Anotações de enfermagem

As anotações de enfermagem são todos os registros das informações do paciente, das observações feitas sobre o seu estado de saúde, das prescrições de enfermagem e sua implantação, da evolução de enfermagem e de outros cuidados, entre eles a execução das prescrições médicas.

Pode-se afirmar que é um instrumento valorativo de grande significado na assistência de enfermagem e na sua continuidade, tornando-se, pois, indispensável na aplicação do processo de enfermagem, pois está presente em todas as fases do processo.

As anotações de enfermagem são o meio utilizado pela enfermagem para informar sobre a assistência prestada e, como consequência, uma fonte disponível para avaliação da eficiência e eficácia dessa assistência. Assim, demandam clareza em relação a sua forma e conteúdo, a fim de garantir a compreensão e a legibilidade da informação.

**Tipos de anotações de enfermagem**

São vários tipos de anotações de enfermagem que podem ser registrados no prontuário do paciente. Dentre eles são destacados:

• Gráfico: facilita a visualização de oscilações dos parâmetros vitais do paciente, como temperatura (T), pulso (P), respiração (R) e pressão arterial (PA) ou dos sinais objetivos, tais como: peso, altura, perímetros, pressão venosa central, entre outras;

• Descrição: numérica - são anotados valores de parâmetros mensuráveis.

Podem ser locais específicos para o registro desses valores para facilitar a visualização; narração escrita - registro da forma narrativa daquilo que foi realizado, observado e ou informado pelo paciente ou familiar. É o tipo de anotação mais frequentemente utilizado em prontuário de paciente.

A anotação de enfermagem, quando cientificamente estruturada, apresenta elementos valiosos para o diagnóstico das necessidades do paciente, da família e da comunidade, facilitando o planejamento de assistência ao paciente e apresentando elementos para o ensino e pesquisa no campo profissional.

No dia a dia verificamos que as anotações de enfermagem, de modo geral, não são completas em relação ao cuidado integral que o paciente necessita e recebe, e não satisfazem os requisitos necessários para sua padronização.

Acreditamos que essas falhas ocorram devido a falta de conscientização de seu valor pelo pessoal de enfermagem.

Quanto mais consciência o funcionário tiver sobre a finalidade dos registros de enfermagem, mais ele o fará com riqueza de conteúdo, colaborando assim, efetivamente, para a elaboração de cuidados de enfermagem, individualizados, ao paciente.

**Roteiro para anotação de enfermagem**

**Comportamento e observações relativas ao paciente:**

• Nível de consciência;

• Estado emocional;

• Integridade da pele e mucosa;

• Hidratação;

• Aceitação de dieta;

• Manutenção venóclise;

• Movimentação;

• Eliminação;

• Presença de catéteres e drenos.

**Cuidados prestados aos pacientes, prescritos ou não pelo enfermeiro:**

• Mudança de decúbito;

• Posicionamento no leito ou na poltrona;

• Banho;

• Curativos;

• Retirada de drenos, sondas, cateteres, etc.

**Medidas prescritas pelo médico e prestadas pela enfermagem:**

• Repouso;

• Uso de colete/faixas;

• Recusa de medicação ou tratamento.

**Respostas específicas do paciente à terapia e assistência:**

• Alterações do quadro clínico;

• Sinais e sintomas;

• Alterações de sinais vitais;

• Intercorrências com o paciente;

• Providências tomadas;

• Resultados.

**Medidas terapêuticas executadas pelos membros da equipe:**

• Passagem de dispositivo intravenoso (intracath, duplo ou triplo lúmen, etc.);

• Visita médica especializada (avaliações);

• Atendimento do fisioterapeuta, da nutricionista ou psicólogo.

**Orientações educativas:**

• Nutrição;

• Atividade física;

• Uso de medicações.

**Outros fatos relevantes (de qualquer natureza) referidos pelo paciente ou percebidos pelo profissional:**

• Acidentes e intercorrências;

• Recebimento de visitas.

