



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS

**Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade**

HCFAMEMA PROCEDIMENTO OPERACIONAL

Nº do Processo: 144.00008626/2025-22

Assunto: REGISTROS DE ENFERMAGEM

CÓDIGO: HCF-GE-PO-47

REVISÃO: 0

1. OBJETIVO

Padronizar os registros e orientar os profissionais de Enfermagem quanto à realização adequada da documentação dos procedimentos prestados aos pacientes, de forma clara e precisa, com descrição minuciosa da assistência durante a permanência do paciente na instituição;

Garantir a qualidade das informações que subsidiem a análise da assistência prestada;

Assegurar a continuidade das informações e a comunicação entre as equipes de Enfermagem e Multiprofissional;

Promover segurança e respaldo legal ao profissional de Enfermagem no exercício do cuidado ao paciente;

Estabelecer a rotina de registros, conforme a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), determinando ao enfermeiro a responsabilidade pela evolução e, aos técnicos e auxiliares de enfermagem, a realização das anotações de enfermagem.

2. APLICAÇÃO

Aplica-se à todas as Unidades Assistenciais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HCFAMEMA).

Departamento de Atenção à Saúde de Alta Complexidade (DASAC);

Departamento de Atenção à Saúde em Apoio, Diagnóstico e Terapêutico (DASADT);

Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializada e Hospital Dia (DASAMB);

Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia (DASHEMO);

Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil (DASMI);

3. RESPONSABILIDADE

Auxiliar de Enfermagem;

Enfermeiro (a);

Técnico de enfermagem.

4. ABREVIATURAS E SIGLAS

HCFAMEMA – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília;

DASAC – Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade;

DASAMB – Departamento de Atenção à Saúde Ambulatorial Especializada e Hospital Dia;

DASMI – Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil;

DASHEMO – Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia;

DASADT – Departamento de Atenção à Saúde em Apoio, Diagnóstico e Terapêutico;

SAE – Sistematização da assistência em enfermagem.

5. MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/FERRAMENTAS

Materiais:

Caneta esferográfica azul ou preta;
Carimbo contendo o nome completo do profissional, número do registro no COREN (com a sigla da unidade federativa) e a categoria profissional;
Ficha padronizada para anotação de enfermagem;
Prontuário do paciente.

Equipamentos:

Computador

Ferramentas:

Prontuário eletrônico – FAMEMA sistemas.

6. CONCEITOS E FUNÇÕES

O registro de enfermagem é parte essencial da assistência à saúde, pois assegura a qualidade do atendimento prestado, permitindo a rastreabilidade e a verificação das informações documentadas.

As anotações e evoluções de enfermagem validam os procedimentos realizados, confirmando a prestação da assistência necessária e assegurando a comunicação eficaz entre os membros da equipe multiprofissional, o que contribui diretamente para a continuidade e segurança do cuidado.

O registro correto, completo e preciso oferece respaldo ético e legal ao profissional de enfermagem, especialmente em processos de auditoria, supervisão ou responsabilização. Cada categoria profissional deve realizar seus registros conforme a hierarquia e as normas institucionais vigentes: o enfermeiro deve redigir a evolução de enfermagem conforme a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), enquanto técnicos e auxiliares devem realizar as anotações de enfermagem, conforme orientações normativas estabelecidas.

Ressalta-se que a anotação de enfermagem é obrigatória, conforme estabelece a Resolução COFEN nº 358/2009, que 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.

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

A anotação de enfermagem é uma atribuição dos profissionais de nível técnico e auxiliar de enfermagem, devendo ser realizada de forma diária, abrangendo todas as ações executadas durante a internação do paciente. Deve seguir critérios padronizados, conforme descrito a seguir.

7.1.1 ADMISSÃO/ ACOLHIMENTO

A admissão do paciente corresponde ao ato inicial de acolhimento e ao registro das informações clínicas e subjetivas no momento da entrada no setor. Este procedimento deve ser realizado pelo profissional de enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar), respeitando suas respectivas competências legais e institucionais.

O paciente pode ser admitido de setores internos da instituição ou de fontes externas, como a porta de entrada emergencial ou outras unidades de saúde.

