Medicamentos	▪	63
6.5	Os 13 Certos na administração de medicamentos	▪	64
6.6	Administração de Soro Antirrábico Humano	▪	64
6.7	Aplicação de calor e frio	▪	65
6.8	Aplicação de ácido Tricloroacético em lesões condilomatosas (Enfermeiro)	▪	65
6.9	Aspiração oral	▪	66
6.10	Aspiração traqueal (Enfermeiro)	▪	66
6.11	Atendimento Antirrábico (Enfermeiro)	▪	66
6.12	Avaliação do nível de consciência (Enfermeiro)	▪	67
6.13	Auxílio na dieta	▪	67
6.14	Banho de assento	▪	68
6.15	Balanço hidroeletrolítico (Enfermeiro)	▪	68
6.16	Coleta de linfa para hanseníase	▪	69
6.17	Coleta de material para o teste de pezinho	▪	69
6.18	Coleta de exame citopatológico (Enfermeiro)	▪	69

6.19	Conduatas de segurança ao paciente	▪	70
6.20	Consulta de enfermagem (Enfermeiro)	▪	71
6.21	Contenção no leito	▪	71
6.22	Controle da dor (Enfermeiro)	▪	71
6.23	Controle hídrico	▪	72
6.24	Classificação de risco (Enfermeiro)	▪	72
6.25	Coleta de urina para exames de paciente sondado	▪	73
6.26	Curativos	▪	73
6.27	Cuidados com estomas	▪	73
6.28	Cuidados com os pés	▪	74
6.29	Cuidados Imediatos com o RN (Enfermeiro)	▪	74
6.30	Cuidados com o RN em fototerapia	▪	75
6.31	Cuidados no pré-parto	▪	75
6.32	Cuidados na sala de parto	▪	76
6.33	Cuidados no pós-parto imediato	▪	77
6.34	Drenos	▪	77
6.35	Drenagem de tórax (Enfermeiro)	▪	78
6.36	Diálise peritoneal	▪	78
6.37	Encaminhamento para exames, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico	▪	79
6.38	Enteróclise	▪	79
6.39	Escala de Braden - Avaliação do risco de úlcera por pressão (Enfermeiro)	▪	80
6.40	Escala de Queda de Morse (EQM)	▪	81
6.41	Escala de Snellen (Enfermeiro)	▪	81
6.42	Escala de Ramsay	▪	82
6.43	Escala de Aldret e Kroulik modificada (Enfermeiro)	▪	82
6.44	Registro de Enfermagem durante a recepção até a alta do paciente na unidade de recuperação pós anestésica - URPA	▪	84
6.45	Exame clínico das Mamas (Enfermeiro)	▪	84
6.46	Exame de Montenegro	▪	85
6.47	Glicemia capilar	▪	85
6.48	Hemodiálise	▪	86

6.49	Higiene do paciente – banho	▪	86
6.50	Higiene do couro cabeludo	▪	86
6.51	Higiene íntima	▪	87
6.52	Higiene oral	▪	87
6.53	Imobilização	▪	87
6.54	Irrigação de sonda vesical e bexiga	▪	88
6.55	Inalação / nebulização	▪	88
6.56	Lavado Gástrico	▪	89
6.57	Massagem de conforto	▪	89
6.58	Medida antropométrica	▪	89
6.59	Mudança de decúbito	▪	90
6.60	Nutrição enteral	▪	90
6.61	Nutrição parenteral (Enfermeiro)	▪	90
6.62	Óbito	▪	91
6.63	Ordenha mamária	▪	91
6.64	Oxigenoterapia	▪	91
6.65	Passagem de plantão (livro)	▪	92
6.66	Punção arterial (Enfermeiro)	▪	93
6.67	Prescrição de medicamentos (Enfermeiro)	▪	93
6.68	Pressão venosa central – PVC (Enfermeiro)	▪	93
6.69	Pressão arterial média – PAM (Enfermeiro)	▪	94
6.70	Assistência de Enfermagem para o Pré-operatório imediato	▪	94
6.71	Assistência de Enfermagem no intra operatório	▪	95
6.72	Assistência de Enfermagem no Pós-operatório imediato	▪	95
6.73	Assistência de Enfermagem no Pós-operatório mediato	▪	96
6.74	Prova do laço	▪	96
6.75	Registros relativos à coleta de material para exames	▪	97
6.76	Registros relativos à deambulação	▪	97
6.77	Referência e Contrarreferência (Enfermeiro)	▪	98
6.78	Retirada de corpo estranho (Enfermeiro)	▪	98

6.79	Retirada de pontos	▪	99	
6.80	Sondagem Gástrica (Enfermeiro)	▪	99	
6.81	Sondagem Enteral (Enfermeiro)	▪	100	
6.82	Sondagem Vesical (Enfermeiro)	▪	100	
6.83	Solicitação de Exames (Enfermeiro)	▪	101	
6.84	Sinais vitais	▪	101	
6.85	Teste de PPD	▪	101	
6.86	Teste de gravidez	▪	102	
6.87	Teste rápido de HIV	▪	102	
6.88	Teste rápido para Sífilis	▪	103	
6.89	Teste rápido para Hepatites	▪	103	
6.90	Terapia de Reidratação Oral (TRO)	▪	104	
6.91	Transferência interna	▪	104	
6.92	Transferência externa	▪	105	
6.93	Tratamento de pediculose	▪	105	
6.94	Tratamento de miíase	▪	106	
6.95	Tricotomia	▪	106	
6.96	Troca de selo d'água do frasco de drenagem torácica	▪	107	
6.97	Vacina	▪	107	
6.98	Visita domiciliar	▪	107	
CAPÍTULO VII - REGISTRO DE ENFERMAGEM DAS AÇÕES EXECUTADAS NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - CME			▪	109
7.1	Expurgo	▪	109	
7.2	Área de preparo de material	▪	110	
7.3	Área de Esterilização	▪	110	
7.4	Área de armazenagem e distribuição de materiais	▪	110	
REFERÊNCIAS			▪	111

BREVIÁRIO DA OBRA

Nas últimas décadas têm sido constatadas inúmeras falhas nos registros de Enfermagem, sejam nas dimensões técnicas, éticas ou legais. Embora os profissionais reconheçam a importância desse tema, sobretudo, no contexto de sua prática, nem sempre essa preocupação materializa-se em ações, seja por falta de tempo, devido às exigências do dia a dia de trabalho, seja por falta de uma produção acadêmica acessível que os direcione para suprir suas necessidades.

Dessa forma, é com enorme prazer, além de uma agradável sensação de dever profissional atendido, que entregamos à comunidade científica e particularmente de Enfermagem, a obra “Recomendações para Registros de Enfermagem no Exercício da Profissão”.

A produção em questão, recebeu contribuições de profissionais atuantes na prática assistencial e membros da Comissão Técnica de Legislação e Normas – CTLN do Conselho Federal de Enfermagem. Essa autarquia de forma devolutiva, entrega à comunidade de Enfermagem, essa obra, como recomendação para utilização nas práticas do cotidiano, podendo ser adaptada à realidade de cada serviço, portanto acreditamos que servirá de parâmetro para as ações referente à temática.

O presente esforço acadêmico encontra-se dividido em sete capítulos, a saber:

CAPÍTULO I – ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÔNIMOS E SÍMBOLOS – Nesse capítulo, para melhor visualização e consulta pelos profissionais de enfermagem, apresentaremos quadros com especificações de itens desse capítulo.

CAPÍTULO II – REGISTROS DE ENFERMAGEM NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO – Esse capítulo, encontra-se pautado nas diversas alterações da legislação pertinente à Enfermagem, além de agregar novos procedimentos importantes para o trabalho dessa profissão.

CAPÍTULO III – ASPECTOS LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM – O capítulo assegura que os registros somente terão valor se forem datados e assinados e, evidentemente se forem legíveis e não apresentarem rasuras. Menciona ainda que a ausência dos registros sobre a sintomatologia do cliente/paciente, bem como outras alterações quando incompletas podem indicar uma má qualidade e/

ou descontinuidade da assistência de enfermagem, podendo gerar um processo ético-disciplinar.

CAPÍTULO IV – ANOTAÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM – O capítulo explica que 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, resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem

CAPÍTULO V – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – O capítulo recomenda ao profissional que esse deve concentrar-se nas informações básicas e específicas sobre as condições do enfermo. A abordagem realizada após a avaliação do estado geral, ajuda a guiar o planejamento da assistência que deverá ser prestada pela equipe de saúde nas 24 horas seguintes.

CAPÍTULO VI – PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM – O QUE ANOTAR? O capítulo apresenta recomendações de como realizar o registro de Enfermagem, quando nos procedimentos realizados, como o nome completo do paciente, data e hora da admissão; Procedência do paciente; Queixas relacionadas ao motivo da internação; Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional; Orientações prestadas; Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento, além de outras informações.

CAPÍTULO VII – REGISTRO DE ENFERMAGEM DAS AÇÕES EXECUTADAS NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO – CME – Esse capítulo, segue a rotina do serviço, considerando as normas instituídas pelo Ministério da Saúde – Anvisa.

Desejamos a todos, muito sucesso na profissão e esperamos mitigar os efeitos causados por problemas nos registros de Enfermagem, objetivando o exercício pleno da profissão.

Os Autores

CAPÍTULO I

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS

As abreviaturas, as siglas, os acrônimos, os símbolos e as unidades de medidas são frequentemente utilizadas em textos (artigos científicos, livros, dissertações, teses, prontuários dos pacientes) por profissionais da área de saúde. Para garantir a organização do prontuário, recomenda-se utilizar apenas abreviaturas previstas em literatura, bem como em siglário padronizado pelas instituições.

Aqui, vamos listar as abreviaturas, siglas, acrônimos e símbolos de uso comum, que são utilizados pelos profissionais da enfermagem ou que possam favorecer sua prática, na identificação de seu significado nos registros de saúde a que tem acesso para realizar consultas, procedimentos e cuidados.

Insta salientar a compreensão destas palavras, para sua utilização, como segue abaixo:

- **Abreviatura** - possui um contexto específico de uso: na escrita, ela representa parte da palavra como equivalente de um todo, ou seja, ela reduz determinados vocábulos.
- **Sigla** - palavra formada pela redução de um grupo de palavras as suas iniciais, que são pronunciadas de acordo com a designação de cada letra. Não se usam aspas nem pontos de separação entre as letras que formam a sigla. Siglas formadas por até três letras são grafadas com maiúsculas. Siglas formadas por quatro ou mais letras, cuja leitura seja feita letra por letra são grafadas com maiúsculas. Siglas formadas por quatro ou mais letras que formem palavra pronunciável são grafadas como nome próprio (apenas a primeira letra é maiúscula). Com sigla empregada no plural, admite-se o uso de “s” indicativo de plural, minúsculo, sem apóstrofo. Se a sigla terminar com a letra “s”, o plural será indicado pelo artigo.

- **Acrônimo** - palavra formada pela junção de letras ou sílabas iniciais de um grupo de palavras, que se pronuncia como uma palavra só, respeitando, na generalidade, a estrutura silábica da língua. Quando uma sigla pode ser lida como uma nova palavra, e não necessariamente letra a letra, pode ser chamada também de acrônimo. Como exemplo: UNESCO e COFEN são acrônimos, ao passo que IBGE e CNPJ não o são.
- **Símbolos** - Entende-se por símbolo a letra, o sinal ou o desenho que representa uma palavra ou expressão. Não se usa ponto abreviativo em símbolos, principalmente naqueles que se referam às unidades de medida. Tampouco se coloca o “s” de plural. Exemplos: h (para hora ou horas), min. (para minuto ou minutos), km (para quilometro ou quilômetros), g (para grama ou grammas).
- **Unidades internacionais** - O Sistema Internacional de Unidades, abreviado pela sigla SI, é um conjunto de sete unidades de medida básicas, baseadas nas grandezas físicas fundamentais: comprimento, tempo, massa, corrente elétrica, temperatura termodinâmica, quantidade de matéria e intensidade luminosa. As unidades SI podem ser escritas por seus nomes ou representadas por meio de símbolos. Exemplos: unidade de comprimento - metro (m); unidade de tempo - segundo (s). Os nomes das unidades SI são escritos sempre em letra minúscula.

