

	<p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO Hospital de Clínicas Divisão de Enfermagem</p>	<p><b>ROP: ENF-REG 03</b> <b>Revisões: 01</b> <b>Anexos: 0</b></p>
<p align="center">Rotina Operacional Padrão (ROP) <b>REGISTROS DE ENFERMAGEM</b></p>		
<p><b>FINALIDADE:</b> Normatizar os registros de enfermagem, de acordo com as competências profissionais, a fim de contribuir com a segurança do cliente no processo de cuidar, proporcionar comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de saúde, garantir a qualidade das informações registradas e subsidiar a resolução de processos internos e externos.</p>		
<p><b>ÂMBITO DE APLICAÇÃO</b> Unidades de Internação vinculadas à Divisão de Enfermagem (DE).</p>	<p><b>COMPETÊNCIA</b> Responsável Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de enfermagem</p>	
<p><b>FUNDAMENTAÇÃO LEGAL</b> Regimento interno. RESOLUÇÃO COFEN – 311/2007. _____. 358/2009. _____. 429/2012. _____. 514/2016. _____. 545/2017.</p>		

<p><b>NORMAS</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O registro ou relatório de enfermagem constitui-se as descrições escritas de todas as ações executadas pela equipe de enfermagem, sejam elas de natureza assistenciais ou administrativas.</li> <li>• Os registros referentes à assistência prestada ao cliente deverão ser realizados no prontuário do cliente. Prontuário é 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 cliente hospitalizado.</li> <li>• A responsabilidade dos profissionais de enfermagem quanto aos seus registros e implicações destes poderão ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal.</li> <li>• As ocorrências relacionadas a assistência do cliente que predispõe a um evento adverso deverão ser registradas não apenas em Prontuário do Cliente, mas em outros formulários de registros administrativos, além de notificações em Vigihosp e Comunicação Interna, conforme orientações ou Rotinas Operacionais Padrão (ROP) de enfermagem.</li> <li>• Os registros deverão conter somente abreviaturas e siglas padronizadas no Hospital de Clínicas da UFTM ou que são reconhecidas e convencionais em literatura.</li> <li>• Os registros deverão ser realizados com caneta de cores azul ou preta nos plantões diurno e vermelha nos plantões noturno.</li> </ul>
<p><b>REGISTROS ADMINISTRATIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os registros administrativos são referentes as intercorrências técnico-administrativas e reuniões.</li> </ul>

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;
  - ✓ Controle para rastreamento de bolsas de hemocomponentes e hemoderivados;
  - ✓ Outros.
- Os registros administrativos devem ser realizados em cadernos do tipo “livro ata” ou em formulários elaborados para este fim, desde que sejam encadernados e devidamente identificados.
  - O registro das atividades de Educação Permanente (EP) deverá ser realizado mensalmente em “livro ata” específico ou em formulários elaborados para este fim, desde que sejam encadernados e devidamente identificados. Na identificação da EP deve constar, no mínimo: data da EP, assunto abordado, responsável pela EP (instrutor) e assinatura dos participantes.

## 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, *check lists* 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, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de unidades; sinais e sintomas identificados por meio do exame físico e os referidos pelo cliente; sinais vitais mensurados (devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos e nunca utilizar, somente, os termos “normotenso, normocárdico, etc.); intercorrências (fatos ocorridos com o cliente e medidas adotadas); respostas dos clientes às ações e orientações realizadas.
- As Anotações de Enfermagem, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), deverão ser:
  - ✓ Em ordem cronológica;
  - ✓ Precedidas de data e hora, completas, concisas e legíveis;
  - ✓ Sem rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
  - ✓ Efetuadas imediatamente após a prestação do cuidado;
  - ✓ Identificadas 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 de anotação de enfermagem para algumas situações específicas:

### *Admissão*

- ✓ Data e hora da admissão e nome da unidade onde o cliente está sendo admitido;
- ✓ Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);
- ✓ Nível de consciência: Lucidez/Orientação;
- ✓ Ventilação;
- ✓ Presença de acompanhante ou responsável;
- ✓ Condições de higiene;
- ✓ Presença de lesões prévias e sua localização: feridas corto-contusas, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras;
- ✓ Descrever deficiências, se houver;
- ✓ Uso de próteses ou órteses, se houver;
- ✓ Queixas relacionadas ao motivo da internação;
- ✓ Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção, etc.);
- ✓ Rol de valores e pertences do cliente;
- ✓ Orientações prestadas.

