



Secretaria Municipal de
Saúde de Cândido de Abreu
Hospital Municipal São
Francisco de Assis

**PROCEDIMENTO
OPERACIONAL
PADRÃO**

**POP HMSFA
PROCEDIMENTO
ENFERMAGEM – 011**

Elaborado em: 07/03/2021
Revisado em: 07/03/2024

ÁREA: HOSPITALAR

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM**

Local de execução: Área Hospitalar

Executante: ENFERMEIRO – TÉCNICO DE ENFERMAGEM – AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Definição

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

Material necessário:

- Prontuário
- Caneta azul
- Caneta vermelha

ATIVIDADES:

- Verificar o impresso para anotação de enfermagem se está preenchido com os dados do paciente certo.
- Utilizar caneta de acordo com o turno de trabalho: caneta cor azul – período diurno e caneta cor vermelha período noturno.

Seguir o seguinte roteiro para a anotação de enfermagem:

1. **Nível de consciência:** se o paciente esta alerta em tempo e espaço, torporoso, apático ou com sedação;
2. **Dieta:** tipo de dieta (livre, branda, para diabéticos/hipertenso), dieta por sondas (cuidados prestados tais como decúbito elevado, lavagem após administração da dieta), aceitação ou recusa, necessidade de auxílio e jejum;
3. **Higiene oral:** produto utilizado, presença de próteses e condições da mucosa;
4. **Higienização:** tipo de banho, data e hora, condições da pele e couro cabeludo e material utilizado
5. **Higiene íntima:** motivo, aspecto da região genital (presença de eritema, secreções, edema);
6. **Acesso venoso:** tipo, local da inserção, motivo da troca, sinais e sintomas observados e possíveis intercorrências;
7. **Curativos:** tipo (oclusivo, aberto simples, compressivo, presença de drenos), sinais e sintomas observados no local, produto utilizado e identificação do curativo com data e, hora e nome do profissional;
8. **Drenos:** localização, tipo, característica e quantidade do líquido drenado;
9. **Dor:** localização, intensidade, providências adotadas (comunicado ao enfermeiro, feito medicação);

10. **Mudança de decúbito:** posição (dorsal, ventral, lateral direito/esquerdo), hora, medidas de proteção (uso de coxins) e sinais e sintomas observados;
11. **Diurese:** ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico.), característica, presença de anormalidades (hematúria, poliúria, disúria) e vias de eliminação (SVD, Urupen, ostomias);
12. **Evacuação:** número de episódios, quantidade, consistência, via de eliminação e características;
13. **Intercorrencias:** hora e descrição dos fatos, sinais e sintomas observados e condutas tomadas
14. **Transferência para unidade/setor:** motivo de transferência, setor destino e meio de transporte, condições atuais do paciente, procedimentos realizados e data/hora;
15. **Alta:** data e hora, condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas), procedimentos realizados no momento da alta (retirada do cateter venoso) e orientações ao paciente e/ou responsável;
16. **Óbito:** Assistência prestada durante a constatação, data e hora, nome do médico que constatou o óbito, comunicação aos setores responsáveis conforme a rotina da unidade de internação, cuidados prestados e encaminhamento do corpo

Cuidados especiais:

O registro de enfermagem deve seguir as seguintes regras:

1. Ser pontual e cronológico, legível, completo, claro, conciso, só usar abreviaturas padronizadas ex. VO, IM;
2. Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
3. Conter observações efetuadas e cuidados prestados conforme prescrição do enfermeiro;
4. Priorizar a descrição de características tais como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l etc.), coloração e forma;
5. Não conter termos com conotação de valores (bem, mal, muito, pouco, etc.);
6. Ser referente aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico, pupilas isocóricas, etc... Visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui uma ação privativa do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

CANAVEZI, C. M.; BARBA L. D.; FERNANDES, R. Manual de anotação de enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN/SP. São Paulo: 2009.

COFEN. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

COFEN. Resolução nº 372 de outubro de 2010. Aprova e adota o Manual de Procedimentos Administrativos para Registro e Inscrição dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 2010.

COFEN. Resolução nº 311 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Código de Processo Civil. Lei nº 5.869 de 11 de janeiro de 1973 Artigo 368: As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, ou somente assinado, presumem-se verdadeiras em relação ao signatário. Brasília: 1973.

Elaborado por:

Thayz Gomes Araujo - Enfermeira

Aprovado por:

Valdir Lopes Viana – Enfermeiro



Secretaria Municipal de Saúde
de Cândido de Abreu
Hospital Municipal São
Francisco de Assis

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP HMSFA
PROCEDIMENTO
ENFERMAGEM – 011

Elaborado em: 07/03/2021
Revisado em: 07/03/2024

ÁREA: HOSPITALAR

Processo de Enfermagem

Local de execução: Área Hospitalar
Executante: Enfermeiro

Definição

É "um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática"(COREn/SC, 2013, p.67), está embasado na teoria das necessidades humanas básica de Wanda de Aguiar Horta (1979) e no modelo do "prontuário orientado para o problema" de Laurence WEED (SAUPE; HERR, 1984). Segundo Resolução do COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009 em seu Art. 1º "O processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem".

