

POP

HC-UFTM/EBSERH

Rotina de Registros de Enfermagem

Versão: 2 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

ANA CLAUDIA DE MORAES FAQUIM

CHEFE DA UNIDADE DE APOIO À GESTÃO EM ENFERMAGEM

DAYANA FREITAS

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Viviane Vivian Silva, Programa de Residência Multiprofissional Saúde do Adulto

Rosana Huppel Engel, Unidade de Apoio à Gestão em Enfermagem

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Ana Claudia de Moraes Faquim, Divisão de Enfermagem

Data da emissão: 21/2/2025

Código do documento: POP.DENF.027

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



Hospital de Clínicas



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

1. FINALIDADE

Normatizar os registros de enfermagem, de acordo com as competências profissionais, a fim de contribuir com a segurança do paciente no processo de cuidar, proporcionar comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de saúde, promover a qualidade das informações registradas e subsidiar a resolução de processos internos e externos.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Unidade assistenciais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

3. COMPETÊNCIA

Profissionais de enfermagem.

4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), nº 564/2017 - Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen nº 736/2024 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Resolução Cofen nº 429/2012 - revogada pela resolução Cofen nº 754/2024 - normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem.

5. NORMAS

- Os registros de enfermagem constituem-se das descrições escritas de todas as ações executadas pela equipe de enfermagem, sejam elas de natureza assistenciais ou administrativas.
- Os registros referentes à assistência prestada ao paciente deverão ser realizados no prontuário do paciente. Sendo o prontuário um acervo de documentos único, organizado e conciso, no qual é realizado o registro das informações de todos os profissionais de saúde, relacionadas ao processo de cuidado prestado ao paciente hospitalizado.
- É de responsabilidade dos profissionais de enfermagem a formulação dos registros de enfermagem, garantindo a qualidade e continuidade da assistência. Ainda, a partir de identificação de registro inadequado/incompleto ou inexistente, os profissionais poderão sofrer implicações no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal.
- As ocorrências relacionadas à assistência do paciente que predispõe a um evento adverso deverão ser registradas além do prontuário do paciente, também em outros formulários de registros administrativos, além de notificações em VigiHosp (Sistema de Notificações de Eventos Adversos e Queixas Técnicas) e Sistema Eletrônico de Informações (SEI), conforme orientações ou rotinas padronizadas enfermagem.
- Os registros somente poderão conter abreviaturas e siglas padronizadas no HC-UFTM pelo Manual de Siglas e Abreviaturas no Prontuário do Paciente.
- Os registros deverão ser realizados com caneta de cores azul ou preta nos plantões diurno e vermelha nos plantões noturno.

Registros Administrativos

- Os registros administrativos são referentes as intercorrências técnico-administrativas e reuniões. Exemplos:
 - ✓ Falta de materiais e medicamentos;



- ✓ Equipamentos ausentes ou em manutenção;
 - ✓ Ausência/Déficit de colaboradores;
 - ✓ Evasão hospitalar;
 - ✓ Leitos bloqueados e/ou interditados;
 - ✓ Vazamentos;
 - ✓ Educação Permanente;
 - ✓ Orientações realizadas entre a equipe;
 - ✓ Outros.
- Os registros administrativos devem ser realizados em cadernos do tipo “livro de ata” ou em formulários elaborados para este fim, desde que sejam encadernados e devidamente identificados.
 - Os registros administrativos, a depender do tipo de informação, podem ser realizados em processos específicos no SEI.
 - O registro das atividades de Educação Permanente (EP) deverá ser realizado mensalmente em processo SEI, conforme diretrizes e orientações estabelecidas pela gestão de enfermagem.

Registros Assistenciais

- Os formulários específicos de registro da enfermagem que deverão ser anexados no prontuário são: anotações de enfermagem, documentação do Processo de Enfermagem (PE) e outros formulários institucionalizados que são de responsabilidade da enfermagem (exemplo: formulário de controles e parâmetros vitais, *checklists* de hemotransfusão e de cirurgia segura, entre outros).

