

REGISTROS DE ENFERMAGEM

Vanessa de Brito Poveda
Ramon Antônio Oliveira

2019

São Paulo



COMUNICAÇÃO



Pai, não tá na hora d'eu
começar a ganhar mesada?

A COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

*No encontro comunicativo com o outro:
descobrimos quem somos, nos compreendemos,
crescemos em humanidade, mudamos para
melhor, nos tornamos fatores de transformação
da realidade em que vivemos. Significa viver em
“estado de graça” com paixão pelas pessoas e pela
vida!*

(Léo Pessini)



“A chave nas relações pessoais reside, muitas vezes, no fato de se conhecer a linguagem do corpo, e nisso consiste o segredo de tantos que tão bem sabem lidar com os outros.”

Julius Fast

COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

Instrumentos básicos de enfermagem

1. Observação
2. Método científico
3. Princípio científico
4. Criatividade
5. Comunicação
6. Trabalho em equipe
7. Planejamento
8. Avaliação
9. Destreza manual



Observação (percepção)



Instrumentos básicos de enfermagem



COMUNICAÇÃO



Permite a realização de ações coordenadas e transmite mensagens em várias direções e de maneira formal e informal

Comunicação com a equipe

10

Comunicação formal:

- ▣ Consciente e deliberada
- ▣ Escrita
- ▣ Caráter oficial das informações transmitidas

Comunicação informal:

- ▣ Contato no dia-a-dia
- ▣ Relacionadas ou não à atividades profissionais
- ▣ Entre pessoas independente de cargo ou função

Comunicação com o paciente

11

- ❑ Chamar o paciente pelo nome
- ❑ Utilizar tom de voz calmo e em volume normal
- ❑ Olhar para o rosto do paciente e estabelecer contato cortês e respeitoso
- ❑ Dirigir-lhe a palavra sempre que se aproximar do leito para algum procedimento
- ❑ Examinar o paciente de maneira atenciosa
- ❑ Utilizar-se do toque cuidadoso

PRONTUÁRIO DO PACIENTE

- Acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência

PRONTUÁRIO X REGISTROS

Assistência
de
qualidade:

- Corretas
- Organizadas
- Seguras
- Completas
- Disponíveis

Com o
objetivo
de:

- Atender às Legislações vigentes
- Garantir a continuidade da assistência
- Segurança do paciente
- Segurança dos profissionais
- Ensino e Pesquisa
- Auditoria

