

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E MEIO
AMBIENTE

CAROLINA DE OLIVEIRA NARDINI

REGISTRO DE CUIDADOS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

VOLTA REDONDA
2018

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E MEIO
AMBIENTE

REGISTRO DE CUIDADOS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Exame de Dissertação apresentado (a) ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aluna: Carolina de Oliveira Nardini

Orientadora: Prof^a. Dra. Ilda Cecília
Moreira da Silva

Coorientadora: Prof^a Dra. Lucrecia Helena
Loureiro

VOLTA REDONDA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária:Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

N224rNardini, Carolina de Oliveira
Registro de cuidados no prontuário do paciente./ Carolina de Oliveira Nardini -

Volta Redonda: UniFOA, 2018.

76 p. II.

Orientador(a): Ilda Cecília Moreira da Silva
Coorientador(a): Lucrecia Helena Loureiro

Dissertação (Mestrado) – UniFOA / Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2018.

1. Ciências da saúde - dissertação. 2. Enfermagem - ensino. 3. Enfermagem – campos de prática. I. Silva, Ilda Cecília Moreira da. II. Loureiro, Lucrecia Helena. III. Centro Universitário de Volta Redonda. IV. Título.

CDD – 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: Carolina de Oliveira Nardini

REGISTRO DE CUIDADOS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

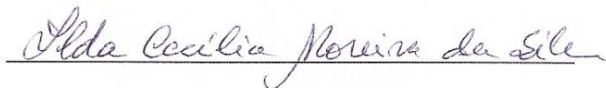
Orientadora:

Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva

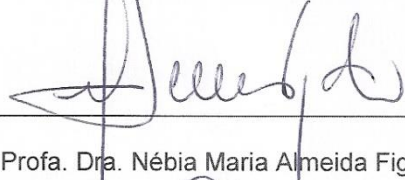
Co-orientadora:

Profa. Dra. Lucrécia Helena Loureiro

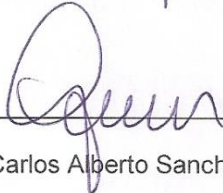
Banca Examinadora



Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva



Profa. Dra. Nélia Maria Almeida Figueiredo



Prof. Dr. Carlos Alberto Sanches Pereira

Agradeço à Professora Doutora Enfermeira Ilda Cecília Moreira da Silva, pela receptividade e carinho com que me recebeu. À Professora Doutora Lucrecia Helena Loureiro, pela orientação, atenção e dedicação. Aos amigos que fiz na Turma MECSMA 2016, a minha grande amiga Ana Maria Chavão que me adotou e me apoiou nos momentos difíceis, sem ela eu não teria chegado até aqui.

“Fazer e não registrar, registrar e não informar, informar e não monitorar, monitorar e não avaliar é o mesmo que não fazer”.

Elaine Emi Ito

RESUMO

Os registros de enfermagem consistem em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem. São elementos essenciais na documentação do cuidado humano, considerando que, quando redigidos adequadamente, possibilitam a comunicação e têm como finalidades estabelecer efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar; servem de base para a elaboração do plano assistencial; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; acompanham a evolução do paciente; favorecem a auditoria e colaboram com o ensino e pesquisa. No ambiente hospitalar as anotações no prontuário é de responsabilidade de toda a equipe multiprofissional que presta cuidados diretos ao cliente. Vale ressaltar, que os apontamentos realizados pelos estagiários são relevantes para a continuidade dos cuidados prestados. O Estágio Curricular Supervisionado constitui componente obrigatório nos projetos pedagógicos dos Cursos na área da saúde, com vistas à contextualização entre conhecimentos teóricos e realidade profissional. Portanto, esta pesquisa teve por objetivo a elaboração de uma cartilha educativa para auxiliar os alunos do curso de técnico de enfermagem, nas anotações dos cuidados prestados durante o período de estágio. Trata-se de estudo com abordagem metodológica, que foi desenvolvido em cinco etapas: levantamento bibliográfico, sistematização do conteúdo, escolha das ilustrações, composição do conteúdo e a construção. Dessa forma, considera-se que a cartilha possa ser utilizada pelos alunos em qualquer fase do aprendizado e com diferentes assuntos, mobilizando os mesmos na esfera do saber, fazendo o paralelo com a sua realidade e valorizando assim a práxis de enfermagem.

Palavras-chave: Ensino; Campos de Prática; Enfermagem.

ABSTRACT

Nursing records consist of a form of written communication of pertinent information to the client and the care received by the nursing team. They are essential elements in the documentation of human care, considering that when drafted properly, they enable communication and have the purpose of establishing effective communication between the nursing team and the other professionals involved in care; serve as the basis for the preparation of the assistance plan; provide inputs for the evaluation of the assistance provided; follow the evolution of the patient; favor auditing and collaborate with teaching and research. In the hospital environment, the medical records are the responsibility of all the multiprofessional team that provides direct care to the client. It is worth mentioning that the notes made by trainees are relevant to the continuity of the care provided. The Supervised Curricular Internship is a mandatory component in the pedagogical projects of the courses in the area of health, with a view to the contextualization between theoretical knowledge and professional reality. Therefore, the objective of this research was the elaboration of an educational booklet to help the students of the course of nursing technician, in the notes of the care provided during the internship period. It is a study with a methodological approach, which was developed in five stages: bibliographic survey, content systematization, choice of illustrations, content composition and construction. In this way, it is considered that the booklet can be used by students at any stage of learning and with different subjects, mobilizing them in the sphere of knowledge, making parallel with their reality and thus valuing nursing praxis.

Keywords: Teaching; Fields of Practice; Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	OBJETIVOS.....	15
1.1.1	Objetivo Geral	15
1.1.2	Objetivos Específicos	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ESCRITA.....	16
2.2	A COMUNICAÇÃO ESCRITA NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	16
2.3	PRONTUÁRIO DO PACIENTE	18
2.3	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	20
2.4	FINALIDADE DOS REGISTROS	21
2.5	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	22
2.6	FUNDAMENTOS LEGAIS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	22
2.7	CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL.....	25
2.8	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	27
2.9	PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM.....	29
2.10	TIPOS DE RELATÓRIOS DE ENFERMAGEM	30
2.11	REGRAS PARA A ELABORAÇÃO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.....	31
2.12	CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO AO DISCENTE.....	33
3	MATERIAIS E MÉTODOS	34
3.1	DESENHO E PERÍODO DO ESTUDO	34
3.2	POPULAÇÃO OU AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
3.3	COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	39
3.4	PROTOCOLO DO ESTUDO	40
4	CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO PARA AREA DO ENSINO	69
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70

BIBLIOGRAFIA

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Comparativo entre anotação e evolução de enfermagem.	31
Quadro 2 Artigos elegidos que teceram a amostra.	36

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Capa do guia prático.....	43
Figura 2 – Contra capa.	44
Figura 3 - Apresentação	45
Figura 4 – Sumário	46
Figura 5 – Nomenclatura	47
Figura 6 – Terminologia dos sinais vitais	48
Figura 7 - Admissão e alta.	49
Figura 8 – Óbitos, curativos e punção venosa.	50
Figura 9 – Inalação/nebulização e enteóclise.	51
Figura 10 – Glicemia capilar e higiene do paciente.....	52
Figura 11 – Administração de medicamentos.	53
Figura 12 – Angulo de aplicação.....	54
Figura 13 – Intradérmica e Subcutânea, e Estrutura da seringa.	55
Figura 14 – Roteiro de anotação diária.	56
Figura 15 – Clínica Médica.	57
Figura 16 – Clínica cirúrgica e pediatria.....	58
Figura 17 – Centro cirúrgico.....	59
Figura 18 – Pós operatório.....	60
Figura 19 – Maternidade.....	61
Figura 20 – Pós-parto.	62
Figura 21 – Casa de longa permanência.	63
Figura 22 – UTI (Unidade de Terapia Intensiva)	64
Figura 23 – Lista de siglas.	65
Figura 24 – Lista de siglas	66
Figura 25 – Lista de siglas.	67
Figura 26 – Fim do guia.	68

1 INTRODUÇÃO

Tentando facilitar a compreensão acerca do complexo tema que é a comunicação dentro dos serviços de saúde, vamos iniciar nosso trabalho apresentando um jeito de olhar a troca de informações e o entendimento entre o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores as pessoas.

É importante também perceber que a comunicação é um processo humano de emissão e recepção de mensagens, para isto, estaremos nos apropriando de muitos conceitos sobre a temática. Oliveira *et al.*(2005), diz que, existem dois meios de entendimento: o verbal e o não-verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não-verbal.

Assim, o intercâmbio de mensagens entre o emissor e o receptor deve ser considerado como relevante para o processo de cuidar. Dentro deste debate, e interessante observar como alguns autores tratam o assunto, como Ito *et al.* (2011) vem produzindo reflexão sobre o tema comunicação na área da saúde.

Ito *et al.* (2011), aponta algumas questões interessantes ao afirmar que a comunicação escrita representa um meio de documentar permanentemente, no prontuário do cliente, as informações relevantes sobre os cuidados prestados por diversos profissionais de saúde que podem integrar-se, também, por meio dos registros realizados.

Mas vale a ressalva de que o registro escrito para o profissional de enfermagem além de ser uma exigência legal (RES.COFEN 311/2007; Lei 7.798/86), garante a continuidade da assistência prestada. Podemos dizer que consiste em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem. São elementos essenciais na documentação do cuidado humano, considerando que, quando redigidos adequadamente, possibilitam a comunicação e têm como finalidades estabelecer efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar; servem de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; acompanham a evolução do paciente; favorecem a auditoria de enfermagem e colaboram com o ensino e pesquisa em enfermagem.

Nos serviços de saúde, os registros e descrito em prontuário, do latim

prontuarium, designa toda a espécie de fichário ou livro de apontamentos, onde, devidamente classificada e em certa ordem, tem-se disposta uma série de informações que devam ser de pronto encontradas. De acordo com o dicionário Aurélio, prontuário é “lugar onde se guardam ou depositam coisas das quais se podem necessitar a qualquer instante”.

Prontuário do paciente é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais, prestados ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados, (CFM 1331/89). Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, (RES. CFM 1.638/2002).

Os registros de enfermagem são essenciais para o preenchimento do prontuário, por meio deles é possível ratificar os procedimentos realizados ao paciente, bem como o estado de saúde do mesmo.

Autores, como Setz; D'innocenzo (2009), descreveram que os registros de enfermagem têm como objetivos estabelecer uma comunicação efetiva entre os profissionais responsáveis pelo tratamento do paciente, base para elaboração do plano assistencial, instrumento de avaliação da assistência prestada, acompanhar a evolução do paciente, além de, constituir um documento legal para a auditoria, ensino e pesquisa em enfermagem.

E, neste sentido, durante o período de estágio curricular obrigatório, o aluno do curso técnico de enfermagem, compreende a importância do registro em prontuário e a relevância das anotações sobre o estado de saúde do paciente. O Estágio Curricular Supervisionado constitui componente obrigatório nos Cursos Técnicos em Enfermagem, com vistas à contextualização entre conhecimentos teóricos e realidade profissional. Deve ser realizado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidade, totalizarem carga horária mínima que representa 20% da carga horária total do curso, e ser executado durante os dois últimos períodos do curso (COFEN, 2013).

Mas vale a ressalva de que o conhecimento teórico juntamente com as experiências adquiridas durante o período de estágio supervisionado constituem habilidades, que serão fundamentais para o futuro profissional. Ele traz aprendizado

multiprofissional, além de propiciar um laboratório vivo para as questões da educação em saúde.

Deste modo, o emprego de material educativo impresso tem sido utilizado para melhorar o conhecimento, e pode ter impacto positivo na qualidade da assistência prestada, além de ser capaz de apoiar o processo ensino-aprendizagem.

Assim, as cartilhas são propostas como instrumento facilitador das atividades do educador, atuando como ferramenta mediadora da discussão entre docentes e discentes. Pode-se afirmar, então que a interpretação de um guia prático associadas à clínica dos clientes/pacientes, poderá auxiliar o estagiário na execução das técnicas de enfermagem.

Neste sentido a relevância deste estudo está em fornecer dados que auxiliem os discentes na prática, buscando a melhor forma de relatar os cuidados prestados no prontuário do cliente; trata-se de uma ferramenta de ensino que dá concretude ao processo de enfermagem.

O interesse por esta temática advém da observação como docente do estágio curricular supervisionado do curso técnico de enfermagem, acerca das indagações dos alunos sobre a metodologia utilizada para registro de enfermagem em prontuário.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Criar e apresentar um modelo padronizado de anotação de enfermagem para os alunos do Curso Técnico em Enfermagem.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Elaborar um modelo padrão de anotação de enfermagem no curso técnico de enfermagem;

- Apresentar para os alunos do curso técnico em enfermagem uma cartilha educativa contendo os registros em prontuário de forma padronizada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ESCRITA

O ser humano tem a habilidade de se comunicar. Todavia, a peculiaridade da mensagem transmitida e o entendimento do conteúdo, constantemente, são inadequados, afetando significativamente as relações interpessoais e os resultados organizacionais.

Visando a melhoria contínua das ações, particularmente em saúde, foco deste projeto, intensifica-se a relevância de entender a pertinência da comunicação escrita para a habilidade dos processos de trabalho.

Stefanelli (1990) elucida a comunicação sendo “o processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, no qual as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio influencia no comportamento das pessoas envolvidas a curto, médio e longo prazo, no local onde ocorreu a comunicação ou mesmo a distância”.

A escrita é uma ciência de comunicação empregada e desenvolvida historicamente nas sociedades humanas. Corriqueiramente, o papel central atribuído à escrita é a de registro de informações, contudo, transfigura-se de suma importância destacar a relevância do mesmo modo para a difusão de informações e a produção do conhecimento.

A comunicação escrita configura um meio de registrar continuamente, no prontuário do paciente, as informações pertinentes acerca dos cuidados prestados por vários profissionais da saúde que podem associar-se, da mesma forma, por meio dos registros efetuados.

