

**CENTRO PAULA SOUZA
ESCOLA TÉCNICA PROFESSOR MASSUYUKI KAWANO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**Izabela Guimarães Machado
Jéssica Gava Bussulan da Costa
Juliano Rodrigues Parreira
Lucimara Moreno dos Santos
Tarciane Nunes da Silva**

SISTEMA ELETRÔNICO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Tupã - SP

2019

CENTRO PAULA SOUZA
ESCOLA TÉCNICA PROFESSOR MASSUYUKI KAWANO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Izabela Guimarães Machado
Jéssica Gava Bussulan da Costa
Juliano Rodrigues Parreira
Lucimara Moreno dos Santos
Tarciane Nunes da Silva

SISTEMA ELETRÔNICO DE ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à ETEC Prof. Massuyuki Kawano, como requisito parcial para obtenção do título de Técnico em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª Ms. Elaine Cristina Iacida Soriano.

Co-orientador: Prof^ª Ms. Franciele Facco de Carvalho.

TUPÃ- SP

2019

DEDICATÓRIA

“Dedicamos este trabalho primeiramente à Deus, por nos guiar, nos dar sabedoria e paciência nos momentos difíceis.

E as pessoas com quem convivemos ao longo desses anos e que compartilharam conosco esta experiência da nossa formação acadêmica.”

AGRADECIMENTOS

“Agradecemos a Prof^a. Elaine Cristina Iacida Soriano pelos textos e livros oferecidos, pela orientação e propagação de seus conhecimentos além de seu grande esforço e empenho em ajudar-nos a chegar ao melhor.

Agradecemos também a Prof^a Franciele Facco de Carvalho que esteve conosco do início deste trabalho até o final, dando-nos todo o incentivo.

Agradecemos também a todos os professores pelos fundamentos e pela melhor base e alicerce que poderíamos ter durante estes dois anos de aprendizado.

E enfim aos amigos, por todo o apoio no ambiente escolar e aos nossos familiares que estiveram presentes em cada momento.”

*“Mesmo com tantos motivos
Pra deixar tudo como está
Nem desistir nem tentar, agora tanto faz
Estamos indo de volta pra casa.”
(Cássia Eller - Por enquanto)*

RESUMO

De acordo com a resolução 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implantação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados, que ocorre o cuidado profissional e dá outras providências, o relatório de enfermagem é de suma importância no cuidado com o paciente, por auxiliar toda a equipe multiprofissional. Diante do meio de trabalho em que se encontram os profissionais de enfermagem nos dias hoje, vemos a necessidade de ferramentas que agilizem a prestação de serviço para os clientes. Durante os estágios realizados no período letivo, vimos a importância das anotações de enfermagem para a elaboração do relatório, porém percebemos uma dificuldade no armazenamento das informações colhidas, até o momento de transcrevê-las para o relatório. O objetivo do presente trabalho, é coletar dados por meio de pesquisa de campo, para propor a implantação de um software criado pelos alunos do curso de Técnico em Informática para Internet, juntamente com autores da atual obra, e a possível testagem no setor de clínica médica e cirúrgica da Santa Casa de Misericórdia de Tupã, por um período determinado. Na pesquisa de campo realizada, obteve-se uma participação de 59 indivíduos entrevistados, onde 100% dos mesmos demonstraram-se adeptos a ferramenta proposta. Entre outras respostas foi identificado a dificuldade da legibilidade dos relatórios de enfermagem, feitos por seus colegas de trabalho, somando um total de 15,3% dos participantes que alegam não compreender as anotações descritas nos relatórios. Observou-se também que 11,9% dos participantes não confiam nas informações transcritas no relatório de enfermagem, sendo esta uma estatística preocupante, pois os dados contidos nos relatórios são de suma importância para o cuidado com o paciente e a melhora do seu quadro.

Palavras Chave: Relatório de Enfermagem, Sistematização, Anotações de Enfermagem, Equipe de Enfermagem e Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Sexo	14
Figura 02- Idade	15
Figura 03- Área de atuação.....	15
Figura 04- Profissão	16
Figura 05- Tempo de atuação	16
Figura 06- Local de atuação	17
Figura 07- Ala de atuação	17
Figura 08- Tempo	18
Figura 09- Veracidade.....	19
Figura 10- Legibilidade	19
Figura 11- Escala de faces.....	26
Figura 12- Página inicial do trabalho	33
Figura 13- Visualização do aplicativo.....	33
Figura 14- Página pós-operatório	34
Figura 15- Simulação do software.....	35
Figura 16- Tela matriz para os registros dos resultados sobre cuidados do paciente.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Dados dos Pacientes	21
Quadro 2- Sinais Vitais	22
Quadro 3- Glicemia Capilar	27
Quadro 4- Diurese	27
Quadro 5- Evacuação	28
Quadro 6- Dietas.....	31
Quadro 7- Drenos	32

LISTA DE ABREVIATURAS e SIGLAS

SAE - Sistematização Da Assistência de Enfermagem.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem.

SSVV - Sinais Vitais.

IASP - International Association for the Study of Pain.

APS - American Pain Society.

SVD - Sonda Vesical de Demora.

SNG - Sondagem Nasogástrica.

SNE - Sondagem Nasoenteral.

GOOGLE DOCS – Documentos do Google.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. DESENVOLVIMENTO	13
3.1 Pesquisa de campo	13
3.2 Construção do software	20
3.2.1 Dados do paciente	20
3.2.2 Sinais Vitais (SSVV)	21
3.2.2.1 A Temperatura	22
3.2.2.2 A Frequência Cardíaca	23
3.2.2.3 A Frequência Respiratória	23
3.2.2.4 A Pressão Arterial	23
3.2.2.5 A Dor	25
3.2.3 Glicemia Capilar	26
3.2.4 Eliminações	27
3.2.4.1 Diurese	27
3.2.4.2 Evacuação	27
3.2.5 Alimentação	28
3.2.5.1 Dieta	28
3.2.5.2 Tipos de dieta para a alimentação hospitalar	29
3.2.6 Drenagem	31
3.2.6.1 Drenos	31
3.3 Protótipo do software	32
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
Apêndice A	41
Anexo A	47

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a resolução 358/2009 que dispõe sobre a sistematização de enfermagem (SAE) e a implantação do processo de enfermagem e ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional e dá outras providências, o relatório de enfermagem é de suma importância no cuidado com o paciente. Ele serve tanto para ajudar auxiliares e técnicos de enfermagem como para enfermeiros. A documentação do paciente (prontuário) e os demais documentos inerentes ao processo de cuidados enfermagem (livros de ocorrência, relatórios, entre outros) constituem a finalização do processo de cuidar do paciente (COFEN, 2012).

O relatório de enfermagem deve ser completo e de fácil entendimento, para isso tudo deve ser anotado no registro do paciente de forma clara, afim de permitir a melhor comunicação entre os profissionais de enfermagem. Segundo SEVA-LLOR (2015), “o diário dos cuidados de enfermagem aos pacientes é uma tarefa essencial tanto para oferecer qualidade sanitária adequada quanto para o desenvolvimento da profissão”.

Este trabalho é destinado a sistematização dos relatórios para a diminuição do tempo gasto nos mesmos e a melhoria nos cuidados prestados, devido a diminuição de tempo gasto em elaboração de escritas e aumento do tempo disponível para o cuidado com o paciente.

As anotações de enfermagem servem para conduzir corretamente os cuidados e os procedimentos com os clientes e ajudar na comunicação dos profissionais de saúde que prestam assistência. Dessa forma a sistematização de enfermagem facilitará diretamente na redução de tempo com escritas e anotações em prontuário dos pacientes, agilizando o processo de registros de dados informatizando-os.

Durante estágios realizados, pelos integrantes do presente trabalho, na ala cirúrgica da Santa Casa de Tupã presenciamos como é difícil elaboração dos relatórios de enfermagem por conta dos profissionais.

Na grande maioria das vezes o relatório já está em uso, seja pelo médico responsável, pelo profissional que está preparando as medicações prescritas e/ou aqueles que precisar anotar sinais vitais (SSVV) verificados, sendo quase inacessível levá-lo ao quarto para descrevê-lo.

Acredita-se que a informatização das coisas possa contribuir com o aproveitamento do tempo e com isso contribuir para a melhor assistência ao paciente, visto que os registros é a comprovação de como o paciente evoluiu e através dele se dispara cuidados essenciais para o seu prognóstico.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Propor a informatização das anotações de enfermagem por meio da criação de um software.

2.2 Objetivos específicos

Realizar uma pesquisa de campo com os profissionais de enfermagem atuantes e retratar a percepção dos mesmos referente aos relatórios e anotações de enfermagem.

Criar um protótipo de software para sistematizar as anotações de enfermagem.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Pesquisa de campo

Para o desenvolvimento do projeto realizou-se a pesquisa de campo no intuito de retratar a percepção dos profissionais de enfermagem em relação à confecção dos relatórios de enfermagem.

Foram convidados a participar dos estudos qualquer profissional atuante na área da enfermagem que realizem anotações de enfermagem no seu local de trabalho. O instrumento para coleta de dados foi um aplicativo do Google Chrome segundo o Apêndice A, seguindo as quatro etapas:

Etapa 1: análise da literatura focando na dificuldade para a elaboração do relatório de enfermagem.

