



CEARÁ MIRIM - RN

PREFEITURA MUNICIPAL DE CEARÁ MIRIM
- RIO GRANDE DO NORTE

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 01/2024, DE 11 DE ABRIL DE 2024

CÓD: SL-148AB-24
7908433253075

Língua Portuguesa

1. Interpretação de texto	7
2. Ortografia oficial	10
3. Acentuação gráfica.....	11
4. Pontuação	13
5. Emprego das classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem	15
6. Vozes verbais: ativa e passiva	26
7. Colocação pronominal	26
8. Concordância verbal e nominal	27
9. Regência verbal e nominal.....	28
10. Crase	31
11. Sinônimos, antônimos e parônimos; Sentido próprio e figurado das palavras.....	31

Raciocínio Lógico

1. Princípio da Regressão ou Reversão	43
2. Lógica dedutiva, argumentativa e quantitativa.....	43
3. Lógica matemática qualitativa	47
4. Sequências lógicas envolvendo números, letras e figuras	50
5. Geometria básica	52
6. Álgebra básica e sistemas lineares.....	62
7. Calendários	76
8. Numeração	78
9. Razões especiais	79
10. Análise combinatória e probabilidade	80
11. Progressões aritmética e geométrica.....	85
12. Conjuntos: as relações de pertinência, inclusão e igualdade; operações entre conjuntos, união, interseção e diferença	87
13. Comparações	88

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Anatomia e Fisiologia.....	93
2. Técnicas de Enfermagem: higiene e conforto do paciente	142
3. Cálculo e administração de medicação e soluções.....	143
4. Nutrição enteral e parenteral	153
5. Sondagens: gástrica e vesical.....	154
6. Transfusões de sangue e hemoderivados	157

ÍNDICE

7. Lavagem gástrica. enema.....	159
8. Balanço hídrico	162
9. Oxigenoterapia e inaloterapia.....	164
10. Enfermagem Médico-Cirúrgica: definição, etiologia e cuidados de enfermagem das doenças infecciosas, respiratórias, cardiovasculares, neurológicas e crônicas degenerativas.....	171
11. Doenças transmissíveis e sexualmente transmissíveis: formas de prevenção, isolamento e cuidados de enfermagem.....	182
12. Vacinação: normas do Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização	195
13. Unidade de Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado e de Recuperação Pós-anestésica: cuidados de enfermagem no pré, trans e pós-operatório de cirurgias	208
14. Desinfecção e esterilização de materiais, métodos de controle de infecção hospitalar	214
15. Enfermagem Materno-infantil: assistência de enfermagem à mulher durante o período gravídico, puerperal.....	217
16. Enfermagem ginecológica.....	240
17. Enfermagem na Assistência Integral à Saúde do Adulto e do Idoso: Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melius (DM).....	244
18. Enfermagem nos programas Nacionais de Controle da Tuberculose e Hanseníase	245
19. Enfermagem Pediátrica: atendimento à criança sadia e hospitalizada, doenças comuns na infância, vacinação, cuidados especiais com medicamentos e sua administração. assistência de enfermagem ao recém-nascido normal e patológico.....	245
20. Administração Aplicada à Enfermagem: o hospital, serviços hospitalares, rotinas hospitalares, passagem de plantão, relatório de enfermagem, sistema de comunicação com os serviços, admissão, alta, transferência e óbito de pacientes, recursos humanos, físicos e materiais para a prestação da assistência de enfermagem	263
21. Saúde da família: vigilância epidemiológica, doenças emergentes e reemergentes em saúde pública e controle de zoonoses	289

legal. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

Dessa forma, para serem consideradas autênticas e válidas as ações registradas no prontuário do paciente, deverão estar legalmente constituídas, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (art. 368 do Código de Processo Civil – CPC) e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (art. 386 do CPC). Salientamos que as declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou (art. 368 do CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

2. Objetivos

Nortear os profissionais de 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.

3 Finalidade dos registros

3.1 Partilha de informações: estabelece uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente;

3.2 Garantia de qualidade: serve como fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada (comitê interno hospitalar);

3.3 Relatório permanente: registro escrito em ordem cronológica da enfermidade de um paciente e dos cuidados oferecidos, desde o surgimento do problema até a alta / óbito /transferência hospitalar;

3.4 Evidência legal: documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe médica e de enfermagem (e outros), referente à assistência prestada. Cada pessoa que escreve no prontuário de um paciente é responsável pela informação ali anotada;

3.5 Ensino e pesquisa: os registros do paciente contêm um grande número de informações e podem constituir uma fonte alternativa de dados;

3.6 Auditoria: refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem por meio do prontuário do paciente.

4 Prontuário do paciente

É definido no livreto do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo como o acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência.