**Exemplo de prontuário:**

9h- apresenta-se consciente, comunicativo, ictérico, aceitou o desjejum oferecido, tomou banho de aspersão, deambulando, afebril, dispneico, normotenso, taquicárdico, mantendo venóclise por scalp em MSE, com bom refluxo, sem sinais flogísticos, abdômen ascístico doloroso à palpação, SVD com débito de 200ml de coloração alaranjada, eliminação intestinal ausente há 1 dia. Refere algia generalizada. Marcela

**1. Admissão**

É a entrada e permanência do paciente no hospital, por determinado período. Tem por objetivos facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.

Na unidade de internação o paciente é recebido por um profissional da unidade e encaminhado ao quarto ou enfermaria. Deve ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades. Geralmente, o paciente está preocupado com a sua saúde.

A primeira impressão recebida é fundamental ao paciente e seus familiares, inspirando-lhes confiança no hospital e na equipe que o atenderá. Se recebido atenciosamente, proporcionará sensação de segurança e bem estar, e deste primeiro contato depende em grande parte a colaboração do paciente ao tratamento.

Procedimentos:

1. Receber o paciente cordialmente, verificando se as fichas estão completas;

2. Acompanhar o paciente ao leito, auxiliando-o a deitar e dando-lhe todo o conforto possível;

3. Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto;

4. Orientar o paciente em relação à: localização das instalações sanitárias; horários das refeições; modo de usar a campainha; nome do médico e da enfermeira chefe;

5. Explicar o regulamento do hospital quanto à: fumo; horário de repouso; horário de visita;

6. Os pertences do paciente devem ser entregues à família no ato da admissão, se não for possível, colocá-los em um saco e grampear, identificando com um impresso próprio e encaminhar para a sala de pertences;

7. Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação;

8. Fornecer roupa do hospital, se a rotina da enfermeira não permitir o uso da própria roupa;

9. Fazer o prontuário do paciente;

10. Verificar temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, proceder ao exame físico;

11. Anotar no relatório de enfermagem a admissão;

12. Anotar no Relatório Geral a admissão e o censo diário.

Exemplo de Admissão:

10h- Admitida nesta unidade vinda de casa acompanhada pela prima para tratamento cirúrgico...

(o resto é como no prontuário)

**2. Alta**

Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa.

A alta do paciente deve ser assinada pelo médico.

Procedimentos:

1. Certificar-se da alta no prontuário do paciente, que deve estar assinada pelo médico;

2. Verificar no prontuário as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente;

3. Informar ao paciente sobre a alta, hora e de como será transportado;

4. Entregar ao paciente a receita médica e orientá-lo devidamente;

5. Auxiliar o paciente a vestir-se;

6. Reunir as roupas e objetos pessoais e colocá-los na mala ou sacola;

7. Devolver objetos e medicamentos ao paciente, que foram guardados no hospital;

8. Providenciar cadeira de rodas ou maca para transportar o paciente até o veículo;

9. Transportar o paciente;

10. Preparar a unidade para receber outro paciente.

**3. Transferência interna do paciente**

É a transferência do paciente de um setor para o outro, dentro do próprio hospital. Poderá ser transferido quando necessitar de cuidados intensivos, mudança de setor e troca do tipo de acomodação.

Procedimentos:

1. Após confirmação da vaga pela chefia, orientar o paciente;

2. Checar na prescrição toda a medicação que foi administrada e cuidados prestados;

3. Separar medicamentos para encaminhá-los junto com o paciente;

4. Proceder as anotações de enfermagem no plano assistencial;

5. Fazer rol de roupas e pertences do paciente, entregando-os à família ou encaminhando junto ao paciente;

6. Proceder o transporte do paciente, com auxílio;

7. Levar o prontuário completo, medicamentos e pertences;

8. Auxiliar na acomodação do paciente;

9. Retornar ao setor levando a maca ou cadeira de rodas;

10. Preparar a unidade para receber outro paciente.