A lista padronizada contendo as abreviaturas, siglas, símbolos, acrônimos e unidades de medidas, apresentadas nas tabelas que seguem, seguirá subdividida em grupos para melhor visualização e consulta pelos profissionais.^{1,2,3}

1.1 QUADRO 1 – SIGLAS E ABREVIATURAS GERAIS

Siglas e Abreviaturas	Significado
AA	Ar Ambiente
ACM	A Critério Médico
A/E	A Esclarecer
BEG	Bom Estado Geral
BH	Balanço Hídrico
BPM	Batimentos Por Minuto
CDV	Controle De Dados Vitais
CID	Classificação Internacional De Doenças
CPM	Conforme Prescrição Médica
D	Indicação De Lado Direito
DD	Decúbito Dorsal
DE	Diagnóstico De Enfermagem
DIH	Dia(S) De Internação Hospitalar
DLD	Decúbito Lateral Direito
DLE	Decúbito Lateral Esquerdo
DLN	Dentro Dos Limites Da Normalidade
DO	Declaração De Óbito
DV	Decúbito Ventral
DVA	Droga Vasoativa
DID2	Correspondente Ao Dia De Infusão/Administração
E	Indicação De Lado Esquerdo
EA	Evento Adverso
EAM	Evento Adverso A Medicamentos
FAV	Fístula Arteriovenosa
FC	Frequência Cardíaca
FO	Ferida Operatória

FR	Frequência Respiratória
HD	Hipótese Diagnóstica
HGT	Hemoglicoteste
HDA	História Da Doença Atual
HO	Higiene Oral
IRPM	Incursões Respiratórias Por Minuto
JJ	Jejum
LP	Lesão Por Pressão
LCR	Líquido Cefalorraquidiano
ME	Morte Encefálica
MEG	Mal Estado Geral
N/A	Não Se Aplica
NBZ	Nebulização
OBS	Observação
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAM	Pressão Arterial Média
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PC	Pedido De Consulta
PE	Processo De Enfermagem
PIA	Pressão Intra Abdominal
PIC	Pressão Intracraniana
PO	Pós-Operatório
POI	Pós-Operatório Imediato
POT	Pós-Operatório Tardio
PVC	Pressão Venosa Central
QP	Queixa Principal
QT	Quimioterapia
RAM	Reações Adversas A Medicamentos

REG	Regular Estado Geral
SAE	Sistematização Da Assistência De Enfermagem
SAEP	Sistematização Da Assistência De Enfermagem Perioperatória
SAV	Suporte Avançado De Vida
SIC	Segundo Informações Coletadas/ Segundo Informações Do Cliente
S/A	Sem Alterações
SV	Sinais Vitais
T	Temperatura
Tax	Temperatura Axilar
TCLE	Termo De Consentimento Livre E Esclarecido
TU	Tumor
TTO	Tratamento
TX	Transplante
VRG	Volume Residual Gástrico

1.2 QUADRO 2 – SIGLAS E ABREVIATURAS REFERENTES AOS DIAGNÓSTICOS

Siglas e Abreviaturas	Significado
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome – Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida
AIT	Ataque Isquêmico Transitório Ou Acidente Isquêmico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEH	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVEI	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
BCP	Broncopneumonia
BQT	Bronquiolite
CA	Câncer
CIV	Coagulação Intravascular
CMV	Citomegalovírus
COVID-19	Coronavirus Disease, 19 – Doença Do Novo Coronavírus 2019
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DHEG	Doença Hipertensiva Específica Da Gravidez
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DMID OU DM1	Diabetes Mellitus Insulino Dependente, Também Chamada De Diabetes Mellitus Tipo I
DMNID OU DM2	Diabetes Mellitus Não Insulino Dependente, Também Chama De Diabetes Mellitus Tipo II
DP	Derrame Pleural
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPP	Descolamento Prematura De Placenta

DRC	Doença Renal Crônica
DRGE	Doença Do Refluxo Gastroesofágico
EAP	Edema Agudo De Pulmão
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
GECA	Gastroenterocolite Aguda
HAC	Hipertensão Arterial Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa
HIV	Human Immunodeficiency Virus - Vírus Da Imunodeficiência Humana
HP	Hipertensão Pulmonar
IAM	Infarto Agudo Do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRA	Insuficiência Renal Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ITU	Infecção Do Trato Urinário
IVAS	Infecção Das Vias Aéreas Superiores
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
LLA	Leucemia Linfoide Aguda
LLC	Leucemia Linfoide Crônica
LMA	Leucemia Mieloide Aguda
LMC	Leucemia Mieloide Crônica
ME	Morte Encefálica
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNM	Pneumonia
SARS-CoV-2	Síndrome De Angústia Respiratória Aguda Severa Pelo Coronavírus 2
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SIRS	Síndrome Da Resposta Inflamatória Sistêmica

SRAG	Síndrome respiratória aguda grave
TB	Tuberculose
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TEV	Tromboembolismo venoso
TVP	Trombose venosa profunda

1.3 QUADRO 3 – SIGLAS E ABREVIATURAS RELACIONADAS AO EXAME FÍSICO E ESTRUTURAS ANATÔMICAS

Siglas e Abreviaturas	Significado
AD	Átrio direito
AE	Átrio esquerdo
AC	Ausculata cardíaca
ACV	Aparelho cardiovascular
AP	Ausculata pulmonar
AR	Ausculata respiratória
BNF	Bulhas (cardíacas) normofonéticas
B1	Primeira bulha cardíaca
B2	Segunda bulha cardíaca
EF	Exame físico
FID	Fossa ilíaca direita
FIE	Fossa ilíaca esquerda
HD	Hipocôndrio direito
HE	Hipocôndrio esquerdo
HTD	Hemitórax direito
HTE	Hemitórax esquerdo
MID	Membro inferior direito
MIE	Membro inferior esquerdo

MMSS	Membros superiores
MMII	Membros inferiores
MSD	Membro superior direito
MSE	Membro superior esquerdo
MV	Murmúrios vesiculares
MV c/ RA	Murmúrio vesicular com ruídos adventícios
MV s/ RA	Murmúrio vesicular sem ruídos adventícios
PA	Perímetro abdominal
PC	Perímetro cefálico
PT	Perímetro torácico
QID	Quadrante inferior direito
QIE	Quadrante inferior esquerdo
QSD	Quadrante superior direito
QSE	Quadrante superior esquerdo
RA	Ruídos adventícios
RCD	Rebordo costal direito
RCE	Rebordo costal esquerdo
RCI	Ritmo cardíaco irregular
RCR	Ritmo cardíaco regular
RHA	Ruídos hidroaéreos
SNC	Sistema nervoso central
s/	Sem ou ausente
SS	Sem sopro
TEC	Tempo de enchimento capilar
TGI	Trato gastrointestinal
VAS	Vias aéreas superiores
VD	Ventrículo direito
VE	Ventrículo esquerdo
2 T	Dois tempos
3T	Três tempos

1.4 QUADRO 4 - SIGLAS E ABREVIATURAS RELACIONADAS A SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Siglas e Abreviaturas	Significado
AESP	Atividade elétrica sem pulso
ARV	Alteração da repolarização ventricular
ARVS	Alteração de repolarização ventricular septal
AS	Arritmia sinusal
BAN	Batimento de asa nasal
BAV	Bloqueio átrio ventricular
BAVT	Bloqueio átrio ventricular total
BCRD	Bloqueio completo do ramo direito
BCRE	Bloqueio completo do ramo esquerdo
BS	Bradicardia sinusal
CIA	Comunicação interatrial
CIV	Comunicação interventricular
DC	Débito cardíaco
DLP	Dislipidemia
EDPF	Efeito dielétrico no plano frontal
ESSV	Extrassístole supraventricular
EV	Extrassístole ventricular
FA	Fibrilação atrial
FARV	Fibrilação atrial com resposta ventricular
FLA	Flutter atrial
FV	Fibrilação ventricular
IAMCSST ou IAM c/ Supra de ST	Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
IAMSSST ou IAM s/ Supra de ST	Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
RM	Revascularização do miocárdio

Siglas e Abreviaturas	Significado
RS	Ritmo sinusal
TA	Taquicardia atrial
TIC	Tiragem intercostal
TSV	Taquicardia supraventricular
TS	Taquicardia sinusal
TSC	Tiragem subcostal
TSE	Tiragem supraesternal
TV	Taquicardia ventricular
VCM	Visceromegalia

1.5 QUADRO 5 - SIGLAS RELACIONADAS À DISPOSITIVOS E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

Siglas e Abreviaturas	Significado
BI	Bomba de infusão
CN	Cateter nasal
CSI	Cateter semi-implantado
CVA	Cateter vesical de alívio
CVD	Cateter vesical de demora
CVI	Cateterismo vesical intermitente
CVC	Cateter venoso central
CVP	Cateter venoso periférico
CTI	Cateter totalmente implantado
DEA	Desfibrilador elétrico automático
DVE	Derivação ventricular externa
DVP	Derivação ventricular peritoneal
EPI	Equipamento de proteção individual
GTT	Gastrostomia
JJT	Jejunostomia
PAI	Pressão arterial invasiva
PICC	Peripherally inserted central venous catheter - cateter central de inserção periférica
SNE	Sonda nasoenteral
SNG	Sonda nasogástrica
SOE	Sonda oroenteral
SOG	Sonda orogástrica
SVA	Sonda vesical de alívio
SVD	Sonda vesical de demora
TOT	Tubo orotraqueal
TQT	Traqueostomia

1.6 QUADRO 6 – SIGLAS E ABREVIATURAS RELACIONADAS À CONDUTAS E PARÂMETROS VENTILATÓRIOS

Siglas e Abreviaturas	Significado
BIPAP	Bi-level positive airway pressure - pressão positiva contínua nas vias aéreas em dois níveis de pressão
CNAF	Cateter nasal de alto fluxo
CO₂	Dióxido de carbono / gás carbônico
CPAP	Continuous positive airway pressure - pressão positiva contínua nas vias aéreas
CRF	Capacidade residual funcional
CV	Capacidade vital
FiO₂	Fração inspirada de oxigênio
HbO₂	Fração da oxiemoglobina
I:E	Relação inspiração-expiração
IMV	Intermittent mandatory ventilation - ventilação mandatória intermitente
IPAP	Inspiratory positive airway pressure - pressão inspiratória positiva em vias aéreas
NIPPV	Nasal intermittent positive pressure ventilation - ventilação por pressão positiva intermitente nasal
NO	Nitric oxide - óxido nítrico
O₂	Oxigênio
PaCO₂	Pressão parcial arterial de gás carbônico
PaO₂	Pressão parcial arterial de oxigênio
PAP	Pressão arterial pulmonar
pCO₂	Pressão parcial do gás carbônico
PCV	Pressure-controlled ventilation - ventilação controlada por pressão
PEEP	Pressão expiratória final positiva
PFE	Pico de fluxo expiratório
PH	Potencial hidrogeniônico

Siglas e Abreviaturas	Significado
PI máx	Pressão inspiratória máxima
PIP	Pressão inspiratória positiva
PNI	Pressão não invasiva
PSV	Pressure support ventilation - ventilação com pressão de suporte
SatO2	Saturação de oxigênio
SpO2	Saturação periférica de oxigênio
RPPI	Respiração com pressão positiva intermitente
Texp	Tempo expiratório
Tinsp	Tempo inspiratório
VC	Volume corrente
VCV	Volume-controlled ventilation - ventilação controlada por volume
VE	Ventilação espontânea
VM	Ventilação mecânica
VMI	Ventilação mecânica invasiva
VNI	Ventilação não-invasiva
VNIPP	Ventilação não invasiva com pressão positiva
VPP	Ventilação com pressão positiva