Etapa 2: elaboração das questões voltadas somente para profissionais atuantes na área da enfermagem que realizem anotações de enfermagem em seu local de trabalho.

Etapa 3: aplicação do questionário em campo com o auxílio do formulário eletrônico.

Etapa 4: avaliação dos resultados obtidos através da utilização de figuras com gráficos gerados pelo aplicativo utilizado.

Em respeito a ética e preservação dos entrevistados, todos os 59 sujeitos submetidos a pesquisa tiveram ciência de um termo de consentimento livre e esclarecido que assim deveriam aceitar em primeira mão as particularidades do termo, para dar sequência às perguntas.

De acordo com a LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011 que regula o acesso às informações, previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências, o Artigo 4º Para os efeitos desta Lei, considera-se “[...] Informação: dados, processados ou não, que podem ser utilizados para produção e transmissão de conhecimento, contidos em qualquer meio, suporte ou formato” (BRASIL, 1990).

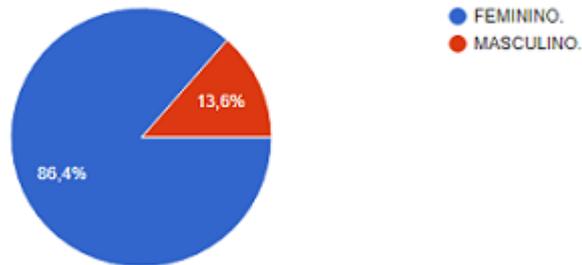
Sendo assim, baseados legalmente de que as informações podem ser usadas como transmissão de conhecimento e as respostas da pesquisa aplicada está consentimento, iniciaremos a apresentação dos dados e as contextualizações confrontadas as literaturas.

Em primeira instância obtivemos um resultado com 100% de aprovação com um total de 59 respostas sobre o termo de consentimento.

Em relação a pergunta de número 1 do questionário, podemos observar no gráfico que 86,4% dos participantes são do sexo feminino e 13,6 do sexo masculinos.

1- Sexo

59 respostas

**Figura 1. Sexo.**

De acordo com os dados apresentados no gráfico a respeito da pergunta de número 2, percebemos que não houve nenhum profissional com a faixa etária até 18 anos. Entre os 59 sujeitos submetidos, 11,9% são jovens que representam a faixa etária entre 19 a 24 anos de idade. A faixa etária entre os adultos de 25 a 35 anos de idade representam um total de 42,4% do gráfico e é a maior porcentagem dos sujeitos participantes. De 100% do total das respostas obtidas neste gráfico 33,9% representados são adultos de 36 a 50 anos de idade. E a partir de 51 anos de idade foram registrados apenas 11,9%, como vê-se a seguir.

2-Qual sua faixa etária?

59 respostas

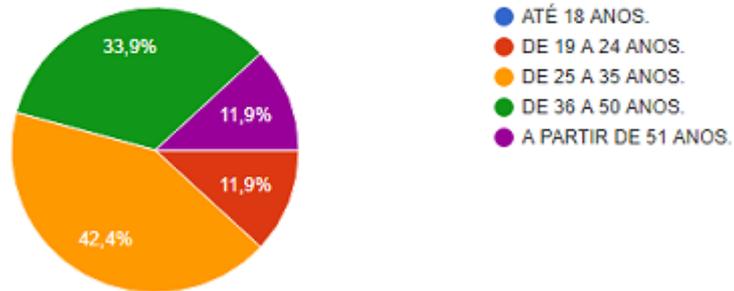


Figura 02. Idade.

De acordo com o gráfico, na pergunta de número três 91,5% dos participantes, representados pela cor azul, trabalham na área da enfermagem, enquanto que 8,5% representado pela cor vermelha não atuam no momento na área da enfermagem.

3-Você trabalha na área da Enfermagem?

59 respostas

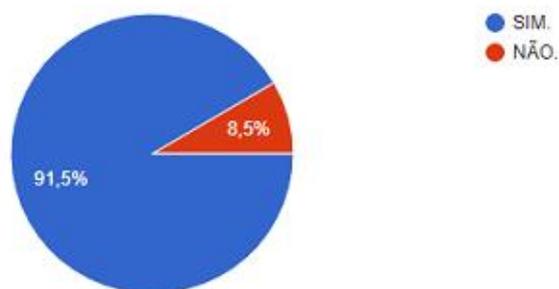


Figura 03. Área de atuação.

O gráfico demonstrou que 55,9% dos participantes são Auxiliares de Enfermagem, 8,5% são Técnicos de Enfermagem, 28,8% são Enfermeiros e 6,8% representaram outros profissionais de Saúde.

4-Qual sua Profissão?

59 respostas

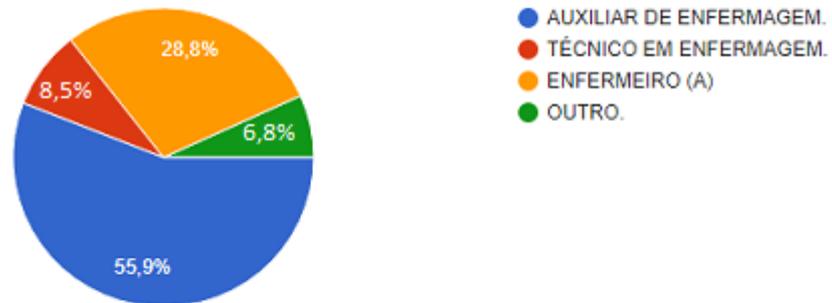


Figura 4. Profissão.

Vimos ainda que 22% atuam há 1 ano na área de Enfermagem, 18,6% de 2 à 3 anos, 5,1% de 4 à 6 anos, 10,2% de 7 à 9 anos, 44,1% são atuantes há mais de 10 anos.

5-A quanto tempo você atua na área da Enfermagem?

59 respostas

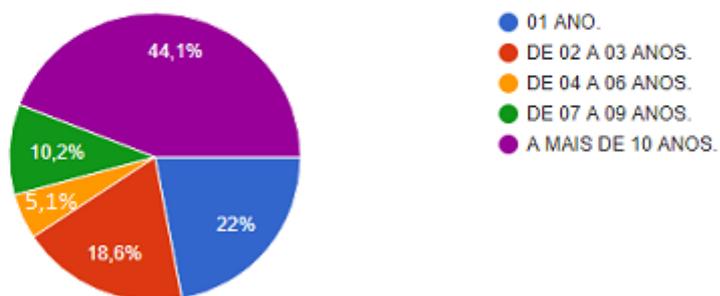


Figura 5. Tempo de atuação.

De acordo com o gráfico 69,5% trabalham na área hospitalar, 18,6% na área clínica, 8,5% na área pública e 3,4% na área ambulatorial.

6- Qual área você está atuando?

59 respostas

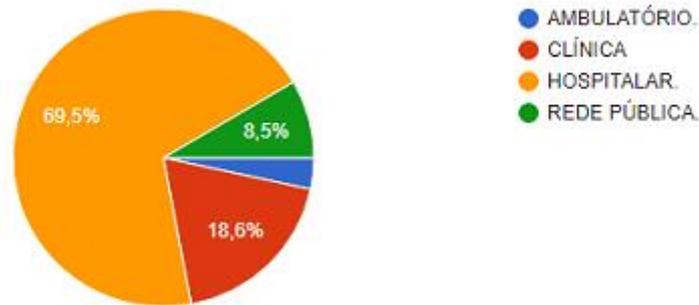


Figura 6. Local de atuação.

Observou-se como local de trabalho que 28,6% atuam na ala da maternidade, 19,6% atuam na ala da clínica médica, 12,5% atuam na ala clínica médica cirúrgica, 7,1% são atuantes em UTI e pronto socorro, 5,4% são atuantes no centro cirúrgico, 3,6% atuam em nutrição clínica, e os 1,8% restantes atuam em áreas diversas dentre hemodiálise, pediatria, geriatria, cuidadora, clínica particular, vigilância em saúde, estratégia de saúde da família, *home care*.

7- Em qual ala?

56 respostas

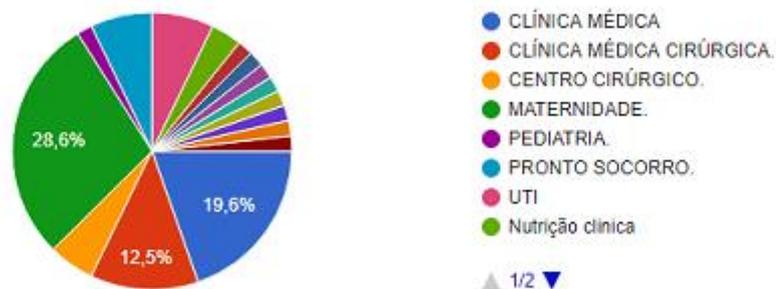


Figura 7. Ala de atuação.