A palavra prontuário deriva do latim “promptuariu” que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento.

A resolução CFM 1.638/2002 define o prontuário como “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 os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

5 Aspectos legais do registro de enfermagem

Ochoa-Vigo (2001) disse 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.

Como documento legal, os registros somente terão valor se forem datados e assinados e, evidentemente, 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.

Importante frisar que resta evidenciada a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e também sobre os seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal.

6 Fundamentos legais das Anotações de Enfermagem

6.1 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;

6.2 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

(...)

c) 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.”

6.3 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, exceções 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:

(...)

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, interrelacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente.

8.1 Regras gerais:

A Evolução de enfermagem é uma atribuição privativa do enfermeiro, além de se constituir em um dever, de acordo com o Código de Ética e demais legislações pertinentes. Para ser considerado um documento legal é necessário:

- Constar, obrigatoriamente, data, hora, tempo de internação, diagnóstico de enfermagem, assinatura e número do Coren;

- Discriminar, sequencialmente, o estado geral, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e geniturinário;

- Procedimentos invasivos, considerando: entubações orotraqueais, traqueostomias, sondagens nasogástrica e enterais, cateterizações venosas, drenos, cateteres;

- Cuidados prestados aos pacientes, considerando: higienizações, aspirações, curativos, troca de drenos, cateteres e sondas, mudanças de decúbito, apoio psicológico e outros;

- Descrição das eliminações considerando: secreções traqueais, orais e de lesões, débitos gástricos de drenos, de ostomias, fezes e diurese, quanto ao tipo, consistência, odor e coloração;

- Deve ser realizada diariamente;

- A Evolução deve ser realizada referindo-se às últimas 24 horas, baseando-se nas respostas diante das intervenções preestabelecidas por meio da prescrição de enfermagem, bem como quanto aos protocolos em que o paciente está inserido, mantido ou sendo excluído;

- Deve ser refeita, em parte ou totalmente na vigência de alteração no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração;

- Deve apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes;

- Deve constar os problemas novos identificados;

- Utilizar-se de linguagem clara, concisa e exata, com ausência de códigos pessoais e abreviaturas desconhecidas.

9 Procedimentos de enfermagem – o que anotar?

9.1 Admissão

- 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 cortico-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, con-

tenção, etc.);

- Rol de valores e pertences do paciente;

- Orientações prestadas;

- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.2 Alta

- Data e horário;

- Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas, presença de lesões, nível de consciência, presença de dispositivos como sonda vesical de demora, cateter de duplo lúmen, etc.);

- Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);

- Orientações prestadas;

- Entrega do rol de pertences e valores ao paciente ou acompanhante;

- Transporte para o domicílio: da instituição ou próprio;

Obs.: Importante o registro real do horário de saída do paciente e se saiu acompanhado. Registrar ainda se foi alta médica, administrativa ou a pedido do paciente ou família.

- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.3 Administração de medicamentos

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

9.3.1 Via Parenteral: registrar o local onde foi administrado

- M – glúteo, deltoide, vasto lateral, etc.;

- EV – antebraço, dorso da mão, região cefálica, membro inferior, etc.;

- SC – abdome, região posterior do braço, coxa, etc.;

- ID – face interna do antebraço ou face externa do braço.

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.

9.3.2 Via Oral

- Registrar dificuldade de deglutição;

- Presença de vômitos, etc.

9.3.3 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;

- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

Obs.: Somente a checagem do(s) item(ns) cumprido(s) ou não, através de símbolos, como /, ou , v respectivamente, não cumpre(m) os requisitos legais de validação de um documento.

- Relatar necessidade de avaliação por outro profissional;
- Queixas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.23 Cuidados imediatos com RN (Enfermeiro)

- Data e hora exatas do nascimento;
- Tipo do parto;
- Apgar;
- Características e quantidade da secreção aspirada por via oral / nasal;
- Anotar se RN é a termo, pré-termo e pós-termo;
- Característica do vérnix;
- Sexo do RN;
- Peso;
- Identificação;
- Relatar presença de bossa;
- Registrar coloração da pele;
- Anotar a realização do Credé e da Vitamina K;
- Anotar medidas antropométricas (peso, comprimento, perímetro cefálico, perímetro torácico e abdominal);
- Registrar coleta de sangue do coto umbilical;
- Anotação do clampeamento umbilical e característica do coto (presença de duas artérias e uma veia);
- Anotar má-formação aparente se houver;
- Anotar validade das lâmpadas da fototerapia;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Anotar data e hora do encaminhamento ao berçário;
- Nome completo e Coren do profissional que realizou o procedimento.