1.7 QUADRO 7 - SIGLAS RELACIONADAS A EXAMES DE IMAGEM E OUTROS PROCEDIMENTOS

Siglas e Abreviaturas	Significado
ANGIOTC	Angiotomografia computadorizada
ATC	Arteriografia transluminal coronariana
BX	Biópsia
CAT	Cateterismo cardíaco
CPRE	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
CPTH	Colangiografia percut nea trans-hepática
CTG	Cardiotocografia
DPAC	Dialise peritoneal ambulatorial contínua
DTC	Doppler transcraniano
ECG	Eletrocardiograma
ECO	Ecodopplercardiograma
EDA	Endoscopia digestiva alta
EEG	Eletroencefalograma
EMG	Eletromiografia
ETE	Ecocardiografia transesofágica
GEP	Gastrostomia endoscópica percut nea
HD	Hemodiálise
HSC	Histeroscopia
IOT	Intubação orotraqueal
LS	Linfonodo sentinela
MNIO	Monitorização neurofisiológica intra operatória
PL	Punção lombar
PSG	Polissonografia
RCP	Reanimação cardiopulmonar
RNM	Resson ncia nuclear magnética

Siglas e Abreviaturas	Significado
RX	Raio x
TC	Tomografia computadorizada
TE	Teste ergométrico
TX	Transplante
UF	Ultra filtração
USG	Ultrassonografia
VEEG	Videoeletroencefalograma

1.8 QUADRO 8 - SIGLAS E ABREVIATURAS RELACIONADAS A EXAMES LABORATORIAIS

Siglas e Abreviaturas	Significado
ADH	Antidiuretic hormone - hormônio antidiurético
BAAR	Bacilos álcool-ácido resistentes
Beta-hCG	Beta human chorionic gonadotropin - beta gonadotrofina coriônica humana
BGN	Bacilos gram negativos
BMR	Bactéria multirresistente
BT	Bilirrubina total
CGP	Coco gram positivo
ERC	Enterobactérias resistente a carbapenênicos
ESBL	Extended-spectrum beta-lactamase - bactérias gram-negativas produtoras de B-lactamase de espectro estendido
GA	Gasometria arterial
GBS	Group b streptococcus - streptococcus do grupo B ou streptococcus agalactiae
Hb	Hemoglobina

Siglas e Abreviaturas	Significado
HMC	Hemocultura
HMG	Hemograma
Ht	Hematócrito
IgA	Imunoglobulina A
IgD	Imunoglobulina D
IgE	Imunoglobulina E
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
KPC	Klebsiella pneumoniae carbapenemase
MR	Multirresistente
MRSA	Methicillin-resistant staphylococcus aureus - staphylococcus aureus resistente à meticilina/oxacilina
PCR	Polymerase chain reaction - proteína c-reativa
PU	Parcial de urina
RT-PCR	Reverse transcriptase - polymerase chain reaction - transcriptase reversa - reação em cadeia da polimerase
TAP	Tempo de ativação da protombina
UC	Urocultura
UFC	Unidades formadoras de colônias
VG	Volume globular
VHS	Velocidade de hemossedimentação
VRE	Vancomycin-resistant enterococcus - enterococcus sp. Resistentes à vancomicina

1.9 QUADRO 9 - SIGLAS E ABREVIATURAS RELACIONADAS AO CICLO DO SANGUE, HEMOCOMPONENTES E PROCESSAMENTO CELULAR

Siglas e Abreviaturas	Significado
ABO	Grupo sanguíneo abo
AT	Agência transfusional
CD34	Cluster of differentiation 34
CFU-GM	Colony-forming unit-granulocyte/macrophage - unidades formadoras de colônias granulocíticas e monocíticas
CG	Concentrado de granulócitos
CH	Concentrado de hemácias
CP	Concentrado de plaquetas
CPH	Células progenitoras hematopoiéticas
CPAF	Concentrado de plaquetas por aférese
CRIO	Crioprecipitado
CTH	Células-tronco hematopoiéticas
G-CSF	Granulocyte colony-stimulating factor - estimulador de colônia de granulócitos
HF	Hemofiltração
HLA	Antígenos leucocitários humanos
IAI	Identificação de anticorpos irregulares
Ig	Imunoglobulina
MO	Medula óssea
NAT	Nucleic acid tests - teste de ácidos nucleicos
PAI	Pesquisa de anticorpos irregulares
PF	Plasma fresco
PFC	Plasma fresco congelado
PIC	Plasma isento de crioprecipitado
PRP	Plasma rico em plaquetas
SCUP	Sangue de cordão umbilical e placentário

Siglas e Abreviaturas	Significado
SP	Sangue periférico
ST	Sangue total
TCTH	Transplante de células-tronco hematopoiéticas
TMO	Transplante de medula óssea

1.10 QUADRO 10 – SIGLAS REFERENTES A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E PEDIÁTRICA

Siglas e Abreviaturas	Significado
AIG	Adequado para a idade gestacional
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMIU	Aspiração manual intrauterina
AU	Altura uterina
BA	Berço aquecido
BAN	Batimentos de asa de nariz
BC	Berço comum
BCF	Batimentos cardíacos fetais
BP	Baixo peso
CIUR	Crescimento intra uterino restrito
CST	Cesariana segmentar transversa
CTG	Cardiotocografia
CUE	Curetagem uterina evacuadora
CUV	Cateter umbilical venoso

Siglas e Abreviaturas	Significado
DIU	Dispositivo intrauterino
DNV	Declaração de nascido vivo
DPP*	Descolamento prematuro de placenta
DPP*	Data provável do parto
DU	Din mica uterina
DUM	Data da última menstruação
DV	Dias de vida
EMLD	Episiotomia médio lateral direito
FANT	Fontanela anterior normotensa
GIG	Grande para a idade gestacional
GO	Ginecologia e obstetrícia
G/P/A	Gestação/parto/aborto
HPIV	Hemorragia peri-intraventricular
HTA	Histerectomia total abdominal
HTV	Histerectomia total vaginal
IA	Incubadora aquecida
IG	Idade gestacional
IIC	Incompetência ístmo- cervical
ILA	Índice de líquido amniótico
LH	Leite humano
LA	Líquido amniótico
LM	Leite materno
MF	Movimentos fetais
OF	Óbito fetal
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PP	Placenta prévia
PPP	Pré-parto/ parto/ pós parto

Siglas e Abreviaturas	Significado
RCIU	Restrição de crescimento intrauterino
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNT	Recém-nascido a termo
RPM	Ruptura prematura de membranas
TP	Trabalho de parto
TPP	Trabalho de parto prematuro
USTF	Ultrassonografia transfontanelar
USTV	Ultrassonografia transvaginal
VVS	Vítima de violência sexual

* Atenção ao contexto da Sigla. Caso necessário, descrever, para não haver confusão. Se o contexto for favorável a compreensão, não é necessário.

1.11 QUADRO 11 – SÍMBOLOS E UNIDADES DE MEDIDAS INTERNACIONAIS

Símbolos e Unidades de Medida	Definição
+	Positivo ou presente
-	Negativo ou ausente
+ /++++ OU 1+/4+	Graduação da intensidade ou quantidade de determinado sinal clínico – 25% ou ¼
++ /++++ OU 2+/4+	Graduação da intensidade ou quantidade de determinado sinal clínico – 50% ou ½
+++ /++++ OU 3+/4+	Graduação da intensidade ou quantidade de determinado sinal clínico – 75% ou ¾ a grau máximo
∅	Não tem ou ausente
=	Igual
≤	Menor ou igual a
≥	Maior ou igual a
°C	Graus celsius
cm	Centímetro
cm³	Centímetro cúbico
cmHg	Centímetro de mercúrio
g	Gramma
Gt (s)	Gota (s)
h	Hora
Kg	Quilograma
L	Litro
L/min	Litros por minuto
m	Metro
mcg	Micrograma
mEq	Miliequivalente
mg	Miligrama

Símbolos e Unidades de Medida	Definição
mg/dl	Miligramas por decilitro
min	Minuto
mL	Mililitro
mL/H	Mililitros por hora
mmHg	Milímetro de mercúrio
UI	Unidades internacionais

CAPÍTULO II

REGISTROS DE ENFERMAGEM NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO

O presente capítulo pauta-se nas diversas alterações da legislação pertinente a Enfermagem, além de agregar novos procedimentos importantes para o trabalho da Enfermagem e seu devido registro no exercício da profissão, visto o valor legal das informações que obrigatoriamente devem estar inseridas nos documentos inerentes as atividades exercidas.

A enfermagem por ser uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado, necessita estar atenta aos registros das informações, tendo em vista que essa ação faz parte do processo do cuidar, e quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, subsidiando ainda finalidades como ensino, pesquisa, extensão, auditoria, processo jurídico, planejamento, fins estatísticos e outros.

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

Os registros realizados pela equipe de enfermagem são considerados como documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade que possam assegurar a veracidade das informações, gerando um significado legal. Essas informações refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e segurança do paciente.

Na área de saúde, os registros tornam-se um dos principais instrumentos de comunicação, viabilizando a troca de informações entre a equipe interdisciplinar envolvida na assistência do usuário, objetivando o alcance as necessidades do paciente, as condutas clínicas aplicadas e implementadas, bem como uma avaliação contínua da assistência prestada. Nesse aspecto, registrar é uma responsabilidade ética e social.⁴

Quanto a completude desses registros, o profissional de enfermagem, devem deixar claro a delimitação das ações de cuidar desenvolvidas no interior de um processo de trabalho, além de indicar o modo como os enfermeiros e suas equipes prestam, representam e significam o cuidado de enfermagem que contém indícios reveladores da história e da cultura profissional.⁴

A qualidade dos registros pode resultar da influência de vários fatores, como: o excesso de pacientes sob a responsabilidade da equipe de enfermagem; sobrecarga por parte dos enfermeiros nos aspectos relativos as atividades assistenciais e gerenciais; escassez de capacitação profissional para a utilização de formulários eletrônicos; exiguidade das implicações éticas e legais dos registros; e falta e/ou precariedade de infraestrutura adequada e equipes bem treinadas e lideradas.⁴

Para serem consideradas autênticas e válidas as ações registradas deverão estar formalmente constituídas, contendo assinatura do autor do registro. Em relação as Instituições que adotam prontuário eletrônico, o mesmo só terá validação quando certificado pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) ou outra Instituição que reconhecidamente tenha aval para tal certificação. A SBIS é o representante brasileiro na IMIA – International Medical Informatics Association (Federação Internacional de Informática em Saúde).

Um **Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES)** pode ser definido como um sistema que capture, armazene, apresente, transmita ou imprima informação identificada em saúde. Entende-se por informação identificada aquela que permite individualizar um paciente, o que abrange não apenas o seu nome, mas também números de identificação (tais como RG e CPF etc.) ou outros dados que, se tomados em conjunto, possibilitem a identificação do indivíduo.^{5,6} Ipsis Litteris

A exceção a esta regra, é o prontuário eletrônico do e-SUS, validado pela SBIS para utilização nas Unidades Básicas de Saúde, por meio do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS), onde o registro das informações relativas às consultas e procedimentos realizados são feitos mediante login e senha individuais com a devida identificação do nome do profissional, sua categoria e registro no respectivo Conselho de Classe. Outros prontuários

eletrônicos utilizados em unidades básicas de saúde, deverão atender aos critérios do parágrafo anterior ou ter a validação PIUBS, disponível para consulta no site da SBIS.

Esses prontuários não precisam ter seu conteúdo impresso, assinado e carimbado para que tenham validade, exceto nos casos em que cópia do mesmo seja solicitada pelo paciente ou para outras finalidades previstas em lei. Quanto a documentos gerados por estes prontuários para entrega ao paciente, como encaminhamentos, receitas e solicitações de exame, exceto no caso da utilização de certificado digital individual, estes documentos deverão ser assinados e carimbados para a entrega ao paciente.

Destaca-se ainda em relação aos aspectos éticos disciplinares e jurídicos, que o registro de enfermagem no prontuário do paciente, deve conter informações completas e bem elaboradas sobre as condutas realizadas por parte dos profissionais de enfermagem referente a sua atuação no cliente/paciente, dessa forma, pode-se assegurar ou minimizar possíveis infrações éticas, além de prevenir migrações para outras instâncias cíveis e penais.