2.2 A COMUNICAÇÃO ESCRITA NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

A comunicação entre os integrantes da equipe de saúde é de extrema relevância para que os profissionais intervenham de modo eficaz, propiciando assistência qualificada e efetiva no acolhimento adequado às demandas do processo saúde-doença do paciente.

A comunicação escrita na prática da enfermagem é primordial em tempos

contemporâneos. Diversas informações eram transmitidas meramente de forma verbal, atualmente amplifica a relevância do registro escrito como respaldo legal para o profissional e para a instituição.

Em conformidade com Daniel (1983), no ato de assistir, próprio da Enfermagem, está implícita a arte da comunicação, sendo esta a mola propulsora para o desenvolvimento das atividades globais. A comunicação interfere nos resultados das ações de Enfermagem e propicia os pilares para a organização e o funcionamento de todos os grupos sociais.

A comunicação é uma das ferramentas básicas da profissão indicadas por HORTA (1970), que as considerou como conhecimentos e habilidades, sem os quais os enfermeiros não poderiam produzir um trabalho eficiente e se desenvolverem profissionalmente, a fim de contribuir para uma Enfermagem científica. Posteriormente, Cianciarullo (1996) alega que ainda constituem um enfoque atual e central na Enfermagem.

Considerando as condutas do processo de cuidar vinculadas ao exercício da enfermagem, ressalta-se a forma de comunicação escrita como elemento primordial dos princípios da assistência qualificada, distinguida e com o intuito de promover o seguimento do atendimento às necessidades de saúde demandadas pelo cliente/paciente.

Cianciarullo *et al.* (2001) refere à narração escrita como o registro de forma descritiva daquilo que foi realizado, observado e aquilo que se obteve de informação do paciente/família.

Os autores em questão julgam o tipo de anotação citado acima o mais habitual usado e também o que dispõe maior complexidade na sua formulação e descrição, pois requer do profissional pleno conhecimento da linguagem, visto que a exigência vai além da proporção técnica, é necessário efetuar registros objetivos de aspectos não numéricos.

Destaca-se que registrar vai além de documentar, uma forma de se comunicar, consignando por escrito as ocorrências do cliente, as ações assistenciais executadas, os problemas reais e potenciais identificados, bem como as medidas implantadas para uma assistência de enfermagem com qualidade, (JOHANSON, 2002).

De acordo com Dias (1999), o registro escrito retrata a qualidade do atendimento de enfermagem ao cliente, reflete o grau de preparo dos profissionais e

favorece a continuidade do trabalho, tanto nos diferentes plantões quanto nas diferentes áreas de assistência em instituições de saúde.

Por tanto o registro de enfermagem constitui a comunicação escrita dos acontecimentos principais, de forma a preservar uma história contínua das ocorrências durante um intervalo de tempo em que o cliente/paciente seja acompanhado pela equipe de enfermagem.

Há uma constante preocupação com o registro e a conscientização dos profissionais quanto à importância da documentação da assistência de Enfermagem prestada. Primeiro, por ser um respaldo para o profissional; segundo, por se tratar de uma exigência legal e, finalmente, por objetivar a continuidade da assistência prestada, permitindo aos profissionais da área fomentar a pesquisa, o ensino e a auditoria dos cuidados prestados (FONTES, 2003).

Pode-se destacar que o progresso do hábito de uma escrita apropriada advém da prática da leitura. Alguns autores apresentam em estudos que a particularidade da escrita, é proporcional ao hábito constante de leitura do profissional, pois quanto mais lê, mais crítico se torna mais conhecimento adquire e, conseqüentemente escreve melhor, desenvolvendo desse modo padrões de qualidade em seus registros (FERNANDES, 1981; DUGAS, 1998; DANIEL, 2003).

Segundo Potter e Perry (1999) “o registro é um aspecto vital na prática da Enfermagem. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade dos registros evoluíram, porém o foco continua a ser o impacto positivo no cuidado sobre o cliente”.

De acordo com Santos (2003), as anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação da Enfermagem e 50% das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas pela Enfermagem, o que torna indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário do cliente.

2.3 PRONTUÁRIO DO PACIENTE

O objetivo do registro é nortear os alunos do Curso Técnico em Enfermagem para a prática dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição.

O prontuário do paciente é um documento que se origina da passagem de um paciente em um serviço de saúde, seja para uma simples consulta e/ou uma internação hospitalar. Esse documento terá informações referentes ao paciente, a sua doença e ao tratamento (ITO, 2011).

De acordo com Possari (2005), há sinais da existência de um prontuário desde a Idade da Pedra, em que há dados gravados em murais. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro cirúrgico de Edwin Smith, que o adquiriu e o traduziu em 1862. O documento é considerado o mais antigo texto sobre doenças já conhecido, datado de 1660 a. C; esse manuscrito aborda quarenta e oito casos clínicos e cirúrgicos.

Nota-se a relevância que as anotações devem ter ao se observar os registros realizados pelos profissionais de saúde, tendo em vista a complexidade do tratamento feito pela equipe multiprofissional ao paciente.

Pode-se perceber que os registros executados pelos profissionais de saúde são vistos como base de avaliação da qualidade dos serviços prestados. Os registros em questão são pertinentes nos processos do trabalho.

Seguindo a linha de raciocínio sobre a importância das informações e registros em prontuário o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução nº 1.638/2002, define prontuário do paciente como um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base nos fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e a pesquisa em saúde; a formulação, a implantação e a avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais.

O prontuário do paciente é um importante documento onde se registra não só a anamnese do paciente e sim toda a assistência prestada, onde se incluem o exame físico, as prescrições terapêuticas, os resultados de exames complementares e relatórios das várias equipes que atuam no processo saúde – doença. Além disso, serve também para analisar a evolução da doença e os resultados alcançados, bem como se constitui em fontes de dados estatísticos e defesa do profissional de saúde, (POSSARI, 2005).

O prontuário do paciente é único e singular, nele deve constar identificação completa como sexo, endereço, nome dos pais e naturalidade. De acordo com Marin, Massad e Azevedo (2003), o prontuário do paciente tem as seguintes funções:

- a) Apoiar o processo de atenção a saúde, servindo de fonte de informação clínica e administrativa para tomada de decisão e meio de comunicação compartilhado entre todos os profissionais;
- b) É o registro legal das ações médicas;
- c) Deve apoiar a pesquisa (estudos clínicos, epidemiológicos, avaliação da qualidade);
- d) Deve promover o ensino e gerenciamento dos serviços, fornecendo dados para cobrança e reembolso, autorização dos seguros, suporte para aspectos organizacionais e gerenciamento do custo.

2.3 PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

A Organização Pan-Americana de Saúde (2006) define tecnologia da informação como um conjunto de conhecimentos técnicos e práticos, que tem o objetivo de favorecer sua aplicação no atendimento dos usuários. Envolve a criação, direção e suprimentos de recursos tecnológicos, necessários para o desenvolvimento e operação de aplicações documentais de uma organização.

Para Santos (2005), o sistema de informação deve ser entendido como um processo complexo que envolve estudos técnicos, organizacionais, comportamentais e ambientais. A integração do sistema com a prática e o processo de trabalho na área da saúde envolve muitos fatores, como educação, mudanças de atitudes, cultura organizacional, padronização da linguagem e prática sistematizada.

De acordo com Massad (2003), o uso de computadores na área da saúde é caracterizado pelo chamado sistemas de informação, nos quais está incluso o prontuário eletrônico do paciente, onde se relaciona o desenvolvimento de programas para documentar e processar as informações da assistência prestada ao paciente pela equipe de saúde.

Nota-se que através da informatização do prontuário do paciente, as informações são atingidas de forma rápida e posteriormente tendo uma

intervenção apropriada em todos os segmentos profissionais de atenção à saúde.

Marin (2003) afirma que a proposta básica do prontuário eletrônico do paciente é unir todos os diferentes tipos de informações produzidas em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde, sendo uma estrutura eletrônica para manutenção de informações sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo, seja ele hospitalizado ou não.

Levando em consideração as finalidades e benefícios que o prontuário eletrônico traz para os profissionais da saúde, este sistema de informação é um mecanismo que aponta os cuidados ao paciente de forma rápida e eficiente, entretanto há a necessidade de um olhar pensando na segurança dessas informações, atentando sempre para a privacidade e a confidencialidade desses dados.

2.4 FINALIDADE DOS REGISTROS

Os registros em enfermagem têm como finalidades estabelecer uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente; garantir a qualidade do atendimento sendo utilizado como fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada (comitê interno hospitalar); registrar por escrito em ordem cronológica da enfermidade de um paciente e dos cuidados oferecidos, desde o surgimento do problema até a alta/óbito/transferência hospitalar; fornecer dados como documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe médica e de enfermagem (e outros), referente à assistência prestada.

Auxiliar no ensino e pesquisa utilizando os registros do paciente; analisar as atividades realizadas pela equipe de enfermagem por meio do prontuário do paciente. Cada profissional que registra algo no prontuário de um paciente é responsável pela informação anotada.

As anotações de enfermagem produzem informações que irão auxiliar o enfermeiro na determinação do plano de cuidados/prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente e resultados desejados; e desenvolvimento da evolução de enfermagem.

Desta forma, a Anotação de Enfermagem é imprescindível para o progresso

da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução COFEN n. 358/2009), pois é fonte de dados fundamentais para certificar 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. (CIANCIARULLO *et al.*, 2001).

2.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Ochoa-vigo (2001) afirma que é momento de entender e assumir os registros de enfermagem no prontuário do paciente como parte integrante do processo de enfermagem, compreendendo que as informações de cuidados prestados é a forma para mostrar o trabalho, bem como para o desenvolvimento da profissão.

Por se tratar de um documento legal, os registros apenas terão valor se forem datados e assinados e, claramente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras.

Segundo Oguisso (1975), são essas recomendações que caracterizarão a autenticidade de um documento. Para a autora, a ausência dos registros, ou realizados de forma incompleta podem indicar uma má qualidade da assistência de enfermagem.

É relevante ressaltar que está evidenciada a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e também sobre os seus reflexos, além da responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal.

2.6 FUNDAMENTOS LEGAIS DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

- Constituição Federal

- Art. 5º- X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral

decorrente de sua violação (BRASIL, 1998)

- Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem:

- Art. 11 – O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: I – privativamente.

(...) planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de 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.”

(BRASIL, 1986).

- Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n.7.498/86 Cabe 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;

(...)

Cabe 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.

(...)

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 (BRASIL, 1987).

Resolução COFEN n.429/12 – 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. (COFEN, 2007)

Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

- Direitos

Art. 1º - Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º - Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

(...)

Art. 68 - Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

- Responsabilidades e Deveres

(...)

Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade, assistência de enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 16 - Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 17 - Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 25 - Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 41 - Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 54 - Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 71 - Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 - Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

- Proibições

(...)

Art. 35 - Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada;

Art. 42 - Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro.

(...)

2.7 CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

“Art. 368 - 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, relativa a determinado fato, o documento particular prova a declaração, mas não o fato declarado, competindo ao interessado em sua veracidade o ônus de provar o fato.”

(...)

Art. 386 - O juiz apreciará livremente a fé que deva merecer o documento, quando em ponto substancial e sem ressalva contiver entrelinha, emenda, borrão ou cancelamento.

Art. 371 - Reputa-se autor do documento particular:

I – aquele que o fez e o assinou;

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

(...)

Art. 372 Compete à parte, contra quem foi produzido documento particular, alegar no prazo estabelecido no art. 390, se lhe admite ou não autenticidade da assinatura e a veracidade do contexto; presumindo-se, com o silêncio, que o tem por verdadeiro.

- Código Civil Brasileiro

(...)

“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.

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.

- Código Penal

Art. 18 - Diz-se o crime: (...)

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

- Lei n. 8.078/90 – 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.”

- Portaria MS n. 1.820/2009 – Carta dos direitos dos usuários da saúde

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

(...)

III – Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o

encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência.

– Registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

- a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe;
- 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 radiológico;
- g) 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.

As legislações relevantes às anotações de enfermagem demandam coerência e qualidade nas redações, frisando a importância de um documento legal de comunicação.

2.8 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Tanji (2004) salienta que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) proporciona, por meio de registros, a comunicação entre a equipe de multiprofissional e a instituição, o respaldo ético/legal representando assim um importante meio para assegurar a qualidade da assistência.

Os registros em enfermagem geram dados relacionados ao cliente, dados estes que servirão de subsídios para que o enfermeiro realize e implante a SAE.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de Enfermagem para a implantação das ações sistematizadas, (DANIEL, 1979).

Conforme a Resolução COFEN nº 358/2009 que “dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem”, salienta-se que:

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;

Art. 2º - O processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

- I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem);
- II - Diagnóstico de Enfermagem;
- III - Planejamento de Enfermagem;
- IV – Implantação;
- V - Avaliação de Enfermagem.

Art. 4º - Ao Enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.948, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta, incumbe à liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face dessas respostas;

Art. 5º - O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro;

Art. 6º - A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento no processo de saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados e,
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

A vista disso percebe-se que a anotação registra exatamente aquilo que foi observado ou executado, sem comparações e análises dos dados, enquanto a evolução exige do enfermeiro reflexão crítica para comparar e contextualizar os dados, analisando e avaliando-os para um melhor direcionamento de cuidados. (CIANCIARULLO, 2001).

2.9 PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM

Os métodos educativos devem transpassar a prática profissional de maneira a viabilizar os estudantes a oportunidade de experimentarem ativamente a aprendizagem, tal como qualificar os futuros profissionais a prosseguirem aprendendo ao longo do desenvolvimento profissional.

Matos e Carvalho (2002) alegam que os problemas identificados em relação à prática e ao ensino da comunicação escrita das ações de Enfermagem pouco se alteram com o passar do tempo. Ao avaliar as anotações realizadas pelos alunos, as referidas autoras constataam parágrafos demonstrando a ausência de objetividade por parte dos profissionais redatores, levando-as a supor que estivesse ocorrendo alguma deficiência no processo ensino-aprendizagem dos cursos de Enfermagem.

De acordo com estudo elaborado por Fernandes (1989), nota-se que não há um princípio comum de orientação ao aluno no que se refere o tema “anotação de Enfermagem”. As autoras sugeriram a especificação de normas gerais para a realização dos registros de Enfermagem, visando homogeneizar o ensino e facilitar a sedimentação de aprendizado.