Anotação de Enfermagem

- A Anotação de Enfermagem é o registro realizado por toda equipe de enfermagem referente aos dados pontuais dos cuidados prestados, incluindo: o atendimento às prescrições de enfermagem e médica; os cuidados de rotina; medidas de segurança adotadas; encaminhamentos ou transferência de unidades; sinais e sintomas; sinais vitais mensurados (devem ser registrados os valores exatos aferidos e nunca utilizar, somente, os termos “normotenso, normocárdico, outros); intercorrências, bem como medidas adotadas; e respostas dos paciente às ações e orientações realizadas.
- As Anotações de Enfermagem, de acordo com o Cofen, devem:
 - ✓ Estar em ordem cronológica;
 - ✓ Ser objetivas, precisas, confidenciais, completas e legíveis;
 - ✓ Conter data e hora;
 - ✓ Estar livres de rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
 - ✓ Ser efetuadas imediatamente após a prestação do cuidado;
 - ✓ Evidenciar os cuidados prestados, sinais e sintomas, intercorrências e respostas dos pacientes às ações realizadas;
 - ✓ Ao final, conter a identificação com a assinatura do profissional e carimbo. O uso do carimbo profissional é obrigatório, de acordo com o artigo 5º da Resolução Cofen 545/2017 e, em caso de inobservância, o profissional infrator estará sujeito às normas contidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- Exemplos do conteúdo necessário, nas anotações de enfermagem, para algumas situações específicas:

Admissão

- ✓ Data e hora da admissão e nome da unidade onde o paciente está sendo admitido;
- ✓ Nome completo do paciente, bem como sua procedência e se há a presença de acompanhante;
- ✓ Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, outros);
- ✓ Nível de consciência: Lucidez, Orientação e Cognição;
- ✓ Alergias existentes;
- ✓ Riscos (queda e lesão por pressão);
- ✓ Condições de higiene;
- ✓ Presença de lesões prévias e sua localização: feridas, hematomas, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;
- ✓ Descrever deficiências, se houver;
- ✓ Uso de próteses ou órteses, se houver;
- ✓ Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- ✓ Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção, outros);
- ✓ Rol de valores e pertences do paciente;
- ✓ Orientações prestadas.

Condutas de segurança do paciente

- ✓ Data e hora da assistência;
- ✓ Risco de queda e lesão por pressão;
- ✓ Uso de pulseira de identificação;
- ✓ Nível de consciência (lucidez e orientação);
- ✓ Relatar necessidade de contenção no leito;
- ✓ Necessidade da presença de acompanhante;
- ✓ Uso de grades e sua justificativa;
- ✓ Apontar alergias/intolerância;
- ✓ Identificação de doenças/patologias prévias (diabetes, hipertensão, hemofilia, entre outras);
- ✓ Relatar necessidade de dieta zero e sua justificativa;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas;
- ✓ Queixas.

Higiene oral

- ✓ Data e hora;
- ✓ Presença de prótese total/parcial (caso seja necessária sua retirada, identificar e entregar ao responsável da família ou do hospital);
- ✓ Condições de realização da higiene (realizada pelo próprio paciente, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- ✓ Solução utilizada;
- ✓ Descrever condições da cavidade bucal, bem como alterações (hiperemia, condição da arcada dentária, outros);
- ✓ Intercorrências e providências adotadas.

Banho – Higiene do paciente

- ✓ Data e hora;
- ✓ Tipo do banho (imersão, aspensão, de leito);
- ✓ Solução utilizada;
- ✓ Se for banho de aspensão anotar se o paciente está deambulando, em cadeira de banho, auxílio;
- ✓ Se for banho de imersão, anotar tempo de permanência, tolerância e resistência do paciente;
- ✓ Verificar a ocorrência de alterações de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas 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 queixas do paciente durante o procedimento e providências adotadas.

Curativos

- ✓ Data e horário;
- ✓ Local da lesão e sua dimensão;
- ✓ Sinais e sintomas observados (presença de exsudato, aspecto, odor, quantidade, outros);
- ✓ Relatar necessidade de desbridamento;
- ✓ Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, outros);
- ✓ Cobertura prescrita e utilizada;
- ✓ Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia.

Em casos de mudança de decúbito

- ✓ Data e hora do procedimento;
- ✓ Existência de lesão de pele prévia ou no decurso da internação;
- ✓ Posição (decúbito dorsal, ventral, lateral direito/esquerdo) antes e após o procedimento;
- ✓ Medidas de proteção/redução de pressão adotadas;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas.