Portanto, o presente material tem por objetivo, nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda equipe de saúde da instituição; além de favorecer a comunicação escrita utilizada pela equipe de Enfermagem no desenvolvimento de suas ações, de forma individualizada, holística e centralizada, refletindo a qualidade da assistência prestada ao cliente/paciente.

PROPÓSITO DOS REGISTROS

O registro das ações de enfermagem é imprescindível para a elaboração do Processo de Enfermagem e sua instituição garante a continuidade da assistência. Além disso, os registros favorecem a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a identificação de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos, bem como a possibilidade de comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Os registros deverão conter todos os cuidados prestados, incluindo o cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas, assim como cuidados rotineiros, medidas de segurança adotadas, bem como encaminhamentos ou transferência de setor. Em relação aos sinais e sintomas, devem ser registrados tanto os identificados, como os referidos pelo paciente. Os sinais vitais devem ser registrados com os valores exatos aferidos, e nunca utilizar somente os termos que caracterizam esses valores, a exemplo: normotenso, etc. Quanto

às intercorrências, devem incluir fatos ocorridos com o paciente, as condutas adotadas e as respostas dos pacientes às ações realizadas.⁶

O registro deve conter ainda subsídios que possam permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem em todas as diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.⁶

No que se refere ao enfermeiro, este deve estar atento para os registros, identificando as informações indispensáveis ao processo de cuidar, levando em consideração que os mesmos deverão ser feitos de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Quanto aos aspectos relativos às anotações de enfermagem, devem ser considerados dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respostas do paciente; resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem.⁶

Em relação ao registro, deve-se considerar ainda a (o):⁶

Partilha de informações - propícia uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao cliente/paciente;

Garantia de qualidade - oferece aporte para a avaliação da assistência prestada ao cliente, bem como informações para subsidiar os processos auditáveis internos;

Relatório permanente - consiste no registro escrito em ordem cronológica da enfermidade de um cliente/paciente e dos cuidados oferecidos, desde o surgimento do problema até a alta /óbito/transferência hospitalar;

Evidência legal - trata-se de um documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe multidisciplinar referente à assistência prestada. Cada profissional que escreve no prontuário de um paciente é responsável pela informação registrada;

Ensino, pesquisa e extensão - nessas modalidades, os registros da assistência ao paciente contêm grande número de informações, constituindo ainda, uma fonte alternativa de dados;

Auditoria - os registros realizados pela equipe de enfermagem, por meio do prontuário do cliente/paciente e outros documentos legais padronizados pela instituição, são fontes de informação utilizadas no processo de auditoria;

Gestão de material e insumo - na gestão, os registros da equipe de enfermagem fornecem dados necessários à avaliação, controle, previsão e provisão de materiais e insumos.

CAPÍTULO III

ASPECTOS LEGAIS DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Como documento legal, os registros somente terão valor se forem datados e assinados e, evidentemente se forem legíveis e não apresentarem rasuras.⁶

Essas recomendações caracterizam a autenticidade de um documento. A ausência dos registros sobre a sintomatologia do cliente/paciente, bem como outras alterações quando incompletas podem indicar uma má qualidade e/ou descontinuidade da assistência de enfermagem, podendo gerar um processo ético-disciplinar.⁶

Está evidenciado a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, disciplinar, legal, administrativo, civil e penal.

3.1 - PRONTUÁRIO

A palavra prontuário deriva do latim “*promptuarium*” que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento.⁶

É o conjunto de documentos relativos à assistência prestada, contendo todas as informações sobre a saúde do paciente, as anotações dos profissionais, resultados de exames, relatório de procedimentos, tratamentos e cuidados realizados, possuindo elementos de caráter legal, científico e sigiloso, bem como servindo de elo entre os membros da equipe multiprofissional.⁶

Quanto a guarda do prontuário, uma vez que esteja digitalizado, ou sendo ele produzido em meio eletrônico desde sua origem, não mais se limita a 20 anos, devendo ser essa guarda permanente, como estabelece o artigo 7º da Resolução

CFM nº 1.821/07 que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.⁷

3.2 - LEGISLAÇÃO RELACIONADA

3.2.1 - Constituição Federal⁸

[...]

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

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;

[...]

XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

[...]

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

3.2.2 - Lei 7.498/86⁹ Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

[..] Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

[...]

c) planejamento, organização, coordenação execução e

avaliação dos serviços da 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.

[...]

3.2.3 - Decreto nº 94.406/87¹⁰ Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.⁸

Compete 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:[...]

Compete 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, tais como:

[...]

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.

3.2.4 - Resolução COFEN Nº 429/12¹¹ 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.

3.2.5 - Resolução COFEN Nº 564/17¹² Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

DOS DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

[...]

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnicos-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

Art. 7º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao Exercício Profissional.

[...]

Art. 12 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu Exercício Profissional.

[...]

Art. 14 Aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

[...]

DOS DEVERES

[...]

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

[...]

Art. 35 Apor o nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional

de Enfermagem, assinatura ou rubrica, quando no exercício profissional.

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do Processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

[...]

DAS PROIBIÇÕES

[...]

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

[...]

3.2.6 - Lei de N° 13.105, de 16 de março de 2015¹³ – Dispõe sobre o Novo Código de Processo Civil¹³

Seção VII

Da Prova Documental

Subseção I

Da Força Probante dos Documentos

[...]

Art. 408. 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 de determinado fato, o documento particular prova a ciência, mas não o fato em si, incumbido o ônus de prová-lo ao interessado em sua veracidade.

[...]

Art. 410. Considera-se autor do documento particular:

I – aquele que o fez e o assinou;

II – aquele por conta de quem ele foi feito, estando assinado;

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

Art. 411. Considera-se autêntico o documento quando:

I – o tabelião reconhecer a firma do signatário;

II – a autoria estiver identificada por qualquer outro meio legal de certificação, inclusive eletrônico, nos termos da lei;

III – não houver impugnação da parte contra quem foi produzido o documento.

[...]

Art. 426. O juiz apreciará fundamentadamente a fé que deva merecer o documento, quando em ponto substancial e sem ressalva contiver entrelinha, emenda, borrão ou cancelamento.

Art. 427. Cessa a fé do documento público ou particular sendo-

Ihe declarada judicialmente a falsidade.

Parágrafo único. A falsidade consiste em:

I – formar documento não verdadeiro;

II – alterar documento verdadeiro.

[...]

3.2.7 - Lei 10.406, em 10 de janeiro de 2002.¹⁴ Dispõe sobre o Código Civil Brasileiro¹⁴

[...]

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.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

[...]

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.

[...]

3.2.8 - Decreto-Lei de Nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940¹⁵ – Dispõe sobre o Código Penal¹⁵

Art. 18. Diz-se o crime:

[...]

Crime Doloso

I - doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;

Crime Culposo

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

Parágrafo único. Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente.

3.2.9 - Lei nº 8.078/90 de 11 de setembro de 1990¹⁶ – Dispõe sobre o 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.

[...]

3.2.10 - Portaria MS nº 1.820/ 2009¹⁷ - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

[...]

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

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado:

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;

II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a:

- a) possíveis diagnósticos;
- b) diagnósticos confirmados;
- c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados;
- d) resultados dos exames realizados;
- e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos;
- h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração;
- i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis;
- j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
- k) evolução provável do problema de saúde;
- l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou;
- m) outras informações que forem necessárias;

[...]

IV - registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

- a) motivo do atendimento e/ou internação;
- 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 radiológicos;
- g) a 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;

[...]

VI - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, devem conter:

- a) o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) clara indicação da dose e do modo de usar.
- c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível;
- d) textos sem códigos ou abreviaturas;
- e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; f) a assinatura do profissional e a data;

[...]

IX - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha:

- a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico;
- b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento

realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas;

d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e

e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da Unidade que está sendo encaminhada.

[...]

3.2.11 – Portaria MS de Nº 234/2022¹⁸ - Institui o Modelo de Informação Registro de Atendimento Clínico (RAC).

Art. 1º Fica instituído o Modelo de Informação de Registro de Atendimento Clínico (RAC).

Parágrafo único. O conteúdo e as estruturas das informações que compõe os referidos documentos clínicos estão descritos nos modelos de informação constantes no anexo a esta portaria.

[...]

Art. 3º Fica definido que o modelo RAC será de adoção obrigatória em todo o sistema de saúde do País, abrangendo as pessoas físicas ou jurídicas que realizem atenção à saúde nas esferas pública, suplementar e privada.

[...]

CAPÍTULO IV

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, resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem.

Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem 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.¹⁹

A Resolução do COFEN N° 0545/2017²⁰ dispõe sobre anotação de enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais.

Art. 1º Ficam adotadas as normas contidas nesta Resolução para a anotação e o uso do número de inscrição, ou autorização, nos Conselhos Regionais, pelos integrantes das várias categorias compreendidas nos serviços de Enfermagem.

Art. 2º A anotação do número de inscrição dos profissionais de Enfermagem é feita com a sigla do Coren, acompanhada da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional, seguida do número de inscrição, separados todos os elementos por hífen.

§ 1º Os dados contidos no artigo segundo deverão constar do carimbo do profissional, pessoal e intransferível;

§ 2º Em ambos os casos descritos no parágrafo anterior, o profissional deverá apor sua assinatura sobre os dados

descritos ou rubrica.

Art. 3º As categorias profissionais de enfermagem deverão ser indicadas pelas seguintes siglas:

- a) ENF, para Enfermeiro;
- b) OBST, para Obstetriz.
- c) TE, para Técnico de Enfermagem;
- d) AE, para Auxiliar de Enfermagem, e
- e) PAR , para Parteira.

Art. 4º A anotação do número de autorização é feita com a sigla AUT seguida da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional e do número da autorização, separadas as siglas por barra e o número por hífen.

Parágrafo único A categoria referida neste artigo é o Atendente de Enfermagem, que é indicado pela sigla AT.

Art. 5º É obrigatório o uso do carimbo, pelo profissional de Enfermagem nos seguintes casos:

I – em recibos relativos a percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional;

II – em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da Autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais; e,

III – em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

[...]

Regras e diretrizes para elaboração das anotações de enfermagem

1. Ser objetiva, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal;
2. Ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren:
 - a) O uso do carimbo pelos profissionais da Enfermagem é obrigatório.
3. Registrar condições do paciente na admissão:

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.);

4. 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);

5. Anotar orientações efetuadas ao paciente e familiares. Ex.: Jejum, coleta de exames, inserção venosa, etc.;

6. Descrever dados do Exame Físico, cuidados realizados e intercorrências;

9. Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;

a) As anotações não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços. O uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas para obliterar o registro NÃO é aceito;

b) Devem ser escritas de modo legível, com tinta indelével, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;

10. Conter as impressões do profissional sobre as condições do paciente, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;

11. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro;

12. Priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;

13. Evitar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

14. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura e/ou padronizadas pela instituição;

15. Referenciar dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico;

20. Escrever de acordo com linguagem técnica e formal, não se utilizar de gírias, clichês e outras denominações informais.

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.

Sobre a anotação de enfermagem, ainda devemos levar em consideração as **diretrizes** que devem ser seguidas, para certificar-se de que as informações relacionadas aos cuidados prestados ao paciente sejam comunicadas de forma correta e integral, em número de 6 (seis) a saber:21

A. Precisão

Nesse item a informação deve ser exata, com dados subjetivos ou objetivos claramente discriminados. Torna-se imprescindível, o registro da informação e se foi observada ou relatada pelo paciente. A grafia deve ser correta utilizando apenas símbolos e abreviações aceitos pela instituição de modo a garantir a interpretação precisa e adequada da informação.

B. Concisão

As informações devem ser fornecidas de modo que a comunicação possa ser de fácil entendimento, objetiva e exprimindo o maior número de ideias em poucas palavras. Uma anotação curta e bem redigida é mais facilmente assimilada do que uma longa e irrelevante.

C. Eficácia

Os registros devem conter informações completas e pertinentes para a continuidade da assistência ou para condutas a serem tomadas. A eficácia é o alcance e a segurança dos resultados esperados de uma determinada ação, cumprindo metas planejadas.