COREN, 2009

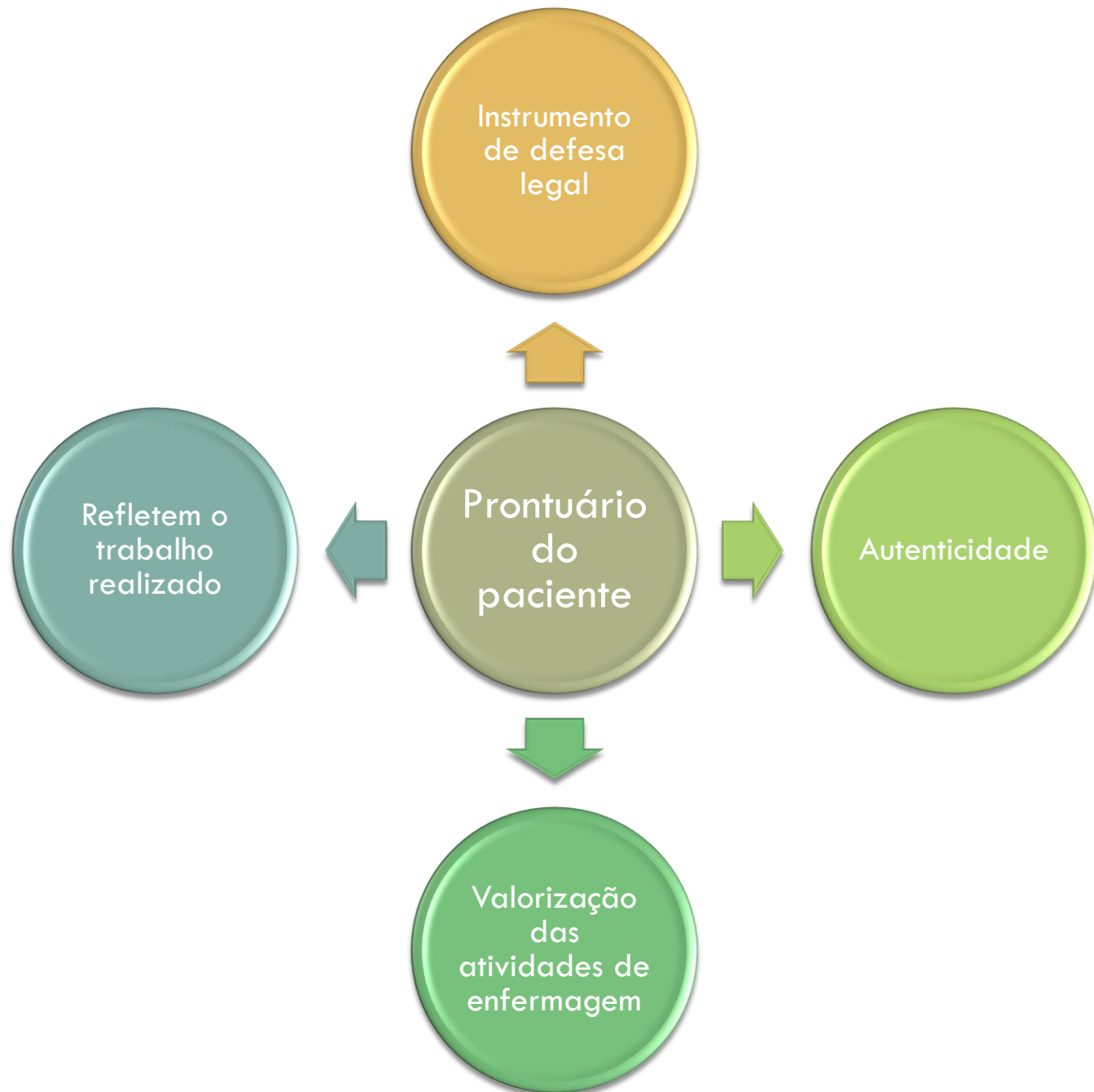
ASPECTOS LEGAIS

- Fundamentos legais das Anotações de Enfermagem:
 - ▣ Art. 5º, inciso X – Constituição Federal
 - ▣ Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem
 - ▣ Resolução COFEN 564/17 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
 - ▣ Arts. 186, 927, 951 – Código Civil
 - ▣ Art. 18, inciso II – Código Penal
 - ▣ Lei 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor
 - ▣ Lei Estadual 10.241/98 (SP) – Direito do Usuário

COREN, 2009

ASPECTOS LEGAIS

- Resolução Cofen 358/2009 (dispõe Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências):
 - Art.6º “A execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente”.
- Resolução Cofen 311/ 2007, que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem-CEPE:
 - Art.41. Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.
 - Art.68. Registrar no prontuário e em outros documentos próprios da Enfermagem informações referentes ao processo de cuidar da pessoa (grifo meu).
 - Art. 71. Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.
- Resolução Cofen 429/ 2012 (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)
 - Art.1º É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento de processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.



Prontuário-documento legal

- ❖ Todo documento (registros de enfermagem), para ser considerado autêntico e válido deverá possuir assinatura do autor Registro e número do Coren
 - ❖ (Art. 68 do Código do Processo Civil)
- ❖ Inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar desconsideração jurídica do documento
 - ❖ (Art.86 do CPC)
- ❖ Todas as declarações escritas e assinadas no documento do paciente são consideradas verdadeiras em relação a quem o assinou (Art.368 do CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

Salienta-se a importância de cada profissional registrar seus atos e não os de outros.