A prática e o ensino são de extrema relevância para o aprendizado, assim sendo não há como fazer dissociação entre eles. A continuidade do ensino deve ser mantida na prática das instituições de saúde, como uma educação continuada.

Na década de 70, Ribeiro (1972) aponta a grande importância a ser dada ao ensino das anotações de enfermagem durante todo o curso técnico ou de graduação em Enfermagem, o que implica o constante aperfeiçoamento da orientação sobre as anotações a serem ministradas aos estudantes.

Nóbrega (1980) discorre sob duas questões relevantes para a melhoria da qualidade das Anotações de Enfermagem. Uma das questões é relativa ao fato de o ensino de Enfermagem valorizar as anotações das atividades profissionais e, a outra, ao fato de o campo da prática utilizado pelos estudantes de Enfermagem

oferecer um sistema adequado de anotação. É nítido que a anotação adequada de um cuidado realizado pelo profissional está estreitamente ligado ao conhecimento ofertado no decorrer do curso, apresentando assim a inevitável necessidade de que a instituição de ensino e a instituição de saúde partilhem do mesmo modo da preocupação de promoção de constante aprimoramento sobre o ensino e a prática da anotação de enfermagem.

O prontuário do paciente fornece os dados relacionados aos cuidados prestados, na atualidade a realização de pesquisas científicas é habitual com o intuito de verificar evidências da qualidade do tratamento. Considera-se então que os registros/anotações de enfermagem são utilizados como fonte de dados verídicos para a realização de pesquisas científicas, colaborando como princípio de informação segura e confiável.

2.10 TIPOS DE RELATÓRIOS DE ENFERMAGEM

Todas as ações executadas pela equipe de enfermagem são consideradas como Relatório de Enfermagem, que podem ser apresentados de diversos formatos e em diferentes locais podendo ser realizados manual ou eletronicamente.

Anotação de Enfermagem é definida como o registro ordenado e sistematizado da assistência de Enfermagem prestada, contendo dados pontuais como sinais e sintomas apresentados e referidos das intercorrências e respostas do cliente. (ITO *et al.*, 2011)

Evolução de Enfermagem é o registro realizado após a avaliação do estado geral do cliente, com o objetivo de nortear o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implantadas. Faz parte de uma das etapas da Sistematização e é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro. É, em síntese, uma avaliação global do plano de cuidados implantado. (ITO *et al.*, 2011)

O quadro 1 um elucida com clareza tais diferenças supracitadas. Vale ressaltar que ambas são usadas no cotidiano de registros de enfermagem.

Quadro 1 – Comparativo entre anotação e evolução de enfermagem.

Anotação	Evolução
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem)	Elaborada apenas pelo enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24 horas
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise dos dados

Fonte: CIANCIARULLO, 2001.

2.11 REGRAS PARA A ELABORAÇÃO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Deve ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do COREN, conforme consta nas Resoluções COFEN 191/2009 e 448/2013 em seu art. 6º, ao final de cada registro:

a) O uso do carimbo pelos profissionais da Enfermagem é facultativo.

2. Observar e anotar como o paciente chegou:

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.);

3. 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);

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

5. Dados do Exame Físico;

6. Cuidados realizados;

7. Intercorrências;

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

9. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

10. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo líquido;

11. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;

12. Conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;

13. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;

14. Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;

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

16. Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

17. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

18. Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

Assim, pode-se 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.

2.12 CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO AO DISCENTE

O estágio supervisionado garante ao discente uma oportunidade de se auto descobrir como profissional, de conviver com futuros colegas de profissão, de vivenciar habilidades como responsabilidades que lhes são conferidas, tão essenciais para a formação do futuro técnico em enfermagem.

Em campos de prática, o aluno se depara com vários sentimentos que podem intervir tanto de forma positiva como negativa o seu desempenho durante o processo de avaliação. Sendo assim, a forma como o preceptor de estágio se coloca ao orientar os discentes exerce grande influência durante esse processo, já que o aluno tem o supervisor como um exemplo de profissional a ser seguido, tanto em relação à assistência quanto ao comportamento no que diz respeito à ética profissional, como ressalta (CASATE; CORRÊA, 2009).

Por tanto, a instituição de ensino deve procurar ofertar profissionais capacitados a orientar os alunos quanto à atividade prática baseada no conhecimento teórico, ITO; TAKAHASHI (2005) clarificam esse assunto ao afirmar:

“O enfermeiro atuante na prática tem papel fundamental no processo de aprendizagem do aluno que desenvolve o estágio curricular em sua unidade de trabalho, pois será uma referência importante de trabalho, o facilitador e o integrador do aluno ao serviço e a equipe de saúde, sendo necessário que este profissional esteja seguro para transmitir a sua experiência”.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO E PERÍODO DO ESTUDO

Antes da elaboração do material didático, para realizar o levantamento das temáticas utilizadas no desenvolvimento de cartilhas educativas na área da saúde, deu-se início a revisão integrativa da literatura, assim garantindo que o material elaborado seria o dia a dia do discente, utilizando-se de artigos científicos, para elaboração de um texto informativo acerca dos registros em prontuários hospitalares.

Diante destes levantamentos, e com base no contexto descrito e nos pontos relacionados à qualidade e à forma de anotações nos prontuários dos pacientes, desenvolveu-se uma cartilha para orientação dos alunos do 3º ano do Curso Técnico de Enfermagem, um material didático acessível ao professor e ao aluno referente à padronização dos registros nos prontuários médicos.

Estudo com abordagem metodológica, do tipo construção de uma tecnologia educativa no qual se seguiram as etapas: seleção do conteúdo e tipo de tecnologia a ser construída (para essa etapa, foi realizada revisão integrativa). A busca ocorreu nos meses de julho a outubro de 2017. A produção da cartilha educativa deu-se nos meses de junho a setembro de 2017.

3.2 POPULAÇÃO OU AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O quantitativo de artigos pesquisados no período proposto totalizou 63 artigos. Ao aplicar os critérios de inclusão chegou-se à amostra desta revisão integrativa que totalizou nove artigos, sendo todos encontrados simultaneamente no periódico da CAPES.

As nove publicações que integraram a amostra final encontram-se relacionadas no quadro dois, evidenciadas quanto ao ano de publicação, autoria, título, qualis/periódico, delineamento metodológico e principais resultados.

Os demais artigos não foram incluídos por não atenderem aos critérios previamente definidos, a saber: 28 artigos não estavam disponíveis em português, 20 não estavam disponíveis na íntegra e 15 abordavam aspectos referentes apenas

a enfermagem excluindo a cartilha.

Quadro 2 - Artigos elegidos que teceram a amostra.

Artigo	Ano	Autor (es)	Título	Qualis /Periódico	Delineamento Metodológico	Principais Resultados
A ¹	2015	Marilei de Melo Tavares e Souza Cláudia Mara Melo Tavares Nice Linda Gama Joanir Pereira Passos	Cartilha Dramatização - Um Produto Técnico-Educativo	A1 Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.	Pesquisa descritiva, com enfoque qualitativo dos dados.	Compreende-se que o processo de análise da dramatização deve ser tomado pela expressão de sentidos de natureza coletiva, evitando-se análise de cunho individual. A interpretação deve respeitar os limites do tema pactuado com o grupo, valorizando-se a história e características locais do grupo.
A ²	2014	<i>Alessandra Conceição Leite</i> <i>Funchal Camacho</i> <i>Louise Theresa de Araújo Abreu</i> <i>Bruna Silva Leite</i> <i>Ana Carolina de Oliveira Mata</i> <i>Drielle dos Santos Louredo</i> <i>Rafael Pires Silva</i>	Validação de cartilha informativa sobre idoso demenciado pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem: estudo observacional-transversal	B3 Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.	Pesquisa observacional do tipo transversal.	A validação da cartilha foi satisfatória na análise dos avaliadores, pois a maioria das respostas recebeu conceitos adequados não apresentando variações importantes. Quanto ao parâmetro de valoração em seus itens de avaliação em grande parte a cartilha possui concordância nos conceitos atingindo a meta proposta.
A ³	2013	<i>Ellen Cristine Ramdohr</i> <i>Sobrinho</i> <i>Karen Grecco de Freitas</i> <i>Rosely Moralez de Figueiredo</i> <i>Juliano de Souza Caliani</i>	A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde	B5 Revista Eletrônica de Enfermagem.	Pesquisa descritiva exploratória.	Há a necessidade de ações educativas específicas para esses profissionais, tendo em vista o papel crucial que os mesmos desempenham no controle da doença. Acredita-se que esses resultados possam subsidiar estratégias educativas e a adoção de políticas de controle da doença voltadas para o agente comunitário.

A ⁴	2012	<i>Luciana Magnoni Reberte Luiza Akiko Komura Hoga Ana Luisa Zaniboni Gomes</i>	O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante	A2 Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Pesquisa-ação como método de pesquisa.	As opiniões das gestantes e dos peritos, que consideraram a cartilha enriquecedora e esclarecedora, justificam o uso da cartilha como recurso adicional das atividades educativas, realizadas durante o período pré-natal.
A ⁵	2012	<i>Edaiane Joana Lima Barros Silvana Sidney Costa Santos Giovana Calcagno Gomes Alacoque Lorenzini Erdmann</i>	Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade	A1 Revista Gaúcha de Enfermagem.	Pesquisa descritiva exploratória.	A cartilha educativa apresenta-se como mais um instrumento de promoção da saúde, facilitador do processo educativo em saúde, tornando a pessoa idosa estomizada copartícipe do seu cuidado.
A ⁶	2016	<i>Andressa Ferreira Leite Ladislau Albuquerque Ana Karina Bezerra Pinheiro Francisca Márcia Pereira Linhães Tatiane Gomes Guedes</i>	Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas	B1 Revista Brasileira de Enfermagem.	Estudo metodológico, com foco na construção e validação de cartilha impressa.	A cartilha foi considerada válida segundo os especialistas, com média global de CVI igual a 0,87 e, segundo o público-alvo, com 100% de concordância quanto à adequação da organização, estilo da escrita, aparência e motivação da cartilha.
A ⁷	2012	Fabiane Ferreira Couto Neide de Souza Praça	Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado	B1 Revista Brasileira de Enfermagem.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, teve como objetivo identificar o suporte materno, no domicílio, para o cuidado do recém-nascido prematuro egresso de Unidade Neonatal.	Os resultados acrescem o conhecimento de enfermagem pela diversidade de recursos que emergiram, e que revelaram a importância da inserção materna na Unidade Neonatal; valorizaram a Cartilha de orientação oferecida pelo serviço; e destacaram a relevância do apoio social para o cuidado do bebê, no domicílio.
A ⁸	2012	Adriana Kelly Santos Ana Paula Goulart Ribeiro Simone Monteiro	Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de	A1 Fundação UNI	Pesquisa qualitativa.	O uso dos materiais educativos nas atividades de grupo no serviço de saúde favorece a melhor compreensão de aspectos clínicos, psicológicos e

			saúde no Rio de Janeiro			socioculturais sobre a hanseníase, e contribui para potencializar o diálogo entre usuários e a equipe de saúde.
A ⁹	2012	<i>Sabrina Corral Mulato</i>	Pesquisa-ação com graduandos do curso de bacharelado e licenciatura em enfermagem na identificação de estresse, cansaço e desconforto físico à promoção de saúde física e mental no cotidiano acadêmico	A1 Interface: Comunicação Saúde Educação	Pesquisa qualitativa mediatizada pela pesquisa-ação.	Esta investigação trouxe dados significativos sobre o tema pesquisado, revelado indícios de sinais e sintomas sobre a doença, numa amostra de alunos de graduação em enfermagem, propondo atividades alternativas para alívio das tensões advindas do cotidiano acadêmico, além da construção da cartilha educativa sobre o assunto, visando atender suas necessidades pessoais e posteriormente profissionais.

3.3 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Após a análise dos artigos incluídos na presente revisão integrativa, reuniram-se os resultados em duas vertentes: Cartilha educativa como instrumento facilitador do aprendizado e Processo educativo em saúde. Essas vertentes serão discutidas a seguir.

Em relação à cartilha educativa percebe-se que a contribuição para o estudo foi satisfatória, uma vez que um número significativo de artigos acrescenta âmbito de conhecimento e promoção à saúde para a enfermagem. Verificou-se que a cartilha é um objeto facilitador no processo de ensino-aprendizagem, se torna instrumento de promoção à saúde, efetua a integração entre teoria e prática, auxilia a metodologia de estratégia de ensino, favorece a melhor compreensão de aspectos clínicos, psicológicos e socioculturais em campos de prática, considerada como recurso adicional das atividades educativas.

Hoffmann; Warrall (2004) descrevem que o material educativo impresso tem sido utilizado para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes. Recomenda-se o uso do material educativo escrito por profissionais de saúde como ferramenta de reforço das orientações verbalizadas.

A utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas (ECHER, 2005).

A contribuição desses materiais para a promoção da saúde e do ensino depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração.

Os modelos de comunicação, baseados na relação dialógica e em princípios multidirecionais, permitem a existência do diálogo entre as pessoas envolvidas no processo de construção de uma cartilha (CARVALHO, 2007).

A interação e a troca de conhecimentos, considerando-se o estilo de vida das pessoas, são aspectos essenciais nesse processo (FREIRE, 2003).

O material educativo impresso tem sido utilizado como uma estratégia de ensino como forma de suporte ao discente em campos de prática. Desta forma a

relevância da cartilha se torna evidente na medida em que é um veículo que facilita o processo de ensino-aprendizagem.

Vale ressaltar que o enfermeiro pode contribuir nas intervenções educativas, apresentando conteúdos e analisando recursos instrutivos realizados para a educação em saúde. Os autores da revisão apontam as intervenções educativas como estratégia de ensino relevante no processo ensino-aprendizagem.

No que tange ao processo educativo, a cartilha é citada pelos autores como um instrumento necessário para ações educativas específicas contribuindo no aprendizado dos profissionais. Reconhecem que os resultados obtidos pela mesma possam vir a subsidiar estratégias educativas e a adoção de políticas de controle visando à promoção a saúde.