9.24 Cuidados com o RN em fototerapia

- Data e hora do procedimento e tempo de exposição;
- Identificação em prontuário;
- Registrar peso pré e após o procedimento;
- Registrar coloração da pele;
- Anotar medida de segurança com relação à proteção ocular;
- Anotar intercorrências e providências adotadas;
- Anotar mudanças de decúbito do RN conforme preconizado;
- Nome completo e n. do Coren do profissional que executou o procedimento.

9.25 Cuidados no pré-parto

- Anotar data e hora da admissão da gestante no pré-parto;
- Nome do médico / enfermeiro responsável pela internação;
- Registrar as condições que a gestante chegou ao pré-parto, se deambulando, em cadeira de rodas ou maca;
- Identificação do acompanhante;
- Anotar dados dos sinais vitais;
- Verificar e anotar informações relativas ao pré-natal;
- Informações da gestante relativas às contrações;
- Informações da gestante se houve perda de líquidos, sangue, ou urina;
- Anotar procedimentos realizados, tais como: tricotomia, assepsia, lavagem intestinal e outros;
- Dados sobre o acesso venoso, tais como: localização, material utilizado, data e hora da realização;
- Data e hora de encaminhamento à sala de parto;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Queixas;

- Nome completo e Coren do profissional que realizou os procedimentos.

9.26 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.

9.27 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.

9.28 Drenagem de tórax (Enfermeiro)

- Data e hora do procedimento;
- Local da inserção do dreno;
- Aspecto da pele no local da inserção;
- Aspecto e característica da secreção drenada – serosa, hemática, purulenta, com sedimentos;
- Volume drenado;
- Volume do selo d'água;
- Oscilação;
- Troca e tipo do curativo;
- Troca do frasco;
- Intercorrências e/ou providências adotadas – contaminação do material e/ ou sistema, desconexão acidental, etc.;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.29 Drenos

- Data e hora do procedimento;
- Tipo de dreno – Port-o-Vac, penrose, etc.;
- Aspecto do local da inserção;
- Volume e aspecto de secreção drenada;
- Material utilizado para curativo;

9.38 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.

9.39 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 (fez 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.

9.40 Imobilização

- Data e hora do procedimento;
- Localização anatômica;
- Motivo da imobilização;
- Aspecto do membro / local imobilizado (hematomas, ferida cirúrgica);
- Tipo de procedimento realizado (tala, tala gessada, gesso e outras);
- Material utilizado para o procedimento;
- Queixas do paciente;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.41 Irrigação de sonda vesical e bexiga

- Data e hora do procedimento;
- Motivo do procedimento;
- Aspecto da área a ser tratada;
- Solução utilizada no procedimento;
- Presença e caracterização de fétido e/ou secreção na solução drenada;
- Queixas do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.42 Inalação / nebulização

- Data e hora da realização do procedimento;
- Queixas: dispneia, 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.

9.43 Lavado gástrico

- Data e hora da realização do procedimento;
- Quantidade infundida;
- Presença de náuseas / vômitos;
- Distensão abdominal;
- Checagem do rótulo do recipiente;
- Quantidade e aspecto do material coletado;
- Registrar qual a amostra: primeira ou segunda amostra;
- Registrar que o paciente está em jejum;
- Registrar qual tipo de recipiente em que a amostra foi armazenada;
- Encaminhamento do material;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.44 Massagem de conforto

- Anotar data e hora da realização do procedimento;
- Observar e anotar sinais de reações alérgicas;
- Observar e anotar as condições da pele nas regiões escapular, ilíaca e sacrococcígea;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.45 Medida antropométrica

- Anotar data e hora da realização da medida antropométrica;
- Anotar as queixas do paciente, se houver;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento;
- Registrar as medidas aferidas de forma exata: peso, altura, circunferência abdominal, perímetro cefálico do RN;
- Registrar anormalidades quando observadas em qualquer dos parâmetros mensurados;
- Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.46 Mudança de decúbito

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

9.47 Nutrição enteral

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

9.57 Pós-operatório mediato

- Data e hora de retorno à Unidade;
- Nível de consciência;
- Localização anatômica e aspecto do curativo cirúrgico;
- Tipo de exsudato se existente;
- Sinais vitais;
- Acesso venoso;
- Posicionamento no leito;
- Medidas de proteção;
- Presença de acompanhantes;
- Orientações ao paciente e à família;
- Entrega documentada dos pertences;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.58 Prova do laço