Notou-se, em relação ao tempo de elaborar o relatório de enfermagem, que 33,9% conseguem realizar em média de 10 minutos, 30,5% em 05 minutos, 27,1% em 15 minutos, 6,8% em 30 minutos e 1,7% dos participantes demoram mais de 1 hora para realizar o relatório de enfermagem.

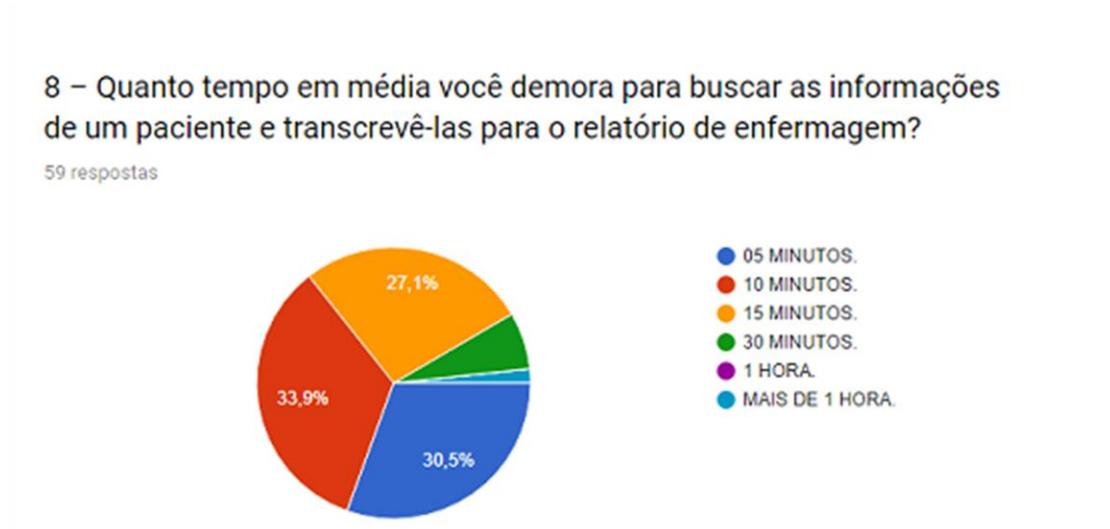


Figura 8. Tempo.

Em relação as perguntas 9 e 10 do questionário, vemos um déficit em relação a integridade das informações transcritas no relatório e seu entendimento, levando em consideração a legibilidade do conteúdo escrito.

Na questão 9 observa-se que 11,9% dos sujeitos da pesquisa, que corresponde a 7 pessoas, relataram não confiar no relatório que é feito pelos seus colegas de trabalho. Isso é preocupante pois um relatório de enfermagem é parte principal do cuidado com o paciente. Como diz o Cofen (2012), com o sustentáculo do relatório, os profissionais da enfermagem podem organizar a assistência ao paciente, além da criação de estatísticas do atendimento, consultar dados e informações do paciente, verificar o ocorrido na jornada de trabalho que antecedeu seu plantão e ainda ser usado como provas para a defesa ou incriminação de profissionais da saúde. Na próxima figura vimos a confirmação destas respostas.

9 – Você considera que as informações relatadas nos relatórios de enfermagem de sua equipe são verídicas?

59 respostas

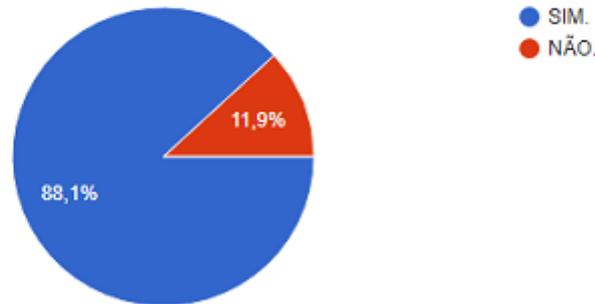


Figura 9. Veracidade.

Segundo BRITO (2016), a questão da legibilidade acarreta em erros extremamente relevantes, como troca de medicações, confusão, entre outros. Por conta disso devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontais e cronológica.

10– Você compreende as informações descritas nos relatórios de enfermagem feitos pelos seus colegas de trabalho?

59 respostas

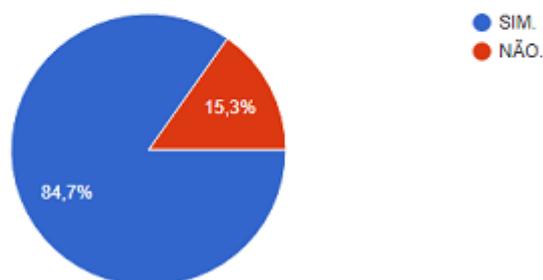


Figura 10. Legibilidade.

Todos as pessoas questionadas sobre a importância da elaboração de um software que auxilie nas anotações e relatório de enfermagem, concordaram com a criação do mesmo e se mostraram adeptos caso o software seja implantado no seu local de trabalho, além de ajudar na rotina de trabalho.

Isso mostra a relevância da criação do aplicativo para auxiliar no dia a dia do trabalhador da enfermagem.

3.2 Construção do software

O projeto é de âmbito qualitativo, onde foi discutido em grupo e abordado a dificuldade da escrita dos relatórios de enfermagem, no prontuário utilizado pela ala cirúrgica da Santa Casa de Tupã.

Assim, foi proposto a elaboração de uma pesquisa de campo para coletar informações persistentes sobre anotações e relatórios de enfermagem e também a possível criação do software para sistematização destas anotações, onde foi solicitado a participação dos alunos do Curso Técnico em Informática para Internet da Etec Prof.^a Massuyuki Kawano para auxiliar no desenvolvimento do software. Logo foi especificado e relatado as necessidades dos dados coletados e a importância da autenticidade das informações de cada cliente e foram passadas para os alunos de informática que aceitaram a proposta da criação do software que será testado no ambiente hospitalar por meio do uso de um *tablet*. E então será feita a possível comparação, cronometrando o tempo gasto com e sem o uso do software.

O software contará com os seguintes itens: Dados do Paciente, SSVV, Diurese, Evacuação, Drenos e Teste de Glicemia Capilar.

A seguir contextualizamos cada item do Software e a importância para o trabalho da enfermagem.

3.2.1 Dados do paciente

Os dados do paciente serão coletados de acordo com a admissão realizada quando o paciente é admitido na Santa Casa de Tupã.

A admissão é um procedimento feito pela enfermagem quando um cliente da entrada na unidade hospitalar e necessita de uma determinada permanência seja de curto ou longo período, essa abordagem ajudará na adaptação do paciente com o ambiente e com os próprios profissionais de enfermagem. O paciente admitido deverá se sentir confortável e com segurança, além de ser tratado com respeito e gentileza afim de aliviar suas ansiedades. O profissional da ala tem que ter o máximo de cuidado com a impressão que deixa para o seu paciente e seus familiares, devendo-lhes passar confiança na equipe que cuidará dele durante sua permanência, pois no tratamento sua sensação de segurança e bem-estar deve ser sempre presente. A equipe de enfermagem deve orientá-lo quanto as normas do ambiente hospitalar. No ato da admissão deve se anotar todas as informações no prontuário do paciente.

A Resolução Cofen 429/ 2012, que 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. O artigo 1º, assevera que:

“Art.1º É responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento de processos de trabalho, necessários para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012).”

Após realizada admissão será efetuada a varredura dos dados do paciente para cadastro no software.

As informações necessárias para o cadastro no aplicativo serão: nome completo do paciente, idade, sexo, data e hora da admissão, número da internação, convênio, quarto e leito e alergia medicamentosa. Vemos essa informação no quadro a seguir.

DADOS DO PACIENTE
Nome completo do paciente;
Idade;
Sexo;
Data e hora da admissão;
Número da internação;
Convênio;
Quarto e leito;
Alergia medicamentosa.

Quadro 1. Dados do paciente.

Fonte: Do próprio autor, 2019.

Após colhido os dados, é realizado o cadastro do paciente e realizadas as anotações.

3.2.2 Sinais Vitais (SSVV)

Como mostra a tabela a seguir, os SSVV são parâmetros adotados para garantir o bom estado do paciente e suas funções básicas. Sinais vitais incluem valores de pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória, além de nível de dor informado pelo paciente. A aferição de SSVV é uma atividade de rotina da enfermagem e/ou critério médico e

interfere diretamente na evolução do paciente. O registro das anotações de enfermagem é de extrema importância para a equipe de enfermagem, pois é através dela que é possível prestar os cuidados e serviços de saúde. As faltas e as falhas das anotações dos SSVV nos prontuários prejudicam a continuidade das informações, a avaliação dos resultados e a intervenção que deverá ser feita para cada paciente. Os SSVV atuam como mecanismos de comunicação universal sobre o estado e a gravidade da doença (TEIXEIRA, 2015).

Os SSVV devem ser aferidos logo após admissão do paciente e é adotado como rotina hospitalar ou até mesmo por prescrição médica. É realizado antes, durante e depois de procedimentos cirúrgicos ou invasivos e de administração de medicamentos que podem alterar os SSVV, ou sempre que for necessário, conforme as condições clínicas apresentadas pelo paciente.