D. Atualização

As decisões e condutas tomadas pela equipe de enfermagem sobre a assistência prestada ao paciente, devem ser baseadas em informações precisas e atuais, pois a morosidade do registro da informação, pode gerar omissões, resultando em atrasos no atendimento ao paciente.

E. Organização

Registrar todas as informações em formato adequado e em ordem cronológica em impresso específico para esse fim.

F. 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 de profissionais de saúde. O profissional de enfermagem possui obrigação ética e legal quanto a confidencialidade de qualquer informação relacionada à doença e ao tratamento do cliente, salvo os casos previstos na legislação vigente.

CAPÍTULO V

EVOLUÇÃO DE
ENFERMAGEM

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

QUADRO 12. DIFERENÇA ENTRE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Anotação de Enfermagem (Equipe de Enfermagem)	Evolução de Enfermagem (Enfermeiro)
Dados brutos	Dados analisados
Referente a um momento	Referente ao período de 12/24 horas, ou de acordo com a padronização da instituição
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

Em relação a Evolução de Enfermagem, para fins de diferenciação das anotações de enfermagem, como mostra o quadro 1, esta deve ser elaborada privativamente pelo Enfermeiro e consiste no registro do quadro clínico do paciente. Nessa descrição o conhecimento técnico científico deve contemplar procedimentos realizados, utilizando uma linguagem científica.

Nesse documento, o profissional concentra informações básicas e específicas sobre as condições do enfermo. A abordagem realizada após a avaliação do estado geral, ajuda a guiar o planejamento da assistência que deverá ser prestada pela equipe de saúde nas 24 horas seguintes.

A etapa Evolução 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 atual 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, sempre seguindo os aspectos legais, técnicos e científicos.

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 possibilitem prestar cuidado individualizado ao paciente.

Em 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 dos Profissionais de Enfermagem e demais legislações pertinentes. Para ser considerado um documento legal o enfermeiro deve registrar no prontuário:

1. A data, a hora, o tempo de internação, o diagnóstico de enfermagem, a assinatura e carimbo contendo a categoria do profissional e o número do Coren de sua jurisdição;
2. Discriminar sequencialmente o estado geral do paciente, considerando o estado neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e geniturinário;
3. Os procedimentos invasivos, tais como: intubação oro e naso traqueal, traqueostomia, sondagem nasogástrica, enteral e vesical, cateterização venosa, dreno, e outros cateteres;
4. Os cuidados prestados ao paciente, referente a: higienização, aspiração de secreção, curativos simples e complexos, troca de dreno, cateteres e sonda, mudança de decúbito, apoio psicológico entre outros;
5. A descrição das eliminações das secreções oral, traqueal especificando coloração, quantidade e aspecto, de lesão, débito gástrico de dreno, de ostomia, fezes e diurese, quanto ao tipo, volume, consistência, odor e coloração;
6. Os registros devem ser realizados a cada 12 ou 24 horas (ou de acordo com padronização da instituição, desde que não exceda 24h), com exceção das ocorrências e/ou intercorrências. Apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 12/24 horas subsequentes;

7. Em relação as ocorrências e ou intercorrências, registrar no prontuário do paciente, alterações de seu estado geral. Em casos de alterações sintomatológicas os registros devem ser realizados, em parte ou totalmente, de acordo com a necessidade, devendo registrar o horário de sua alteração;
8. Relatar novos problemas identificados;
9. Utilizar linguagem clara, concisa e exata, com ausência de códigos pessoais e abreviaturas não consagradas na literatura científica e/ou padronizados pela instituição.

CAPÍTULO VI

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM. O QUE ANOTAR?⁶

6.1 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/Cognição;
- Presença de acompanhante ou responsável;
- Relato de alergias;
- Risco de queda (utilizar escala de Morse ou outra validada);
- Condições de higiene;
- Presença de lesões prévias e sua localização: feridas, 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 (aferição de sinais vitais, acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção etc.);
- Rol de valores e pertences do paciente;
- Orientações prestadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.2 ALTA

- Data e horário da alta;
- 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 (aferição 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo registro.

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/família.

6.3 ACESSO VENOSO

- Data e hora da punção;
- Motivo da punção (inicial ou troca);
- Local da punção na área corporal;
- Condições do local da punção (pele e rede venosa local);
- Número de punções realizadas;
- Tipo e calibre do cateter;
- Salinização/heparinização;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Medidas de segurança adotadas (tala ou contenção);
- Queixas do paciente;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Item(ns) da prescrição medicamentosa que deverão ser registrados:

6.4.1 Via Parenteral: registrar o local onde foi administrado

- IM – 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.

6.4.2 Via Oral

- Registrar dificuldade de deglutição;
- Presença de vômitos etc.

6.4.3 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:

- Recusa do paciente ou responsável;
- No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento

Obs.: Somente a checagem do(s) item(ns) cumprido(s) ou não, através de símbolos, como “/”, ● ou, √” respectivamente, não obedecem 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, apondo assinatura e carimbo

6.5 OS 13 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Paciente certo
- Medicamento Certo
- Via de administração certa
- Prescrição certa
- Horário Certo
- Dose Certa
- Ação certa
- Tempo de administração certo
- Compatibilidade certa
- Registro Certo da Administração
- Orientação Certa
- Forma Certa
- Resposta Certa

6.6 ADMINISTRAÇÃO DE SORO ANTIRRÁBICO HUMANO

- Tipo de soro utilizado (homólogo ou heterólogo), apresentação, concentração, laboratório;
- Via de administração e dose realizada;
- Data de validade do soro;
- Caracterização da lesão sofrida;
- Identificar se o paciente é imunodeprimido e se já possui esquema profilático anterior;

- Tempo decorrido entre o acidente e a aplicação do soro;
- Medicações que o paciente esteja fazendo uso;
- Temperatura do soro no momento do preparo;
- Utilização ou não de anti-histamínicos ou corticoides;
- Reações ou efeitos colaterais observados na pós - administração do soro;
- Conduitas adotadas;
- Assinatura e carimbo do responsável pelo procedimento.

6.7 APLICAÇÃO DE CALOR E FRIO

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Anotar o tipo de aplicação (calor ou frio/seco ou úmido) e o tempo de permanência;
- Observar e anotar as condições da pele antes e após o procedimento;
- Observar e registrar resultado do procedimento (redução do edema, alívio da dor, outros que considerar necessários);
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.8 APLICAÇÃO DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EM LESÕES CONDILOMATOSAS - Enfermeiro

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Anotar características da lesão (cor, tamanho, localização e outras que considerar importantes);
- Registrar a concentração do produto;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante e após o procedimento;
- Registrar condutas adotadas frente as intercorrências e orientações ao paciente para casa;

- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.9 ASPIRAÇÃO ORAL

- Data e hora da aspiração;
- Motivo da realização do procedimento;
- Característica e volume, da secreção;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.10 ASPIRAÇÃO TRAQUEAL (Enfermeiro)

- Data e hora da aspiração traqueal;
- Motivo da realização do procedimento;
- Localização (Vias Aéreas Superiores - VAS, traqueostomia ou tubo endotraqueal);
- Característica e volume da secreção;
- Na traqueostomia, anotar o tipo e nº da cânula e as condições da pele;
- Registrar necessidade de troca e limpeza da endocânula de traqueostomia, bem como do fixador;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do profissional que executou o procedimento.

6.11 ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO (Enfermeiro):

- Data e hora do atendimento;
- Data do acidente/exposição;
- Espécie do animal agressor;
- Local e extensão da(s) lesão(ões);
- Animal passível de Observação (cão ou gato): nesse caso registrar dados do proprietário do animal, telefone de contato e endereço;
- Condição do animal: sadio, suspeito, raivoso, morto ou desaparecido;

- História pregressa de tratamento antirrábico pelo paciente;
- Tratamento indicado: pré exposição, dispensa de tratamento, observação do animal, observação + vacina, vacina, soro + vacina e esquema de reexposição;
- Em caso de prescrição de vacina, indicar a via (ID ou IM);
- Encaminhamento se necessário (para soro antirrábico, ao médico para sutura ou prescrição de analgésico/antibiótico);
- Número da notificação do SINAN;
- Assinatura e carimbo do profissional pelo atendimento.

6.12 AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (Enfermeiro)

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

6.13 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.14 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.15 BALANÇO HIDROELETROLÍTICO

- Data e hora do procedimento

6.15.1 Entrada de líquidos

- Via;
- Quantidade: prevista e aceita/infundido;
- Tipo (soro, dieta, medicação, hemoderivado, outros);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Observar e anotar sinais de anasarca;
- Anotar pressão arterial de 2 em 2 horas.

6.15.2 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.16 COLETA DE LINFA PARA HANSENÍASE

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação do paciente;
- Registrar a área coletada;
- Tipo de curativo se necessário;
- Aspecto das lesões se houver;
- Nome do laboratório;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.17 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;
- Orientações realizada à mãe/responsável;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.18 COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO (Enfermeiro)

- Data e hora do procedimento;
- Motivo do procedimento;
- Data de coleta do último preventivo;

- Data da última menstruação;
- Data da menarca, coitarca;
- História Obstétrica (número e tipo de parto/aborto)
- Número do espéculo utilizado;
- Aspecto da área examinada;
- Presença e caracterização de odor e/ou secreção anormal;
- Prescrição realizada, se necessário;
- Queixas da paciente;
- Orientações efetuadas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.19 CONDUTAS DE SEGURANÇA AO PACIENTE

- Data e hora dos cuidados;
- Relatar risco de queda;
- 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento

6.20 CONSULTA DE ENFERMAGEM (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;
- Avaliação de enfermagem;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.21 CONTENÇÃO NO LEITO

- Data e hora do procedimento;
- Relatar risco de queda (utilizar escala de Morse ou outra validada)
- Motivo da contenção;
- Tipo;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.22 CONTROLE DA DOR (Enfermeiro)

- Data e hora da avaliação;
- Localização (se aplicável);
- Anotar presença de edemas, hiperemia, calor, 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.23 CONTROLE HÍDRICO

Data e hora do procedimento;

6.23.1 Entrada de Líquidos

- Via;
- Quantidade: prevista e aceita/infundido;
- Tipo;
- Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Queixas do paciente;
- Orientações efetuadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.23.2 Saída de líquidos

- Via;
- Quantidade;
- Característica do líquido drenado;
- Sinais de intercorrências e providências adotadas;
- Orientações;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.24 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (Enfermeiro)

- Data e hora da avaliação;
- Situação/queixa/duração; breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou responsável);
- 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.), realizados.

- Registrar o resultado da classificação;
- Encaminhamento do paciente conforme classificação;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.25 COLETA DE URINA PARA EXAMES DE PACIENTES SONDADOS

- Data e hora do procedimento;
- Tipo do exame que será realizado;
- Volume da urina coletado;
- Cor, aspecto e odor da urina;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.26 CURATIVOS

- Local da lesão e sua dimensão;
- Data e horário;
- Sinais e sintomas observados (presença de secreção/exsudato, coloração, odor, quantidade etc.);
- Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia;
- Necessidade de desbridamento;
- Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno etc.);
- Material prescrito e utilizado;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.27 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;
- Anotar característica da pele ao redor do estoma e orientações para o cuidado;
- Intercorrências durante o procedimento e providências adotadas;
- Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- Queixas;
- Orientações para o autocuidado;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.28 CUIDADO COM OS PÉS

- Data e hora;
- Condições dos pés (hidratação, coloração, higiene e lesões);
- Sensibilidade;
- 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.29 CUIDADOS IMEDIATOS COM RECÉM-NASCIDO - RN (Enfermeiro)

- Data e hora exata do nascimento;
- Tipo do parto;
- Apgar;
- Característica 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;

- Identificação;
- Presença de bossa;
- Coloração da pele;
- Anotar a realização do Credé e da Vitamina K;
- 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/alojamento conjunto;
- Carimbo e assinatura do profissional responsável pelo procedimento.

6.30 CUIDADOS COM O RN EM FOTOTERAPIA

- Data e hora do procedimento e tempo de exposição;
- Registrar peso pré e pós - procedimento;
- 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;
- Carimbo e assinatura do profissional responsável pelo procedimento.