Finalidades - Registros de Enfermagem

18

- ❖ Fornecer informações sobre a assistência prestada
- ❖ Assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde
- ❖ Garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global

ANOTAÇÃO

- Devem ser feitas de modo objetivo, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal. A informação subjetiva fornecida pelo cliente, sua família ou outros membros da equipe da saúde deve ser incluída, utilizando aspas para esse tipo de informação
- Devem conter descrições/interpretações de dados objetivos apoiados em observações específicas
- Evitar generalizações, inclusive termos vagos como "bom", "regular", "comum", "normal"
- Devem conter dados descritos de modo mais completo possível, o que inclui a definição de características como tamanho e forma, especificando os dados de forma concreta e objetiva

□ Ochoa-Vigo; Pace; Rossi; Hayashida, 2001

ANOTAÇÃO

- Devem ser documentadas de modo claro e conciso, evitando informações supérfluas, frases longas e vagas
 - Devem ser escritas de modo legível, com tinta indelével. Os erros na documentação devem ser corrigidos de modo a não ocultar o registro inicial. O método mais comumente utilizado envolve o desenho de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de "registro incorreto", e a efetivação do registro. O uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas para obliterar o registro não é aceito
 - Devem ser escritas gramatical e foneticamente corretos. O enfermeiro deve incorporar somente aquelas abreviações aprovadas para uso no local de trabalho específico. Termos de gíria, clichês e rótulos devem ser evitados, a não ser no contexto de uma citação direta
- Ochoa-Vigo; Pace; Rossi; Hayashida, 2001

RESUMINDO...

- ❑ Cuidados prestados
- ❑ Sinais e sintomas
- ❑ Intercorrências
- ❑ Respostas dos pacientes as ações realizadas

Admissão

- Internação é a estada do cliente no hospital

Pode ser:

Programada ou eletiva

Emergência



Admissão de Enfermagem

- ▶ Impacto frente a hospitalização
- ▶ Direitos dos clientes
- ▶ Consentimento informado
- ▶ Criança e idoso institucionalizada

ATIVIDADES

- ▶ Acolhimento
- ▶ Acomodação paciente e seus pertences
- ▶ Anamnese e exame físico
- ▶ Orientação sobre rotinas hospitalares
- ▶ Identificação (pulseira)
- ▶ Organização do prontuário
- ▶ Exames e prescrição



Itens da admissão

- Horário
- Setor/ Local de origem
- Condições de chegada
- Motivo e responsável pela internação
- Aspecto emocional, estado de consciência
- Exame físico
- Registro das orientações e pertences trazidos pelos pacientes
- Assinatura

Admissão- O que anotar?

- ▣ Nome completo do paciente, data e hora da admissão;
 - ▣ Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.)
 - ▣ Presença de acompanhante ou responsável
 - ▣ Condições de higiene
 - ▣ 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, elevação de grades, etc.)
 - ▣ Orientações prestadas
-
- ▣ COREN, 2009

Admissão - exemplo

10h – Admitido nesta unidade procedente do domicílio/ consultório/ PS, deambulando/ de cadeira de rodas/ de maca; acompanhado da esposa/ familiar; trouxe consigo exames de RX de tórax; orientado no tempo e espaço; queixa-se de dor nas costas; nega alergias a medicamentos; verificado sinais vitais onde $T_{Ax} = 36^{\circ}C$, $P = 72$ bpm, $R = 16$ rpm e PA 130X85 mmHg; foi orientado quanto as rotinas hospitalares e acomodações. Foram entregues à esposa um relógio e uma aliança dourada. Assinatura e carimbo com N.º registro COREN.

Transferência

- Interna: ocorre no próprio hospital
- Externa: de um hospital para outro
- Cuidados com a transferência



Transferência de unidade/setor

O que anotar?

- ▣ Motivo da transferência
 - ▣ Data e horário
 - ▣ Setor de destino e forma de transporte
 - ▣ Procedimentos/cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc.)
 - ▣ Condições (maca, cadeira de rodas)
 - ▣ Queixas
-
- ▣ COREN, 2009

Transferência - exemplo

- ▶ Exemplo (Interna):
- ▶ 10h – Transferido para a unidade de Clínica Médica, 3º andar, quarto 33/ B, em cadeira de rodas; passado plantão para a enfermeira Y. Assinatura e carimbo com Coren.
- ▶ Exemplo (Externa):
- ▶ 10h – Transferido para o hospital Y, de ambulância, acompanhado por familiares. Foi realizado contato telefônico com a enfermeira Y. Segue com resumo médico e exames de imagem (RX, tomografia de crânio). Assinatura e carimbo com Coren.

Alta

- É a saída do cliente do hospital ou de determinada unidade de internação
- Temor da alta e o planejamento da alta
- Alta médica ou programada
- Alta a pedido



Alta a pedido

Portaria MS/GM nº1.820, de 13 de agosto de 2009

- Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde.
- O Art. 4º, inciso XI assegura:
- XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto.