SINAIS VITAIS

T = Temperatura;
 F.C. = Frequência Cardíaca;
 F.R. = Frequência Respiratória;
 P.A. = Pressão Arterial;
 Nível de dor.

Quadro 2. Sinais vitais.

Fonte: Do próprio autor, 2019.

3.2.2.1 A Temperatura

Reunindo e os principais conceitos relativos à temperatura corporal, vemos as seguintes definições:

Temperatura: é um índice de calor relativo.

Temperatura corporal: é o balanço entre o calor gerado e o perdido pelo corpo humano.

Medida ou verificação da temperatura corporal: é um método de estimativa da temperatura central do corpo.

Todo mecanismo de regulação da temperatura diz respeito à temperatura central ou interior e não à temperatura superficial. Esta aumenta ou diminui de acordo com o meio ambiente e é importante no que se refere à capacidade de a pele perder calor para o meio ambiente (LAGANÁ; FARO; ARAÚJO, 1992)

Para a verificação de temperatura corporal é utilizado apenas um termômetro higienizado. Temos os locais mais indicados para aferir a temperatura como boca, reto e axila. É colocado o termômetro e aguardo do mesmo realizar a aferição. Vale ressaltar a atenção às substâncias desinfetantes e/ou irritantes de pele e mucosa, como desodorante ou cremes corporais, que podem interferir nos resultados.

3.2.2.2 A Frequência Cardíaca

Segundo Mussi et al (2017), a frequência cardíaca é uma técnica de verificação feita a por meio da palpação de uma artéria. A origem do pulso arterial é quando o volume de sangue lançado pela contração do ventrículo esquerdo emite pulsações ritmadas em todo o sistema arterial.

3.2.2.3 A Frequência Respiratória

Ainda conforme MUSSI N. M, a frequência respiratória é um modo de verificação feito através da inspiração e expiração de ar, onde se observa fixamente a profundidade e ritmo da expansão e contração do tórax, contando cada movimento completo que foi realizado.

3.2.2.4 A Pressão Arterial

Segundo HART, SAVAGE (2000), o sangue de todos está sob pressão pois caso contrário ele não circularia ao redor do corpo. Se a pressão arterial está muito alta ela pode lesar as paredes de suas artérias, contudo depois de muitos anos esses danos causam riscos para que a pessoa tenha uma doença coronária, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, hemorragia, descolamento de retina ou até mesmo uma insuficiência renal. Todos esses riscos aumentam caso o hipertenso seja tabagista ou diabético. Ao menos que a pressão arterial tenha feito lesões nas paredes das artérias raramente é sintomática sem causar dor de cabeça, falta de ar, palpitações, fraqueza, vertigem ou qualquer dos sintomas considerados típicos dessa doença você pode ter hipertensão sem apresentar nenhum dos sintomas citados.

Ainda segundo HART, SAVAGE, (2000) a hipertensão arterial que é muito observada por médicos é uma doença crônica comum, a pressão se torna alta de modo a justificar que deve se tomar alguma medida para reduzi-la, porém para isso é preciso saber exatamente o valor normal da pressão arterial que ainda é um grande debate entre os médicos.

Conforme diz HART, SAVAGE, (2000) a hipotensão tem como principal sintoma o desmaio se a pressão arterial nas artérias de seu pescoço não for alta o suficiente para suprir oxigênio e glicose (uma forma de açúcar no sangue) o bastante para apoiar toda função de suas células cerebrais você perde a consciência e desmaia.

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, refere-se que a partir dos 18 anos de idade a pressão arterial é classificada como normal se as cifras forem inferiores a 85 mmHg de pressão diastólica (baixa) e inferiores a 130 mmHg de sistólica (alta), a pressão arterial é classificada como normal, normal limítrofe, hipertensão leve (estágio 1), hipertensão moderada (estágio 2), hipertensão grave (estágio 3), hipertensão sistólica isolada, observe os valores:

PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	Classificação
<85	<130	Normal
85-90	130-139	Normal limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão moderada (estágio 2)
≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave (estágio 3)
< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica isolada

Tabela 1. Classificação diagnóstica da Hipertensão arterial para maiores de 18 anos.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016).

A medida da pressão arterial, pela sua importância, deve ser estimulada e realizada, em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e demais profissionais da área de saúde.

O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio é o ideal para essas medidas. Os aparelhos do tipo aneroide, quando usados, devem ser periodicamente testados e devidamente calibrados. A medida da pressão arterial deve ser realizada na posição sentada, de acordo com o procedimento descrito a seguir:

- “1 - Explicar o procedimento ao paciente.
- 2 - Certificar-se de que o paciente:
 - não está com a bexiga cheia;
 - não praticou exercícios físicos;
 - não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- 3 - Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável.
- 4 - Localizar a artéria braquial por palpação.
- 5 - Colocar o manguito firmemente cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40%

da circunferência do braço e seu comprimento, envolver pelo menos 80% do braço. Assim, a largura do manguito a ser utilizado estará na dependência da circunferência do braço do paciente.

6 - Manter o braço do paciente na altura do coração.

7 - Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.

8 - Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar de 15 a 30 segundos antes de inflar novamente.

9 - Colocar o estetoscópio nos ouvidos, com a curvatura voltada para a frente.

10 - Posicionar a campanula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.

11 - Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento de medição.

12 - Inflar rapidamente, de 10 mmHg em 10 - mmHg, até o nível estimado da pressão arterial.

13 - Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 mmHg a 4 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto para o paciente.

14 - Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), que se intensifica com o aumento da velocidade de deflação.

15 - Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff), exceto em condições especiais. Auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

16 - Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, registrado sempre o valor da pressão obtido na escala do manômetro, que varia de 2 mmHg em 2 mmHg, evitando-se arredondamentos e valores de pressão terminados em "5".

17 - Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

18 - O paciente deve ser informado sobre os valores da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

3.2.2.5 A Dor

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP) a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano atual ou potencial do tecido” (DELLAROZA et al., 2008).

Desta forma, em 1996, foi introduzida pela American Pain Society (APS), como 5º sinal vital.

As escalas servem como métodos para a medição da dor pois a dor é subjetiva e pode ser levadas em consideração as experiências de vida diária do paciente, tendo em vista assim um entendimento mais próximo de nível de dor de cada indivíduo, variando de acordo com a função de vivências culturais, emocionais e ambientais, sendo incluídos também intensidade, duração e localização da dor (DOR, 2019).

De acordo com Pereira (1998), vemos que:

“A avaliação da dor é um processo complexo no qual o pesquisador só pode realizá-la a partir do relato de quem sofre uma agressão tecidual. A precisão na descrição da dor tem como indicativo o relato subjetivo do paciente”.

Pode-se mensurar a dor por escala numérica ou escala de faces.

Na escala numérica tem-se uma régua dividida em 10 partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, onde explica-se ao paciente que a nota 0 (zero) significa que o paciente não sente nenhuma dor e a nota 10 significa dor em seu grau máximo (DOR, 2019).

Já a escala de faces é representada através de figuras impressas desenhadas e coloridas com faces de expressões diferenciadas sendo que a expressão de felicidade (atribuição nº 0) corresponde a classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza (atribuição nº 10) corresponde a classificação “Dor Máxima” (DOR, 2019).



Figura 11. Escala de Faces.

Fonte: MARTINAZZO, 2019.

3.2.3 Glicemia Capilar.

Conforme o manual de procedimentos de enfermagem do COFEN (2012) a glicemia capilar é uma técnica que se faz a medição instantânea da quantidade de açúcar no sangue, através de um aparelho digital, e indicado para todos os pacientes com indicação clínica e contraindicado em pacientes com distúrbio de coagulação sanguínea.

O diagnóstico de DIABETES MELLITUS devem ser investigados em todas as admissões. Entre os diabéticos, deve-se identificar o tipo, o tratamento, o nível de controle e a frequência da hipoglicemia. Além das alterações glicêmicas, os diabéticos devem passar por avaliação contínua do risco de queda e da ocorrência de úlceras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Podemos observar no quadro abaixo, as informações necessárias para a realização e anotação da glicemia capilar.

GLICEMIA CAPILAR

Horário;
 Resultado em mg/dl;
 Correção se necessário;
 Anotação da enfermagem.

Quadro 3: Glicemia Capilar.

Fonte: Do próprio autor, 2019.

3.2.4 Eliminações

3.2.4.1 Diurese

Segundo Ferreira (2010) a “diurese é a produção e secreção de urina pelo rim”.

A anotação de diurese dos clientes é de suma importância independentemente da forma em que ela irá se apresentar, sendo necessário anotar se há ausência ou presença de diurese, se apresenta espontaneamente ou se foi necessária a passagem de sondagem. Se o cliente estiver em uso de sonda vesical de demora, coletor de urina conhecido como “uripen®”, fralda ou ostomias urinárias. Devem-se atentar para as características dessa diurese, ou seja, a coloração e odor e observação de anormalidades como (hematúria, piúria, disúria e outros) (COREN, 2009).

Como podemos observar no quadro a seguir, teremos os seguintes aspectos na aba diurese.