Material necessário:

- Formulário de preenchimento dos diagnósticos de enfermagem.
- Prontuário do paciente
- Caneta/ carimbo

ATIVIDADES:

- Deve ser realizado para todos os pacientes internados na instituição, nas 24 horas, seguindo o método científico de resolução de problemas, por meio das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de enfermagem, Prescrição de enfermagem, implementação dos cuidados e evolução de enfermagem. Seguindo o modelo. (Anexo I)
- O Enfermeiro é responsável por executar o histórico nas primeiras 24 horas de internação, seguindo o modelo do H.M.S.F.A
- O enfermeiro identifica e sublinha os problemas dos pacientes no histórico de enfermagem.
- O enfermeiro estabelece um plano de cuidados (prescrição de enfermagem) para o paciente nas 24 horas, envolvendo a participação da equipe de enfermagem,
- O enfermeiro realiza a prescrição de enfermagem para o paciente nas 24 horas, envolvendo a participação da equipe de enfermagem, atualiza sempre que houver mudanças clínicas ou diariamente;
- A equipe de enfermagem executa o plano de cuidados/prescrição conforme aprazamento faz a checagem no prontuário.
- O Técnico/ Auxiliar de Enfermagem realiza a evolução e registra o cuidado e/ou as intercorrências e as respostas dos pacientes aos cuidados de enfermagem no prontuário do paciente.
- O enfermeiro registra no prontuário do paciente a evolução das 24 horas utilizando dados da passagem de plantão, visita diária, exame físico do paciente, informações e anotações realizadas pela equipe de enfermagem no impresso "observações complementares de enfermagem" e informações de outros profissionais e ou familiares.
- A metodologia da assistência de enfermagem é um processo dinâmico, em que o enfermeiro em conjunto com a equipe de enfermagem, avalia o paciente continuamente. As etapas de evolução, implementação e prescrição ocorre sucessivamente no período de 24 horas ou quando houver mudanças no estado de saúde do paciente.

**Instrumento de coleta de dados
Hospital Municipal São Francisco de Assis/ Cândido de Abreu**

Nome:	
Data de nascimento:	
Sexo:	Idade:
Estado civil:	Escolaridade:
Número de Filhos:	Endereço:
Data de internamento:	Quarto: Leito:
HISTORICO PESSOAL	
Doença Prévia:	
Doença cardiovascular: () sim () não	Alergia: () sim () não
Doença respiratória: () sim () não	Cirurgia: () sim () não
Doença Mentais: () sim () não	Diabetes: () sim () não
Doença do aparelho digestivo: () sim () não	Hipertensão arterial: () sim () não
Doenças Oculares: () sim () não	outras: () sim () não
HÁBITOS DE VIDA	
Medicação em uso:	
Tabagismo: () Sim () Não número de cigarros por dia:	
Bebida alcoólica: () sim () não Frequência ingerida: () uma vez por mês () duas a quatro vezes por mês	
Duas a três vezes por semana () quatro vezes a mais por semana ()	
Atividade física: () sim () não Tipo:	
Frequência: () uma vez por semana () Mais de duas vezes por semana () Diariamente	
Disfunção do sono: () sim () não	
Exame físico/ Sinais Vitais	
PA:	FR:
Peso:	Estatura:
	FC:
	HGT:
	T:
	SATURAÇÃO:
	IMC:
Cabeça/ couro cabeludo:	
Olhos:	nariz:
	boca:
Ausculta pulmonar:	Ausculta cardíaca:
Abdômen:	
Membros Inferiores	
Marcha:	
Resultados de exames laboratoriais:	

LISTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
1	Nutrição desequilibrada mais que necessidades corporais Relacionado a: () Ingestão excessiva em relação a atividade física () Ingestão excessiva com relação as necessidades metabólicas Caracterizado por: () Comer em resposta a estímulos externos () comer em resposta a estímulos internos (ansiedade) () Estilo de vida sedentário () Padrão de alimentos disfuncional.
2	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais Relacionado a: () Fatores psicológicos () aversão ao ato de comer () Falta de Interesse na comida () Relatos de ingestão inadequados de comida, menos que a porção diária recomendada.
3	Risco de glicemia Fatores de risco: () conhecimento deficiente sobre o controle do diabetes () estresse () falta de aceitação do diagnostico () falta de adesão ao controle de diabetes
4	INSÔNIA Relacionado a: () Ansiedade () Depressão () Estresse () Fatores ambientais (ruídos, luz, temperatura, ambiente desconhecido) () medo Caracterizado por: () Relato de dificuldade para adormecer () Relato de aumento de ansiedade () Relato de mudanças de humor () Relatos de dificuldades para permanecer dormindo sono.
5	ANSIEDADE Relacionado a: () Abuso de substâncias () mudança no ambiente Caracterizado por: Causas afetivas: () apreensivo () Preocupado () nervosismo () medo () irritabilidade Comportamentais: () Inquietação () insônia Fisiológicas: () aumento da tensão () diarreia () dor abdominal () fadiga
6	RISCO DE INFECÇÃO Fatores de risco: () Aumento da exposição ambiental a patógenos () vacinação inadequada
7	Risco de integridade de pele prejudicado Fator de risco externo: () Fatores mecânicos (força abrasiva, pressão, contenção) () hipertermia () hipotermia () radiação () substância química () umidade Fator de risco interno: () circulação prejudicada
8	RISCO DE QUEDA Fator de risco ambientais: () ambiente com móveis, tapetes objetos em excesso () pouca iluminação Fator de risco fisiológicos: () dificuldade auditiva () dificuldade visual Caracterizado a: () uso de tranquilizantes () uso de álcool () capacidade motora prejudicada
9	DOR AGUDA Caracterizado a: () Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro) () Relato verbal de dor () expressão facial de dor
10	DOR CRÔNICA Caracterizado a: () Comportamento expressivo (agitação, gemido, choro, vigilância, irritabilidade, suspiro) () Relato verbal de dor () expressão facial de dor
11	DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA Caracterizado a: () Mastigação insuficiente () Dificuldade para deglutir () Dor epigástrica () Dor epigástrica ()
Prescrição de Enfermagem	
Cuidados de Enfermagem	Assinatura / carimbo

Carimbo e assinatura do Enfermeiro: _____