Lei estadual 10.241/1999

- Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:
- VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;
- XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e
- XXIV - optar pelo local de morte.

Alta a pedido

- Termo de Alta a Pedido: pode não ter boa aceitação no meio jurídico (equivalente a “Termo de Isenção de Responsabilidade”)
- Denominar “Termo de Alta a Pedido contra Indicação Médica” (Parecer CRM/MS 11/97)
- Anotar todo o processo de esclarecimento e tomada de decisões diretamente no prontuário, inclusive com assinatura dos envolvidos

Alta- O que anotar?

- Data e horário
- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas)
- Procedimentos/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.)
- Orientações prestadas
- Obs.: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado
- COREN, 2009

Exemplo

- 10h – Paciente recebeu alta médica. Retirado acesso venoso em MSE; foi orientado quanto aos medicamentos e retorno ao médico; transportado em cadeira de rodas com acompanhante. Devolvidos os exames laboratoriais e de imagem. Assinatura e carimbo com Coren.

Outras situações

□ Dieta:

- Indicar dieta oferecida (geral, leve, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda)
 - Aceitação da dieta (total ou parcial)
 - Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);
 - Dieta zero (cirurgia ou exames)
 - Necessidade de auxílio ou não
 - Recusa – indicar o motivo (disfagia, mastigação dolorosa, falta de apetite, náusea, etc.);
 - Sinais e sintomas apresentados
-
- Obs.: No caso de dietas administradas via sonda, importante citar os cuidados prestados antes e após a administração, conforme prescrição (decúbito elevado, lavagem após administração da dieta, etc.)
-
- COREN, 2009

Outras situações

□ Diurese:

- Ausência/presença de diurese (se cateter - balanço hídrico, medir em ml);
- Características (coloração, odor) (amarelo-claro, amarelo-escuro, ambar, laranja, espuma, avermelhada, acastanhada, esverdeada)
- Presença de anormalidades (hematúria, piúria, disúria, etc.)
- Forma da eliminação (espontânea, via uripen, cateter vesical de demora/ostomias urinárias)

□ Evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários)
- Quantidade (pequena, média, grande)
- Consistência (pastosa, líquida, semipastosa) Escala de Bristol
- Via de eliminação (reto, ostomias)
- Características (coloração, odor, consistência, quantidade)
- Queixas

- COREN, 2009

Escala de Bristol

Tipo 01		Pedaços separados, duros como amendoim	}	As fezes do tipo 01 e 02 são comuns em indivíduos com tendência a CONSTIPAÇÃO = FEZES ENDURECIDAS, TRÂNSITO INTESTINAL LENTO
Tipo 02		Forma de salicha, mas segmentada		
Tipo 03		Forma de salicha, mas com fendas na superfície	}	As fezes do tipo 03 e 04 são comuns em indivíduos com TRÂNSITO INTESTINAL REGULAR = FEZES BRANDAS, IDEAL
Tipo 04		Forma de salicha ou cobra, lisa e mole		
Tipo 05		Pedaços moles, mas contornos nítidos	}	As fezes do tipo 05, 06 e 07 são comuns em indivíduos com TRÂNSITO RÁPIDO OU DIARRÉIA = FEZES PASTOSAS OU LÍQUIDAS
Tipo 06		Pedaços aerados, contornos esgarçados		
Tipo 07		Aquosa, sem peças sólidas		

Prefixos

Prefixos

a, anprivação: acloridria, afasia, anaeróbio, analgésico

an, ana.....para cima, para trás: anionte, anaplasia

ana.....de novo: anamnese, anastomose

anti.....contra: antiemético, antídoto, antissepsia

apo.....separação, derivação: apócrino apófise, aponeurose

dia.....através de: diagnóstico, diafragma, diarreia, diáfise, diálise

dis.....dificuldade: disfagia, dispnéia, dislalia, distrofia, disúria

ecto.....fora de, exterior: ectoderma, ectópico, ectoparasito

endo.....dentro, parte interna: endocárdio, endógeno, endotélio

epi.....sobre: epiderme, epidemia, epífise, epidídimo

eu.....bem, bom: euforia, eugenia, eutanásia

exo.....para fora, externo: exoftalmia, exosmose, exógeno

hemi.....metade: hemisfério, hemiplegia, hemicrania, hemicolectomia

hiper.....aumento, excesso: hipertrofia, hipertonia, hiperglicemia.