Micção espontânea:
 Fralda;
 Comadre;
 Papagaio;
 Ida ao banheiro;
 Ausente;
 Via dispositivo para incontinência urinária (*Uripen®*);
 Sonda vesical de demora (SVD):
 Quantidade;
 Coloração;
 Odor;
 Outros.

Quadro 4. Diurese.

Fonte: Do próprio autor, 2019.

3.2.4.2 Evacuação

De acordo com Ferreira (2010), a evacuação é a ação de evacuar, de fazer sair do corpo, sendo excrementos e/ou matéria fecal.

É necessário que o auxiliar relate quantos episódios o cliente apresentou tal como os respectivos horários e a quantidade da evacuação, sendo, pequena, média ou de grande quantidade. Quanto as características devem conter: coloração, odor e consistência para consulta posterior de médicos e enfermeiros, tendo consistências: pastosa, líquida ou semipastosa. Via de eliminação também deve ser relatada no caso, reto ou ostomias e possíveis queixas (COREN, 2009).

Veremos a seguir as informações de evacuação presente no aplicativo.

<p>Evacuação espontânea:</p> <p>Fralda;</p> <p>Comadre;</p> <p>Ida ao banheiro;</p> <p>Colostomia;</p> <p>Ausente;</p> <p>Consistência;</p> <p>Quantidade;</p> <p>Melena;</p> <p>Episódio:</p> <p>De 0 à 10 vezes ao dia.</p> <p>Outros.</p>
--

Quadro 5: Evacuação.

Fonte: Do próprio autor, 2019.

3. 2. 5 Alimentação

3.2.5.1 Dieta

Segundo Isosaki et al. (2009):

“As dietas são elaboradas considerando-se o estado nutricional e fisiológico das pessoas, e em situações hospitalares, devem estar adequadas ao estado clínico do paciente, além de proporcionar melhoria na sua qualidade de vida”.

Tendo essas especificações sobre o estado clínico do paciente, desenvolvida juntamente com equipe médica e de nutrição clínica qual das opções de dieta é melhor para o paciente.

As dietas podem sofrer modificações de consistência, temperatura, quantidade, valor calórico, entre outros. Deve-se levar em consideração a apresentação da refeição, a variedade

de produtos e o local físico, pois podem ser fatores primários na contribuição para a percepção negativa do usuário (ISOSAKI, 2009).

A avaliação nutricional torna-se, portanto, instrumento essencial no diagnóstico nutricional, pois auxilia no direcionamento da intervenção adequada do profissional e no acompanhamento da recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo (RIBAS, 2017).

3.2.5.2 Tipos de dieta para a alimentação hospitalar

Conforme Albuquerque (2017), vemos as características das seguintes dietas:

Dieta geral: é indicada para pessoas que não tem complicações de saúde, restrições de nutrientes ou de alimentos e de consistência. Que possuem condições de mastigação e gastrintestinais preservados.

Dieta branda: é indicada para pessoas que precisam que a comida seja mais fácil de mastigar, engolir e digerir, dieta de transição entre a pastosa e a geral. Possui restrições de alimentos crus.

Dieta pastosa: é indicada para pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição de alimentos, composta por alimentos bem cozidos que ofereçam pouco ou nenhum esforço, dieta de transição entre a dieta leve e a dieta branda.

Dieta leve: é indicada para facilitar a digestão e o esvaziamento do aparelho digestivo, sendo utilizada em alguns pré e pós-operatórios, preparo de exames e problemas de deglutição ou mastigação, dieta de transição entre a dieta branda e a dieta líquida. Tem também restrições de alimentos crus, frituras, doces, enlatados, conservas e arroz.

Dieta líquida: é indicada para pessoas que precisam de hidratação, problema de mastigação, anorexia, preparação de exames ou pós-operatórios, graves infecções e transtornos gastrointestinais, deve ser prescrita por um breve período por sua inadequação em relação aos nutrientes.

Dieta laxativa: é indicada para pacientes com dificuldade de evacuação, com fezes endurecidas e com esforço á defecação, recomendadas nos pré e pós-cirúrgicos para facilitar a formação do bolo fecal, formação de fezes mais macias e alívio da obstipação. O objetivo da dieta é a oferta de alimentos laxantes para estimular e regularizar o funcionamento intestinal (INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

Dieta hipossódica: possui restrição de sódio e é indicada para a prevenção e controle de edema, insuficiência cardíaca, hipertensão, distúrbios renais, hepáticos e pulmonares. É preparada com baixa adição de cloreto de sódio, sendo 1 grama de cloreto de sódio no almoço e 1 grama no jantar (INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

Dieta hipercalórica e hiperproteica: é indicada para as pacientes em estados infecciosos, déficit proteico e calórico, câncer, cicatrização de feridas, HIV e pós-cirúrgicos (INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

Dieta hipoproteica: possui baixo teor de proteína e é indicada para pacientes com insuficiência renal e hepática (INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2017).

Jejum: caracteriza-se pela não ingestão de alimentos e líquidos por até 12 horas ou mais (FERREIRA, 2010). É indicado para pacientes que irão realizar exames laboratoriais, pré e pós-cirúrgicos ou por motivos em que o paciente esteja impossibilitado de ingerir alimentos por tempo determinado ou indeterminado (AGUILAR-NASCIMENTO, 2009).

Além das dietas ainda é necessário observar as vias de administração de cada uma delas.

A alimentação oral ou via oral é administrada pela boca, para os clientes que não apresentam dificuldades em ingerir ou deglutir (JÚNIOR et al., 2012).

A por via enteral é aquela que necessita de dispositivos para introdução das dietas. Classificamos para este trabalho as vias através da sondagem nasogástrica (SNG); nasoenteral (SNE); gastrostomias e jejunostomias (JÚNIOR et al., 2012).

Ainda de acordo com Júnior et al. (2012), as SNG ou SNE, são sondas de alimentação de material de poliuretano, introduzidas pelo nariz até o estômago. No caso das sondas nasogástrica, nasoduodenal (nariz até o duodeno) ou nasojejunal (nariz até o jejuno), estas são disponíveis em vários diâmetros. Já as gastrostomias são inseridas através de uma técnica cirúrgica, e são fixadas através de um balão interno e discos de fixação externa. E por fim, a jejunostomia é feita através de cirurgia também, com a mesma fixação da gastrostomia porém é colocada diretamente no jejuno (JÚNIOR et al., 2012).

<p>Dieta:</p> <p>Jejum;</p> <p>Dieta Geral;</p> <p>Branda;</p> <p>Pastosa;</p> <p>Leve;</p> <p>Líquida;</p> <p>Laxativa;</p> <p>Hipossódica;</p> <p>Hipoproteica;</p> <p>Hiperclórica.</p> <p>Vias de administração:</p> <p>Via oral;</p> <p>Via enteral;</p> <p>Vias gastrostomias;</p> <p>Vias Jejunostomias.</p>

Quadro 6. Dietas.

Fonte: Do próprio autor, 2019.

3.2.6 Drenagem

3.2.6.1 Drenos

É definido como um material colocado no interior de uma ferida ou cavidade, permitindo a saída de ar e secreções (sangue, soro, linfa, fluídos intestinais), dos locais onde possivelmente exista ou se espera acúmulo de secreções anormais, evitando infecções nesses locais onde se aplica os drenos. Os drenos atuam como uma forma de comunicação entre órgãos internos e o ambiente (DRENOS, 2019).

A escolha do dreno é realizada pelo médico, levando em consideração o tipo de líquido que será drenado, tempo de duração do dreno e a cavidade que será introduzida.

No quadro 7 apresenta-se as opções de drenos no sistema, além da opção de “outro” caso tenha-se a necessidade da inclusão de outros tipos de drenos.

<p>Laminares:</p> <p>Penrose:</p> <p>Tamanho P;</p> <p>Tamanho M;</p> <p>Tamanho G;</p> <p>Tubulares:</p> <p>Kher;</p> <p>Malecot;</p> <p>Nelaton;</p> <p>Pettzer.</p> <p>Outros</p>
--

Quadro 7. Drenos.

Fonte: Do próprio autor, 2019.

Dreno laminar (Penrose)

É um dreno de borracha, tipo látex, utilizado em cirurgias que implicam em possível acúmulo local de líquidos infectados, ou não, no período pós-operatório. Seu orifício de passagem deve ser amplo e ser posicionado à menor distância da loja a ser drenada, não utilizando o dreno por meio da incisão cirúrgica e, sim, por meio de uma contraincisão (DRENOS, 2019).

Drenos tubulares

São drenos que possuem sistema tubular de silicone, borracha ou látex. Tem sistema de drenagem fechado e são conectados à um reservatório/coletor, ou a um dispositivo de mola (SECAD, 2019).

Drenos tubulaminares

Dreno tubular revestido pelo laminar. Aumentam a eficácia da drenagem e oferece maior segurança à vasos e vísceras (SECAD, 2019).

3.3 Protótipo do software

Dado início ao desenvolvimento do software, os alunos do curso de Técnico em Informática para Internet, disponibilizaram imagens do protótipo do aplicativo, mostradas a seguir, o manual do sistema encontra-se na íntegra no Anexo A.