- Data e hora da realização do procedimento;
- Registrar valor da pressão arterial;
- Registrar o valor médio pela fórmula $(PAS+PAD)/2$;
- Registrar o tempo do manguito insuflado;
- Registrar o número de petéquias surgidas;
- Estado geral do paciente;
- Manifestações clínicas, história de sangramento;
- Registrar alterações na pele;
- Intercorrências e/ou providências adotadas: petéquias em todo o braço, antebraço, dorso das mãos e nos dedos;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.59 Registros relativos à coleta de material para exames

- Anotar data e hora da coleta de material para exames;
- Anotar jejum do paciente, quando o exame assim exigir;
- Anotar tipo de material coletado;
- Anotar aspecto do material coletado para exames;
- Registrar intercorrência durante o procedimento e providências adotadas;
 - Em caso de punção venosa, anotar o local em que foi realizada a coleta;
 - Queixas;
 - Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.60 Registros relativos à deambulação

- Anotar data e hora da realização do estímulo à deambulação;
- Registrar se houve necessidade de auxílio para a deambulação: do profissional, de muleta, bengala ou andador;
- Registrar anormalidades da marcha;
- Relatar queixas de claudicação intermitente ou contínua;
- Relatar postura do paciente ao deambular;
- Anotar as queixas do paciente;
- Registrar as intercorrências durante o procedimento e providências adotadas;
 - Eliminação de gases;
 - Anotar nome completo, número do Coren do profissional que efetuou os procedimentos e os registros.

9.61 Retirada de pontos

- Data e hora da realização do procedimento;
- Tempo de sutura;

- Tipo da sutura;
- Local da ferida;
- Aspectos da ferida;
- Curativo e material utilizado;
- Orientação ao paciente;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.62 Sinais Vitais

- Data e hora do procedimento;
- Registrar dados aferidos;
- Queixas;
- Estado geral do paciente;
- Intercorrências e providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.

9.63 Teste PPD

- Data e hora da realização do procedimento;
- Manifestações clínicas do paciente;
- Local da realização do exame;
- Reação na área da aplicação;
- Medida obtida;
- Registrar medicação utilizada pelo paciente, como corticoide;
- Orientação ao paciente;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.64 Teste de gravidez

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação da paciente;
- Se é a primeira diurese;
- Manifestações clínicas;
- Presença de DST;
- Data da última menstruação, se mais de 15 dias;
- Data da última relação;
- Uso de contraceptivo;
- Registrar, quando positivo, o encaminhamento para o pré-natal;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.65 Teste rápido de HIV

- Data e hora da realização do procedimento;
- História clínica e/ou epidemiológica, sexualidade;
- Dispositivo de coleta;
- Local da punção;
- Orientações;
- Registrar o resultado obtido;
- Intercorrências e/ou providências adotadas;
- Nome completo e Coren do responsável pelos procedimentos.

9.66 Teste rápido para Sífilis

- Data e hora da realização do procedimento;
- Identificação do paciente;
- História clínica e/ou epidemiológica;
- Local da punção;

processos administrativos - realizados pela instituição empregadora, avaliação e/ou processo ético - realizado pelo Coren; bem como em processos cíveis (indenizatórios) e criminais.

Recomenda-se que a equipe faça uso de termos científicos em seus registros. Quais estratégias os líderes podem adotar para facilitar esta prática?

A utilização de terminologia científica deve ser incentivada, com trabalho contínuo dos enfermeiros responsáveis pela educação continuada ou permanente, em parceria com os enfermeiros supervisores/coordenadores e assistências. A confecção de guias, cartilhas, folhetos descritos auxiliam, porém não garante a efetividade da ação. Em diversos anos de visita aos mais variados serviços de saúde oferecidos a população e prestados pela equipe de enfermagem, constatei, nesta questão, a utilização da estratégia “estudo de caso” (onde enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem se reúnem, quinzenalmente, para apresentação e discussão de um caso atendido no mês anterior. A discussão acontece com a análise dos registros de enfermagem realizados em prontuário, onde a equipe analisa seu conteúdo e se o cuidado prestado foi adequadamente registrado, incluindo a utilização de terminologia) como medida eficaz para o desenvolvimento e aprendizado da equipe. Para efeito de exemplo, me lembro que em uma instituição de saúde que atuei, implantei um manual de terminologias e mapas identificando as regiões do corpo que ficavam no Posto de Enfermagem para consulta da equipe, o que foi muito positivo.

Há situações em que a ação de Enfermagem, por uma série de motivos, não foi registrada em prescrição pelo enfermeiro ou médico. Nesse caso, como a senhora orienta a equipe de nível médio quanto ao registro?