O uso crescente de materiais educativos possibilita o processo de ensino-aprendizagem por meio de interações mediadas pelo locutor (enfermeiro), paciente e família (leitor) e o material educativo escrito (objeto do discurso). Assim sendo, gera desafios e requer definições claras dos objetivos educacionais a serem atingidos pelo público-alvo. (FREITAS; CABRAL, 2008).

Corroborando com essa assertiva, Hoffmann; Warrall (2004) apontam que na construção de novos materiais escritos com vistas à educação em saúde e elaborados por profissionais de saúde, esses precisam ser examinados para maximizar sua efetividade. Além disso, compreender os procedimentos de abordagens para validação de conteúdo é importante para pesquisadores e profissionais de saúde, preocupados em utilizar cada vez mais instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

3.4 PROTOCOLO DO ESTUDO

O processo de construção da cartilha foi norteado pelo referencial teórico de David Ausubel. Ausubel pressupõe que os novos conhecimentos devem ser adquiridos a partir de um material que seja interessante (significativo) para o aprendiz e ancorado no seu conhecimento prévio. A interação dos novos conhecimentos com as ideias preexistentes permite que, por meio de sua atividade cognitiva, o aprendiz possa elaborar novos significados, que serão únicos para ele.

Segundo essa teoria, ensinar significa criar situações que favoreçam a aprendizagem significativa (AUSUBEL, 2000).

De acordo com o autor, o termo “significativo” é um processo fenomenológico de aprendizagem que ocorre quando o aprendiz incorpora o conteúdo a um símbolo potencialmente significativo na sua estrutura cognitiva, convertendo-se em um conteúdo cognitivo (MOREIRA, 2011). Neste sentido, aprender significativamente demanda outorgar significados ao novo conhecimento, por meio de componentes pessoais presentes no sistema cognitivo de cada indivíduo. Assim sendo, a aprendizagem é significativa quando os conhecimentos passam a dar sentido ao saber e à prática para quem aprende (MOREIRA, 2011).

Na esfera da Enfermagem, a teoria sugerida por Ausubel pode ser aplicada para a educação dos profissionais da área, com destaque na apresentação do contemporâneo, do atual, do distinto, para a reelaboração de conceitos, com base no conhecimento prévio e na retenção do que faz sentido e é significativo para a transfiguração da prática profissional.

É pertinente ressaltar que os pressupostos da educação em Enfermagem partem de uma base consolidada e seguem a existência da nova política nacional de educação e de formação de recursos humanos, por meio de uma aprendizagem que deva ser significativa e que promova e produza sentido (OLIVEIRA; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Torna-se primordial compreender a aplicação de teorias do ensino-aprendizagem que consigam auxiliar a promoção de transformações no ensino, estruturadas por meio da problematização do processo de trabalho, visando modificar as práticas profissionais, estruturar o trabalho e consolidar o próprio saber da Enfermagem.

O conteúdo da cartilha foi elaborado por meio da análise de comentários/dúvidas dos estudantes, vivenciadas em campo de estágio, para os registros das atividades desenvolvidas. Essas dúvidas sentidas através de uma escuta passiva da pesquisadora levaram a elaborar uma tecnologia educativa para auxiliar no processo ensino-aprendizagem.

A primeira fase de construção da cartilha ocorreu por meio da seleção do conteúdo, conforme as necessidades de aprendizado para o Técnico de Enfermagem. Inicialmente, foi realizada revisão integrativa para identificar o tipo de tecnologia a ser produzida. Para tal, procedeu-se a análise do construto teórico

“estratégias educativas para alunos do curso técnico de enfermagem”, respondendo a questão norteadora: quais as estratégias de educação podem ser desenvolvidas para melhorar os registros de enfermagem nos prontuários dos pacientes?

O conteúdo da cartilha, selecionado por meio de revisão da literatura científica e levantamento bibliográfico, constitui-se de uma breve apresentação, seguida de seções de orientações relacionadas ao registro dos cuidados prestados pela equipe técnica de enfermagem, desde o nascimento ao óbito, em todos os setores do hospital. Dicas de redação, bem como, de ilustrações acompanhadas de legenda.

Para a construção da cartilha, seguiu-se um modelo processual de elaboração de materiais impressos em saúde, com recomendação quanto à linguagem, *layout* e ilustração (MOREIRA, 2013; ALBUQUERQUE, 2016). A elaboração da diagramação do texto e a disposição do *layout* foram realizadas pela própria pesquisadora.

A versão final da cartilha possui dimensão de 20 x 14 cm, 12 páginas, excluindo-se capa, contracapa, mensagem da autora e a carta a leitora. Em algumas páginas encontram-se ilustrações, totalizando 06 ilustrações.

A segunda etapa para elaboração da cartilha tratou da seleção de imagens, cores e letras utilizadas. Por questões éticas, não foram utilizadas imagens reais e optou-se pela imagem gráfica em formato de desenho. Por fim, realizou-se a diagramação da cartilha e composição do *layout* realizado pela própria pesquisadora.

Figura 1 - Capa do guia prático

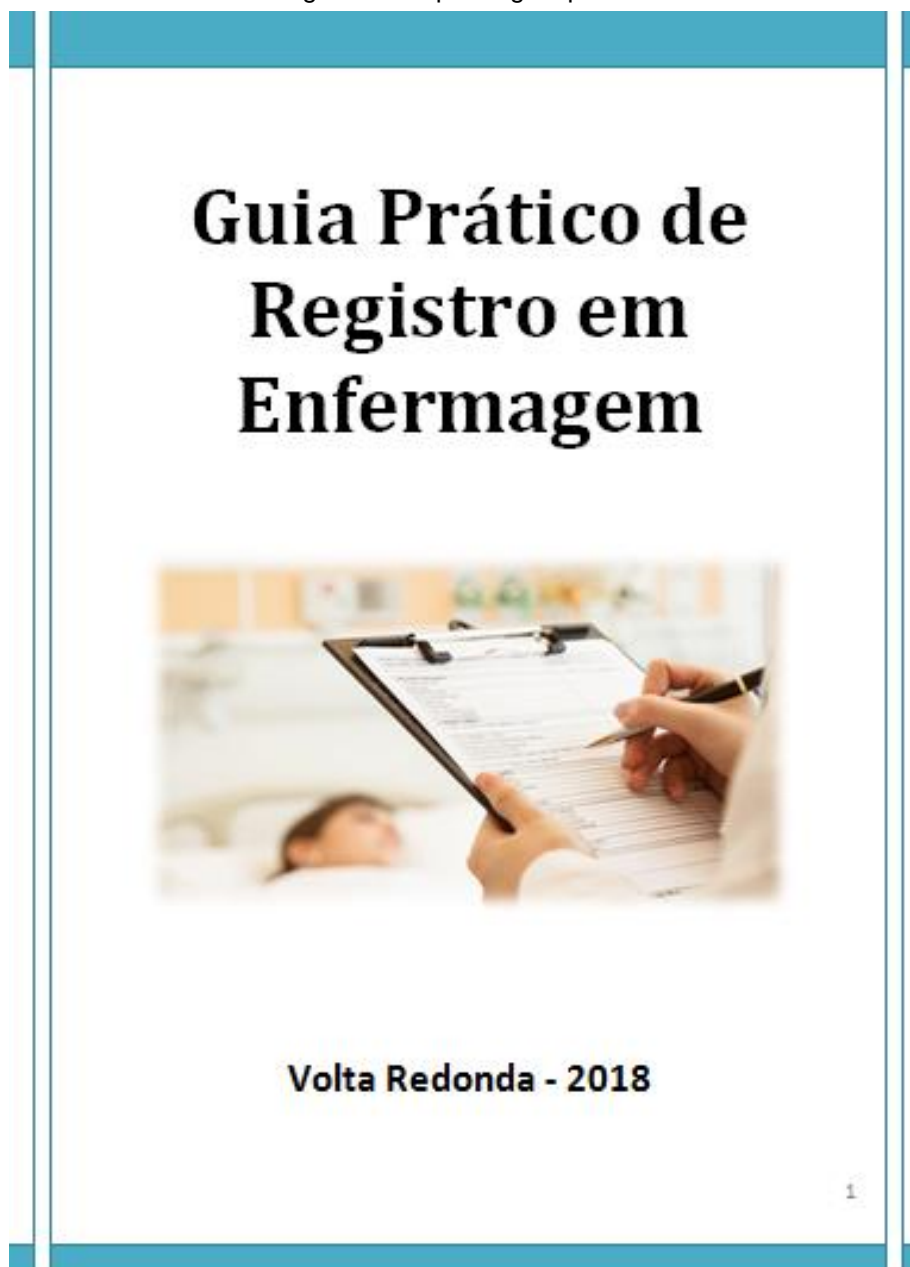


Figura 2 – Contra capa.



Figura 3 - Apresentação

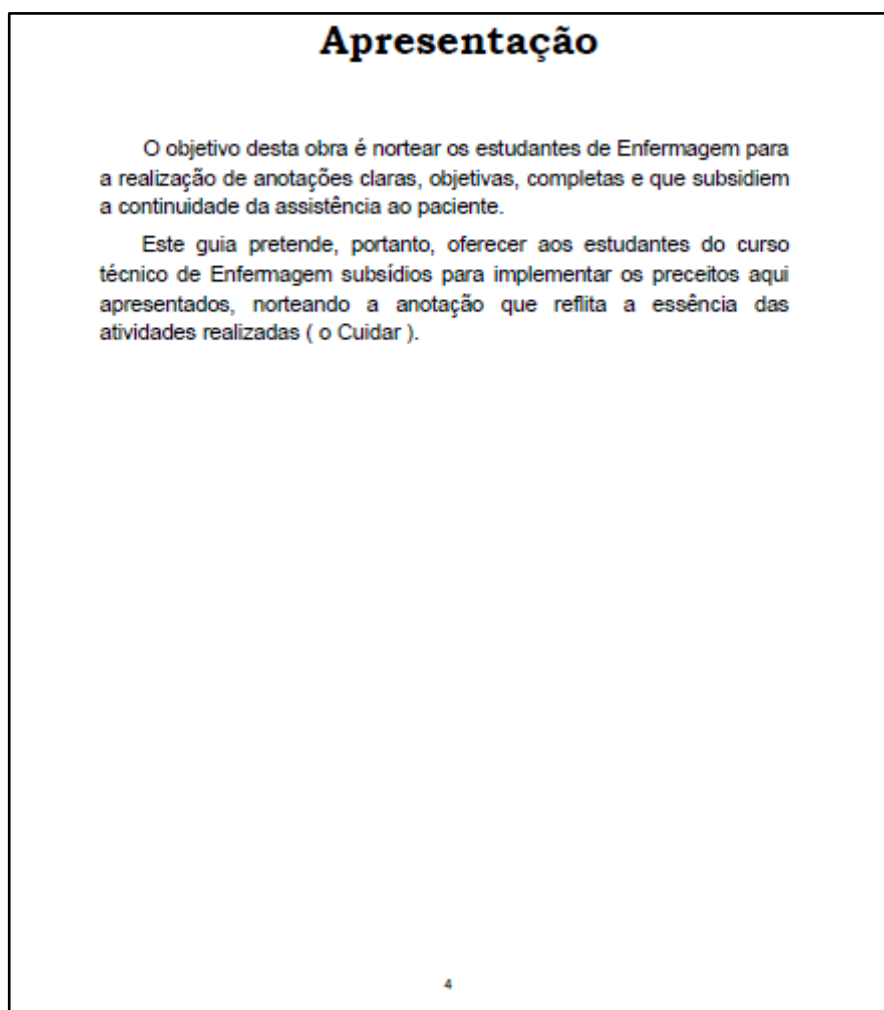


Figura 4 – Sumário

Sumário	
1- Nomenclatura do Corpo Humano	6
2- Terminologia dos Sinais Vitais	7
3- Admissão	8
4- Alta	8
5- Óbito	9
6- Curativos	9
7- Punção Venosa	9
8- Inalação/Nebulização	10
9- Enteroclise	10
10- Glicemia Capilar	11
11- Higiene do Paciente	11
12- Administração de Medicamentos	12
13- Anglo de Aplicação	13
14- Locais de Aplicação	13
15- Estrutura da Seringa	14
16- Roteiro de Anotação Diária	15
17- Clínica Médica	16
18- Clínica Cirúrgica	17
19- Pediatria	17
20- Centro Cirúrgico	18
21- Maternidade	20
22- Casa de Longa Permanência para Idosos	22
23- Saúde Coletiva	22
24- UTI	23
25- Lista de Siglas	24