Compete ao enfermeiro a realização da primeira avaliação clínica e do plano inicial de cuidados, conforme os preceitos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Aos técnicos e auxiliares de enfermagem, cabe realizar o acolhimento do paciente, aferição dos sinais vitais, conferência e registro de pertences (especialmente em casos de pacientes desacompanhados), posicionamento no leito, monitorização, quando necessário, e registro completo da situação no momento da chegada.

Após o acolhimento e a realização das orientações iniciais ao paciente e seu acompanhante, deve-se proceder à anotação de enfermagem, com informações completas e objetivas.

A anotação de enfermagem no momento da admissão deverá conter:

1. Data, hora e identificação do profissional responsável pela admissão;
2. Condição de locomoção no momento da chegada (ex.: deambulando, em maca, cadeira de rodas);
3. Origem do paciente (setor de internação anterior ou unidade externa) e nome dos profissionais que realizaram a transferência;
4. Em caso de paciente externo, informar o tipo de transporte, profissional acompanhante e unidade de origem;
5. Condição neurológica e cognitiva, incluindo estado de consciência, orientação e comportamento (autopsíquico e alopíquico);
6. Situação clínica atual, descrevendo uso de dispositivos (exemplo: oxigenoterapia, sondas, drenos, etc.), presença de feridas, curativos, grau de dependência para os cuidados, entre outros achados relevantes;
7. Alergias relatadas pelo paciente ou familiar;
8. Sinais vitais, aferidos e registrados no campo específico;
9. Presença de acompanhante e listagem dos pertences do paciente, com conferência;
10. Queixas principais, dúvidas manifestadas e orientações fornecidas pela equipe de enfermagem.

7.1.2 CUIDADOS PRESTADOS

Todo procedimento assistencial realizado ao paciente deve ser considerado como cuidado prestado e obrigatoriamente registrado na anotação de enfermagem. O registro deve ser minucioso, objetivo e padronizado, com o intuito de garantir a rastreabilidade da assistência, a continuidade do cuidado e o respaldo legal-profissional.

A anotação deve contemplar os seguintes critérios, conforme o tipo de cuidado realizado:

- **Curativos:** descrever o local anatômico, o aspecto da lesão, o tipo e tamanho da lesão, o aspecto do tecido, o tipo de solução utilizada, se o curativo foi realizado com técnica estéril ou limpa, bem como intercorrências observadas.
- **Punções venosas:** informar o motivo da punção (por exemplo: primeira punção, extravasamento, troca por vencimento), o tipo de dispositivo utilizado, calibre, número de tentativas, local da punção, aspecto da pele e funcionalidade do acesso após inserção.
- **Higiene corporal:** Especificar o tipo de higiene realizada (por exemplo: no leito, aspersão, imersão), local corporal higienizado (oral, íntima, corporal), se houve necessidade de auxílio, produtos utilizados e alterações encontradas durante o procedimento.
- **Cuidados com dispositivos:** relatar troca de curativos de inserção, higienização do local, tipo de solução utilizada, condições da pele ao redor. Em casos de drenos, descrever a presença de secreção, seu aspecto, volume estimado (débito) e tipo de reservatório. Em sondas, relatar se o posicionamento foi testado e sua funcionalidade.
- **Dieta e alimentação:** Descrever o tipo de dieta prescrita, via de administração (oral, sonda enteral ou parenteral), aceitação alimentar, se houve recusa, motivo relatado, necessidade de auxílio e quem prestou auxílio. Em casos de jejum, registrar a justificativa clínica.
- **Mudança de decúbito:** Relatar o lado para o qual o paciente foi posicionado, tempo de permanência e se houve alterações cutâneas observadas.
- **Eliminações Fisiológicas:** descrever o tipo de eliminação (urinária, fecal, vômito), seu aspecto, quantidade aproximada, local de eliminação (banheiro, fralda, coletor, entre outros) e se foi necessário auxílio para a realização.
- **Transporte intra ou intersetorial:** Registrar o motivo do transporte, meio de transporte utilizado (maca, cadeira de rodas, ambulância), setor de origem e destino, tempo estimado de deslocamento e profissional responsável pelo acompanhamento.
- **Inserção de dispositivos:** Informar profissional responsável pela inserção e pelo auxílio, tipo de dispositivo inserido (por exemplo: sonda, cateter, etc.), calibre e modelo, técnica utilizada (estéril ou asséptica), local anatômico de inserção e resposta do paciente.
- **Transferência interna e externa:** Descrever o motivo da transferência, unidade de origem e destino, meio de transporte, profissional que acompanhou o paciente, condições gerais no momento da saída e controle de pertences encaminhados.
- **Preparo pré-operatório:** Anotar realização de banho pré-cirúrgico, soluções utilizadas, retirada de adornos, próteses e objetos pessoais, utilização de vestuário padronizado, teste de acessos venosos e dispositivos. Registrar também para quem os pertences foram entregues, identificando nome completo e relação com o paciente.