Todas as ações de enfermagem desenvolvidas por técnicos e auxiliares de enfermagem, por força da Lei nº 7.498/86, devem estar prescritas e devem ser supervisionadas por Enfermeiro. Desta forma, os profissionais de nível médio de enfermagem (técnicos e auxiliares) não devem desenvolver nenhuma atividade que não esteja prescrita: diretamente em prontuário ou definida como rotina em documentos formais de cada serviço. Ainda, a Resolução Cofen nº 225/00 determina que seja vedado ao profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/ terapêuticas, oriundas de qualquer profissional da área de Saúde, por meio de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura deles, sendo consideradas exceções situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente.

Como deve ser utilizado o livro de intercorrências? Quais anotações devem ser registradas? Existe algum tempo para ele ser arquivado?

O livro de intercorrências deve ser utilizado em situações nas quais a equipe deseja registrar algum fato que possa comprometer o processo de trabalho. Por exemplo, o atraso na entrega de roupas. Nunca deverá ser utilizado para registrar ações que envolvam o cuidar, como queda no leito. Informações relativas à terapêutica devem ser obrigatoriamente registradas no Prontuário do Paciente. Vale ressaltar que em algumas situações o livro também funciona como protocolo de entrega de exames após a alta. E enfatizo que data, horário, exames entregues e nome do profissional responsável também devem ser registrados no Prontuário. Em linhas gerais, todas as atividades assistências, de cuidado direto ao paciente, devem ser registradas em prontuário, obrigatoriamente. As ações

administrativas/gerencias - falta de funcionário, falta ou quebra de equipamentos, necessidade de manutenção ou consertos em geral - em livro de intercorrência (comumente chamado de “livro preto”). O seu tempo de arquivamento vai depender da normatização estabelecida pela Instituição, e neste caso sugiro uma consulta ao Departamento Jurídico da mesma.

Como está a questão do prontuário eletrônico? Como fica o registro/anotação de Enfermagem neste processo?

O Cofen firmou parceria com a SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde) para normatizar o assunto. Atualmente, os prontuários eletrônicos certificados (atendem a uma série de requisito, como: validação de assinatura eletrônica, termo de consentimento prévio do paciente, entre outros) possuem respaldo legal, não sendo necessária outra forma de armazenamento de dados. Caso contrário, devem ser convertidos em meio físico para assinatura de todos os profissionais envolvidos no processo.

Sistema de informação em enfermagem (Registro em Enfermagem)

Uma das tarefas do profissional de enfermagem é o registro, no prontuário do paciente, de todas as observações e assistência prestada ao mesmo - ato conhecido como anotação de enfermagem. A importância do registro reside no fato de que a equipe de enfermagem é a única que permanece continuamente e sem interrupções ao lado do paciente, podendo informar com detalhes todas as ocorrências clínicas.

Para maior clareza, recomenda-se que o registro das informações seja organizado de modo a reproduzir a ordem cronológica dos fatos isto permitirá que, na passagem de plantão, a equipe possa acompanhar a evolução do paciente. Um registro completo de enfermagem contempla as seguintes informações:

Observação do estado geral do paciente, indicando manifestações emocionais como angústia, calma, interesse, depressão, euforia, apatia ou agressividade; condições físicas, indicando alterações relacionadas ao estado nutricional, hidratação, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, postura

Ordem cronológica – sequência em que os fatos acontecem, correlacionados com o tempo, sono e repouso, eliminações, padrão da fala, movimentação; existência e condições de sondas, drenos, curativos, imobilizações, cateteres, equipamentos em uso;

A ação de medicamentos e tratamentos específicos, para verificação da resposta orgânica manifesta após a aplicação de determinado medicamento ou tratamento, tais como, por exemplo: alergia após a administração de medicamentos, diminuição da temperatura corporal após banho morno, melhora da dispnéia após a instalação de cateter de oxigênio;

A realização das prescrições médicas e de enfermagem, o que permite avaliar a atuação da equipe e o efeito, na evolução do paciente, da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. Caso o tratamento não seja realizado, é necessário explicitar o motivo, por exemplo, se o paciente recusa a inalação prescrita, deve-se registrar esse fato e o motivo da negação.

Procedimentos rotineiros também devem ser registrados, como a instalação de solução venosa, curativos realizados, colheita de material para exames, encaminhamentos e realização de exames externos, bem como outras ocorrências atípicas na rotina do paciente; n A assistência de enfermagem prestada e as intercorrências observadas. Incluem-se neste item, entre outros, os dados