Auxílio na Dieta

- ✓ Data e horário do procedimento;
- ✓ Em caso de dieta zero, descrever o motivo;
- ✓ Tipo de dieta;
- ✓ Aceitação da dieta: total, parcial ou recusa;
- ✓ Necessidade de auxílio;
- ✓ Dieta por cateter (quantidade da dieta e da hidratação);
- ✓ Queixas;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas.

Oferta de nutrição enteral

- ✓ Data da infusão;
- ✓ Hora de início e término;

- ✓ Anotar presença/quantidade de resíduo gástrico (antes da administração da dieta);
- ✓ Aspecto e condições da sonda;
- ✓ Descrever tipo e volume administrado;
- ✓ Registrar a lavagem da sonda e o volume de água utilizado;
- ✓ Queixas;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas.

Em caso de estomas de alimentação e/ou eliminação

- ✓ Data e hora;
- ✓ Local do estoma;
- ✓ Tipo de cuidado prestado (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 e providências adotadas;
- ✓ Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- ✓ Queixas;
- ✓ Orientações para o autocuidado.

Em caso de estoma respiratório (traqueostomia)

- ✓ Data e hora;
- ✓ Local do estoma;
- ✓ Tipo de cuidado prestado (aspiração, limpeza, troca de endocânula, curativo);
- ✓ Se houver presença de secreção, anotar características e quantidade;
- ✓ Anotar característica da pele ao redor do estoma e orientações para o cuidado;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas;
- ✓ Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- ✓ Queixas;
- ✓ Orientações para o autocuidado.

Em caso de drenos

- ✓ Data e hora;
- ✓ Tipo de dreno (Port-o-vac, penrose, outros);
- ✓ 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.

Administração de medicamentos

- Acerca das vias de administração, na:
 - ✓ Via Parenteral: registrar o local e lateralidade onde foi administrado IM (glúteo, deltoide, vasto lateral, outros); EV - endovenosa (antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, outros); SC - subcutânea (abdome, região posterior do braço, coxa, outro); ID – intradérmica (face interna do antebraço ou face externa do braço). Quando o paciente já estiver em uso de dispositivo para administração do medicamento, relatar qual o dispositivo utilizado (exemplo: cateter venoso central duplo lúmen). E ainda deve-se registrar infusão em

bolus, gota a gota em equipo (registrar gotejamento) ou em bomba de infusão contínua (registrar vazão).

- ✓ Via Oral: registrar dificuldade de deglutição; presença de vômitos, outros.
- ✓ Via Retal: registrar o tipo de dispositivo utilizado; em caso de supositório, registrar se foi expelido e providências adotadas.
- Realizar e registrar a dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos, padronizados pelo protocolo do HC-UFTM.
- Para todas as vias de administração, deve-se atentar para registrar os casos de: rejeição do paciente /responsável; não administração do(s) medicamento(s) e apontar o motivo; queixas; intercorrências e providências adotadas.
- É necessário realizar a checagem na prescrição médica através dos símbolos “/ ” ou “✓”, juntamente com o nome do profissional responsável; e fazer a anotação dos medicamentos administrados.

Aspiração oral e traqueal

- ✓ Data e horário da aspiração;
- ✓ Motivo;
- ✓ Localização (Vias Aéreas Superiores - VAS, traqueostomia ou tubo endotraqueal);
- ✓ Característica e quantidade da secreção;
- ✓ Na traqueostomia, anotar o tipo e nº da cânula e as condições da pele; além da necessidade de troca e limpeza da endocânula e/ou do fixador;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas.

Acesso venoso

- ✓ Data e hora da punção;
- ✓ Motivo da punção (inicial ou troca);
- ✓ Condições do local da punção (pele e rede venosa local); número de punções; tipo e calibre do cateter; salinização/heparinização;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas;
- ✓ Troca da fixação;
- ✓ Medida de segurança adotada (tala ou contenção);
- ✓ Queixas.

Coleta de material para exames

- ✓ Data e hora da coleta do material;
- ✓ Jejum do paciente (quando exigir);
- ✓ Tipo do material coletado;
- ✓ Aspecto do material coletado;
- ✓ Local da punção venosa, que foi realizado a coleta;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas.