5

Figura 5 – Nomenclatura

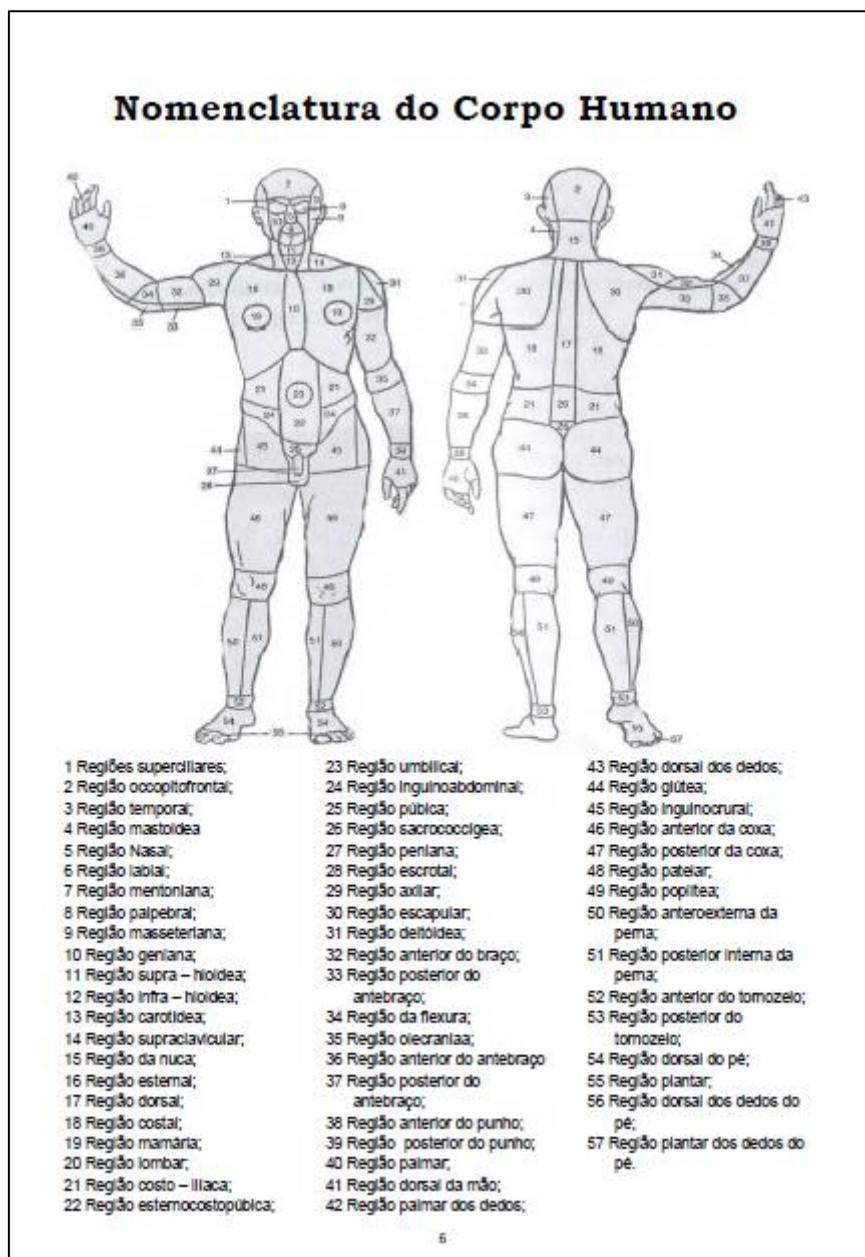


Figura 6 – Terminologia dos sinais vitais

Terminologia dos Sinais Vitais	
Pulso (FC)	Pressão Arterial (P.A.)
Normocárdico: 60 – 100 bpm Bradicárdico: abaixo de 60 bpm Taquicárdico: acima de 100 bpm Taquisfigmia: pulso fino Bradisfigmia : pulso fino e braquicárdico.	Valor normal por idade: *Criança 4 anos – 85/60 mmHg *Adolescente 12 anos -108/67 mmHg *Adulto – 120/80 mmHg *Idoso – 140-160/90-100 mmHg
Respiração (FR)	Níveis de Pressão Arterial
Eupneico – 16 a 20 ipm Taquipneico – acima de 20 ipm Bradipneico – abaixo de 16 ipm Ortopneico- dificuldade de respirar deitado Apneico – movimentos respiratórios ausentes	Normal: 120/80 mmHg Normal limítrofe: 130-139/85-90 mmHg Hipertensão leve: 140-159/90-99 mmHg Hipertensão moderada: 160-179/100-109 mmHg Hipertensão Grave: 179/109 mmHg
Temperatura (T)	
Afebril - 37C° Febrícula - 37,2C° á 37,8C° Hipertermia – a partir de 37,8C° Hiperpirexia – a partir de 41C° Hipotermia- abaixo do normal	Hipotensão: Ela é muito relativa existem pessoas com pressão arterial em 100/80 que se sentem muito bem apesar da pressão arterial estar fora dos padrões considerados

Figura 7 - Admissão e alta.

Admissão

O que anotar???

- 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;
- 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 paciente;
- Orientações prestadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

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;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Figura 8 – Óbitos, curativos e punção venosa.

Óbito	
• Data e horário;	• Posicionamento anatômico do corpo, sempre que possível;
• Identificação do médico que o constatou;	• Identificação do corpo;
• Rol de valores e pertences do corpo e a quem foi entregue;	• Encaminhamento do corpo (forma, local, etc.);
• Comunicação do óbito ao(s) setor(es) responsável(eis), conforme rotina institucional;	• Horário de saída do corpo do setor;
• Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento, curativos, retirada de dispositivos, etc.);	• Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.
Curativos	
• Local da lesão e sua dimensão;	• Material prescrito e utilizado;
• Data e horário;	• Relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia;
• Sinais e sintomas observados (presença de secreção, coloração, odor, quantidade, etc.);	• Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento
• Relatar necessidade de desbridamento;	
• Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, presença de dreno, etc.);	
Punção Venosa	
• Data e hora da punção;	• Intercorrências e providências adotadas;
• Motivo da punção (inicial ou troca);	• Medida de segurança adotada (tala ou contensão);
• Local;	• Queixas;
• Condições do local da punção (pele e rede venosa local);	• Nome e Coren do responsável pelo procedimento.
• Número de punções;	
• Tipo e calibre do cateter;	
• Salinização / heparinização;	

Figura 9 – Inalação/nebulização e enteóclise.

Inalação/Nebulização

- Data e hora da realização do procedimento;
- Queixas: dispnéia, fadiga, tosse, espirro, sibilo, soluço, suspiro, desmaio, tontura, dor torácica;
- Cor da pele e mucosas;
- 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: cianose de lábios, lóbulo das orelhas, parte inferior da língua, leito ungueal;
- Comprometimento da função cerebral: falta de discernimento, confusão mental, desorientação, vertigem, síncope e torpor;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos

Enteróclise

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Data e hora do procedimento; • Higiene íntima; • Orientações realizadas sobre o procedimento; • Tipo da solução; • Anotar tempo de retenção do líquido; • Reações durante a administração; • Anotar quantidade prescrita e administrada da solução; | <ul style="list-style-type: none"> • Queixas; • Características do líquido drenado; • Intercorrências e providências adotadas; • Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos |
|---|---|

Figura 10 – Glicemia capilar e higiene do paciente.

Glicemia Capilar

- Data e hora da realização do exame;
- Condição do paciente (jejum, alimentado); é necessário o mínimo de 2 horas de jejum para fazer o exame.
- Aspecto da polpa digital;
- Local da punção (dedo, mão);
- Valores da glicemia capilar (Mg/dl);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Orientações efetuadas;

Parâmetros da Glicemia

Hipoglicemia: menor que 70 mg/dl

Normoglicemia: de 70 á 99 mg/dl

Hiperglicemia: acima de 99 mg/dl

Higiene do Paciente

Banho

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de banho (imersão, aspersão, de leito);
- Tempo de permanência no banho de imersão, tolerância e resistência do paciente;
- Aspersão (deambulando, cadeira de banho, auxílio);
- No leito, verificar a ocorrência de alterações de pele, alergia ao sabão, hiperemia nas proeminências ósseas;
- Realização de massagem de conforto, movimentação das articulações, aplicação de solução para prevenção de úlceras;
- Intercorrências e providências adotadas;

Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Higiene do couro cabeludo

- Data e hora do procedimento;
- Condições do couro cabeludo e dos cabelos;
- Solução / tratamento utilizados;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Higiene íntima

- Data e hora do procedimento;
- Motivo da higiene íntima;
- Aspecto do aparelho genital;
- Presença de secreção, edema, hiperemia, lesões, formações verrucosas;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

Higiene oral

- Data e hora do procedimento;
- 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 (realizou só, auxiliado ou realizado pelo profissional);
- Sinais e sintomas observados (hiperemia, condição da arcada dentária, etc.);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

11

Figura 11 – Administração de medicamentos.

Administração de Medicamentos

Item(ns) da prescrição medicamentosa que deverá(ão) ser registrado(s):

Via Parenteral: registrar o local onde foi administrado

- IM – glúteo, deltóide, 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.

*Lista de Siglas
IM: Intramuscular
EV: Via Endovenosa
SC: Subcutâneo
ID: Intradérmico

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.

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.

Para todas as vias observar os registros apontados abaixo:

- Rejeição do paciente;
- No caso de não administrar medicamento, apontar o motivo;
- Queixas;
- Intercorrências e providências adotadas;

12

Figura 12 – Anglo de aplicação.

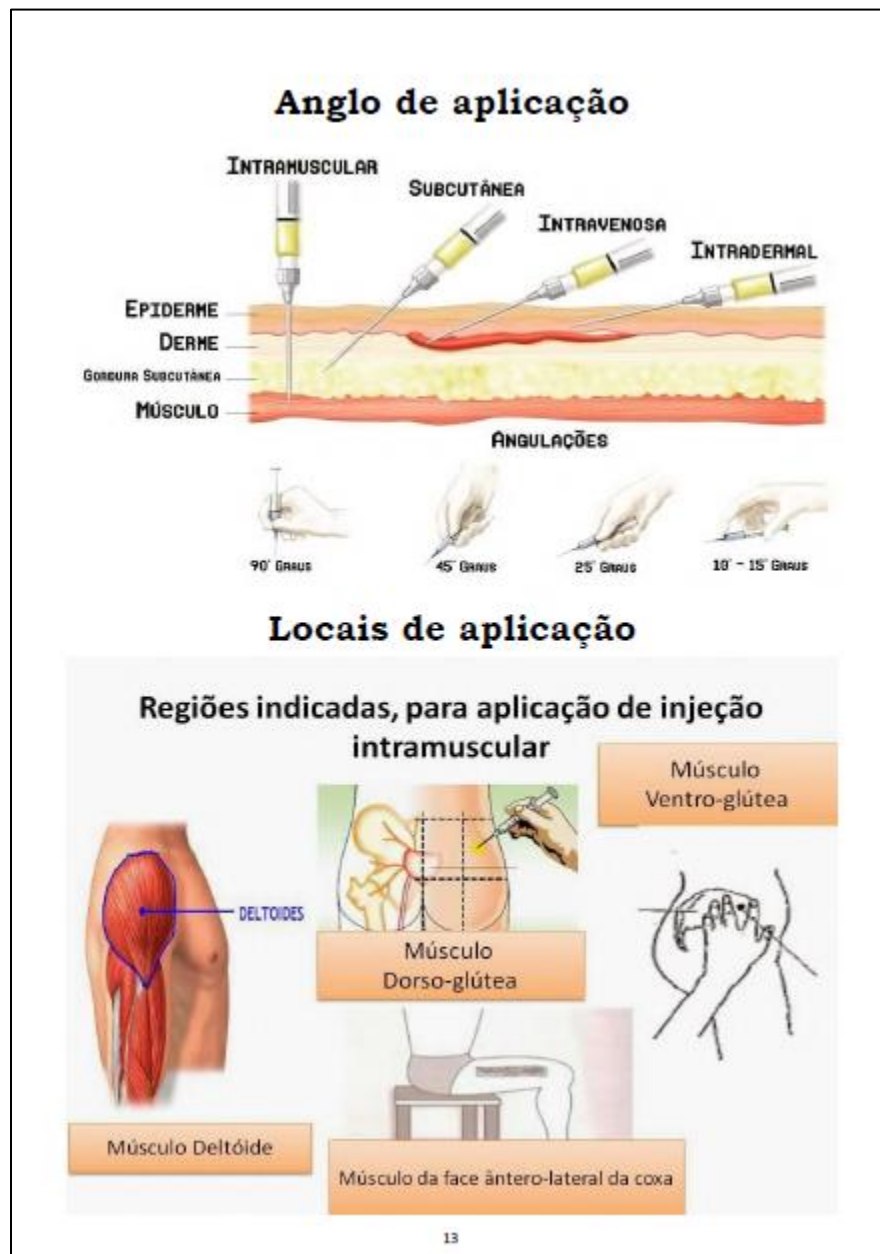


Figura 13 – Intradérmica e Subcutânea, e Estrutura da seringa.

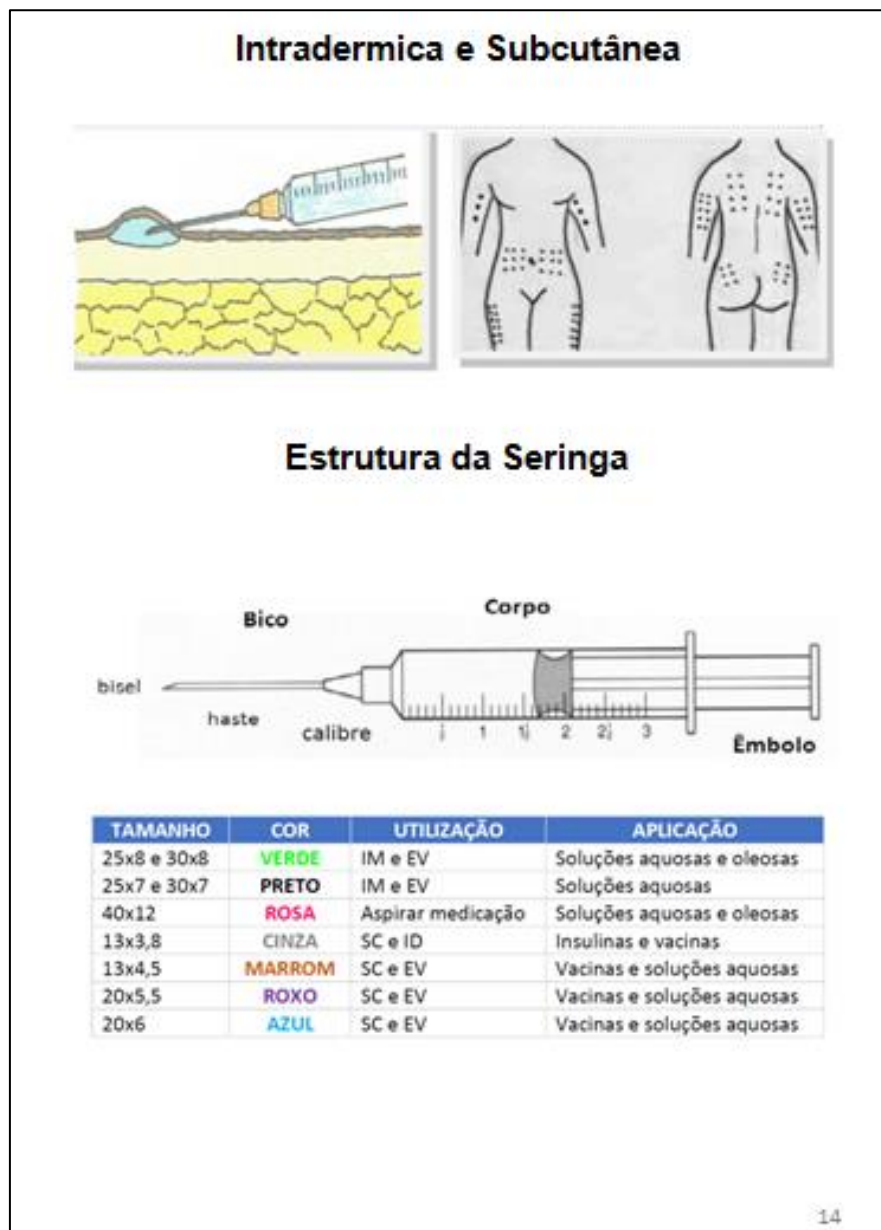


Figura 14 – Roteiro de anotação diária.