### *Administração de medicamentos*

- Para todas as vias de administração, observar os registros apontados abaixo: rejeição do cliente; no caso de não administrar medicamento, apontar o motivo; queixas; intercorrências e providências adotadas.
  - ✓ Via Parenteral: registrar o local e lateralidade 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).
  - ✓ Via Oral: registrar dificuldade de deglutição; presença de vômitos, etc.
  - ✓ Via Retal: registrar 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 pela HC/UFTM (Ver ROP “Dupla checagem de medicamentos potencialmente perigosos”);
  - ✓ Registrar infusão em bolus, gota a gota em equipo (registrar gotejamento) ou em bomba de infusão contínua (registrar vazão).

### *Aspiração oral e traqueal*

- ✓ Motivo;
- ✓ Característica e quantidade da secreção;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas;
- ✓ Na traqueostomia, anotar o tipo e nº da cânula e as condições da pele.

### *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 contensão);
- ✓ Queixas.

### *Dieta*

- ✓ Dieta zero: 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.

### *Em casos de nutrição enteral*

- ✓ Data da infusão;
- ✓ Hora de início e término;
- ✓ Aspecto e condições da sonda;
- ✓ Volume administrado;
- ✓ Intercorrências e providências adotadas;
- ✓ Queixas;
- ✓ Registrar a limpeza da sonda e volume de água utilizada.

### *Higiene oral*

- ✓ 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 cliente, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- ✓ Solução utilizada;
- ✓ Sinais e sintomas observados (hiperemia, condição da arcada dentária, etc.);
- ✓ Intercorrências e providências adotadas.

### *Banho de assento e no leito*

- ✓ Tipo do banho;
- ✓ Solução utilizada;
- ✓ Aspersão (deambulando, cadeira de banho, auxílio);
- ✓ No leito, verificar a ocorrência de alterações de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas;
- ✓ Presença e caracterização de odor, secreção e/ou hiperemia na área a ser tratada;
- ✓ Aplicação de solução para prevenção de úlceras
- ✓ Presença de lesões por pressão;
- ✓ Intercorrências e queixas do cliente durante o procedimento e providências adotadas.

### *Condutas de segurança do cliente*

- ✓ Nível de consciência (lucidez e orientação);
- ✓ Relatar necessidade de contenção no leito;
- ✓ Necessidade da presença de acompanhante;
- ✓ Necessidade de grades (justificar);
- ✓ Intercorrências e providências adotadas;
- ✓ Queixas.

### *Curativos*

- ✓ Local da lesão e sua dimensão;

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

#### *Em caso de estoma*

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

#### *Em caso de drenos*

- ✓ Tipo de dreno – Portovac, 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.

#### *Em casos de mudança de decúbito*

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

#### *Coleta de material para exames*

- ✓ Anotar data e hora da coleta de material para exames;
- ✓ Anotar jejum do cliente, quando o exame assim exigir;
- ✓ Anotar tipo de material coletado;
- ✓ Anotar aspecto do material coletado para exames;
- ✓ Registrar intercorrência durante o procedimento e providências adotadas;
- ✓ Em caso de punção venosa, anotar o local em que foi realizada a coleta;
- ✓ Queixas.

#### *Alta*

- ✓ Data e horário;
- ✓ Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas, presença de lesões, nível de consciência, presença de dispositivos como sonda vesical de demora, cateter de duplo lúmen, etc.);
- ✓ Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);
- ✓ Orientações prestadas;

- ✓ Entrega do rol de pertences e valores ao paciente ou acompanhante;
- ✓ Transporte para o domicílio: da instituição ou próprio.

Obs.: Importante o registro real do horário de saída do cliente e se saiu acompanhado. Registrar ainda se foi alta médica, administrativa ou a pedido do cliente 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, etc.);
- ✓ Posicionamento anatômico do corpo, sempre que possível;
- ✓ Identificação do corpo;
- ✓ Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.);
- ✓ 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 cliente (Ver ROP: Evasão hospitalar).

Notificar a evasão no Sistema de notificações de eventos adversos e queixas técnicas (Vigihosp).