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, outras);

- ✓ Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, outros);
- ✓ Orientações prestadas;
- ✓ Entrega do rol de pertences e valores ao paciente ou acompanhante;
- ✓ Transporte para o domicílio: da instituição ou próprio.

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

Óbito

- ✓ Data e horário em que a equipe médica constatou o óbito;
- ✓ Identificação do médico que o constatou;
- ✓ Rol de 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, outros);
- ✓ Posicionamento anatômico do corpo, sempre que possível;
- ✓ Identificação do corpo;
- ✓ Encaminhamento do corpo (forma, local, outros)
- ✓ Horário de saída do corpo da unidade.

Evasão

- ✓ Registrar a Ata Notarial do fato ocorrido (data, horário, descrição detalhada do ocorrido e medidas adotadas, incluindo o contato com os outros profissionais), no caderno de ocorrências da unidade, com a assinatura de duas testemunhas;
- ✓ Registrar a história do fato ocorrido no prontuário, de forma que esteja coerente com a anamnese clínica do paciente (consultar determinações da gestão hospitalar para o assunto);
- ✓ Notificar a evasão no VigiHosp.

Processo de Enfermagem

- O registro e implementação do Processo de Enfermagem (PE) é privativo do enfermeiro e deve conter as seguintes etapas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem.
- As etapas do Processo de Enfermagem deverão ser registradas pelo menos uma vez a cada 24 horas para todos os paciente internados. Em casos de intercorrências, o registro deve ser realizado imediatamente após a intercorrência e deve constar a alteração do quadro clínico do paciente, diagnósticos de enfermagem acrescidos, mantidos e retirados, novas metas, prescrição e evolução de enfermagem compatível com o quadro clínico do paciente.
- A avaliação de enfermagem busca a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de enfermagem e saúde relevantes para a prática, através da coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico). A avaliação de enfermagem deverá ser registrada no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHUX) por meio do Módulo Eletrônico de Evolução de Enfermagem disponível no Porta de Apoio.
- Os diagnósticos e prescrição de enfermagem deverão ser registrados por meio do AGHUX, devem ser impressos, conferidos, assinados e anexados ao prontuário do paciente.
- Já as metas de enfermagem ou resultados esperados da assistência de enfermagem deverão constar na evolução de enfermagem.

- A evolução de enfermagem, é uma etapa que visa demonstrar o desenvolvimento de um estado a outro do paciente referente ao período das últimas 24 horas. E só é possível, após a análise crítica e clínica do enfermeiro, depois de reunir os dados sobre as condições anteriores e atuais do paciente. A evolução de enfermagem deverá ser registrada no AGHUX por meio do Módulo Eletrônico de Evolução de Enfermagem disponível no Porta de Apoio.
- A equipe de enfermagem deverá aprazar e checar a prescrição médica e de enfermagem, e registrar o complemento necessário na Anotação de Enfermagem.
- A admissão do paciente na instituição deverá ser realizada pelo enfermeiro que recebe o paciente, registrado: em impresso específico (Admissão de Enfermagem); ou adicionada através do AGHUX na “Evolução” do paciente (quando transferido de outro setor) ou na área de “Histórico/Anamnese” (quando o paciente é recém-admitido no setor e hospital).

6. REFERÊNCIAS

Listar as referências bibliográficas utilizadas na elaboração do documento no formato da Norma ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas).

7. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	2017	Elaboração da 1ª versão da Rotina Operacional Padrão
2	21/2/2025	Atualização da literatura e formato e inserção em novo modelo

8. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 2) em Procedimento Operacional Padrão (POP) – data: 7/1/2025

Viviane Vivian Silva, aluna do Programa de Residência Multiprofissional Saúde do Adulto

Rosana Huppel Engel, enfermeira da Unidade de Apoio à Gestão em Enfermagem

Validação técnica – data: 13/2/2025

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Aprovação – data: 13/1/2025

Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da Divisão de Enfermagem (DENF)

Registro, validação de forma e revisão – data: 21/2/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 1 - data: 2017

Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro, enfermeira do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) da Divisão de Enfermagem

Thaís Santos Guerra Stacciarini, enfermeira do SEE

Rosana Huppel Engel, enfermeira do SEE

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Aprovação

Renata Maria Dias de Abreu, chefe da Divisão de Enfermagem