Roteiro de Anotação Diária	
Após a admissão vêm as anotações diárias. Sempre conferindo nome, quarto e leito.	
Devemos seguir sempre a mesma ordem:	
<p>1 Data / horário</p> <p>2 Nível de consciência:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Lúcido e orientado *Confuso *Confuso e agitado *Pouco comunicativo *Prostrado *Sonolento <p>3 e 4- Definir os Sinais Vitais e aparência da pele:</p> <p>SSVV:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pulso, respiração, pressão arterial e temperatura. <p>(Nomenclatura dos SSVV vide pág. 3)</p> <p>Pele</p> <ul style="list-style-type: none"> *Normocorada *Hipocorada (pálido) *Ictérico (Amarela) *Cianótico (Azulada) <p>4- Aceitações de dietas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Aceitou toda a dieta *Aceitou parte da dieta *Não aceitou a dieta <p>5 – Deambulação e movimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> *Deambula (com auxílio /sem auxílio) *Movimentos ativos no leito *Movimentos passivos no leito <p>6- Presença de feridas</p> <p>Escaras, úlceras de decúbito, escoriações (anotar sempre a região onde esta a ferida) ou pele íntegra.</p> <p>7- Presença de Edema ou Anasarca.</p>	<p>8- Anotar uso de: Soroterapia, SNG, SVD, Traqueostomia, oxigenoterapia .</p> <p>9- Diurese:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Presente /Ausente *Cor *Odor *Quantidade <p>OBS: Quantidade contada em cruces (+,++ ou +++).</p> <p>10 –Evacuação:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Presente/Ausente *Cor *Odor *Quantidade <p>OBS: Quantidade contada em cruces (+,++ ou +++).</p> <p>11 – Loquiação</p> <ul style="list-style-type: none"> *Cor *Odor *Quantidade <p>OBS: Quantidade contada em cruces (+,++ ou +++).</p> <p>12-Queixas álgicas</p> <ul style="list-style-type: none"> *com queixa- anotar o que dói e onde. *sem queixas- anotar sem queixas álgicas. <p>13– Finalizar a anotação com AAE e seu nome, dando um traço para terminar se tiver espaço vago.</p>
15	

Figura 15 – Clínica Médica.

Clínica Médica

Exemplo de Admissão Clínica Médica

7:00 h – Admitido na clínica medica proveniente do pronto socorro, veio deambulando acompanhado pela enfermagem, para tratamento de infecção do trato urinário. Lúcido, orientado, hipertenso, normocardico, eupneico, afebril. Refere fazer uso de Captopril 25 mg 1 comprimido pela manhã, tabagista 1 maço pro dia, estar em jejum .Nega etilismo, alergia e outras patologias. Peso 87 kg. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Exemplo de anotação diária na Clínica Médica

Quarto: 4/Leito: 8
M.V.L.

14:00h Lúcida e orientada, normocorada, taquicardica, eupneica, febrícula e normotensa. Dieta por gavagem, acamada com movimentos ativos no leito. Presença de ferida em região calcânea D e E, região occipital e dorsal posterior. Edema +++ em MMII, traquiostomia, soroterapia em MSD e oxigenoterapia. Diurese presente em fralda ++, evacuação ausente 2 dias. Sem queixas algicas. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Anotação para Dextro

14:05 Realizado teste Glicêmico conforme item 2 da PM com 217 mg/dl.. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Anotação de Insulinoterapia

14:15 - Realizado insulinoterapia com 4UI conforme item 3 da PM na região posterior do antebraço. AAE Carimbo e assinatura do professor.

Anotação de Nebulização

15:00- Realizado nebulização conforme item3 da PM. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Anotação de Banho no Leito

15:15 Realizado banho no leito, sem alterações de pele, alergia ao sabão ou hiperemia as proeminências ósseas, limpeza s de unidade e troca de fralda com aplicação de medicamento Dersani em ferida na região sacral. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

16

Figura 16 – Clínica cirúrgica e pediatria.

Clínica Cirúrgica

Exemplo de admissão

15:20 Admitido no PAGC ,proveniente do Pronto Socorro, veio deambulando acompanhada pela mãe, para cirurgia de Apendicectomia. Lúcida e orientada. Refere ser Asmática, faz uso de Clenil 250mg 2x ao dia, alérgica a AAS, estar em jejum . Nega etilismo, tabagismo e outras patologias. Peso 58 kg. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Exemplo de anotação diária na clínica cirúrgica

O.S.S.H.,Q2,L3

15:30 Lúcido e orientado , normocorado, normotenso, ,afebril, eupneico, normocárdico, acamado, em jejum pré cirúrgico. Soroterapia em região anterior do antebraço MSE, imobilização MIE, fratura de costela e clavícula E. Diurese quantidade ++ com auxílio de papagaio, cor amarelo claro ,odor fétido, evacuação ausente. AAE..... Carimbo e

Pediatria

Admissão Pediatria

E.A.C.

12h00 Paciente menor acompanhado pelo pai proveniente PS local, lúcido orientado, deambulando, em boas condições de higiene, afebril, eupneico, sem queixas álgicas no momento, apresenta edema em orifício ocular E com hiperemia e abertura dificultosa, AVP em MSE, salinizado. SIC com o pai desconhece alergias, uso de medicamentos. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Anotação Diária na Pediatria

K.C.B. Q3, L5

13h00 Menor lúcido e orientado, normocorado, afebril, eupneico, deambula. Acesso multivia em dorso da mão D. SIC com a mãe aceitou todo o almoço, diurese ++ cor amarelo alaranjado odor característico, evacuação++ cor escura pastosa odor

OBS: Na pediatria o paciente sempre é destacado como menor e a SIC (segundo informações colhidas) sempre é feita com os pais ou responsáveis.

Figura 17 – Centro cirúrgico.

Centro Cirúrgico	
Pré—Operatório	
<ul style="list-style-type: none"> • Data e hora do procedimento; • Nível de consciência; • Registro de alergias / intolerâncias; • Tempo de jejum; • Sinais vitais, Hemoglicoteste (HGT) outros; • Presença e local de dispositivos o acesso venoso, sondas; • Condições higiênicas; • Anotar a presença e/ou retirada e guarda de artefatos e pertences: próteses, órteses, pertences, etc.; • Condições psicológicas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações; • Esvaziamento vesical / sondagem; • Preparo intestinal; • Preparo da pele; • Registro do tipo e local da cirurgia; • Queixas; • Intercorrências e providências adotadas; • Encaminhamento do prontuário, exames pré-operatórios; • Encaminhamento ao Centro Cirúrgico / Obstétrico;
Tricotomia	
<ul style="list-style-type: none"> • Data e hora da realização do procedimento; • Condições da área onde será realizado procedimento; • Objetivo do procedimento; • Material utilizado; • Intercorrências e/ou providências adotadas; 	
Transoperatório	
<ul style="list-style-type: none"> • Data e hora da Recepção no Centro Cirúrgico e encaminhamento à Sala Cirúrgica; • Tipo de cirurgia; • Orientações prestadas; • Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional – posicionamento, instalação e/ou retirada de eletrodos, placa de bisturi e outros dispositivos (acesso venoso, sondas, etc.); 	<ul style="list-style-type: none"> • Composição da equipe cirúrgica; • Dados do horário de início e término da cirurgia, conforme preconizado pela instituição; • Tipo de curativo e local; • Material coletado para exames de diagnóstico; • Intercorrências durante o ato cirúrgico; • Encaminhamento à Sala de Recuperação Pós-anestésica; • Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.
18	

Figura 18 – Pós operatório.

Pós-operatório Imediato	
• Data e hora da recepção do paciente na RPA;	• Exames (laboratoriais e/ou imagem);
• Nível de consciência;	• Sinais vitais;
• Presença de cateteres e infusão (anotar quando houver bomba de infusão), drenos, sondas, curativos, trações e imobilizações;	• Intercorrências e providências adotadas;
• Presença de lesões de pele;	• Horário de encaminhamento ao setor pertinente;
• Anotar débito e aspecto das secreções de drenos e sondas;	• Transporte intra-hospitalar;
	• Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.
Pós-operatório Mediato	
• Data e hora de retorno à Unidade;	• Medidas de proteção;
• Nível de consciência;	• Presença de acompanhantes;
• Localização anatômica e aspecto do curativo cirúrgico;	• Orientações ao paciente e à família;
• Tipo de exsudato se existente;	• Entrega documentada dos pertences;
• Sinais vitais;	• Intercorrências e providências adotadas;
• Acesso venoso;	• Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.
• Posicionamento no leito;	
Exemplo de admissão do Centro Cirúrgico	
<p>A.R, nº 33007, 28-09-16, 26 anos, 48 kg. proveniente de casa, acompanhada pela mãe para tratamento de colecistite + Colelitíase, em boas condições de higiene, sem necessidade de tricotomia. Queixa de dor em região abdominal difusa há +/- 3 meses, com melhora ao uso de Escopolamina + Dipirona VO. Nega doenças e uso de medicações continuas, inclusive contraceptivos. Pai hipertenso. Refere hábitos alimentares saudáveis desde que foi diagnosticada há 2 meses, com ingestão de legumes, verduras, frutas, carnes magras e fibras. Nega atividade física. Relata ainda 2 hemioplastias em região inguinal bilateral há 22 e 18 anos, respectivamente. Desconhece alergia medicamentosa. No momento, lúcida, orientada e contactuante, deambula sem auxílio, mucosas preservadas e integras. Apresenta exames pré-operatórios + risco cirúrgico. Orientada sobre importância de manter grades elevadas, mobilidade física no leito, conforme orientação médica. Ciente sobre horário de visita e acompanhantes. P.A: 120/80 mmHg, P: 88 bpm, R: 17 rpm, 36,4°C e Agt: 98 mg/dl. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.</p>	
19	

Figura 19 – Maternidade.

Exemplo de anotação do pós-operatório Imediato

08:00 – Admitido na SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica), paciente sob efeito de raquianestesia, sonolento porém respondendo a estímulos verbais, em decúbito dorsal, cabeceira elevada á 30°. Mantendo AVP (Acesso Venoso Periférico) em MSE (Membro Superior Esquerdo) localizado no dorso da mão, infundindo soroterapia RL (Ringer Lactato). SVD (Sonda Vesical de Demora) foley 14 drenando 100 ml de diurese de coloração amarelo claro, até o momento. Curativo oclusivo, superficialmente seco, em região supra púbica feito pelo Dr JK. Acoplado ao monitor multiparâmetro com P.A: 140/80 mmHg, FC: 89 bpm, FR: 18 rpm, SatO²: 95% e T: 36,5°C. Sem queixas álgicas no momento. Segue em observação. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Exemplo de anotação do pós-operatório Mediato

11:20 – Liberado do Centro Cirúrgico, paciente lúcido, orientado. Com movimentos do MMII e quadril. Mantendo AVP em MSE infundindo SRL. Curativo oclusivo em região supra púbica, superficialmente seco. SVD drenando 200 ml de diurese de coloração amarelo claro. Sem queixas álgicas. Exames e PM anexadas á papeleta. AAE Carimbo e assinatura do professor.

Maternidade

Cuidados na sala de parto

- Anotar data e hora da admissão da gestante na sala de parto;
- Nome do médico / enfermeiro responsável pelo procedimento;
- Anotar dados dos 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;
- Nome, número do Coren e função do profissional de enfermagem que executou os cuidados.

Figura 20 – Pós-parto.

Cuidados no pós-parto imediato

- Data e hora da admissão da puérpera;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Anotar a loquiação;
- Anotar a involução uterina;
- Anotar medicamentos administrados;
- Anotar, se houver, coletas de exames realizados;
- Anotar intercorrências tais como: palidez, sudorese, sangramento excessivo, sonolência, hematomas e ou edemas na ferida operatória ou episiorrafia, e providências adotadas;
- Anotar débito urinário em caso de cesária;
- Anotar presença de tampão vaginal e/ou retirada;
- Observar e anotar a presença de colostro;
- Anotar higiene realizada;
- Queixas;
- Nome completo e número do Coren do profissional que executou os cuidados.

Exemplo de Admissão na Maternidade

17:00 Admitida neste setor proveniente da portaria, veio deambulando acompanhada pelo marido. Consciente, lúcida e orientada. Não refere queixas algícas. Gesta II, PC I, Aborto 0. Nega alergias, patologias e uso de medicamentos. Colhido 3 amostra de VDRL e HIV.TS:O+.VDRL e HIV Negativos. Sem perdas vaginais. Mantendo repouso no leito. Refere jejum desde 11:30h.AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Exemplo de anotação de pós-parto imediato

Q9/L21 – Paciente: A.Z.C.

14:00 Retornou do CC de maca ,acompanhada pela enfermagem. Mantendo repouso, normocorada, normotensa, bradipneica, normocardica e afebril. Em jejum pós cirúrgico. Soroterapia em dorso de MSD,curativo oclusivo em região supra-pubica com secreção sanguinolenta,útero contraído na altura da cicatriz umbilical ,SVD contendo 30 ml de diurese amarelo avermelhado. Lôquios quantidade +. AAE.....

Exemplo de anotação diária na maternidade

Essa anotação é feita quando o recém-nascido já esta no quarto com a mãe, assim observamos o estado da mãe e a temperatura cor e mobilidade do recém-nascido.