hipo.....diminuição ou posição abaixo: hipocloridria, hipocôndrio

iso.....igualdade: isotérmico, isogênico, isótopo, isotônico

meta.....mudança, sucessão: metamorfose, metafase, metacarpo

neo.....novo: neoplasia, neoformação, neologismo

oligo.....pouco: oligospermia, oligúria, oligofrênico

orto.....reto, direito: ortognata, ortopedia, ortodontia

pan.....todo: pancardite, pangastrite, pandemia, pan-hipopituitarismo

pen.....escassez, pobreza: citopenia, leucopenia, linfopenia

para.....proximidade: parasito, paratiróide, parâmetro, paranormal

peri.....em torno de: periarticular, periférico, peritônio, pericárdio

poli.....muito: policitema, polidipsia, polimenorréia, poliúria

pro.....anterioridade: prognóstico, proglote

sin.....idéia de conjunto, simultâneo: síndrome, sincrônico, sincício.

Mais prefixos

ab, abs.....	separação, afastamento:	abscesso, abstinência
ad	aproximação, adição:	adsorção, adstringente
ante.....	anterioridade, para frente:	antebraço, anteflexão
co, con.....	companhia:	co-autor, congênere
contra.....	oposição:	contraceptivo, contralateral
de, des.....	sentido contrário, separação:	desinfecção, degeneração, desnervação, dessensibilização
en.....	introdução, mudança de estado, revestimento:	encarcerar (hérnia), envenenar, envolver
ex.....	para fora:	exfoliativa (citologia), exsudato
in.....	introdução, para dentro:	intubação, invaginação
inter.....	posição intermediária, reciprocidade:	intersexualidade, interação
intro.....	para dentro:	introversão, introspecção
per.....	durante, através:	peroperatório, peroral
pós, post.....	depois, em seguida:	pós-operatório, post mortem
pre.....	antecedência, posição anterior:	pré-coma, pré-frontal
pro.....	para diante (não confundir com igual prefixo grego):	pronação, protrusão
re.....	repetição, volta, intensidade:	repolarizar, refluxo, reforçar
retro.....	atrás, para trás:	retroperitônio, retroversão, retroalimentação
semi.....	parcialmente, incompleto:	semicírculo, seimicúpio, semimorto
sobre, super, supra..	posição acima, intensidade:	sobrepôr, supercílio, suprapúbico, superinfecção
sub.....	posição inferior, ação incompleta:	subconsciente, subagudo, subliminar
trans.....	através, além:	transmural, transaminase, transexual

Sufixos

Sufixos

ase	enzima: amilase, lipase, fosfatase, transaminase
ia.....	coleção, qualidade, ciência: enfermagem, assistologia, cardiologia
ismo.....	doença, sistema, crença: alcoolismo, botulismo, vitalismo
íase.....	doença causada por parasito ou bactéria: amebíase, hanseníase
ite.....	inflamação: apendicite, gastrite, cistite, miosite
óide.....	semelhante a: mastóide, esfenóide, esquizóide
oma.....	tumor: mioma, carcinoma, sarcoma
ose.....	doença não inflamatória, ou degenerativa: artrose, dermatose