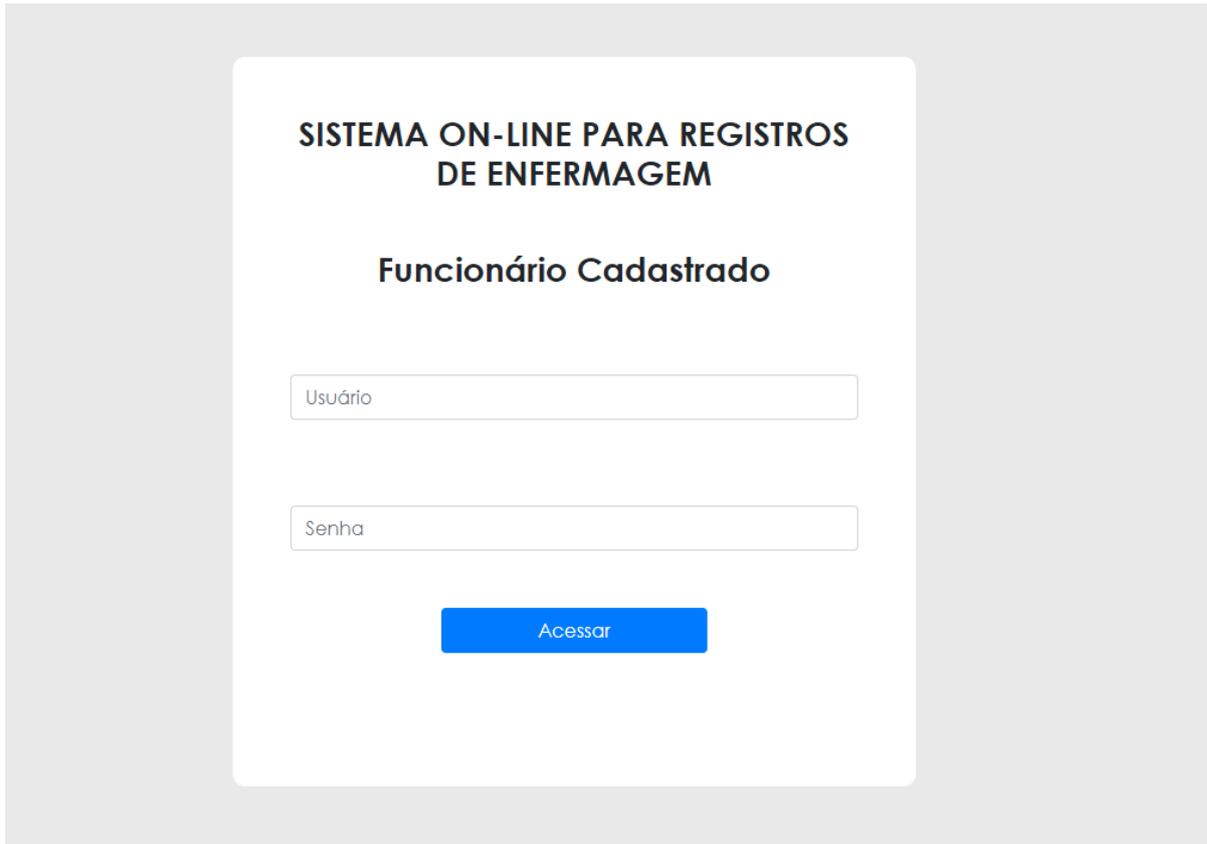


Figura 12. Página inicial do trabalho.

Fonte: Elaborado pelos alunos de Técnico em Informática para Internet.

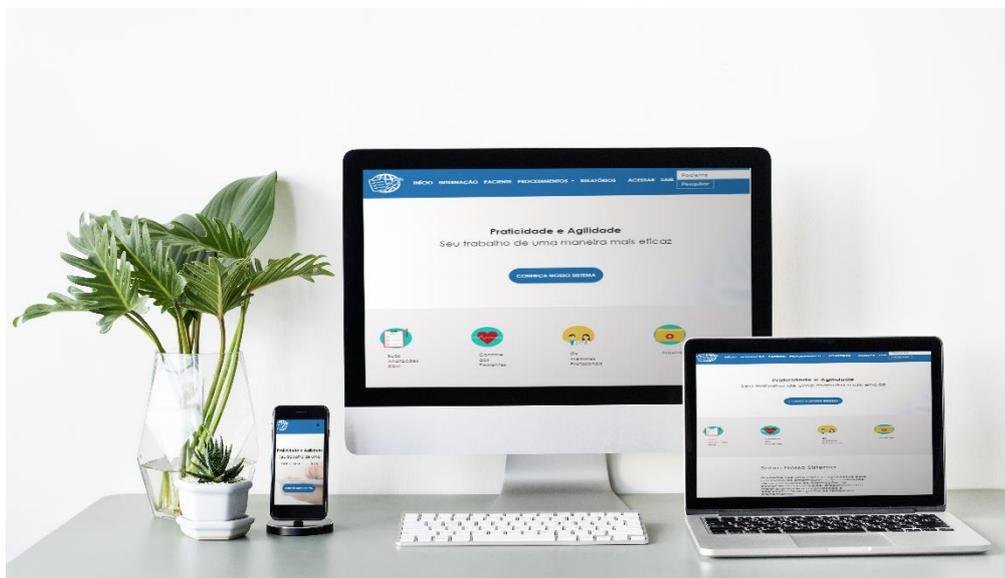


Figura 13. Visualização do aplicativo.

Fonte: Elaborado pelos alunos de Técnico em Informática para Internet.

14 / 11 / 2019
20 : 20 : 19

Distribuição do conteúdo referente ao COREN

Pós-operatório

Observações	Sinais e sintomas observados Clonose; Palidez cutânea; Náuseas; Dor;
Características e local do curativo cirúrgico, conforme prescrição ou rotina institucional.	Posicionamento no leito e instalação de equipamentos Monitores; Grades no leito;
Orientações prestadas.	Instalação e/ou retirada de dispositivos, conforme prescrição ou rotina institucional Sondas; Acesso venoso;
Encaminhamento/transferência de unidade ou alta hospitalar.	

Figura 14. Página pós-operatório.

Fonte: Elaborado pelos alunos de Técnico em Informática para Internet.

O sistema poderá ser utilizado em tablet, smartphone e notebook, facilitando assim o processo de trabalho.

A testagem do software, foi realizado no laboratório de enfermagem em uma simulação, juntos alunos dos Cursos Técnicos em Enfermagem e Informática para Internet.

As telas foram todas testadas, algumas complementações são necessárias para a realidade vivenciada pelos alunos da enfermagem, porém, o sistema é bem completo.

Foram utilizadas orientações do Conselho Federal de Enfermagem para as telas de cuidados do paciente.



Figura 15. Simulação do Software.

Fonte: Dos próprios autores.

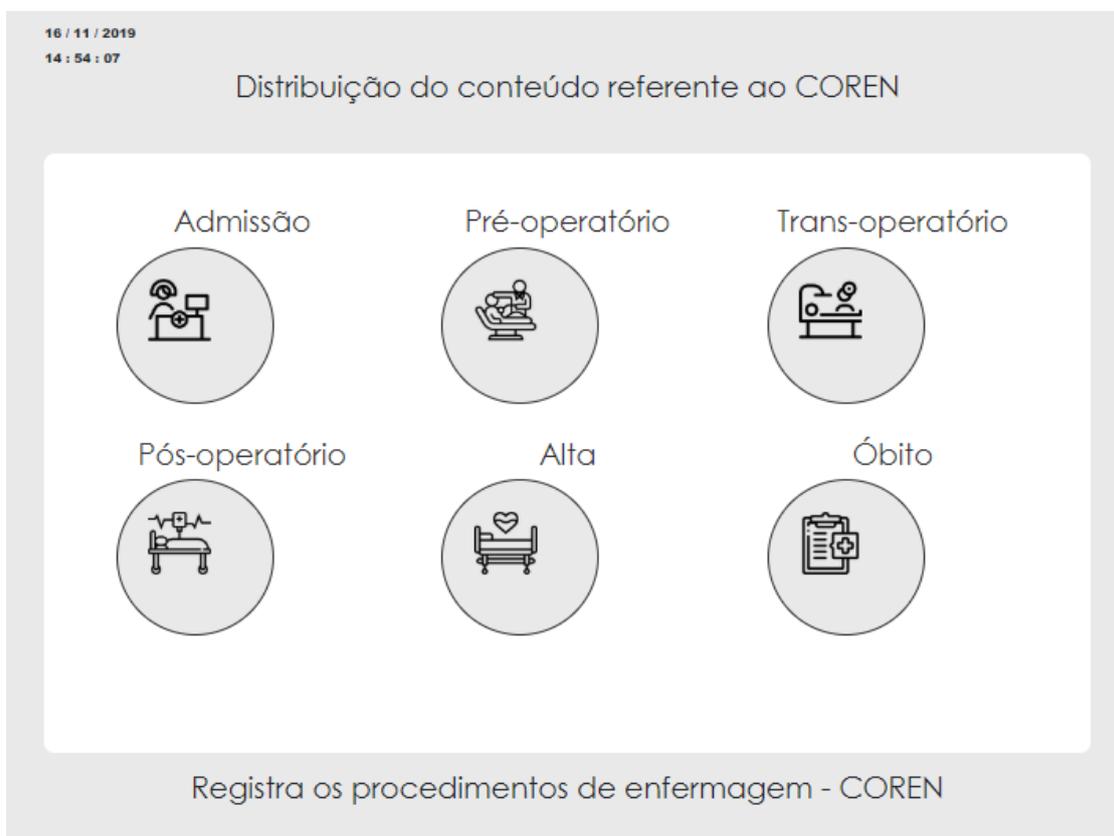


Figura 16. Tela matriz para os registros dos resultados sobre cuidados do paciente.