6.31 CUIDADOS NO PRÉ-PARTO

- Data e hora da admissão da gestante no pré-parto;
- Nome do enfermeiro/médico responsável pela internação;
- Condições que a gestante chegou ao pré-parto, se deambulando, cadeira de rodas ou maca;

- Identificação do acompanhante;
- 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;
- Carimbo e assinatura do profissional responsável pelo procedimento.

6.32 CUIDADOS NA SALA DE PARTO

- Anotar data e hora da admissão da gestante na sala de parto;
- Nome do enfermeiro médico / responsável pelo procedimento;
- 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.33 CUIDADOS NO PÓS-PARTO IMEDIATO

- Data e hora da admissão da puérpera;
- Sinais vitais;
- Anotar a loquiação;
- Anotar a involução uterina;
- Medicamentos administrados;
- Anotar se houver, coleta de exames realizados;
- Intercorrências tais como: palidez, sudorese, sangramento excessivo, sonolência, hematomas e ou edemas na ferida operatória ou episiorrafia e providências adotadas;
- Débito urinário em caso de cesariana;
- Presença de tampão vaginal e/ou retirada;
- Observar e anotar a presença de colostro;
- Higiene realizada;
- Queixas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.34 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.35 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.;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.36 DIÁLISE PERITONEAL

- Data e hora do procedimento;
- Registrar se o procedimento é de rotina ou caso agudo;
- Hora de início e término do procedimento;
- Dados sobre o peso, sinais vitais e a glicemia capilar, quando indicado;
- Aspectos do local da implantação do cateter;
- Identificar a solução infundida;
- Aspecto do líquido drenado;
- Balanço hídrico;
- Queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.37 ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES, CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO OBSTÉTRICO

- Motivo do encaminhamento: Exame (tipo e setor ou instituição que 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 (acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais etc.);
- Condições na saída (maca, cadeira de rodas, nível de consciência etc.);
- Queixas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.38 ENTERÓCLISE

- Data e hora do procedimento;
- Higiene íntima;
- Orientações realizadas sobre o procedimento;
- Tipo da solução infundida;
- Anotar quantidade prescrita e administrada da solução;
- Tempo de retenção do líquido;
- Reações durante a administração;
- Queixas;
- Características do líquido drenado;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.39 ESCALA DE BRADEN (AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO) – Enfermeiro²²

- Data e hora da avaliação;

Avaliação, conforme descrição abaixo:

- » **Percepção sensorial** – Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto: Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (1); Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos (2); Ligeiramente limitada: Nem sempre consegue comunicar o desconforto (3); Nenhuma limitação: Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de expressar o desconforto (4).
- » **Umidade** – nível ao qual a pele é exposta a umidade: Constantemente úmida: sempre úmida ao movimentar o cliente (1); muito úmida: frequentemente úmida, mas nem sempre (2); ocasionalmente úmida: as vezes úmida (3); raramente úmida: geralmente seca (4).
- » **Atividade** – nível de atividade física: Acamado: restrito ao leito (1); Sentado: marcha gravemente limitada ou inexistente (2); anda ocasionalmente: caminha pouco, passa a maior parte tempo deitado (3); anda frequentemente: anda dentro e fora do quarto (4).
- » **Mobilidade** – Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo: Completamente imobilizado: não se movimenta sem ajuda (1); muito limitada: faz mudanças simples e mudanças significativas com auxílio (2); ligeiramente limitado: faz pequenas alterações da posição do corpo e extremidades (3); nenhuma limitação (4).
- » **Nutrição** – Alimentação habitual: Muito pobre: raramente come mais de 1/3 da comida, ingere poucos líquidos, jejum ou dieta líquida por mais de 5 dias (1); provavelmente inadequada: raramente come mais de 1/2 da comida, recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda (2); Adequada: come mais da metade da comida ou é alimentado por dieta enteral ou parenteral total (3); Excelente: come a maior parte das refeições na íntegra (4).
- » **Fricção e forças de cisalhamento**: Problema: requer ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível movimentar o cliente sem deslizar-lo contra os lençóis. É necessário reposicionar frequentemente (1); Problema potencial: requer ajuda mínima, é provável que a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, ocasionalmente descai (2). Nenhum problema: Move-se sem

nenhum problema. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira (3).

- Registrar o escore ao final da avaliação, com a seguinte descrição: > 17 sem risco; 15 e 16 risco leve; 12 e 14 risco moderado; ≤ 11 risco alto.
- Plano de cuidados frente ao escore do paciente.
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento

6.40 ESCALA DE QUEDAS DE MORSE (EQM)²³

- Data e hora da realização do procedimento;
- Antecedente de queda: Não (0) Sim (25) – refere-se ao último ano;
- Diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda: Não (0) Sim (15);
- Apoio na deambulação: sem apoio (0) Auxiliar de marcha (15) apoiado na mobília (30);
- Terapia endovenosa em perfusão: Não (0) Sim (20);
- Tipo de marcha: Normal (0) Desequilíbrio fácil (10) Déficit de marcha (20);
- Estado mental do paciente: Consciente de suas limitações (0) Não consciente de suas limitações (15);
- Resultado da aplicação da EQM: considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido é igual ou superior a 45 pontos;
- Carimbo e assinatura do profissional responsável pelo procedimento

6.41 ESCALA DE SNELLEN (ACUIDADE VISUAL)²⁴ – Enfermeiro

- Data e hora da aplicação do exame;
- Registrar até que linha o paciente conseguiu fazer a leitura, há cinco metros de distância da escala;
- Se o paciente já faz uso de óculos;
- Queixas do paciente sobre acuidade visual;
- Conduta frente aos achados, com devidos encaminhamentos (Paciente que conseguir realizar a leitura, com ambos os olhos, até a oitava linha, tem visão satisfatoriamente normal, não necessitando de encaminhamento ao oftalmologista, salvo se apresentar queixas. Em qualquer outro resultado, o

paciente deverá ser direcionado ao médico, com registro dos achados, para os devidos encaminhamentos);

- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.42 ESCALA DE RAMSAY²⁵ (Nível de sedação)

- Data e hora da realização do procedimento;
- Condição geral do paciente;
- Tipo de medicação que está sendo utilizada pelo paciente;
- Resultado das respostas aos estímulos:
 - » 1 Ansioso, agitado ou inquieto
 - » 2 Cooperativo, orientado e tranquilo
 - » 3 Sedado, porém responde às ordens verbais
 - » 4 Sedado, com resposta rápida ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo
 - » 5 Sedado, com resposta lenta ao leve estímulo glabellar ou forte estímulo auditivo
 - » 6 Nenhuma resposta
- Registrar o resultado da avaliação e condutas adotadas;
- Carimbo e assinatura do profissional responsável pelo procedimento.

6.43 ESCALA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADO (IAK OU EAK) (Alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica - URPA) – ENFERMEIRO²⁵

- Avaliar as condições do cliente na URPA, utiliza-se mundialmente o Índice ou Escala de Aldrete e Kroulik. EAK ou IAK. Esta escala baseia-se na verificação e no controle de cinco parâmetros: Atividade muscular; Respiração; Circulação; Consciência e Saturação de Oxigênio.
- Aplicar os parâmetros, ao paciente este pode receber uma pontuação de 0 a 2, sendo que a soma dos escores totaliza 10 pontos, no máximo;
- Somar mínimo, oito pontos, na tabela, para alta, além de ser avaliado pelo enfermeiro e pelo anestesiológico antes da liberação da URPA.

Atividade Muscular	Movimentam os quatro membros	2
	Movimentam os dois membros	1
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob pressão	0
Respiração	Capaz de respirar profundamente ou tossir livremente	2
	Dispnéia ou limitação da respiração	1
	Apnéia	0
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2
	PA 20 a 49% do nível pré-anestésico	1
	PA 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de Oxigênio	Capaz de manter a saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter a saturação maior que 90%	1
	Saturação de O ₂ menor que 90% com suplementação de oxigênio	0

Fonte: SOBECC, 2022.25

6.44 REGISTROS DE ENFERMAGEM DURANTE A RECEPÇÃO ATÉ A ALTA DO PACIENTE NA UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA – URPA²⁵

- Data e hora da chegada do paciente no setor;
- Avaliar o estado geral do paciente, registrando a presença de drenos, sondas, cateteres, dentre outras canulações inseridas;
- Registrar aferição dos sinais vitais de 15 em 15 min, na primeira hora, 30 em 30 minutos na segunda hora, na terceira hora de 1 em 1 hora e na quarta de 2 em 2 horas, após esse horário de acordo com a rotina ou a depender da instabilidade do paciente;
- Anotar volume urinário (se estiver sondado) do contrário oferecer a comadre;
- Registrar posicionamento do paciente no leito, de acordo com a cirurgia que foi realizada;
- Registrar as intervenções de Enfermagem realizadas no paciente;
- Registrar o resultado da avaliação e condutas adotadas;
- Carimbo e assinatura do profissional responsável pelo procedimento.

6.45 EXAME CLÍNICO DAS MAMAS – Enfermeiro

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar histórico familiar de câncer de mama;
- Registrar DUM para mulheres em idade fértil;
- Registrar os fatores de risco para câncer de mama do paciente (tabagismo, menarca precoce – antes dos 12 anos, menopausa tardia – após 55 anos, primeira gestação após 30 anos, nuliparidade, uso de contraceptivos orais, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, sobrepeso e obesidade na pós-menopausa, exposição a radiação ionizante);
- Descrever simetria das mamas, contorno mamário, presença de abaulamentos, retrações ou alterações de pele (hiperemia, edema ou ulceração), forma e tamanho das aréolas e simetria dos mamilos (desvio da direção em que os mamilos apontam descamação, erosão). Descrever se os mamilos são salientes, achatados ou invertidos ou evidência de secreção mamilar, como crostas em torno do mamilo;

- Registrar a conduta frente aos achados e encaminhamentos;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.46 EXAME DE MONTENEGRO²⁶

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar indicação, manifestações clínicas, existência de doença prévia, como doença de chagas e contraindicações (gravidez);
- Registrar o 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 e febre amarela;
- Registrar reações alérgicas em exame anterior ou com o uso de timerosal (mercúrio);
- Registrar a manifestação de reações ao exame;
- Registrar laboratório executor do exame;
- Registrar as intercorrências e/ou providências adotadas;
- Descrever as orientações dadas ao paciente;
- Carimbo e assinatura do responsável pelos procedimentos.