7.1.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

Toda medicação administrada ao paciente deve ser registrada de forma clara, precisa e completa, garantindo rastreabilidade e segurança na assistência prestada. A checagem da prescrição deve ser realizada no campo específico do documento assistencial, com atenção ao horário e via de administração prescritos.

A prescrição médica deve ser utilizada exclusivamente para o registro da checagem da administração, assinalando-se o horário em que a medicação foi administrada e circulando o horário correspondente quando a administração não for realizada.

Não devem ser incluídas anotações adicionais neste campo.

As informações complementares referentes à administração de medicamentos devem ser inseridas no campo destinado à anotação de enfermagem, nos seguintes casos:

1. Intercorrências durante ou após a administração;
2. Recusa do paciente;
3. Impossibilidade de administração por intercorrência clínica, ausência de medicação ou outros motivos;
4. Queixas associadas à medicação administrada.

O registro dessas situações deve conter obrigatoriamente os seguintes elementos:

1. Data e hora do ocorrido;
2. Nome completo da medicação envolvida;
3. Motivo da anotação adicional;
4. Descrição da intercorrência, se houver, com relato objetivo e detalhado do evento, condutas adotadas, resposta clínica do paciente e profissionais envolvidos no atendimento;
5. Assinatura e carimbo do profissional responsável, contendo nome completo, número do COREN com sigla da UF e categoria profissional.

Este procedimento visa garantir a segurança do paciente, a continuidade do tratamento e o respaldo legal da equipe de enfermagem envolvida na administração medicamentosa.

7.1.4 ALTA HOSPITALAR

Alta hospitalar Promovida

É a alta concedida ao paciente ao término do tratamento, determinada pela equipe médica com apoio multiprofissional. O paciente recebe orientações junto ao acompanhante e todo o suporte da equipe até a saída. Devem ser registradas todas as etapas a seguir:

- Data e hora;
- Condição de locomoção (por exemplo: deambulando, de maca, de cadeira); Setor ou local de origem;
- Condição autopsíquica e alopsíquica;
- Condição clínica, dispositivos, curativos e quaisquer alterações presentes no momento da alta;
- Meio de transporte externo (próprio, município etc.);
- Presença de acompanhante e pertences;
- Nome do colaborador responsável pelo encaminhamento do paciente;
- Queixas, dúvidas e orientações fornecidas.

Alta Revelia

A “alta a revelia” refere-se à situação em que o paciente, por sua livre iniciativa, se retira da instituição hospitalar sem observar os cuidados necessários estabelecidos pelas equipes multiprofissionais. Nesses casos, a equipe de enfermagem não acompanha o paciente durante a saída, mas deve registrar detalhadamente todos os fatos ocorridos:

- Data e hora;
- Setor ou local de origem;
- Condição autopsíquica e alopsíquica;
- Condição clínica, dispositivos, curativos e quaisquer outras alterações presentes no momento da saída;
- Se havia presença de acompanhante no momento da evasão; Nome do colaborador que presenciou o ocorrido;
- Condutas realizadas pela equipe de enfermagem.

7.1.5 INTERCORRÊNCIAS

Intercorrência é toda alteração na condição do paciente que necessite intervenções e assistência para sua saúde. Deve ser registrada na anotação de enfermagem, obedecendo aos seguintes critérios:

- Data e hora da ocorrência, com identificação do profissional (nome, assinatura e Coren);
- Tipo de intercorrência assistencial;
- Procedimentos e ações realizados; Equipe que participou da assistência;
- Condutas tomadas;
- Estado geral do paciente durante e após a assistência prestada;

- Medicamentos administrados durante e após o procedimento;
- Queixas apresentadas e orientações fornecidas;
- Estado clínico do paciente e sinais vitais registrados.