Fonte: Elaborado pelos alunos de Técnico em Informática para Internet.

O protótipo requer algumas alterações específicas que foram sugeridas pela enfermagem, alguns erros específicos da área de informática apareceram, e foram diagnosticados pelos alunos da Infonet, foram várias horas de análise e discussão que deverão ser acrescentadas em um outro momento.

As autoras desse trabalho de conclusão juntamente com os outros colegas, chegam a conclusão de que este é um protótipo que tem tudo para dar certo, e que não deve parar por aqui.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório de enfermagem é de extrema importância pois por meio dele podemos identificar a evolução positiva ou negativa do paciente no ambiente hospitalar. O relatório permite a comunicação entre médico e a equipe de enfermagem auxiliando na passagem de plantão e informações sobre os procedimentos realizados no paciente.

Consideramos por meio deste trabalho que ainda existe muita dificuldade na coleta das informações do paciente, além da veracidade, legibilidade e compreensão das mesmas, que são transcritas pela equipe de enfermagem no prontuário do cliente, o que ainda dificulta os profissionais na assistência dada aos clientes. Concluímos ainda que o aplicativo seria importante no dia a dia dos trabalhadores atuantes na área da saúde, estes que foram totalmente adeptos a proposta da implementação do software.

Através da informática das coisas, conseguimos por meio da proposta da criação do software, realizar um projeto de melhoramento do relatório do paciente, com a interdisciplinaridade e transdisciplinaridade foi construído um protótipo de software.

Considerando a análise conjunta de cada item, no intuito de melhoramento do sistema, foi uma experiência de aprendizado de uma complexidade muito rica, a troca de informações nos fez com que concretizássemos que é possível sim unir os conhecimentos da ciência biológica com a tecnologia não só para otimizar o tempo bem como cuidar da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo de; PERRONE, Francine; ASSUNCAO PRADO, Leicia Íris. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. **Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: O que revela a evidência.** Rio de Janeiro. 2009 .Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Nov. 2019.

ALBUQUERQUE, Rodolfo Pires de. **A alimentação hospitalar ajuda na recuperação do paciente?** 2017. Disponível em: <<https://www.gndi.com.br/saude/blog-da-saude/alimentacao-hospitalar>>. Acesso em: 18 out. 2019.

BRASIL. Constituição (2011). Lei nº 12.527, de 11 de dezembro de 1990. Brasília, 18 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRITO, Nilza Martins Ravazoli et al. **Anotação de Enfermagem.** 2016. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/01/Manual-de-orienta%C3%A7%C3%A3o-Anota%C3%A7%C3%A3o-de-enfermagem.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2019.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009.**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.** Disponível em <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 18 de maio de 2019.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Gov.). **Por que as Anotações de Enfermagem são importantes? O uso do carimbo é obrigatório?** 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/por-que-as-anotacoes-de-enfermagem-sao-importantes-o-uso-do-carimbo-e-obrigatorio_15619.html>. Acesso em: 22 março de 2019.

COREN SP (Org.). **Anotações de enfermagem.** 2009. Disponível em: <<https://portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. **Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2019.

DOR.com.pt. **O site que sabe o que sente.** 2019. Disponível em <https://www.dor.com.pt/static-page/avaliacao>. Acesso em 23 maio 2019.

DRENOS. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/conteudo/drenos/36001>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

HART J T; SAVAGE W. **Tudo sobre hipertensão Arterial respostas as suas dúvidas.** 2000. Disponível em:

<<https://books.google.com.br/books?id=4xOft2kKuNwC&pg=PA72&dq=PRESSAO+ARTE+RIAL&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjOrLidrYDkAhVVGrkGHdATAa0Q6AEIKTAA#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em 14 de agosto de 2019.

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO. **MANUAL DE DIETOTERAPIA - ICESP:** Serviço de Nutrição e Dietética. 2017. Disponível em: <<http://editais.icesp.org.br/uploads/EDITAL%20178-217%20-%20ANEXO%2001%20-%20Manual%20de%20Dietas%20ICESP.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2019.

ISOSAKI, M. CARDOSO, E. OLIVEIRA, A. De. **Manual de dietoterapia e avaliação nutricional:** Serviço de Nutrição e dietética do Instituto do Coração- HCFMUSP, 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

LAGANÁ, Maria Teresa Cícero; FARO, Ana Cristina Mancussi e; ARAUJO, Thelma Leite. **A problemática da temperatura corporal enquanto um procedimento de enfermagem: conceitos e mecanismos reguladores.** 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v26n2/0080-6234-reeusp-26-2-173.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

MARTINAZZO, Diego Roberto. **Sinais Vitais.** 2019. Disponível em: <<http://www.universomedico.med.br/sinais-vitais/>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

MOURA júnior, Salustiano José Alves de et al. **Protocolos de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.** 2012. Disponível em: <http://www.hgv.pi.gov.br/download/201204/HGV25_acf79f701f.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

MUSSI N. M; OHNISHI M; UTAYAMA I.K.A; OLIVEIRA M.M.B (2017). **Técnicas Fundamentais de Enfermagem** -3º edição página 40 e 42. Editora Atheneu – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte.

PEREIRA, Lilian Varanda, SOUZA, Fátima Aparecida Em Faleiros Sousa. **Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória.** 1998. Disponível em: <<https://www.portaldafenfermagem.com.br/parametros-vitais-read.asp?id=16>>. Acesso em 09 de junho de 2019.

RIBAS Simone Augusta, Bárbara Cristina M. Barbosa. **Adequação da dieta hospitalar:** Associação com estado nutricional e diagnóstico clínico. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2017.

SECAD. **Como enfermeiros devem manejar drenos cirúrgicos com segurança.** 2019. Disponível em: <<https://www.secad.com.br/blog/enfermagem/manejo-drenos-cirurgicos/>>. Acesso em: 18 out. 2019.

SEVA-LLOR, Ana Myriam et al . **Relatório de enfermagem no hospital.** Acta Paul. Enferm. São Paulo. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 março de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Métodos para avaliação do controle glicêmico.** 2015. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/010-Diretrizes-SBD-Metodos-para-Avaliacao-pg110.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas et al . **Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos.** Texto contexto - enferm. Florianópolis 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Nov. 2019.

Apêndice A

Sistematização do Relatório de Enfermagem

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: informatização Sistematização do Relatório de Enfermagem você foi selecionado (a) por ser profissional atuante na área da enfermagem. No entanto, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador.

O objetivo geral deste projeto é propor a informatização das anotações de enfermagem por meio da criação de um software e sua testagem.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em colaborar na entrevista, respondendo às perguntas estabelecidas, que serão gravadas e transcritas na íntegra.

As informações obtidas por meio dessa pesquisa serão confidenciais, sendo de conhecimento do pesquisador e do orientador da pesquisa. Será mantido sigilo quanto a sua identidade, preservando seus dados, e em hipótese alguma serão divulgados sem sua permissão. Quando for necessário identificar alguma frase da entrevista, será utilizado um número.

Fica garantida a segurança de que a sua participação não trará qualquer prejuízo a sua integridade física, psíquica e moral, bem como, nenhum benefício imediato direto ou indireto.

Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos, agora ou a qualquer momento, com o (a) pesquisador (a) ou com a orientadora da pesquisa.

Pesquisadores

Izabela Guimarães Machado, Jéssica Gava Bussulam da Costa, Juliano Rodrigues Parreira, Lucimara Moreno dos Santos e Tarciane Nunes da Silva.

E-mail: tccb118@gmail.com

*Obrigatório

Termo de Consentimento *

ACEITO.

NÃO ACEITO.

Responda as seguintes perguntas

1- Sexo *

- FEMININO.
- MASCULINO.

2-Qual sua faixa etária? *

- ATÉ 18 ANOS.
- DE 19 A 24 ANOS.
- DE 25 A 35 ANOS.
- DE 36 A 50 ANOS.
- A PARTIR DE 51 ANOS.

3-Você trabalha na área da Enfermagem? *

SIM.

NÃO.

4-Qual sua Profissão? *

AUXILIAR DE ENFERMAGEM.

TÉCNICO EM ENFERMAGEM.

ENFERMEIRO (A)

OUTRO.

5-A quanto tempo você atua na área da Enfermagem? *

01 ANO.

DE 02 A 03 ANOS.

DE 04 A 06 ANOS.

DE 07 A 09 ANOS.

A MAIS DE 10 ANOS.