6.47 GLICEMIA CAPILAR

- Data e hora da realização do exame;
- Registrar as condições do paciente no momento (jejum, alimentado);
- Descrever o aspecto da polpa digital;
- Descrever o local da punção (dedo, mão) e valor obtido (mg/dl);
- Registrar as intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.48 HEMODIÁLISE

- Data e hora do início do procedimento;
- Registrar se o procedimento é de paciente crônico ou agudo;
- Registrar peso, sinais vitais e a glicemia capilar, antes do início e ao fim do procedimento;
- Descrever as condições da fístula ou local de implantação do cateter;
- Registrar a troca de capilar caso ocorra;
- Registrar hora do término do procedimento;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.49 HIGIENE DO PACIENTE - BANHO

- Data e hora do procedimento;
- Anotar o tipo de banho (imersão, aspersão, de leito);
- Anotar o tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Anotar no banho de aspersão se o paciente está deambulando, em cadeira de banho, ou necessitando de auxílio;
- Avaliar e registrar durante o banho a presença de alterações da pele, alergia ao sabão, lesões em proeminências ósseas;
- Registrar a realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras e/ou hidratação da pele, quando realizado;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.50 HIGIENE DO COURO CABELUDO

- Data e hora do procedimento;
- Avaliar e registrar as condições do couro cabeludo e dos cabelos;

- Anotar as soluções/tratamento utilizados;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.51 HIGIENE ÍNTIMA

- Data e hora do procedimento;
- Registrar o aspecto do aparelho genital: quanto a higiene, presença de secreção, edema, hiperemia, lesões, formações verrucosas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.52 HIGIENE ORAL

- Data e hora do procedimento;
- Anotar a presença de prótese total/parcial (caso seja necessária sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
- Descrever as condições de realização da higiene (se fez só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- Descrever as condições da cavidade oral;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.53 IMOBILIZAÇÃO

- Data e hora do procedimento;
- Anotar a localização anatômica, motivo da imobilização e aspecto do local imobilizado (presença de hematomas, ferida cirúrgica, outros);
- Registrar o tipo de procedimento realizado (tala, tala gessada, gesso e outros);
- Anotar o material utilizado para o procedimento;
- Registrar as queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.54 IRRIGAÇÃO DE SONDA VESICAL E BEXIGA

- Data e hora do procedimento;
- Anotar o motivo do procedimento, o aspecto da área a ser tratada e a solução utilizada;
- Descrever presença de odor fétido e/ou secreção na solução drenada;
- Registrar as queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.55 INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO¹

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar:
 - » Queixas: dispnéia, fadiga, tosse, espirro, sibilo, soluço, suspiro, desmaio, tontura, dor torácica e palpitação;
 - » 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: cor da pele, mucosas, cianose de lábios, parte inferior da língua, lóbulo das orelhas e leito ungueal;
- Comprometimento da função cerebral: falta de discernimento, confusão mental, desorientação, vertigem, síncope e torpor;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020, p. 82. Pacientes com Covid-19: O uso de dispositivos de nebulização pode ser realizado considerando a necessidade do paciente, o ambiente de internação, uso de EPIs adequados, tempo de infecção e recomendações da CCIH do serviço de saúde. • Usar medicação broncodilatadora em puff administrado por dispositivo que acompanha sistema de aspiração fechado ou aerocâmara retrátil.

6.56 LAVADO GÁSTRICO

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar indicação, tipo e quantidade de solução infundida;
- Registrar queixas: náuseas/vômitos, distensão abdominal;
- Anotar a quantidade e aspecto do material coletado;
- Registrar qual a amostra: primeira ou segunda amostra;
- Registrar se o paciente está em jejum;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.57 MASSAGEM DE CONFORTO

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Anotar sinais de reação alérgica, condições da pele nas regiões escapular, ilíaca, sacrococcígea e outros pontos de compressão;
- Anotar as queixas do paciente;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.58 MEDIDA ANTROPOMÉTRICA

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar queixas do paciente se houver;
- Registrar as medidas aferidas de forma exata: peso, altura, circunferência abdominal, perímetro cefálico e torácico;
- Registrar anormalidades nos parâmetros, quando observados na mensuração;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.59 MUDANÇA DE DECÚBITO

- Data e hora do procedimento;
- Descrever a existência prévia ou no decurso da internação de lesão de pele;
- Descrever o posicionamento do paciente pré e pós a mudança do decúbito;
- Registrar as medidas de proteção adotadas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.60 NUTRIÇÃO ENTERAL

- Data do procedimento, com horário de início e término;
- Anotar a presença/quantidade de resíduo gástrico do paciente, antes do início da dieta;
- Descrever o aspecto e condições da sonda;
- Descrever tipo de dieta e volume administrado;
- Registrar a lavagem da sonda e o volume de água utilizado;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.61 NUTRIÇÃO PARENTERAL (ENFERMEIRO)

- Data do procedimento, com horário de início da infusão;
- Descrever o aspecto e condições da área de inserção do cateter;
- Anotar o volume administrado;
- Registrar a lavagem do cateter e solução utilizada;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.62 ÓBITO

- Data e hora;
- Registrar:
 - » Identificação do médico que 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;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.63 ORDENHA MAMÁRIA

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar o tipo: manual, bomba manual ou elétrica;
- Descrever o aspecto das mamas: cheias, empedradas ou ingurgitadas;
- Anotar o rodízio da mama;
- Registrar a quantidade do leite ordenhado e seu aspecto;
- Registrar as orientações a mãe, quanto a: manobras, cuidados com a mama e rotinas de ordenha;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.64 OXIGENOTERAPIA

- Data e hora da realização do procedimento;
- Descrever forma de administração: cateter nasal, cateter tipo óculos, máscara

facial simples, máscara com reservatório, máscara de traqueostomia, máscara de Venturi ou outras e o fluxo de oxigênio administrado;

- Registrar:
 - » saturação de oxigênio, frequência cardíaca e respiratória antes e após o procedimento;
 - » padrão respiratório do paciente quanto a: tiragem sub diafragmática e intercostal, batimento de asa nasal, respiração paradoxal abdominal;
 - » aspectos gerais: cianose de lábios, lóbulo das orelhas, extremidades das mãos e pés;
- Anotar se há comprometimento da função cerebral: falta de discernimento, confusão mental, desorientação, sonolência, vertigem, síncope e torpor, dilatação das pupilas;
- Anotar o comportamento do paciente quanto a: aceitação, alteração emocional, inquietação, fadiga, ansiedade, outros que considerar relevantes;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.65 PASSAGEM DE PLANTÃO (LIVRO)

- Data e turno;
- Anotar o nome dos profissionais do plantão e setor;
- Listar nome dos pacientes internados ou em observação, com hipótese diagnóstica, intercorrências e pendências;
- Anotar as transferências, altas e óbitos no turno;
- Intercorrências do plantão e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo registro da passagem de plantão.

6.66 PUNÇÃO ARTERIAL (ENFERMEIRO)

- Data e hora;
- Descrever motivo e local da punção;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.66 PUNÇÃO ARTERIAL (ENFERMEIRO)

- Data e hora;
- Descrever motivo e local da punção;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.67 PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (ENFERMEIRO)

- Data e hora;
- Anotar o nome completo do paciente, idade e peso se necessário;
- Descrever:
 - » via de administração
 - » nome do fármaco por extenso
 - » dosagem
 - » quantidade prescrita
 - » modo de uso, especificando o aprazamento e período pelo qual deve ser usado ou se a medicação é SOS;
- Descrever os dados acima no prontuário do paciente e no receituário;
- Assinatura e carimbo do responsável pela prescrição.

6.68 PRESSÃO VENOSA CENTRAL - PVC (ENFERMEIRO)

- Data e hora;
- Avaliar e registrar as características da pele ao redor do local de inserção do cateter, sua permeabilidade e fixação;
- Registrar o valor obtido;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.69 PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA – PAM (Enfermeiro)

- Data e hora;
- Avaliar e registrar as características da pele ao redor do local de inserção do cateter, sua permeabilidade e fixação;
- Registrar o valor obtido;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.70 ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

- Data e hora;
- Descrever:
 - » registro do tipo e local da cirurgia;
 - » condições higiênicas;
 - » presença e/ou retirada e guarda de artefatos e pertences: próteses, órteses, etc.;
 - » tempo de jejum;
 - » nível de consciência;
 - » alergias/intolerâncias;
 - » sinais vitais, glicemia capilar e outros;
 - » presença e local de dispositivos – acesso venoso, sondas;
 - » esvaziamento vesical/sondagem;
 - » preparo intestinal;
 - » preparo da pele;
 - » encaminhamento do prontuário e exames pré-operatórios;
 - » encaminhamento ao Centro Cirúrgico ou Obstétrico;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.71 ASSISTÊNCIA NO INTRA OPERATÓRIO

- Data e hora da Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica;
- Registrar:
 - » Tipo de anestesia;
 - » 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;
- Descrever tipo de curativo e local;
- Material coletado para exames diagnóstico;
- Intercorrências durante o ato cirúrgico;
- Encaminhamento à Sala Recuperação Pós-anestésica;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.72 ASSISTÊNCIA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

- Data e hora da recepção do paciente na Unidade ou Sala de Recuperação Pós Anestésica (RPA);
- Descrever:
 - » nível de consciência;
 - » sinais vitais;
 - » presença e permeabilidade de cateteres e infusão (anotar quando houver bomba de infusão), drenos, sondas, curativos, trações e imobilizações;
 - » volume e aspecto das secreções de drenos e sondas;
 - » presença de hiperemia na pele e sua localização;

- Registrar o recebimento do prontuário do paciente;
- Anotar o método de avaliação para alta do paciente do setor;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Horário de encaminhamento ao setor pertinente/alta e meio de encaminhamento;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.73 ASSISTÊNCIA NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO

- Data e hora de retorno à Unidade;
- Descrever:
 - » 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 família;
 - » Entrega documentada dos pertences;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.74 PROVA DO LAÇO

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » Valor da pressão arterial;
 - » Valor médio pela fórmula $(PAS+PAD)/2$;
 - » Tempo do manguito insuflado;

- » Número de petéquias surgidas;
 - » Estado geral do paciente;
 - » Manifestações clínicas;
 - » História de sangramento (se houver);
 - » Alterações na pele;
- Intercorrências e/ou providências adotadas: petéquias em todo braço, antebraço, dorso das mãos e nos dedos;
 - Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.75 REGISTROS RELATIVOS À COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

- Data e hora da coleta de material;
- Anotar
 - » Jejum do paciente, quando o exame assim exigir;
 - » Tipo de material coletado;
 - » Aspecto do material coletado;
 - » Local da punção venosa, em que foi realizado a coleta;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.76 REGISTROS RELATIVOS À DEAMBULAÇÃO

- Data e hora da realização do estímulo à deambulação;
- Registrar
 - » Necessidade de auxílio profissional para a deambulação: de muleta, bengala ou andador;
 - » Anormalidades da marcha;
 - » Queixas de claudicação intermitente ou contínua;
 - » Postura do paciente ao deambular;
 - » Eliminação de gases;

- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.77 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA (ENFERMEIRO):

- Data e hora da referência/contrarreferência;
- Registrar:
 - » Serviço de destino/especialidade, se possível, identificar o profissional;
 - » Motivos do referenciamento, patologias, morbidades, sintomatologia etc.;
 - » Achados clínicos, sinais vitais do momento, manifestações psicológicas, fisiológica, sinais e sintomas observados ou não, etc.;
 - » Medicações em uso;
 - » Impressões ou declarações de outros profissionais da equipe (agente de saúde, médico etc.), ou mesmo de familiares;
 - » Plano de cuidados do paciente, bem como os acrescentados ou retirados em função da contra referência;
 - » Aprazar reavaliações;
 - » Orientações feitas ao paciente e familiares/acompanhante;
 - » Busca por resultados de exames;
 - » Impressões derivadas da análise da evolução do paciente;
 - » Condutas orientadas ou combinadas com demais profissionais;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.78 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (ENFERMEIRO)

- Data e hora do procedimento;
- Anotar:
 - » Queixa do paciente, com descrição do local do corpo estranho e como se deu o fato;
 - » Características do local onde o paciente refere o corpo estranho (lesão, dor, calor, rubor, edema e perfusão periférica dentre outras que

considerar necessárias) e se é possível observá-lo a olho nu ou com auxílio de instrumentos (lanterna, otoscópio, etc.)

- » Características do corpo estranho identificado ou quando não for possível sua visualização/identificação;
- » Conclusão do procedimento: se foi possível a retirada parcial ou completa do corpo estranho, se não foi possível, quais os encaminhamentos;
- Prescrição de Enfermagem;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.79 RETIRADA DE PONTOS

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar:
 - » Data da cirurgia;
 - » Tipo da sutura;
 - » Local da ferida;
 - » Aspectos da ferida;
 - » Curativo e material utilizado;
- Orientações ao paciente;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.80 SONDAGEM GÁSTRICA (ENFERMEIRO)

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » Indicação do procedimento;
 - » Tipo de sonda e calibre utilizada;
 - » Confirmação ou não do posicionamento da sonda;
 - » Caso a indicação seja drenagem, registrar:
 - Características do líquido drenado

- Presença de náuseas/vômitos
- Distensão abdominal
- Quantidade e aspecto do material coletado
- Intercorrências do procedimento e providências adotadas;
- Assinatura e carimbo do responsável pelo procedimento.

6.81 SONDAGEM ENTERAL (ENFERMEIRO)

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » Confirmação ou não do posicionamento da sonda, através de Rx;
 - » Caso haja indicação de drenagem, registrar:
 - Características do líquido drenado
 - Presença de náuseas/vômitos
 - Distensão abdominal
 - Quantidade e aspecto do material coletado
- Intercorrências do procedimento e providências adotadas;
- Assinatura e carimbo do responsável pelo procedimento.