EXERCÍCIOS

ESTUDO DE CASO 1

- MCC é uma senhora de 75 anos que deu entrada no PS com o quadro clínico exposto a seguir.
- *Queixa principal*
- “Cansaço”
- ***Historia da moléstia atual***
- Há uma semana MCC começou a apresentar coriza e respiração ruidosa. Procurou assistência médica, tendo sido feito o diagnóstico clínico de quadro gripal. A cliente foi orientada a tomar antitérmicos e hidratar-se com mais frequência. Hoje, por volta das 05h00min, a cliente encontrava-se taquidispnéica, torporosa, com 40° de temperatura, sendo trazida ao PS pelo filho.
- ***Historia pregressa***
- A cliente é obesa. Não há historia de HAS e DM. Há relato de cirurgia de correção de fratura de fêmur há 10 anos (devido a queda em própria residência), com recuperação efetiva dos movimentos após procedimentos cirúrgico. Não há relato de alergias, etilismo ou tabagismo.
- ***Sistema familiar***
- Historia familiar positiva para cardiopatias. Cliente viúva, mãe de 5 filhos e avó de 9 netos. O filho relata que o convívio com a família é frequente e que a mãe gosta muito de estar com os familiares.
- ***Padrões de vida, orientação sócio cultural, interação social, disponibilidade de recursos e fatores ambientes relevantes***
- A cliente é professora de português aposentada, mora em residência que dispõe de saneamento básico adequado, gosta de assistir novelas, ler, bordar, ouvir música, conversar com os filhos e netos e ir ao culto.
- ***Requisitos de autocuidado***
- A cliente é calma, alegre, protestante praticante, não apresentava déficits no autocuidado de higiene corporal nem bucal, na locomoção, nem na eliminação urinária ou intestinal. Vinha apresentando nos últimos dias dificuldade para dormir devido à dispnéia. O hábito alimentar também se encontrava prejudicado pelo mesmo motivo.

ESTUDO DE CASO 1

continuação

Ao exame

Estado geral. Torporosa, com cianose nas extremidades, anictérica, hipocorada (+3/+4), mucosa oral e ocular ressecada, taquidispnéica (FR: 55 RPM), taquicárdica (FC: 132bpm), febril (Tax.: 40°) e hipotensa (PA: 80 x 50 mmHg; saturação de O₂ de 88%).

Higienização corporal e bucal: Adequada

Cabeça, olhos, ouvidos: Alterações: batimentos de aletas nasais

Tórax: Simétrico, tiragens intercostais

Sistema respiratório: Ronco bilaterais difusos, MV diminuídos no ápice do pulmão D. Expectorando secreção traqueal de aspecto purulento.

Rx de tórax: condensação no ápice do pulmão.

Sistema cardiovascular: bulhas normorítmicas e normofonéticas, pulso filiforme e rítmico.

Abdome: normortenso, ruído hidroaéreos presentes (RHA+), timpanismo presente, ausência de visceromegalias

Aparelho geniturinário: -----

Habito urinário: Oligúria, urina concentrada, não há relato de disúria.

Habito intestinal: Regular, uma vez ao dia. Evacuação ausente hoje.

Membros: cianose nas extremidades, perfusão capilar diminuída. Acesso venoso periférico no MSD.

Exames laboratoriais: Evidenciada alteração nos leucócitos: 17.700/mm³

Demanda terapêutica de autocuidado

Sistema totalmente compensatório. Devido ao torpor, a cliente encontra-se dependente de enfermagem para administração de oxigenoterapia, medicamentos, higienização, movimentação, avaliação dos sinais vitais, e acompanhamento do estado de consciência e cuidado com cateteres.

Sistema parcialmente compensatório: Por estar restrita ao leito, requer auxílio para as necessidades de eliminação urinária e intestinal.

Sistema de apoio e educação: Cliente e familiares requerem orientações sobre o quadro clínico.

EXERCÍCIO PARA CASA



EXEMPLO

- 08:20hs - Paciente consciente, orientado em tempo e espaço, calmo, corado, deambula sem auxílio da enfermagem, apresenta equimoses em MMSS e MMII, pele ressecada e discreta descamação nas mãos. Mantém scalp salinizado em MSD, sudorese intensa e prurido em panturrilha. Aceitou totalmente o jejum, refere ter evacuado a noite e ter dormido bem. Assinatura – COREN

Anotação de Enfermagem

08:00h – Aceitou todo o desjejum e conseguiu tomar banho no chuveiro com ajuda. Refere ter dormido melhor a noite. Técnico de Enfermagem Maria José. COREN-SP 263.897.

ANOTAÇÃO

- 08:00 – Aceitou todo o desjejum e conseguiu tomar banho no chuveiro com ajuda. Refere ter dormido melhor a noite. Técnico de Enfermagem Maria José. COREN-SP 263.897.
- 10:00 – Puncionado acesso venoso periférico em dorso da mão esquerda, sem intercorrências. Técnico de Enfermagem Maria José. COREN-SP 263.897.

Prontos para o badeijão?!

Obrigado!