6- Qual área você está atuando? *

- AMBULATÓRIO.
- CLÍNICA
- HOSPITALAR.
- REDE PÚBLICA.

7- Em qual ala?

- CLÍNICA MÉDICA
- CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA.
- CENTRO CIRÚRGICO.
- MATERNIDADE.
- PEDIATRIA.
- PRONTO SOCORRO.
- UTI
- Outros...

8 – Quanto tempo em média você demora para buscar as informações de um paciente e transcrevê-las para o relatório de enfermagem? *

- 05 MINUTOS.
- 10 MINUTOS.
- 15 MINUTOS.
- 30 MINUTOS.
- 1 HORA.
- MAIS DE 1 HORA.

⋮

9 – Você considera que as informações relatadas nos relatórios de enfermagem de sua equipe são verídicas? *

- SIM.
- NÃO.

10– Você compreende as informações descritas nos relatórios de enfermagem feitos pelos seus colegas de trabalho? *

- SIM.
- NÃO.

11 – Você acha que a sistematização das anotações e do relatório de enfermagem, ajudaria na sua rotina de trabalho?

SIM.

NÃO.

...

12 – Você seria adepto(a) à informatização da sistematização das anotações e do relatório de enfermagem?

SIM.

NÃO.

ANEXO A

Manual do Sistema

Sistema On-line para Registros de Enfermagem

Autores: José Augusto Caldeira Gimenes, Kelly Pereira dos Santos, Roselene Bispo dos Santos, Sueli Rosana Sanches Gonçalves, Thais Cristina Ferreira de Souza

Orientadora. Prof^ª Caroline de Oliveira Ferraz

O manual do sistema, elaborado pelos alunos do Curso Técnico em Informática para Internet da Escola Técnica Professor Massuyuki Kawano, em projeto interdisciplinar com os alunos do Curso Técnico em Enfermagem, para parcialmente contribuir para a conclusão de curso no ano de 2019.

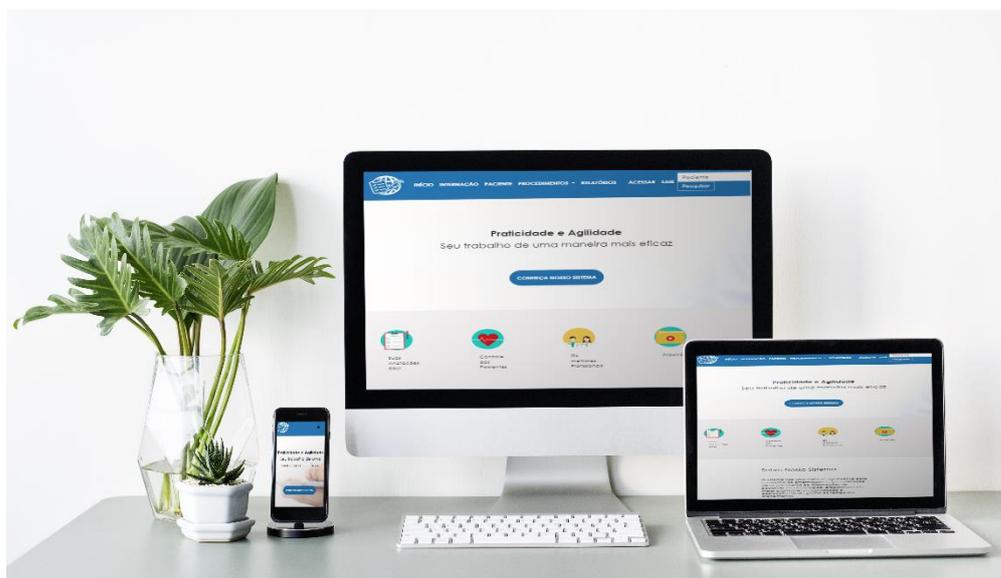


Imagem 1 - Landing Page

Fonte: Autoria própria

Sistema responsivo para todos os tipos de equipamentos, desde telas pequenas como smartphones até monitores maiores, TVs, computadores, notebooks.



The image shows a login interface for a system titled "SISTEMA ON-LINE PARA REGISTROS DE ENFERMAGEM". The main heading is "Funcionário Cadastrado". Below this, there are two input fields: "Usuário" and "Senha". A blue button labeled "Acessar" is positioned below the password field. The entire form is centered on a light gray background.

Imagem 2 - Principal - Login

Fonte: Autoria própria

Sistema interno – Funcionário, já cadastrado por administrador, deve digitar usuário e senha para o acesso aos registros e formulários do sistema.

Campos *input* e *select* para cadastros de dados pessoais dos pacientes no banco de dados do sistema.

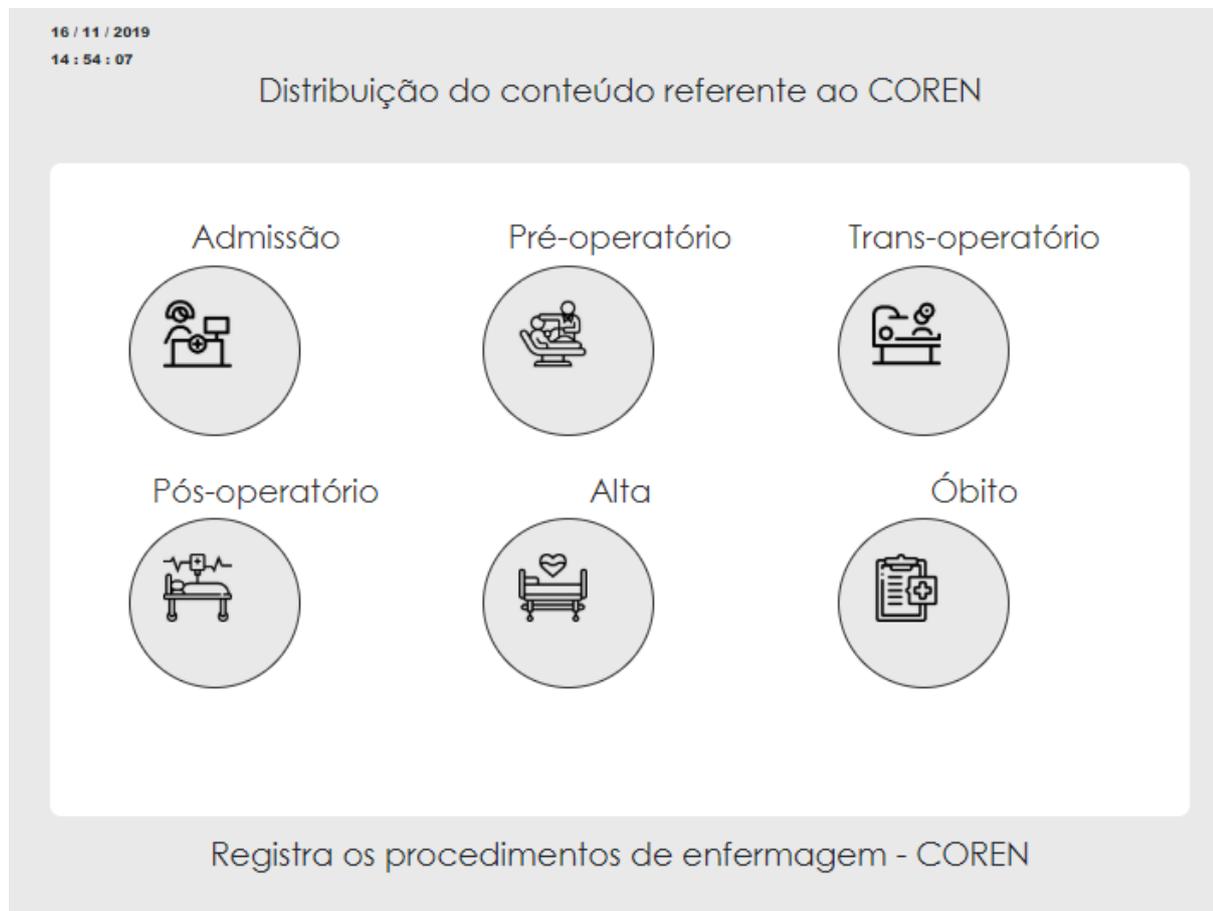


Imagem 4 - Tela de links

Fonte: Autoria própria

Os *links* necessários para abrirem as páginas de formulários do sistema.

Pré-operatório

Observações procedimentos conforme prescrição e/ou rotina institucional; Obs. Antecedentes alérgicos.	Evaziamento de Bexiga; Banho; Higiene oral; Retirada e guarda de próteses; Roupas íntimas; Sondas
Orientações prestadas.	Tempo de Jejum
Encaminhamento e transferência para o Centro Cirúrgico.	Local de Tricotomia
Administração de pré-antiestésico	Condições da pele
Presença e local de dispositivos - acesso venoso.	Temperatura
	Frequência cardíaca
	Frequência respiratória
	Pressão arterial
	Nível de dor

Imagem 5 - Formulário de pré-operatório

Fonte: Autoria própria.

Campos de *textarea*, *select* e *input* para registros do pós-operatório do paciente na ala cirúrgica da instituição.