7.1.6 ÓBITO

Após a constatação de óbito pela equipe médica, a equipe de enfermagem deve prestar os cuidados padronizados pela instituição e acolher a família, quando presente. Todas as ações realizadas devem ser registradas na anotação de enfermagem:

- Data e hora da constatação do óbito;
- Descrição da assistência prestada durante a constatação;
- Nome do médico que constatou o óbito;
- Equipe de enfermagem que prestou atendimento;
- Procedimentos pós-morte realizados, como higiene, identificação do corpo e tamponamentos; Presença ou comunicação à família;
- Registro dos pertences do paciente, informando se foram entregues à família ou ao serviço social;
- Forma de encaminhamento do corpo (por exemplo, ao necrotério) e local de destino.

7.2 SAE – EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

A evolução de enfermagem — parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) — deve ser realizada exclusivamente pelo enfermeiro, conforme a Resolução COFEN nº 358/2009, hoje revisada e atualizada pela Resolução COFEN nº 736/2024, que distingue claramente a SAE do Processo de Enfermagem. No FAMEMA SISTEMA, a evolução deve ser registrada em campo específico, com informações coletadas pelo enfermeiro durante o exame físico e clínico diário e individualizado de cada paciente. O enfermeiro realiza a visita à beira-leito, anotando todos os achados e os procedimentos realizados, além dos diagnósticos de enfermagem.

Etapas do Processo de Enfermagem, conforme COFEN/SAE:

1. Coleta de dados de enfermagem (Avaliação de Enfermagem) – visita à beira-leito realizada na admissão e em cada plantão;
2. Diagnóstico de Enfermagem – interpretação dos dados coletados;
3. Planejamento – definição das ações e intervenções de enfermagem;
4. Implementação – execução das ações planejadas;
5. Evolução de Enfermagem – avaliação contínua dos resultados, incluindo alterações e adequações necessárias. Toda a SAE e evolução devem ser realizadas pelo enfermeiro, para, assim nortear a equipe de enfermagem no seguimento dos cuidados.

A SAE orienta e estrutura o cuidado profissional, e o enfermeiro conduz sua implementação e avaliação, enquanto técnicos e auxiliares executam as intervenções sob sua supervisão.

Estrutura para registro de Evolução de Enfermagem:

- Data e hora;
- Condição autopsíquica e alopísica;
- Locomoção (por exemplo: deambulando, em maca, em cadeira de rodas, etc.) e cidade ou serviço de origem (na admissão);
- Condição clínica, presença de dispositivos, curativos e alterações atuais;
- Estado nutricional, higiene e eliminações fisiológicas; Grau de dependência do paciente; Procedimentos realizados (detalhados);
- Presença de acompanhante e pertences;
- Queixas, dúvidas e orientações fornecidas;
- Condutas realizadas, intercorrências, resoluções e equipe envolvida;
- Solicitações encaminhadas (por exemplo: nutrição, serviço social, transporte, etc.);
- Em caso de óbito, registrar o ocorrido, os cuidados com o corpo e o acolhimento/orientações ao acompanhante.

8. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

8.1 CABEÇALHO

No cabeçalho do formulário de anotação de enfermagem, devem constar os dados do paciente: nome, idade, sexo, RG hospitalar, além da data, número do leito e enfermaria.

8.2 RESPONSABILIDADE PELO REGISTRO

A anotação deve ser feita exclusivamente pelo profissional que realizou o procedimento, não podendo ser registrada por terceiros.

8.3 PADRÕES DE ESCRITA

- Devem ser feitos à caneta, com letra clara, sucinta e legível;
- Plantão diurno: usar caneta esferográfica azul;
- Plantão noturno: usar caneta esferográfica preta.

Embora não haja regulamentação específica, instituições têm adotado padrões similares para facilitar auditoria e supervisão. Isso reforça organização, comunicação e rastreabilidade dos registros.