Figura 21 – Casa de longa permanência.

Paciente: I.S.S - Q 1, I 1

13:30 Puérpera, PC, lúcida e orientada, normotensa, normocárdica, taquipneica e afebril. Deambula. Aceitou toda a dieta. Lóquio++ cor e odor característico. Refere diurese +++ cor amarelo alaranjado odor característico. Evacuação ausente, queixas algícas em incisão cirúrgica. Mantendo cicatriz cirúrgica seca. AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

Casa de Longa Permanência para Idosos

Exemplo de admissão

Admitido nessa instituição de longa permanência trazido pela justiça (Promotoria). Lúcido, com episódios de confusão mental, agressivo, pouco comunicativo, em péssimas condições de higiene, repousa com dificuldade, aceita dieta com auxílio, dieta hipossódica e hipocalórica, deambula sem auxílio. FC: 110 bpm, FR: 18rpm, P.A: 145/80 mmHg e T 35,4 C°. Refere tosse seca noturna. Hipocorado, hipertenso, taquicárdico, eupneico e afebril. (coren) AAE..... Carimbo e assinatura do

Exemplo de anotação diária

M.L.P. Q7.1

14:30 Lúcida e orientada, normocorada, normotensa, normocárdica, eupneica e afebril. Refere ter aceitado todo o café. Diurese ++ cor amarelo claro e odor característico, evacuação ausente 2 dias. Sem queixas algícas. (coren) AAE..... Carimbo e assinatura do professor.

OBS: Respeite sempre o ambiente deles, são pessoas super carentes de atenção, muitas vezes nos tratam com alguma rispidez, mas isso tudo é só pra chamar nossa atenção, com carinho e amor por essa profissão conseguimos ganha-los e constatamos o quanto eles precisam de pessoas como nós.

Saúde Coletiva

Nesse período de estágio a anotação de enfermagem consiste em anotações pontuais. Trata-se de registro pontual, que visa garantir o registro da situação em que o paciente se encontra naquele momento, dos procedimentos de enfermagem realizados ou não realizados e das observações feitas.

Exemplo de anotação em Saúde Coletiva

13:00 – Administrado itens 1 e 2 da P.M na região do glúteo direito e esquerdo. COREN:..... AAE.....

Figura 22 – UTI (Unidade de Terapia Intensiva)

UTI (Unidade de Terapia Intensiva)

Na UTI utilizamos termos mais técnicos pois possuímos diversos tipos de aparelhagem, ventiladores mecânicos, e portanto é importante relatar tudo o que o paciente mantém.

Geralmente segue-se uma sequência de fatos para montar uma anotação de enfermagem. É importante relatar em hora real, pois assim registra com mais precisão em qual hora que ocorreu a intercorrência.

Exemplo de anotação diária na UTI

13:00 - Recebo plantão com paciente sedado, PIFR, entubado em ventilação mecânica em parâmetros de suporte, não responsivo a estímulos dolorosos e verbais, hipotenso, normocárdico, hipertérmico, saturando 93%, apresenta abdômen tenso e plano, lesão por pressão em região sacral e calcâneos bilaterais de aspecto necrosado, com curativo oclusivo de aspecto limpo e seco, mantendo SNE fechado recebendo dieta enteral em sistema aberto em BIC a 83ml/h com água nos intervalos, duplo-lúmen em VSCD com infusão de noradrenalina a 20ml/h, dobutamina a 15ml/h, ambos em via proximal, em via distal mantendo SC a 21ml/h, fentanil a 05ml/h, propofol a 10ml/h, dreno de penrose em hipocôndrio D com débito de 50ml em bolsa descartável de aspecto serohemático, incisão cirúrgica em abdômen de aspecto limpo e seco. AAE..... carimbo e assinatura do professor.

14:00 - Realizado banho no leito, troca de roupas de cama (eliminação intestinal presente pastosa amolecida, e vesical pouco presente por SVD aspecto amarelo citrino), troca de curativo em AVC (feito anti-sepsia com SF 0,9% e cloroex alcoólico e ocluido com gaze III), região sacral e calcaneos (feito anti-sepsia com SF 0,9%, aplicado Kollagenase e ocluido com gaze III), massagem de conforto com hidratante do próprio paciente, mudança de decubito conforme protocolo, rodizio de oximetria. AAE carimbo e assinatura do professor.

15:15 - Iniciado procedimento de hemodiálise pela equipe da nefrologia, com duração de 4 horas, com programação de perda de 1,800ml, e utilização de 1 CC de heparina. Segue em observação da enfermagem. AAE carimbo e assinatura do professor.

17:30 - Paciente apresentou hipotensão severa sendo interrompido o processo de hemodiálise, comunicado ao plantonista e o mesmo solicitou para alterar as vazões de noradrenalina para 35ml/h e propofol para 05ml/h. AAE ... carimbo e assinatura do professor.

18:00 - Paciente apresentou hipertensão sendo comunicado ao plantonista e feito alteração de noradrenalina para 30ml/h.

*Siglas da anotação de UTI

PIFR - Pupilas isocóricas fotoreagentes

SNE- Sonda Nasoenteral

BIC- Bomba de infusão contínua.

VSCD- Veia subclávia direita

SC – Substância Cinzenta

SVD – Sonda vesical de demora

AVC – Acesso venoso central

CC – Centímetro cubico

Figura 23 – Lista de siglas.

Lista de Siglas

A:	CIV – Comunicação interventricular.
ABD – Abdômen.	CME – Centro de material esterilizado.
ACV – Aparelho cardiovascular.	CO2 – Gás carbônico.
AD – Átrio direito	CX – Circunflexa.
AE – Átrio esquerdo	D:
AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida.	DI – Dia de internação.
AP – Antecedentes pessoais.	DIU – Dispositivo intra-uterino.
AR – Aparelho respiratório.	DM – Diabetes mellitus.
ATC – Angioplastia.	DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica.
AVCH – Acidente vascular cerebral hemorrágico.	DUM – Data da última menstruação.
AVCI – Acidente vascular cerebral isquêmico.	E:
B:	EAP – Edema agudo de pulmão.
BAVT – Bloqueio atrioventricular total.	ECG – Eletrocardiograma.
BCP – Broncopneumonia.	ECO – Ecocardiograma.
BEG – Bom estado Geral.	EEG – Eletroencefalograma.
BH – Balanço Hídrico.	EOT – Entubação orotraqueal.
BRNF – Bulhas rítmicas normofonéticas.	EP – Embolia pulmonar.
C:	EV – Endovenoso.
CAT – Cateterismo cardíaco.	EVAC – Evacuação.
CC – Centímetro cúbico.	F:
CC – Centro cirúrgico.	FA – Fibrilação atrial.
CCC – Colecistite calculosa crônica.	FC – Frequência cardíaca.
CCG – Cuidados e controles gerais.	FR – Frequência respiratória.
CCIH – Comissão de controle de infecção hospitalar.	FSH – Hormônio folículo – estimulante.
CD – Conduta	FV – Fibrilação ventricular.
CIA – Comunicação intra-atrial.	G:
CIPA – Comissão interna de prevenção de acidentes.	GECA – Gastroenterocolite aguda.
	GIG – Grande para idade gestacional.
	GT – Gota.
	H:

Figura 24 – Lista de siglas

HAS – Hipertensão arterial sistêmica.	N:
HB – Hemoglobina.	NDN – Nada digno de nota.
HDA – Hemorragia digestiva alta.	NEO – Neoplasia.
HDB – Hemorragia digestiva baixa.	NPP – Nutrição parenteral prolongada.
HIV – Vírus da imunodeficiência humana.	O:
HP – História pregressa.	O2 – Oxigênio.
HPMA – História pregressa da moléstia atual.	P:
HT – Hematócrito.	P – Pulso.
I:	PA – Pressão Arterial.
IAM – Infarto agudo do miocárdio.	PCR – Parada cardiorespiratória.
IC – Intracath.	PIG – Pequeno para idade gestacional.
ICC – Insuficiência cardíaca congestiva.	PVC – Pressão venosa central.
ICo – Insuficiência coronariana.	R:
ID – Intradérmico.	RCD – Rebordo costal direito.
IM – Intramuscular.	RCE – Rebordo costal esquerdo.
IRA – Insuficiência renal aguda.	RCI – Ritmo cardíaco irregular.
IRC – Insuficiência renal crônica.	RCR – Ritmo cardíaco regular.
ITU – Infecção do trato urinário.	REG – Bom estado geral.
IV – Intravenoso.	RHA – Ruídos hidroaéreos.
L:	RL – Riger lactato.
LER – Lesão por esforços repetitivos.	RM – Revascularização do miocárdio.
LH – Homônio luteinizante.	RN – Recém-nascido.
M:	RS – RS
MEG – Mau estado geral.	S:
MI – Membro inferior.	S/RA – Sem ruídos adventícios.
ml – Mililitro.	S/VM – Sem visceromegalias.
MMII – Membros inferiores.	SARA – Síndrome da angustia respiratória no adulto.
MMSS – Membros superiores.	SC – Subcutâneo.
MP – Marcapasso.	SF – Soro fisiológico.
MPA – Medicação pré anestésica.	SG – Soro glicosado.
MS – Membro superior.	SGF – Soro glicofisiológico.
MV – Murmúrio vesicular.	SIC – Segundo informações colhidas.

Figura 25 – Lista de siglas.

SNA – Sistema nervoso autônomo.

SNC – Sistema nervoso central.

SNE – Sonda nasointestinal.

SNG – Sonda nasogástrica.

SNP – Sistema nervoso periférico.

T:

T – Temperatura.

Tb – Tuberculose.

TCE – Traumatismo crânio-encefálico.

TCM – Triglicérides de cadeia média.

TU – Tumor.

U:

UTI – Unidade de terapia intensiva.

V:

VD – Ventrículo direito.

VE – Ventrículo esquerdo.

VJD – Veia jugular direita.

VJE – Veia jugular esquerda.

VO – Via oral.

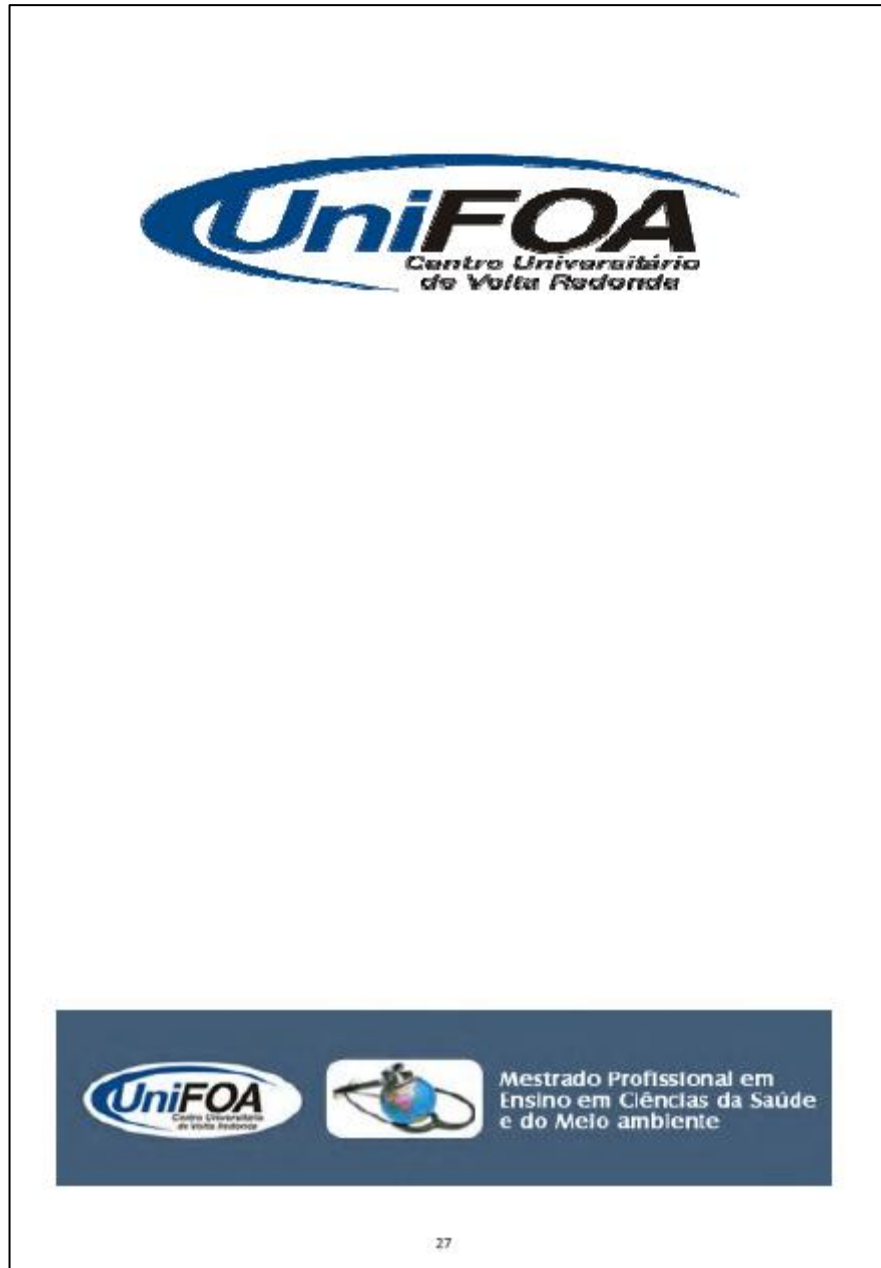
VSCD – Veia subclávia direita.

VSCE – Veia subclávia esquerda.

Usamos ATE para o Aluno Técnico em Enfermagem.

É essencial o carimbo e assinatura do professor após a anotação do aluno, pois este ainda não tem registro profissional para atuar.

Figura 26 – Fim do guia.



4 CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO PARA AREA DO ENSINO

LIMA (2010) avalia que os materiais educativos são dispositivos que legitimam e socializam saberes e práticas realizadas em uma determinada área. Adicionalmente, há necessidade de que estas ferramentas promovam a interação entre o aluno e o profissional em educação.