### **Processo de Enfermagem**

- O registro do Processo de Enfermagem (PE) é privativo do enfermeiro e deve conter as seguintes etapas: coleta de dados, diagnóstico, metas/resultados, prescrição e evolução/avaliação de enfermagem.
- As etapas do Processo de Enfermagem deverão ser registradas pelo menos uma vez a cada 24 horas para todos os clientes internados. Em casos de intercorrências, o registro deve ser realizado imediatamente após a intercorrência e deve constar a alteração do quadro clínico do cliente, diagnósticos de enfermagem acrescidos, mantidos e retirados, novas metas, prescrição e evolução de enfermagem compatível com o quadro clínico do cliente.
- A coleta de dados deverá ser registrada para os clientes de cuidados intensivos, semi-intensivos e de alta dependência no formulário “Investigação de Enfermagem 24 horas”. Para os clientes de cuidados intermediários e cuidados mínimos, a coleta de dados poderá ser registrada juntamente com a evolução de enfermagem.
- Os diagnósticos e prescrição de enfermagem deverão ser registrados por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Impresso, conferido, assinado e anexado ao prontuário do cliente.
- As metas de enfermagem ou resultados esperados da assistência de enfermagem deverão constar na evolução de enfermagem.
- A evolução de enfermagem demonstra o desenvolvimento de um estado a outro do cliente referente ao período das últimas 24 horas. O enfermeiro deve reunir dados sobre as condições anteriores e atuais do cliente para, após análise, emitir um julgamento clínico.
- Admissão do cliente na instituição deverá ser realizada pelo enfermeiro que recebe o cliente, registrado em impresso específico (Admissão de Enfermagem).
- A equipe de enfermagem deverá apurar e checar a prescrição médica e de enfermagem, e registrar

o complemento necessário na Anotação de Enfermagem.

AGENTE	AÇÃO	NÃO CONFORMIDADE
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar a coleta de dados do cliente no momento da admissão institucional em formulário específico.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar a coleta de dados (anamnese e exame físico) para todos os clientes internado em formulários específicos, de acordo com a complexidade assistencial.</li> </ul>	<p>Em situações extremas, priorizar os clientes de alta dependência, cuidados semi-intensivo e intensivo. Justificar no livro ata e realizar Comunicação Interna as chefias responsáveis.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar diagnósticos e prescrição de enfermagem por meio do AGHU, de acordo com a evolução das últimas 24 horas ou de acordo com a coleta de dados inicial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se houver alteração clínica do cliente antes de 24 horas, retificar os diagnósticos e prescrição de enfermagem de acordo com as alterações ocorridas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar as metas e evolução de enfermagem em espaço específico no formulário “investigação de enfermagem 24 horas”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se houver alteração clínica do cliente antes de 24 horas, realizar o registro da evolução de acordo com as alterações ocorridas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar os registros específicos em casos de evasão.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar os registros realizados pelos técnicos de enfermagem</li> </ul>	
Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar a anotação de enfermagem referente às condições clínicas do cliente no início do plantão.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar a anotação de enfermagem sem rasuras</li> </ul>	Corrigir erros na escrita ou

	e logo após a observação, orientação ou cuidado prestado.	no conteúdo, utilizando o termo: “digo”. Em situações extremas, quando não for possível registrar a anotação logo após a ação realizada, utilizar o termo: “em tempo”.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assinar e carimbar todos os registros realizados.</li> </ul>	Na ausência do carimbo, realizar a identificação com nome completo, categoria profissional e número de registro no COREN e justificar a ausência do mesmo por meio de Comunicação Interna (CI) às chefias responsáveis e providenciar outro carimbo o mais rápido possível.
RT de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar o cumprimento desta rotina.</li> </ul>	

<b>APROVAÇÃO</b>		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:
04/2017 Daniela Galdido Costa Coren-MG: 192.453 	04/2017 Aldenôra Laísa Paiva Cordeiro de Carvalho Coren-MG: 209.387  Thais Santos Guerra Stacciarini Coren-MG: 106.386  Rosana Huppés Engel Coren-MG 231.253	04/2017 Renata Maria Dias de Abreu Chefe da Divisão de Enfermagem do HC-UFTM

\* Revisão a cada 2 anos ou antes, se necessário.