8.4 FORMATAÇÃO E ORDEM

- Sempre comece com data e hora, preservando a cronologia, e mencione quem auxiliou; Registros devem seguir a sequência céfalo-caudal;
- Registrar obrigatoriamente o nível de consciência em todos os pacientes;
- Não usar abreviações, salvo aquelas padronizadas pela instituição;
- Empregar vocabulário científico apropriado;
- Evitar deixar espaços em branco no prontuário;
- Não usar rasuras ou corretivos. Se houver erro, registre “, **DIGO,**” seguido da correção. Para anulação: escrever “**SEM EFEITO**”.

8.5 FINALIZAÇÃO DO REGISTRO

Finalize sempre com assinatura e carimbo (nome completo, categoria e número do COREN). O carimbo é facultativo, mas a assinatura é obrigatória.

8.6 CONTEÚDO ESSENCIAL DO REGISTRO

- Registrar queixas, respostas e reações durante e após procedimentos.
- Registrar com precisão e detalhamento qualquer intercorrência, incluindo ações tomadas, profissionais envolvidos e a resposta clínica do paciente.
- Em caso de recusa pelo paciente, anotar o motivo e a queixa apresentada.
- Para setores específicos (como Centro Cirúrgico ou UTI), usar os documentos de anotação correspondentes ao procedimento estabelecido.
- As evoluções de enfermagem específicas geradas no sistema devem ser registradas conforme as funcionalidades do FAMEMA SISTEMA.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Recomendações para registros de enfermagem no exercício da profissão. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília: COFEN, 2023, 93 p. ISBN 978-65-87031-16-3. Disponível no endereço eletrônico: https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf?utm_source=chatgpt.com

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 754, de 16 de maio de 2024 – Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem: digitalização, utilização de sistemas informatizados para guarda e armazenamento nesta tecnologia. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-754-de-16-de-maio-de-2024/#:~:text=Normatiza%20o%20uso%20do%20prontu%C3%A1rio,guarda%20e%20armazenamento%20nesta%20tecnologia>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009 – trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), revogada pela Resolução nº 736/2017 que dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564/2017 – Aprova a Reformulação do Código de Ética

dos Profissionais de Enfermagem. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/> BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora No. 32 (NR-32) – estabelece medidas de segurança e saúde para trabalhadores de serviços de saúde. Disponível no endereço eletrônico: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-32-nr-32> CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM RESOLUÇÃO COFEN Nº 736/2024 - 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 - Disponível em: < <https://www.cofen.gov.br/resoluo-COFEN-3582009/>> acesso em 11 de Julho de 20205.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO COREN - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - São Paulo, 2022 – Disponível em: < <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anotacao-de-enfermagem.pdf> > - ACESSO EM 07 DE Julho de 2025

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA Procedimento SECRETARIA DA SAÚDE Operacional Serviço de Enfermagem Padrão 47 - Anotação de enfermagem, disponível em: < <https://saude.sorocaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/47-pop-n-47-anotaco-de-enfermagem.pdf>> Acesso em 07 Julho de 2025.

UFJF FUNDAMENTOS E TECNOLOGIAS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM I e II - PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM - Registros de Enfermagem, POP FACENF Nº 27 – Disponível em: < <https://www2.ufjf.br/fundamentosenf/wp-content/uploads/sites/575/2019/08/POP-FACENF-Registros-de-Enfermagem-n.-272.pdf> > Acesso em 07 Julho de 2025

10. CONTROLE DE QUALIDADE

10.1 REVISÃO

Nº DA REVISÃO	DATA	ITEM	MOTIVO
-	21/08/2025	-	Elaboração

11. ELABORAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Gerência de Enfermagem	Tauana Attilio Genova Canato
Gerência de Enfermagem	Maria Karoliny Silva Santos
Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente	Heloísa Nunes Botelho

12. CONFERÊNCIA

DEPARTAMENTO	NOME
Gerência de Enfermagem	Mayara Vieira da Silva
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Lourdes Inez Fleitas Cano

13. APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Chefia de Gabinete	Igor Ribeiro de Castro Bienert



Documento assinado eletronicamente por **Lourdes Inez Fleitas Cano, Diretor Técnico II**, em 21/08/2025, às 14:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Igor Ribeiro De Castro Bienert, Chefe de Gabinete de Autarquia**, em 22/08/2025, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0) , informando o código verificador **0079380984** e o código CRC **EFE10578**.