6.82 SONDAGEM VESICAL (ENFERMEIRO)

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » Estado geral do paciente antes e após o procedimento;
 - » Condições de higiene da região íntima;
 - » Presença de lesões ou secreções na região íntima;
 - » Tipo e calibre da sonda utilizada;
 - » Indicação;
 - » Volume do balão inflado (se for o caso);
 - » Volume, odor e aspecto visual da urina;

- Orientações realizadas ao paciente/família/acompanhante sobre a sonda vesical;
- Intercorrências/providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.83 SOLICITAÇÃO DE EXAMES (ENFERMEIRO)

- Data e hora da solicitação;
- Registrar:
 - » Exames solicitados, sua justificativa e prazo para retorno (rotina ou urgência);
 - » Orientações ao paciente sobre a realização do exame (preparo, melhor horário de coleta, dentre outras informações necessárias);
- Registrar no retorno do paciente o resultado dos exames, data da realização e conduta adotada;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.84 SINAIS VITAIS

- Data e hora do procedimento;
- Registrar:
- Dados aferidos;
 - » Queixas;
 - » Estado geral do paciente;
 - » Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.85 Teste PPD

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » Indicação;

- » Local da realização do exame;
- » Lote e validade;
- » Reação na área da aplicação;
- » Medida obtida;
- Medicação utilizada pelo paciente, como por exemplo corticoide;
- Orientação ao paciente;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.86 TESTE DE GRAVIDEZ

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » Identificação da paciente;
 - » Indicação;
 - » Se é a primeira diurese;
 - » Manifestações clínicas;
 - » Presença de Infecções Sexualmente Transmitida - IST;
 - » Data da última menstruação;
 - » Data da última relação;
 - » Uso de contraceptivo;
- Quando positivo, registrar o agendamento para o pré-natal;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.87 TESTE RÁPIDO DE HIV

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » História clínica e/ou epidemiológica, sexualidade;

- » Indicação;
- » Marca do dispositivo de testagem;
- » Lote e validade;
- » Local da punção;
- Orientações;
- Resultado obtido;
- Encaminhamentos de acordo com a indicação e resultado obtido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.88 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » História clínica e/ou epidemiológica, sexualidade;
 - » Indicação;
 - » Marca do dispositivo de testagem;
 - » Lote e validade;
 - » Local da punção;
- Orientações;
- Resultado obtido;
- Encaminhamentos de acordo com a indicação e resultado obtido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.89 TESTE RÁPIDO PARA HEPATITES

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar:
 - » História clínica e/ou epidemiológica, sexualidade;

- » Indicação;
- » Marca do dispositivo de testagem;
- » Lote e validade;
- » Local da punção;
- Orientações;
- Resultado obtido;
- Encaminhamentos de acordo com a indicação e resultado obtido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.90 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL -TRO

- Data e hora do início do procedimento;
- Registrar:
 - » Estado geral, olhos, lágrimas, sede, sinal da prega e pulso;
 - » Espontâneo, ou com auxílio do profissional;
 - » Quantidade oferecida;
 - » Aceitação;
- Anotar sinal positivo (diurese) ou negativo (distensão abdominal);
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.91 TRANSFERÊNCIA INTERNA

- Data e hora;
- Anotar:
 - » Motivo da transferência;
 - » 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;
- » Documentos encaminhados;
- Responsável pelo recebimento do paciente;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento e transferência.

6.92 TRANSFERÊNCIA EXTERNA

- Data e hora;
- Registrar:
 - » Motivo da transferência;
 - » 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;
- Documentos encaminhados;
- Responsável pelo recebimento do paciente;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.93 TRATAMENTO DE PEDICULOSE

- Data e hora do procedimento;
- Registrar:
 - » Aspecto da área a ser tratada;
 - » Condições de higiene;
 - » Necessidade e realização de tricotomia;
 - » Produto utilizado e tempo de exposição;

- » Queixas do paciente;
- Informação sobre a efetividade do tratamento realizado;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.94 TRATAMENTO DE MIÍASE

- Data e hora do procedimento;
- Anotar:
 - » Aspecto da área a ser tratada;
 - » Condições de higiene;
 - » Presença e caracterização de odor fétido, secreção e necrose;
 - » Necessidade de desbridamento ou intervenção cirúrgica;
 - » Visualização e quantidade (média) de larvas identificadas;
 - » Curativo;
 - » Queixas do paciente;
- Encaminhamentos de acordo com o comprometimento;
- Orientações;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.95 TRICOTOMIA

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar:
 - » Condições da área a ser realizado procedimento;
 - » Objetivo;
 - » Material utilizado;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;

- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.96 TROCA DO SELO D'ÁGUA DO FRASCO DE DRENAGEM TORÁCICA

- Data e hora do procedimento;
- Anotar:
 - » Lote e validade do material estéril;
 - » Volume drenado;
 - » Cor, aspecto e odor do líquido contido no frasco;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.97 VACINA

- Data e hora da realização do procedimento;
- Anotar:
 - » Idade;
 - » Lote e validade da vacina;
 - » Tipo de vacina, dosagem;
 - » Via e local da administração;
 - » Número de doses;
- Orientações;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

6.98 VISITA DOMICILIAR

- Data e horário;
- Anotar:
 - » Motivo da visita domiciliar (endereço caso fora do domicílio);

- » Condições do ambiente que possa impactar nas condições de saúde do paciente e no atendimento;
- » Dados da anamnese do paciente (higiene, sinais vitais, observações e achados clínicos)
- » Interações interpessoais no momento da visita entre paciente e familiares/acompanhantes, se for o caso;
- » Relação de fármacos em utilização pelo paciente;
- » Medicamentos/procedimentos realizados pelo profissional e possíveis intercorrências;
- Orientações ao paciente e aos demais moradores ou presentes;
- Conduitas/encaminhamentos quando necessários (UPA, SAMU, Atividades comunitárias, etc);
- Assinatura e carimbo do profissional.

CAPÍTULO VII

REGISTRO DE

ENFERMAGEM DAS

AÇÕES EXECUTADAS NA

CENTRAL DE MATERIAL

ESTERILIZAÇÃO – CME

Segue a rotina do serviço, considerando as normas instituídas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

As normas em relação aos procedimentos/ações executados no âmbito da Central de Material e Esterilização (CME), devem ser constantemente revisadas, acompanhando as atualizações pertinentes, como Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC's) e demais instrumentos legais emitidos pela Agência Reguladora (Anvisa), que poderá determinar novas práticas, alteração de práticas, o que envolverá, como consequência, alteração dos registros necessários.

7.1 EXPURGO

- Data e Hora;
- Anotar a quantidade e espécie do material;
- Registrar ocorrências/intercorrências/pendências;
- Data e hora do encaminhamento do material à área de preparo e/ou empresa processadora;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo processo.

7.2 ÁREA DE PREPARO DE MATERIAL

- Data e hora;
- Anotar a quantidade e espécie do material;
- Anotar intercorrências/ocorrências/pendências de materiais;
- Registrar em etiqueta própria, no mínimo: identificação e quantitativo do material, nome do responsável pelo preparo carimbo, assinatura, data e hora do preparo.

7.3 ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO

- Data e hora;
- Anotar:
- Quantidade e espécie do material preparado que foi recebido;
- Quantitativo de material esterilizado no período;
- Resultado dos testes físicos e químicos realizados na auto clave;
- Validade do material de acordo com o tipo de equipamento/ embalagem;
- Data e hora da manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos: auto claves, seladora, incubadora e outros;
- Carimbo e assinatura do responsável pelo procedimento.

7.4 ÁREA DE ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS

- Data e hora;
- Registrar:
 - » Materiais recebidos para guarda;
 - » Condições dos pacotes/caixa;
 - » Saída do material;
 - » Devolução de material vencido;
- Carimbo e assinatura do profissional responsável pelo processo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa no. 305, de 9 de outubro de 2012. Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw &id=Mjl2OA> Acesso em: 13 jul. 2023.
2. Boeira S; Dal Molin RS; Baltazar EM. Educação permanente para a qualificação do processo de enfermagem com o uso de terminologia padronizada de enfermagem. IN: DAL MOLIN, Rossano Sartori. Enfermagem: inovação, tecnologia e educação em saúde. [S.l.]: Editora Científica Digital, 2020. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200800806.pdf> Acesso em: 05 jul. 2023.
3. Universidade Federal do Paraná. Complexo Hospital de Clínicas. Serviço De Transplante De Medula Óssea. Protocolo de cuidados de enfermagem no dia zero do transplante de células tronco hematopoéticas. Curitiba, 2017.
4. Barreto JJS; Coelho MP; Lacerda LCX; Fiorin BH; Mocelin HJS; Silva PFS. Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. Reme : Rev. Min. Enferm. vol. 23. Belo Horizonte 2019. Epub. 20-Dez-2019.
5. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Conheça a SBIS. Disponível em: <http://sbis.org.br/conheca-sbis/#:~:text=Conhe%C3%A7a%20a%20Sociedade%20Brasileira>. Acesso em 27 de julho de 2023.
6. 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). Orgão Emissor COFEN. Disponível em: cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomendações-CTLN-Versão-Web.pdf. Acesso em: 27 jul. 2023.
7. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM n. 1.826, de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador. Diário Oficial da União 6 dez 2007; (1):133. Acesso em 27 de julho de 2023.
8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

9. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]; [acesso 20 jun 2021]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 28 out. 2021.

10. Brasil. Decreto nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União (DOU). Edição de 09.06.1987 – Seção I – fls.8.853 a 8.855.

11. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Resolução COFEN DE Nº 429 de 30 de maio de 2012, que 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. Órgão emissor COFEN. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em 19 de maio de 2019.

12. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Resolução COFEN de nº 564, de 06 de dezembro de 2017. Aprova o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Órgão emissor COFEN. Diário Oficial da União 6 dez 2017; (1): 233. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 30 out. 2021.

13. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 março 2015. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 30 out. 2021.

14. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002.

15. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Vade Mecum. São Paulo: Saraiva, 2021.

16. Brasil. Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm. Acesso em: 27 jul. 2023.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 27 julho 2023.

18. Brasil. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 234, de 18 de julho de 2022, que institui o Modelo de Informação Registro de Atendimento Clínico (RAC). Diário Oficial da União. Publicado em: 20/07/2022. Edição: 136. Seção: 1- 122. Página: Disponível em: <https://www.rsdata.com.br/portaria-no-234-de-18-de-julho-de-2022-modelo-de-rac/>. Acesso em: 27 julho 2023.
19. Cianciarullo TI et al (Orgs.) Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.
20. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Cofen nº 545/2017. Revogou a Resolução Cofen nº 191/1996. Dispõe sobre a anotação de enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais [Internet]. Brasília: Cofen; 2017 [cited 2017 Jun 08]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html. Acesso em: 27 julho 2023.
21. Potter, Patricia Ann. Fundamentos de enfermagem / Patricia A. Potter, Anne Griffi n Perry ; [tradução de Maria Inês Corrêa. Nascimento... et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
22. Jansen RCS, Silva KBA, Moura MES. A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190413. 1-7p.
23. Morse, J., et. al - Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient—Canadian Journal on Aging, 1989, Vol. 8, N°4. Morse, J.—Preventing Patient Falls – Second Edition, Springer Publishing Company, LLC, 2009, New York. ISBN: 978-0-8261-0389-5.
24. Zapparoli M; Klein; Moreira H. Avaliação da acuidade visual Snellen. Arq. Bras. Oftalmol. 72 (6) ▪ Dez 2009 ▪ Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492009000600008>. Acesso em: 28 julho de 2023.
25. Arruda. AJCC. et al. Compêndio de Enfermagem Cirúrgica: intra e pós operatório imediato. 1.ed, João Pessoa, Editora do CCTA/UFPB/ 2020. ISBN nº 978-85-9559-213-1.

Recomendações para

Registros de Enfermagem no Exercício da Profissão



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem



Coren
Conselho Regional de Enfermagem