A adoção de uma abordagem participativa, comunicativa e coletiva é recomendada no processo de construção de uma cartilha educativa. Sua viabilidade permite recomendar a adoção dessa abordagem a outras iniciativas.

Segundo OLIVEIRA (1984), os materiais didáticos podem proporcionar maior interação entre os alunos e a disciplina, tornando as aulas mais dinâmicas.

Acredita-se que no processo de construção de recursos educativos, é recomendada a interação entre as pessoas envolvidas. Essa interação, associada ao comprometimento da participação para a promoção da saúde, é premissa importante da metodologia da pesquisa-ação.

De acordo com (BRASIL, 1997) um dos princípios norteadores da educação no ensino é a utilização dos recursos didáticos numa perspectiva problematizadora. O autor afirma que os recursos didáticos como livros, vídeos, televisão, rádio, calculadora, computadores, jogos e outros materiais têm um papel importante no processo de ensino e aprendizagem. Contudo, eles precisam estar integrados a situações que levem ao exercício da análise e da reflexão.

É necessário esclarecer que a cartilha deve ser considerada como recurso complementar disponível aos discentes do curso técnico de enfermagem em campos de prática. Seu conteúdo auxilia no desenvolvimento dos registros de enfermagem relacionados aos cuidados.

Na manipulação do material didático a ênfase não está sobre os objetos e sim sobre as operações que com eles se realizam. Discordo das propostas pedagógicas em que o material didático tem a mera função ilustrativa. O aluno permanece passivo, recebendo a ilustração proposta pelo professor respondendo sim ou não a perguntas feitas por ele (CARVALHO, 1990).

O material educativo impresso favorece o processo de ensino-aprendizagem, pois se trata de ferramenta de ensino aos discentes. A cartilha é relevante e se apresenta como novo material de ensino nas atividades de educação em saúde, com o objetivo de motivar e fomentar o aprendizado dos estagiários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O material educativo impresso contribui para o esclarecimento de dúvidas aos discentes, pois trás o conhecimento das atividades desenvolvidas em campos de prática.

Reforça-se o quão valoroso foi criar desenvolver e produzir um material de qualidade que auxilie a minimizar as principais dúvidas.

Espera-se que a cartilha contribua para a atuação dos futuros profissionais de saúde na promoção de uma assistência integral e para o trabalho interdisciplinar pautado na educação em saúde, partindo do pressuposto de que os mesmo enquanto estagiários já ambientam e compõe a equipe de saúde.

A principal proposta da criação desta cartilha foi a de ampliar potencial de conhecimento dos discentes em estágio curricular supervisionado, promovendo assim uma maior interação entre docente e discente.

A intenção do estudo foi de propor esta ferramenta de ensino a fim de contribuir para o processo de ensino-aprendizagem, no entanto tivemos como primazia elucidar a cartilha e salientar o quão relevante seu conteúdo se torna para área do ensino.

A cartilha é um suporte aos estagiários para que superem dúvidas e dificuldades que permeiam o processo de composição dos registros em enfermagem. A construção envolveu conhecimento científico e trabalho em equipe, deste modo, acredita-se que este estudo possa contribuir de forma positiva no aprendizado dos discentes e que se torne um material de fundamento para o campo de prática.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, A. F. L. L.; PINHEIRO, A. K.B; LINHARES, F. M P; GUEDES, T G. **Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas**. Rev. Bras. Enferm. 2016, vol.69, n.6

ALEXANDRE, N. M. C; COLUCI, M. Z. O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.7, pp.3061-3068. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

AUSUBEL, D. **Aquisição e retenção de conhecimentos**: uma perspectiva cognitiva. Lisboa (PT): Plátano Edições Técnicas; 2000.

BARROSO, G.T., VIEIRA, N.F., VARELLA, Z. M. **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza. Edições Demócrito Rocha. 2003.

BARROS, E. J.L; SANTOS, S.S.C; GOMES, G.C; ERDMANN, A.L. **Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade**. Rev. Gaúcha Enferm. 2012, vol.33, n.2, pp.95-101.

BUENO, S. M. V. **Pesquisa-ação com graduandos do curso de bacharelado e licenciatura em enfermagem na identificação de estresse, cansaço e desconforto físico à promoção de saúde física e mental no cotidiano acadêmico**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução no 1638, de 10 de julho de 2002**: define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União [citado 2010 maio 02]. Disponível em: http://www.portal-medico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm

BRASIL. Leis e Decretos. **Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria **GM/MS n. 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Leis e Decretos. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União de 26 de junho de 1986.

BRASIL. Leis e Decretos. **Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei 7.498/86, Dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 9 de junho de 1987.

BRASIL, Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais–PCN – CIÊNCIAS 1997**.Brasília: 1997.

CARVALHO, M.A.P. **Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo**. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília; 2007. p. 91-101.

CARVALHO, D. L. de: **Metodologia do Ensino da Matemática**. São Paulo: Cortez, 1990.

CAMACHO, A. C. L. F et al. **Validação de cartilha informativa sobre idoso demenciado pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem**: estudo observacional transversal. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro: v. 6, n. 1, 2014.

CASATE E CORREA. 2006. In: SILVA, R.M; SILVA I.C.M; RAVALIA, R.A. **Ensino de enfermagem**: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. Revista Práxis – 2009 - jan; ano I(1).

CIANCIARULLO, T.I et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem**: evolução e tendências. 4^a ed. São Paulo (SP): Ícone; 2001.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.

CHOA-VIGO, K; PACE, A.E; SANTOS, C.B. **Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada**. Rev Latino-am Enferm. 2003; 11(2):184-91.

COUTO, F.F.P; SOUZA, N. **Recém-nascido prematuro**: suporte materno domiciliar para o cuidado. Rev. bras. enferm., Fev 2012, vol.65, n.1, p.19-26.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 0441/2013**. Artigo 1º. Disponível em: http://al.corens.portalcofen.gov.br/cofen-lanca-resolucao-sobre-estagio-em-enfermagem_1531.html COREN. Conselho Regional de Enfermagem. Portaria COREN-SP/DIR/26/2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução Cofen 311, de 8 de fevereiro de 2007. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Dispõe sobre a forma de Anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização pelo pessoal de Enfermagem**. Resolução Cofen191, de 31 de maio de 1996. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **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**. Resolução Cofen 358, de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN nº 311/2007**. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução nº 429 do Conselho Federal de Enfermagem, de 30 de maio de 2012 (BR)**. 2012. [citado 22 jan 2016]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/9263>>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.331 de 21 de setembro de 1989**. Dispõe sobre o prontuário médico. Brasília – DF. Diário Oficial da União. P. 17145.

DANIEL, L.F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1983. Horta WA. **Dos instrumentos básicos de enfermagem**. Rev. Esc Enferm USP. 1970; 4:3-4.

DANIEL, L. **Relações Interpessoais em Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 2003.

DANIEL, L.F. **A enfermagem planejada**. 2ª ed. São Paulo (SP): Cortez e Moraes; 1979.

DIAS, D.C; SILVA, M.J.P. **O registro da prática de enfermagem**: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. Rev.Nursing. 1999;11(2):21-26.

DUGAS, B.W. **Enfermagem prática**. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.

ECHER, I.C. **The development of handbooks of health care guidelines**. Rev. Latino- Am. Enferm. 2005; 13(5):754-7.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 37a. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

FERNANDES, R.A, SALLUM, M.J.L; TEIXEIRA, M.B; LEMMI; R.C.A; MIURA, M. **Anotações de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP. 1981; 15(1): 63-8.

FERREIRA, T.S; SOUZA-BRAGA, A.L; CAVALCANTI-VALENTE, G.S, SOUZA, D.F; CARVALHO-ALVES, E.M. **Auditoria de enfermagem**: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. Aquichan. 2009; 9 (1):38-49.

FERNANDES, R.A.Q. **Estudo da influência do processo de enfermagem na qualidade e na quantidade das anotações do prontuário [Doutorado]**. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1989.

FONTES, M.C.F. **Comunicação escrita: anotação do Enfermeiro em uma unidade de Terapia Intensiva [Mestrado]**. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.

FREITAS, A.A.S; CABRAL, I.E. **O cuidador à pessoa traqueostomizada**: análise de um folheto educativo. Esc Anna Nery Ver Enferm. 2008;12 (1):84-9.

HOFFMANN, T; WARRALL, L. **Designing effective written health education materials**: considerations for health professionals. DisabilRehabil. 2004; 26(9):1166-73.

HORTA, W, A. **Dos instrumentos básicos de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP. 1970; 4(1/2):3-4.

ITO, E.E. et al. **Anotação de Enfermagem**: reflexo do cuidado. São Paulo: Martinari, 2011.

ITO, E. T. 2005. In: SILVA, R.M; SILVA, I.C.M; RAVALIA, R.A. **Ensino de enfermagem**: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. Revista Práxis – 2009 - jan; ano I(1).

ITO, EE. TAKAHASHI, RT. **Percepções dos enfermeiros de campo sobre o estágio curricular da graduação de enfermagem realizados em sua unidade de trabalho**. Rev. Esc. enferm. USP, Mar 2005, vol.39, no.1, p. 109-110. ISSN 0080-6234 Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a15v39n1.pdf>

JOHANSON, L; DANTAS, C.C; LEITE, J.L; STIPP, M.A.C. **Registro de enfermagem**: sua importância no controle e prevenção de infecção relacionada a cateter venoso em clientes com HIV/AIDS. In: 8^o Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2002 maio; Ribeirão Preto(SP).

LIMA, Paulo Gomes. **Formação de professores**: por uma ressignificação do trabalho pedagógico na escola/ Paulo Gomes Lima. – Editora EDUEFGD, 2010.

MASSAD, E.;MARIN, H.F.;AZEVEDO, R. **S.O Prontuário do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico**. São Paulo. USP, 2003.

MATSUDA, L.M; SILVA, D.M.P.P; ÉVORA, Y.D.M; COIMBRA, J.A.H. **Anotações/registros de enfermagem**: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev Eletr Enf. 2006; 8(3): 415-21.

MARIN, H.F; MASSAD, E; AZEVEDO, N.R.S. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo (SP): HF Marin; 2003. [citado 2010 maio 05]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/site/arquivos/prontuario.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Organização Panamericana da Saúde. **Série Técnica - Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**: política de Regulação do Brasil. Brasília (DF); 2006 [citado 2010 abril 28]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/Sala5571.pdf>

MATOS, S.S; CARVALHO, D.V. **A comunicação escrita das ações de enfermagem**: uma contribuição ao ensino de graduação. Rev Mineira de

Enfermagem. 2002; 6:7- 15.

MOREIRA, M.F; Nóbrega, M.M.L; Silva, M.I.T. **Comunicação escrita**: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2003[cited 2013 Dec 18];56(2):184-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>

MOREIRA, M.A. **Aprendizagem significativa**: a teoria e textos complementares. São Paulo (SP): Editora Livraria da Física; 2011.

NÓBREGA, M.R.S. **A propósito das anotações de enfermagem**. Rev.Enfermagem Atual. 1980; 2(1):30-1.

OCHOA-VIGO, L et al. **Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem**. Rev Esc Enferm USP. 2011; 35(4):390-8.

OGUISSO, T. **Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente** [Livre-docência]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Néry UFRJ; 1975.

OLIVEIRA, F.M.C.S.N, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS. [**Continuing education and the quality of health care**: meaningful learning in nursing practice]. Aquichan [Inter-net]. 2011 Jan-Apr [updated 2015 Jun 30; cited 2014 May 10];11(1):48-65. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a05.pdf> Portuguese.

OLIVEIRA, J.A.; OLIVEIRA, João Batista Araújo; GUIMARÃES, Sonia Dantas Pinto; BOMÉRY, Helena Maria Bousquet. **A política do livro didático**. São Paulo: Summs/Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde**. Resolução Cofen 429, de 19 de abril de 2012. Brasília: COFEN, 2012.

PINTO, L.R.C; TONINI, T; PÉRISSÉ, V.L.C. **Registro de enfermagem sobre o cuidado prestado ao paciente portador de diabetes mellitus**: um estudo exploratório na literatura científica. Rev Pesqui Cuid Fundam. Abr-jun. 2010; 848-60.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.

POSSARI, J.F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo (SP): Iátria; 2005.

REBERTE, L. M; HOGA, L.A.K; GOMES, A. ZANIBONI. **O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20 (1): 101-108.

RIBEIRO, C.M. **Auditoria de serviço de enfermagem**. Rev Bras Enf. 1972; 25 (4): 91-103.

SANTOS, S.R; PAULA, A.F.A; LIMA, J.P.O. **O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário**. Rev Lat Am Enferm. 2003; 11(1): 80-7.

SANTOS, M.A.M. **Terminologia em Enfermagem**. 2^a ed. São Paulo (SP): Martinari; 2005.

SANTOS, ADRIANA KELLY; RIBEIRO, ANA PAULA GOULART AND MONTEIRO, SIMONE. **Hanseníase e práticas da comunicação**: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. Interface (Botucatu). 2012, vol.16, n.40, pp.205-218.

SETZ, V.G, D'INNOCENZO, M. **Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria**. Acta Paul Enferm. [online]. 2009; 22(3): 313-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação em enfermagem**: teoria, ensino e pesquisa [Livre-Docência]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1990.

SOUZA, M.M.T; TAVARES, C. M. M; GAMA, L.; PASSOS, J.P. Cartilha **Dramatização – Um Produto Técnico-Educativo**. Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental. v. 7, p. 3543-3553, 2015.

SOBRINHO, E. C. R; FREITAS, K. G.; FIGUEIREDO, R. M; CALIARI, J. S. **A tuberculose na estratégia de saúde da família**: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 15, p. 416-421, 2013.

TANJI, S; DAHMAR, M; OLIVEIRA, S; SILVA, C.M.S.D. **A importância do registro no prontuário do paciente**. Revista Enfermagem Atual. 2004; 24 (n.esp): 16-20.

TONG. P; GONÇALVES, S.E.F. **A comunicação na Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatoria como referencial para a qualidade em serviço**. Comunicación y Salud. Asociacion Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación. Disponível em: http://www.alaic.net/VII_congreso/gt/gt_10/GT_6.html